

Simone Alves de Carvalho

CAPITAL SOCIAL E RECONHECIMENTO

análise do trabalho da Pastoral da Saúde



Simone Alves de Carvalho

CAPITAL SOCIAL E RECONHECIMENTO

análise do trabalho da Pastoral da Saúde



2020

São Paulo

Copyright © Pimenta Cultural, alguns direitos reservados.

Copyright do texto © 2020 a autora.

Copyright da edição © 2020 Pimenta Cultural.

Esta obra é licenciada por uma *Licença Creative Commons: by-nc-nd*. Direitos para esta edição cedidos à Pimenta Cultural pelo autor para esta obra. Qualquer parte ou a totalidade do conteúdo desta publicação pode ser reproduzida ou compartilhada. O conteúdo publicado é de inteira responsabilidade do autor, não representando a posição oficial da Pimenta Cultural.

CONSELHO EDITORIAL CIENTÍFICO

Adilson Cristiano Habowski, Universidade La Salle, Brasil.
 Alaim Souza Neto, Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil.
 Alexandre Antonio Timbane, Universidade de Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, Brasil.
 Alexandre Silva Santos Filho, Universidade Federal do Pará, Brasil.
 Aline Corso, Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Brasil.
 Ana Rosa Gonçalves de Paula Guimarães, Universidade Federal de Uberlândia, Brasil.
 André Gobbo, Universidade Federal de Santa Catarina / Faculdade Avantis, Brasil.
 Andressa Wiebusch, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Brasil.
 Andreza Regina Lopes da Silva, Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil.
 Angela Maria Farah, Centro Universitário de União da Vitória, Brasil.
 Anísio Batista Pereira, Universidade Federal de Uberlândia, Brasil.
 Arthur Vianna Ferreira, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil.
 Bárbara Amaral da Silva, Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil.
 Beatriz Braga Bezerra, Escola Superior de Propaganda e Marketing, Brasil.
 Bernadette Beber, Faculdade Avantis, Brasil.
 Bianca Gabriely Ferreira Silva, Universidade Federal de Pernambuco, Brasil.
 Bruna Carolina de Lima Siqueira dos Santos, Universidade do Vale do Itajaí, Brasil.
 Bruno Rafael Silva Nogueira Barbosa, Universidade Federal da Paraíba, Brasil.
 Carolina Fontana da Silva, Universidade Federal de Santa Maria, Brasil.
 Cleonice de Fátima Martins, Universidade Estadual de Ponta Grossa, Brasil.
 Daniele Cristine Rodrigues, Universidade de São Paulo, Brasil.
 Dayse Sampaio Lopes Borges, Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro, Brasil.
 Delton Aparecido Felipe, Universidade Estadual do Paraná, Brasil.
 Dorama de Miranda Carvalho, Escola Superior de Propaganda e Marketing, Brasil.
 Doris Roncareli, Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil.
 Ederson Silveira, Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil.
 Elena Maria Mallmann, Universidade Federal de Santa Maria, Brasil.
 Elaine Santana de Souza, Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro, Brasil.



Elisiene Borges Leal, Universidade Federal do Piauí, Brasil.
 Elizabete de Paula Pacheco, Instituto Federal de Goiás, Brasil.
 Emanuel Cesar Pires Assis, Universidade Estadual do Maranhão, Brasil.
 Fabiano Antonio Melo, Universidade de Brasília, Brasil.
 Felipe Henrique Monteiro Oliveira, Universidade de São Paulo, Brasil.
 Francisca de Assiz Carvalho, Universidade Cruzeiro do Sul, Brasil.
 Gabriella Eldereti Machado, Universidade Federal de Santa Maria, Brasil.
 Gracy Cristina Astolpho Duarte, Escola Superior de Propaganda e Marketing, Brasil.
 Handherson Leylton Costa Damasceno, Universidade Federal da Bahia, Brasil.
 Heliton Diego Lau, Universidade Federal do Paraná, Brasil.
 Heloisa Candelio, IBM Research Brazil, IBM BRASIL, Brasil.
 Inara Antunes Vieira Willerding, Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil.
 Jacqueline de Castro Rimá, Universidade Federal da Paraíba, Brasil.
 Jeane Carla Oliveira de Melo, Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Maranhão, Brasil.
 Jeronimo Becker Flores, Pontifício Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Brasil.
 João Henriques de Sousa Junior, Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil.
 Joelson Alves Onofre, Universidade Estadual de Feira de Santana, Brasil.
 Joselia Maria Neves, Portugal, Instituto Politécnico de Leiria, Portugal.
 Júlia Carolina da Costa Santos, Universidade Estadual do Maro Grosso do Sul, Brasil.
 Juliana da Silva Paiva, Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia da Paraíba, Brasil.
 Junior César Ferreira de Castro, Universidade de Brasília, Brasil.
 Kamil Giglio, Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil.
 Katia Bruginski Mulik, Universidade de São Paulo / Secretaria de Estado da Educação-PR, Brasil.
 Laionel Vieira da Silva, Universidade Federal da Paraíba, Brasil.
 Lidia Oliveira, Universidade de Aveiro, Portugal.
 Litiéli Wollmann Schutz, Universidade Federal Santa Maria, Brasil.
 Luan Gomes dos Santos de Oliveira, Universidade Federal de Campina Grande, Brasil.
 Lucas Martinez, Universidade Federal Santa Maria, Brasil.
 Lucas Rodrigues Lopes, Faculdade de Tecnologia de Mogi Mirim, Brasil.
 Luciene Correia Santos de Oliveira Luz, Universidade Federal de Goiás / Instituto Federal de Goiás, Brasil.
 Lucimara Rett, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil.
 Marcia Raika Silva Lima, Universidade Federal do Piauí, Brasil.
 Marcio Bernardino Sirino, Universidade Castelo Branco, Brasil.
 Marcio Duarte, Faculdades FACCAT, Brasil.
 Marcos dos Reis Batista, Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará, Brasil.
 Maria Edith Maroca de Avelar Rivelli de Oliveira, Universidade Federal de Ouro Preto, Brasil.
 Maribel Santos Miranda-Pinto, Instituto de Educação da Universidade do Minho, Portugal.
 Marília Matos Gonçalves, Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil.
 Marina A. E. Negri, Universidade de São Paulo, Brasil.
 Marta Cristina Goulart Braga, Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil.
 Maurício Silva, Universidade Nove de Julho, Brasil.

Michele Marcelo Silva Bortolai, Universidade de São Paulo, Brasil.
Midierson Maia, Universidade de São Paulo, Brasil.
Miriam Leite Farias, Universidade Federal de Pernambuco, Brasil.
Patricia Biegging, Universidade de São Paulo, Brasil.
Patricia Flavia Mota, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Brasil.
Patricia Mara de Carvalho Costa Leite, Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil.
Patrícia Oliveira, Universidade de Aveiro, Portugal.
Ramofly Bicalho dos Santos, Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Brasil.
Rarielle Rodrigues Lima, Universidade Federal do Maranhão, Brasil.
Raul Inácio Busarello, Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil.
Ricardo Luiz de Bittencourt, Universidade do Extremo Sul Catarinense, Brasil.
Rita Oliveira, Universidade de Aveiro, Portugal.
Robson Teles Gomes, Universidade Católica de Pernambuco, Brasil.
Rosane de Fatima Antunes Obregon, Universidade Federal do Maranhão, Brasil.
Samuel Pompeo, Universidade Estadual Paulista, Brasil.
Tadeu João Ribeiro Baptista, Universidade Federal de Goiás, Brasil.
Tarcísio Vanzin, Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil.
Tayson Ribeiro Teles, Instituto Federal do Acre, Brasil.
Thais Karina Souza do Nascimento, Universidade Federal do Pará, Brasil.
Thiago Barbosa Soares, Universidade Federal do Tocantins, Brasil.
Thiago Soares de Oliveira, Instituto Federal Fluminense, Brasil.
Valdemar Valente Júnior, Universidade Castelo Branco, Brasil.
Valeska Maria Fortes de Oliveira, Universidade Federal Santa Maria, Brasil.
Vanessa de Andrade Lira dos Santos, Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Brasil.
Vania Ribas Ulbricht, Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil.
Wellton da Silva de Fátima, Universidade Federal Fluminense, Brasil.
Wilder Kleber Fernandes de Santana, Universidade Federal da Paraíba, Brasil.

PARECER E REVISÃO POR PARES

Os textos que compõem esta obra foram submetidos para avaliação do Conselho Editorial da Pimenta Cultural, bem como revisados por pares, sendo indicados para a publicação.

Direção editorial Patricia Bieging
Raul Inácio Busarello

Diretor de sistemas Marcelo Eyng

Diretor de criação Raul Inácio Busarello

Editoração eletrônica Lígia Andrade Machado

Imagens da capa Freepik

Editora executiva Patricia Bieging

Revisão A autora

Autora Simone Alves de Carvalho

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

C331c Carvalho, Simone Alves de -
Capital social e reconhecimento: análise do trabalho da
Pastoral da Saúde. Simone Alves de Carvalho. São Paulo:
Pimenta Cultural, 2020. 175p..

Inclui bibliografia.

ISBN: 978-65-86371-06-2 (eBook)

978-65-86371-05-5 (brochura)

1. Capital social. 2. Pastoral da saúde. 3. Saúde pública.
4. Comunicação pública. 5. Cidadão. I. Carvalho,
Simone Alves de. II. Título.

CDU: 304

CDD: 300

DOI: 10.31560/pimentacultural/2020.062

PIMENTA CULTURAL

São Paulo - SP

Telefone: +55 (11) 96766 2200

livro@pimentacultural.com

www.pimentacultural.com

 **pimenta**
cultural
2 0 2 0



Para Luiz, por seu amor e paciência.

Para todas as pessoas que fazem a diferença na sociedade,
com seus trabalhos de formiguinhas.

AGRADECIMENTOS

À minha mãe e ao meu pai,

as duas pessoas mais incríveis do mundo.

Aos meus familiares consanguíneos ou não,

cujo suporte sempre foi inestimável.

À Universidade de São Paulo e à Escola de Comunicações e Artes,

pelo ambiente de estímulo ao intelecto.

Aos docentes,

pelos muitos ensinamentos nesses anos de dedicação à pesquisa.

Aos funcionários da ECA,

cujo apoio foi indispensável.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES),

pela bolsa de estudos de Doutorado.

Às amigas e amigos

desta jornada do conhecimento e mudança social.

À minha orientadora, Heloiza Matos e Nobre,

por sua disponibilidade.

Às voluntárias da Pastoral da Saúde,

que tornaram realidade a consecução desta tese,

o meu obrigada mais carinhoso!

“Para ser universal, basta falar de sua aldeia”

Dostoievski

“Uma população submetida à desinformação,
desmobilizada pela inconsciência do real,
domesticada à submissão e ao fatalismo
não se constitui em protagonista de seu caminho,
da sua própria mudança e está condenada
a cumprir passivamente o papel
que o enredo dominante lhe destina,
ou seja, sofrer a dor e a miséria.”

Herbert de Souza, o Betinho

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO 11

Capítulo 1

COMUNICAÇÃO PÚBLICA..... 16

1.1 Comunicação pública e de interesse público 17

1.2 A comunicação pública da saúde pública e coletiva..... 27

1.3 As campanhas de prevenção
a doenças e promoção da saúde 31

1.4 Comunicação pública, capital social
e reconhecimento: intersecção fundamental
para a atuação do cidadão..... 38

Capítulo 2

CAPITAL SOCIAL E RECONHECIMENTO 39

2.1 A teoria do capital social..... 40

2.2 O reconhecimento do cidadão 49

2.3 Política Nacional de Humanização 53

2.4 Teoria do capital social e teoria
do reconhecimento: pesquisa empírica 60

Capítulo 3

SAÚDE PÚBLICA 63

3.1 Conceituando o objeto saúde pública 64

3.2 História da saúde pública nas Constituições do Brasil 71

3.3 Comunicação pública e saúde pública:
a necessária convergência 101

Capítulo 4

PASTORAL DA SAÚDE 103

4.1 O cuidado social 104

4.2 O município onde a pesquisa foi realizada 116

4.3 A metodologia do discurso do sujeito
coletivo e a Pastoral da Saúde 119



Capítulo 5

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS 120

5.1 A análise do discurso inglesa 121

5.2 O discurso do sujeito coletivo..... 124

5.3 A pesquisa empírica: a análise do discurso
do sujeito coletivo aplicada na Pastoral da Saúde..... 130

Capítulo 6

RESULTADOS E ANÁLISES 131

6.1 Roteiro das entrevistas e perfil das entrevistadas 132

6.2 DSC e análises dos discursos na vertente inglesa 134

6.3 À guisa de conclusão da pesquisa empírica 143

CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 146

REFERÊNCIAS..... 154

ÍNDICE REMISSIVO..... 171

SOBRE A AUTORA 175

APRESENTAÇÃO

A ideia de pesquisar a inter-relação entre comunicação pública e saúde pública iniciou quando trabalhei na ouvidoria do Hospital das Clínicas. Esse foi um período marcante em minha trajetória profissional como relações públicas, pois exercer o cargo de ouvidora e lidar com doenças complexas trouxe um viés emotivo para aquele trabalho. Acompanhar os doentes e seus familiares na busca de uma solução para seus problemas médicos, saber que estas pessoas recebem pouca orientação acurada sobre onde e como procurar atenção médica, entender as limitações estruturais de um hospital público, lidar com os egos de alguns profissionais e com a frustração de alguns pacientes, ler criticamente o clipping de notícias, compreender a complexa estrutura do funcionamento do sistema de saúde e seu subfinanciamento e observar o quanto as pessoas não estão preparadas psicologicamente para lidar com a vida e suas consequências, são temas que apresentam um campo virtualmente infinito de pesquisas na interface entre comunicação e saúde.

Estudar a área da saúde a partir do campo das ciências sociais aplicadas é um imenso desafio, “por causa da hegemonia histórica da medicina na área das ciências da saúde” (MINAYO, 2014, p. 71), que pode ser mitigado com maior interdisciplinaridade entre os saberes e respeito aos profissionais das diversas áreas que atuam no setor.

Um dos objetivos da ciência é buscar melhorias para o futuro da humanidade e, para Khoury (2010, p. 269), “temos vivido, também, uma aproximação entre áreas profissionais, alimentando um diálogo interdisciplinar nas pesquisas e reflexões a partir de um olhar comprometido com questões sociais”, uma das questões que me toca profundamente e que alicerça a realização dessa pesquisa.

SUMÁRIO



A saúde pública, que originou essa pesquisa, é um tema de grande interesse público, maior que o interesse privado e até mesmo que o interesse da administração pública e de suas necessidades de comunicação (COSTA, 2006a, p. 22), o que mostra a relevância desse trabalho.

Estudar o capital social surgiu de uma inquietação sobre o conceito de capital, que muitas vezes é automaticamente associado pela sociedade com o capital financeiro/ monetário, ou, no ambiente acadêmico, ao capital intelectual/ cultural de uma pessoa ou grupo. Mas não são apenas esses os significados possíveis de capital: outros tipos de capital são o natural, os recursos ambientais de um país; o humano, representado pelo próprio povo, suas condições de saúde e educação; o financeiro, que se refere ao dinheiro propriamente dito, imóveis e infraestrutura e, nesse âmbito, outros sentidos de capital surgem, pois uma organização pode ter capital aberto ou fechado, dependendo de como é sua forma de captação de recursos; deve ter capital de giro, para pagar suas contas; pode ter capital de risco, para investimentos mais ousados; capital fixo, que corresponde ao montante imobilizado; e até mesmo o capital social em outro sentido, que corresponde à quantia investida pela empresa no momento de sua abertura.

Capital é ainda a raiz etimológica do sistema econômico em que vivemos, o capitalismo, marcado pela desigualdade econômica e constituído pela propriedade privada, trabalho assalariado, mercado de bens de produção e consumo. Curiosamente, o capitalismo não é dependente da moeda propriamente dita (SEARLE, 2000), mas da confiança nas regras do sistema; essa mesma confiança tão necessária para a criação e manutenção do capital social tal qual o estudamos nessa pesquisa.

Com todas essas possibilidades de significados, nosso objetivo geral é constatar empiricamente o capital social existente na

SUMÁRIO



comunidade, que é a “argamassa que mantém as instituições em contato entre si e as vincula ao cidadão”, nas palavras de D’Araujo (2003, p. 5) e cuja ideia principal “é que redes sociais possuem valor”, segundo Putnam (2000, p. 14), ou seja, as pessoas possuem valor em si próprias, pelas suas atitudes face aos problemas sociais. Nesta tese, será demonstrado como as teorias do capital social e do reconhecimento se aplicam à realidade da Pastoral da Saúde (PS), nosso objeto de estudo, escolhido por se encaixar nas teorias referenciais, muito embora as pessoas entrevistadas não tenham consciência desse arcabouço teórico. Temos como pressuposto que uma organização possui capital social positivo e pode utilizar a comunicação pública para angariar mais desse capital, ao mesmo tempo em que oferece aos seus públicos de interesse resultados percebidos como de melhor qualidade.

Nossos objetivos específicos são apresentar revisão bibliográfica de conceituações sobre comunicação pública que sejam pertinentes ao objeto de estudo; estudar os conceitos de capital social e reconhecimento sob a ótica da saúde comunitária; e aprofundar conhecimentos sobre a saúde comunitária e pública e de organizações constituídas por cidadãos. Os objetivos teóricos pretendem relacionar os conceitos de capital social e reconhecimento de maneira interdisciplinar entre as áreas da comunicação pública e da saúde comunitária. Finalizaremos a pesquisa com os objetivos práticos, a saber: devolver à PS um estudo sobre o capital social e reconhecimento que eles possuem, demonstrando que os voluntários da PS compreendem seu papel como multiplicadores do capital social que deve ser inerente a esse tipo de serviço.

A justificativa para a realização desse trabalho é mostrar à população que as atitudes que elas tomam no bairro, as pequenas realizações feitas na vizinhança, todos esses fatos têm repercussão na vida em comunidade, na vida pública. A academia tem o dever de retornar para essa esfera da sociedade estudos que impactem dire-

SUMÁRIO

tamente as vidas dessas pessoas. O método utilizado foi a análise do discurso na vertente inglesa através do discurso do sujeito coletivo, escolhido para dar voz às pessoas, para que o que elas falassem fosse ouvido e interpretado.

No primeiro capítulo apresentamos os conceitos de comunicação pública, cuja diversidade de acepções cria simultaneamente um amplo espaço de discussões e de entendimentos. Fizemos muitas leituras sobre o tema e selecionamos para esta tese aqueles autores que permeassem o conceito de comunicação pública com o interesse público.

Na sequência, as teorias do capital social são analisadas, buscando autores que oportunizassem a ligação entre a saúde e a comunicação, levando ao estudo da teoria do reconhecimento, que se mostrou fundamental na pesquisa empírica.

Saúde pública é o tema do terceiro capítulo, em que apresentamos temporalmente como esse assunto foi tratado no Brasil, com uma retrospectiva histórica e constitucional do campo, além de tratar da humanização na área.

O quarto capítulo apresenta o objeto de estudo desta pesquisa, a Pastoral da Saúde, com ênfase na sua atuação social.

O capítulo seguinte versa sobre os procedimentos metodológicos escolhidos, no caso, a análise do discurso da escola inglesa e o discurso do sujeito coletivo, método conhecido através da pesquisa de Carvalho (2011) e considerado ideal para ser aplicado neste trabalho. Fazemos uma breve apresentação de ambos, além da caracterização do município onde a pesquisa foi realizada.

Finalizamos com a criação do discurso do sujeito coletivo; as análises referentes às entrevistas realizadas e as considerações finais.

SUMÁRIO



Esperamos que essa pesquisa traga retorno à sociedade, assim como as agentes voluntárias da Pastoral da Saúde oferecem seus serviços àqueles em situações de saúde adversas. A elas nosso muito obrigada por dispor de seu tempo para responder a esta pesquisa e provar que o capital social existe, ainda que em iniciativas de alcance local.

Concordo com Volpato (2013, p. 195) ao afirmar que “questões de cunho social são sempre importantes, principalmente quando o financiamento da pesquisa é feito com dinheiro público”, e esta foi realizada graças à bolsa CAPES-DS, recebida nos quatro anos da pesquisa de doutorado na ECA-USP. Com este trabalho, retorno à sociedade esse investimento, em forma de conhecimento que pode ser reproduzido nas comunidades.

Aproveito para agradecer mais uma vez aos membros da banca pública de defesa da tese, ocorrida em 22 de março de 2018 na Escola de Comunicações e Artes da Universidade de São Paulo na Área de Concentração: Interfaces Sociais da Comunicação. A contribuição dos professores que compuseram a banca, Prof^a. Dr^a. Devani Salomão de Moura Reis (ECA-USP), Prof. Dr. Ricardo Alexino Ferreira (ECA-USP), Prof. Dr. Arquimedes Pessoni (USCS), Prof^a. Dr^a. Ieda Cristina Borges (UNIFAI) e Prof^a. Dr^a. Vanderli Duarte de Carvalho (UNIFESP), foi inestimável e seus questionamentos, motores para a continuidade de pesquisas como essa. Por fim, um abraço carinhoso à minha orientadora, Prof^a. Dr^a. Heloiza Helena Matos e Nobre, que aceitou me orientar nessa pesquisa.

SUMÁRIO





1

COMUNICAÇÃO PÚBLICA

A amplitude e diversidade de definições do que é comunicação, dentro e fora de seu próprio campo, com significados diferentes ao seguir abordagens teóricas específicas, torna nosso espectro de estudos virtualmente infinito. A definição de comunicação pública não foge a essa miríade de significados e teorias.

A comunicação, com seu caráter de sociabilização tão arraigado em nosso cotidiano, promove a democratização dos saberes. A comunicação pública é fundamental para uma sociedade democrática de fato, em que os cidadãos exercem seus deveres e exigem seus direitos. Nas palavras de Zémor (2012, p. 225), a comunicação pública é “uma missão de serviço público”, mas concordamos com Matos (2009, p. 103) ao afirmar que, em nosso país, esse é um espaço debates que foi conquistado pelos cidadãos muito recentemente. Nesse capítulo, estudaremos alguns pesquisadores que tratam desse assunto.

1.1 Comunicação pública e de interesse público

A comunicação social, em sua raiz latina (*communicare*), significa tornar comum, partilhar. As ciências da comunicação, em definição ampla, é a ciência que estuda os meios de comunicação; as condições de produção, transmissão e recepção; os relacionamentos interpessoais e institucionais; os interesses dos detentores dos meios; os significados; os objetivos; os códigos linguísticos; entre outras possibilidades (BERLO, 1999; GIOVANNINI, 1987) e para Araújo e Cardoso (2007, p. 4), “comunicação é essencialmente relação”, ou seja, a comunicação é vital para a criação e manutenção de uma sociedade, para a troca de informações e descobertas científicas.

Putnam (2000, p. 197) relembra que comunicação, comunidade e comunhão estão interligadas por suas raízes etimológicas. A ubiqüi-

SUMÁRIO



dade da comunicação vem aumentando nossas possibilidades de interação com os outros, ampliando nossas redes de relações, conceito que será retomado no próximo capítulo. Apesar disso, Castells (1999) adverte que a tecnologia de ponta é oferecida inicialmente às classes privilegiadas, o que pode reforçar a dominação cultural, social, política e econômica das elites existentes sobre as classes subalternas.

Embora Zémor seja imperativo ao afirmar que a comunicação pública é “uma missão de serviço público” (2012, p. 225), nosso ponto de partida é que “o entendimento da comunicação pública como espaço da/ para a sociedade organizada é relativamente recente” (MATOS, 2009, p. 103) e que a comunicação pública é uma área de múltiplos significados, pois, conforme Brandão (2012) a comunicação pública pode ser identificada como comunicação organizacional, comunicação científica, comunicação do Estado e/ ou governamental, comunicação política ou comunicação da sociedade civil organizada. Apesar do conceito de comunicação pública ainda não estar consolidado, ele é democrático e não excludente, pois

o processo de comunicação instaurado em uma esfera pública que engloba Estado, governo e sociedade, como um espaço de debate, negociação e tomada de decisões relativas à vida pública do país. A comunicação pública exige, portanto, a participação da sociedade e de seus segmentos: não apenas como receptores da comunicação do governo, mas principalmente como produtores ativos no processo comunicacional. Assim, são também atores, na comunicação pública a sociedade, o terceiro setor, a mídia, o mercado, as universidades, as instituições religiosas e os segmentos a que se tem negado reconhecimento – estejam eles vinculados ou não a instituições ou associações formais. (MATOS, 2011a, p. 45).

Na definição acima, encontramos diversos conceitos que serão utilizados nessa pesquisa, como o reconhecimento, as instituições formais, o papel do Estado, enfim, a comunicação pública cerca toda a sociedade e suas realizações e, conforme Zémor (2005) deve ser realizada com transparência e respeito ao diálogo.

SUMÁRIO



A comunicação pública também pode ser identificada com estratégias da sociedade civil organizada, pois

é um campo em que prevalecem as práticas comunitárias e provavelmente o lugar onde se alcançou uma interdisciplinaridade nunca conseguida no campo acadêmico ou no mercado. A partir desta perspectiva, o termo comunicação pública passa a ser utilizado enquanto referência a uma prática realmente democrática e social da comunicação, sem compromissos com a indústria midiática e entrelaçada com o cotidiano das populações e suas práticas políticas. (BRANDÃO, 2012, p. 8-7).

A intersecção da comunicação pública com outros tipos de comunicação, com as instituições, com o sistema político e com a própria sociedade é tão arraigada que ela pode

responder à obrigação que as instituições têm de informar o público; estabelecer uma relação de diálogo de forma a permitir a prestação de serviço ao público; apresentar e promover os serviços da administração; tornar conhecidas as instituições (comunicação externa e interna); divulgar ações de comunicação cívica e de interesse geral; e integrar o processo decisório que acompanha a prática política. (MONTEIRO, 2012, p. 39).

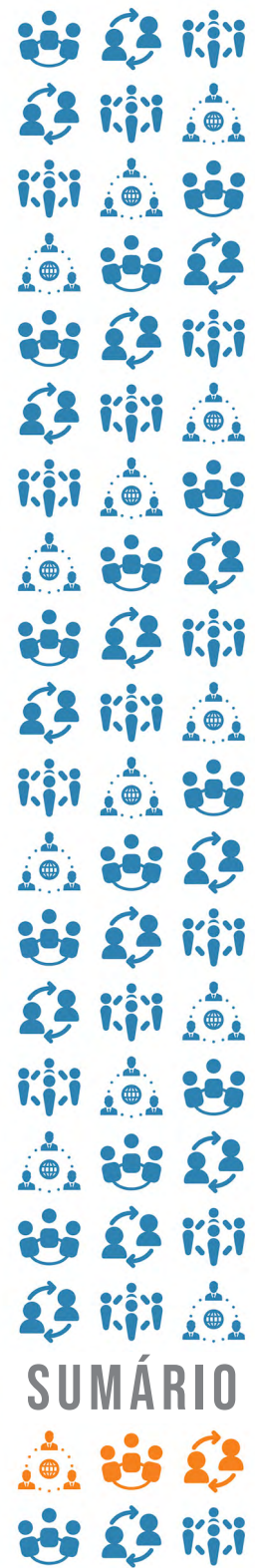
Um modelo geral de comunicação pública é proposto por Jaramillo López (2012, p. 251), no qual ele mescla a comunicação corporativa, para definir uma identidade corporativa; a comunicação informativa, para garantir o direito à expressão; a comunicação organizacional, para garantir a estrutura organizacional; e a comunicação mobilizadora, para convocar e interagir com a sociedade.

Consideramos comunicação pública aquela que

pode ser vista como uma rede, simbolicamente constituída, a partir de temas relevantes para o interesse público, de caráter transitório ou permanente, como os relacionados à proteção da infância e à educação, assumidos por empresas privadas organizações não-governamentais, instituições públicas, sistema educacional etc., além da agenda de sustentabilidade e responsabilidade social. (KUNSCH, 2011, p. 15).

Costa (2006b, p. 14) é taxativo ao afirmar que “toda vez que a comunicação busca o interesse público, promovendo resultados concretos





para o indivíduo e a sociedade, estamos falando de comunicação de interesse público”, ou seja, um dos objetivos da comunicação é a busca do bem comum (figura 1). Esse conceito será retomado nas análises das entrevistas, pois para o autor, a definição de

comunicação de interesse público é toda ação de comunicação que tem como objetivo primordial levar uma informação à população que traga resultados concretos para se viver e entender melhor o mundo. Na comunicação de interesse público, os beneficiários diretos e primordiais da ação sempre serão a sociedade e o cidadão. (COSTA, 2006a, p. 20).

Figura 1 – Níveis do interesse público

Interesse Público		
Primário	Geral, amplo	Ordem pública Economia Segurança Saúde Educação Ordem jurídica Interesses diretos do povo
Secundário	Patrimonial	Patrimônio público Gestão administrativa

Fonte: Elaborado pela autora com base em Costa (2006a; 2006b).

Concordamos com Oliveira (2004, p. 187) ao afirmar que “comunicação pública é um conceito mais amplo, envolvendo toda a comunicação de interesse público, praticada não só por governos, como também por empresas, terceiro setor e sociedade em geral”, pois a participação da sociedade, que colabora na democratização e melhorias dos serviços públicos em geral, permite que o objeto dessa pesquisa seja contemplado pela comunicação pública, ao entender que esta é condição para o exercício da cidadania, entretanto, Pitta (2002) denuncia a dificuldade para obter informações dos órgãos oficiais.

J. Duarte (2012, p. 70) explica que a comunicação pública depende da existência de “uma opção política pela cidadania e

pelo interesse público” e reforça a necessidade das “oportunidades de diálogo e participação”, o que ele chama de “espírito público”, o que buscamos nesta pesquisa. No quesito comunicação publicitária, Giacomini Filho (2004, p. 145) observa que “há dificuldade em comprovar a real contribuição da publicidade para a qualidade do serviço público e geração de satisfação ao consumidor”, o que nos leva a refletir em alternativas para a comunicação pública em sua interface com a saúde pública.

Em suas definições, Rolando (2011, p. 25) desenvolve que “administração pública e empresa têm direito à cidadania”, sendo esse o território da cidadania, apresentando uma ponte entre as esferas públicas e privadas. Conforme Escudero (2015, p. 67), “a ética comunicativa, presente na comunicação pública, cujo pressuposto é a ampla participação do sujeito, sem restrições”, ou seja, todas as organizações fazem parte desse composto da comunicação pública.

Para Haswani a comunicação pública “compreende processos diversos e faz interagir atores públicos e privados na perspectiva de ativar a relação entre o Estado e os cidadãos, com o intuito de promover um processo de crescimento civil e social” (2013, p. 120) e para que ela ocorra, depende da “informação garantidora de direitos, se não fornecida pelo Estado, impede o início do processo de comunicação” (idem, p. 81), mas essa troca recíproca entre governos e cidadãos deve ser aprimorada.

Pode-se imaginar equivocadamente que as tecnologias de informação e comunicação são a solução, mas devemos examiná-las com cautela, pois a tecnologia por si só não basta, é necessário que haja um desejo e uma intenção mútua para que o diálogo ocorra, pois

na era digital, a comunicação pública conta com novos suportes e meios que revolucionam conteúdos, assim como as formas e o processo de produzir as comunicações. As tecnologias de informação surgiram e se desenvolvem para favorecer a comunicação, o relacionamento e a participação dos cidadãos nas questões de interesse

SUMÁRIO

coletivo. Mas podem simplesmente ser meras promotoras de maior rapidez de circulação da informação e oferecer serviços de má qualidade. Isto se não vierem acompanhadas de uma profunda reestruturação administrativa no setor público e de um olhar mais atento das organizações para a ascensão da sociedade civil na vida política dos países, se não estiverem sustentadas por estratégias apropriadas de comunicação. (KUNSCH, 2011, p. 16).

É relevante lembrarmo-nos que a comunicação pública pode ocorrer com diferentes objetivos e funcionalidades. Haswani (2013) os enumera e acrescentamos breves exemplos na área da saúde pública: a comunicação institucional das secretarias de saúde, hospitais públicos e afins; a comunicação normativa, sobre a regulação e administração do setor; a comunicação para promoção da imagem, em que são utilizadas ações governamentais na área da saúde com o objetivo de legitimar o próprio governo; comunicação política, quando a saúde é utilizada como tema de interesse da população; comunicação social, como nas campanhas de vacinação, pois requerem o envolvimento da sociedade; comunicação do serviço de utilidade pública, ao informar os cidadãos a respeito dos serviços oferecidos por aquele determinado hospital ou posto de saúde e também sobre prevenção; serviços públicos, os quais devem responder com clareza e precisão às necessidades do cidadão.

Há um ciclo da descoberta da comunicação como ferramenta dos agentes políticos, conforme Rego (2004) e Faccioli (2002) observam que existe uma situação de contraposição entre expectativas particulares do cidadão e a finalidade da instituição pública, voltada à tutela do interesse geral, que podem ser os negócios de interesse geral que contemplem toda a comunidade. Em nosso caso específico, esse interesse geral é a saúde pública e coletiva.

O conceito de comunicação pública está em permanente construção, pois está alinhado com seu contexto histórico, econômico, social, político e tecnológico.

Para esta pesquisa, entendemos que a comunicação pública abrange o capital social das iniciativas comunitárias, mesmo que estas

SUMÁRIO



não tenham concretizado um planejamento comunicacional formal, pois a comunicação está intrínseca nestes movimentos.

A sociedade se interessa pela divulgação dos resultados positivos na área de saúde pública, principalmente no que se refere aos novos tratamentos e descobertas científicas. Entretanto, se não for realizada a comunicação pública da ciência efetiva, a compreensão do discurso científico pode ser prejudicada, o que pode confundir o cidadão com custos, eficácias e promessas miraculosas.

Tabakman (2013, p. 10) reflete que “o interesse dos leitores pela medicina não é mais do que o reflexo de uma mudança de atitude na qual os pacientes se encarregam da própria saúde e buscam informações em todas as fontes possíveis”, o que nos leva à discussão da veracidade e compreensibilidade dos temas, pois “é lamentável que na busca do apelativo muitas vezes se esqueça de que o essencial deveria continuar sendo a qualidade da informação, ainda mais quando pode levar a consequências gravíssimas” (idem, p. 14), o que pode ocorrer no caso de liberação de uma substância quando as pesquisas não estão concluídas ou não confirmam seus efeitos. Lerner (2014, p. 151) afirma que o aumento do interesse por notícias relacionadas à saúde “parece nos revelar um fenômeno mais amplo, ligado ao próprio lugar que a saúde vem adquirindo na sociedade contemporânea e o redimensionamento do estatuto da saúde e da doença”, ou seja, a apreensão da importância da qualidade de vida.

Para Tabakman (2013, p. 10), existem “quatro problemas típicos do jornalismo médico: divulgação prematura, exploração da dor, publicidade velada e *shows* hospitalares”. Nesse caso,

ainda que a matéria procure deixar claro para os leitores que uma descoberta antecede em muitos anos o tratamento, e que em ciência o que hoje é verdade absoluta amanhã pode ser desmentido [...] as pessoas – para dizer em termos coloquiais – “entenderão” o que quiserem [...] ou o que conseguirem. (TABAKMAN, 2013, p. 150).

SUMÁRIO

A matéria jornalística tem um peso de verdade que influencia na recepção das notícias, e “a mídia certamente não é um espaço transparente no qual a realidade – no caso, a saúde – é falada” (LERNER, 2014, p. 156), ou seja, o cidadão, ao obter informações sobre saúde na mídia, deve estar ciente e observar os interesses corporativos envolvidos, embora nem todos tenham a possibilidade real de questionar estes interesses, revelando a corresponsabilidade nos meios de comunicação na emergência dos interesses públicos.

É importante não confundir os significados de informação e comunicação. A saúde pública possui inúmeros sistemas de coleta de informações, utilizados para mapear situações emergenciais e epidemias, entre outros dados, mas a comunicação pública deve ter caráter dialógico e caminhar com a educação para a saúde, especialmente para prevenção e tratamento. Essa tríade comunicação, educação e saúde é uma constante na discussão sobre o público e o coletivo dentro da sociedade.

As informações proporcionadas pela mídia de massa, segundo Corcoran (2010, p. 73-4) podem “impactar comportamentos receptivos [...] expressar informações simples [...] aumentar o conhecimento [...] colocar a saúde na agenda pública”, mas ela é ineficaz para “comunicar informação complexa” (idem, p. 75), a situação na qual a saúde pública se encontra: no que tange as doenças, os tratamentos, o acesso aos equipamentos públicos, o financiamento do setor e tantos outros detalhes específicos. Nesse sentido, existe “uma diferença entre a tentativa de se construir adesão e a de fazer da população um ator social crítico, participativo nas decisões tomadas no processo” (GERALDES, 2008, p. 137), pois a pesquisa e a comunicação pública da saúde pública lidam diretamente com a vida e o sentimento de bem-estar próprio da pessoa, que, em momentos de fragilidade, pode aceitar desde medicamentos já consagrados cientificamente até aqueles originários das crendices populares tais

SUMÁRIO

como beberagens e simpatias. Geraldes afirma que “o jornalismo deve repensar sua responsabilidade social” (2008, p. 142), o que muitas vezes sobrepõe os interesses comerciais das organizações aos interesses da sociedade.

Lerner (2014, p. 152) destaca que a visão da doença é “cultural e historicamente situada”, ou seja, as influências sofridas no ambiente sociocultural são inegáveis, tanto no adoecimento como no processo de cura, e, na contemporaneidade, com a ampliação da expectativa de vida, as novas tecnologias que promovem curas para doenças antes fatais; e com o maior acesso à informação, ocorreu modificação no posicionamento da sociedade em relação à doença, sua prevenção e combate.

Corcoran e Corcoran (2010) analisam os modelos teóricos de comunicação com base nas intervenções em saúde e nas ocorrências sociais e afirmam que a promoção da saúde tem como determinantes os fatores sociais, calcados nas crenças, valores, percepções e atitudes cotidianas, e as possibilidades de mudanças residem na obtenção de informação que terão credibilidade de acordo com o envolvimento dos interessados no processo comunicacional.

Para fins de diferenciação, apresentamos na sequência alguns conceitos que podem ser entendidos como comunicação pública, mas que não representam a linha seguida nessa pesquisa.

O conceito de comunicação política é bastante confundido com comunicação pública, pois,

apesar da inexistência de uma definição unívoca de comunicação política, é opinião entre os estudiosos que ela se ocupa da relação entre o sistema político, com particular atenção aos partidos políticos e à competição eleitoral, e o sistema das mídias e os cidadãos eleitores. (HASWANI, 2013, p. 140).

A comunicação do Estado ou governamental “entende ser de responsabilidade do Estado e do Governo estabelecer um fluxo



informativo e comunicativo com seus cidadãos” (BRANDÃO, 2012, p. 4), ou seja, busca informar os cidadãos com objetivos diversos como proteção, prestação de contas e convocação ao cumprimento de deveres.

Já a comunicação científica tem como objetivo “criar canais de integração da ciência com a vida cotidiana das pessoas” (BRANDÃO, 2012, p. 3) assemelhando-se ao conceito de divulgação científica, que, para Burkett (1990, p. 5) significa “traduzir conhecimento científico para pessoas que podem ser ou não cientistas”. Existe, porém, uma diferenciação importante entre os conceitos:

no Brasil, quando falamos em divulgação científica, podemos entendê-la como um passo anterior à comunicação científica, limitado a levar ao público os fatos e resultados da ciência, sem a interpretação crítica dos mesmos e dos métodos que levaram à sua descoberta e desenvolvimento. Trata-se, portanto, de uma atividade de vetor único, onde o emissor cientista é a fonte de informações e poder e o jornalista, seu mero escriba, mas necessário para que o público efetive seu papel e destinatário da informação.

Na comunicação científica o jornalista assume o papel de mediador social, crítico, construtor do conhecimento, com preocupação educativa também, em uma atividade onde há vetores duplos, triplos, quádruplos, múltiplos, cada um em um sentido, muitas vezes, antagônicos, com o público tendo acesso a instrumentos capazes de levá-los à compreensão dos avanços científicos e tecnológicos e do seu papel social. (SILVA, A., 2017, p. 35-6).

Especificamente “na área de saúde pública foram construídas estratégias de aproximação e informação, sobretudo para as populações necessitadas” (BRANDÃO, 2012, p. 4). Nesse sentido, interfere na interpretação dos fatos científicos a cultura popular, costumes, credences, preconceitos e ainda a necessidade premente de uma cura definitiva e o medo da morte e da invalidez permanente. Além disso, “assuntos científicos de relevância social, política e econômica, como é o caso de se discutir os alimentos transgênicos, a produção de energia e a aplicação de biotecnologias ligadas à engenharia genética” (NAVAS; CONTIER; MARANDINO, 2007, p. 11-2) devem ser

SUMÁRIO



amplamente debatidos no decorrer das pesquisas para atender as necessidades de informação da sociedade.

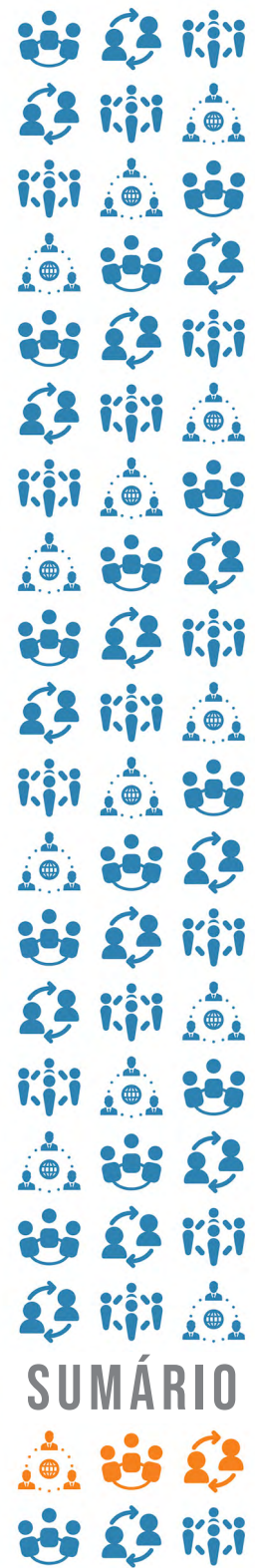
1.2 A comunicação pública da saúde pública e coletiva

A definição de saúde, por si só, também é muito ampla. Almeida Filho (2011, p. 6-12) enumera cinco dimensões da saúde integral: física, ou seja, condicionamento, nutrição, autocuidado médico, controle de abuso de substâncias; emocional, cuidados em crises emocionais, gerenciamento de estresse; social, relacionamento com comunidade, famílias e amigos; intelectual, educação, sucesso e carreira; espiritual, amor, esperança, caridade e fé.

Almeida Filho (2011) também conceitua saúde em cinco distinções, a saber: saúde como problema filosófico, científico, tecnológico, político e prático; como fenômeno e objeto de estudo; como medida, quando da abordagem clínica; como contraponto à ausência de doença; e como valor positivo de justiça e igualdade. No capítulo 3 voltaremos a esses temas com maior profundidade, mas a figura 2 apresenta um quadro comparativo dos termos.

Figura 2 – Quadro comparativo das definições de saúde

Conceito	Saúde pública	Saúde comunitária	Saúde coletiva
Conceito de saúde e doença	Conceito da OMS Saúde individualizada, preocupada com a causa da doença	Conceito da OMS Saúde idealizada	Conceito da 8ª CNS Processo coletivo
Metodologia de ação	Ação vertical: Estado → profissional → população	Organização comunitária	Ação horizontal: Estado ↔ profissional ↔ população



Enfoque	Estado Programa Indivíduo	Realidade da comunidade	Demandas da população Participação popular Coletivo
---------	---------------------------------	----------------------------	---

Fonte: Elaborado pela autora com base em Egry (1996).

A sociedade deve se manifestar em busca de manutenção e melhoria da saúde pública, podendo usar para tais fins ações sociais e coletivas, conforme previsto pela Constituição Federal de 1988. Já o Estado tem como sua tarefa criar as políticas de saúde cujas ações devem ser respostas aos problemas enfrentados pela população e o financiamento relativo à produção, distribuição e regulação dos serviços e produtos ofertados (AGUIAR, 2011), demandando planejamento financeiro e operacional conjunto entre as esferas federal, estadual e municipal.

Para Brandão (2012) comunicação pública pode ser identificada como comunicação governamental e/ ou estatal. Como nosso objeto de estudo é a saúde pública, utilizaremos a definição de comunicação pública “como um processo comunicativo das instâncias da sociedade que trabalham com a informação voltada para a cidadania” (BRANDÃO, 2012, p. 5), ou seja, a comunicação pública deve ser realizada com o objetivo de alcançar os cidadãos em todo o país, oferecendo informações claras e objetivas sobre temas relacionados à prevenção de doenças, campanhas de vacinação, atividades físicas, alimentação saudável, tratamento de doenças, entre outros tópicos relevantes.

Segundo Matos (2011, p. 45), a comunicação pública exige “a participação da sociedade e de seus segmentos: não apenas como receptores da comunicação do governo, mas principalmente como produtores ativos no processo comunicacional”, ou seja, cada vez mais será cobrado do cidadão que ele participe ativamente da vida política, para que sua voz seja ouvida e seus direitos defendidos, definição que

será retomada ao discutirmos o capital social. Para Escudero (2015, p. 59), “a participação da sociedade civil na esfera pública da modernidade é fruto de uma dimensão de cidadania que, a cada dia, incorpora valores sociodemocráticos e de participação pública” e essa necessidade de participação está, inclusive, prevista em lei no que tange a saúde pública.

Para Benhabib (2002), o que caracteriza essa nova esfera pública é o fato de ser multicultural, com discurso ético e que busca o engajamento da sociedade civil, com respeito, igualdade e liberdade; e Escudero (2015) aponta a necessidade de conquistar a igualdade e o direito à dignidade. Para a autora,

a nova esfera pública está atrelada à cidadania, ou seja, fundamenta-se no desejo de criação de uma sociedade mais justa e igualitária. O cidadão social emancipado participa ativamente tanto da relação vertical, entre ele e o Estado, quando da relação horizontal, entre os cidadãos na esfera pública. A comunicação pública é o atributo presente nessas relações e, quanto mais democráticas estas são, mais se aproximam dos princípios genuínos tanto da comunicação pública como da cidadania. (ESCUDERO, 2015, p. 56).

A nova esfera pública confere ao cidadão maior poder de conversação e atuação nos fóruns deliberativos, além do pertencimento a redes sociais inclusivas. O público da comunicação pública é o “sujeito coletivo da esfera pública” (ESCUDERO, 2015, p. 41), em que o sujeito da comunicação pública é o cidadão, ciente ou não de seus direitos e deveres, que é ator na constituição da sociedade e que busca alcançar a utopia de uma sociedade mais igualitária e justa. Para a autora, o sujeito é o centro da comunicação pública, pois esta

considera todos os agentes sociais, conferindo a cada um peso específico. Jornalista, legislador, cidadão: na prática seus papéis e responsabilidades diferem na sociedade. Também a comunicação. O desafio do técnico é informar a múltiplos públicos sem perder a força e o foco. (MATOS, 2012, p. 56).

Novelli (2006, p. 85) afirma que comunicação pública é “o processo de comunicação que ocorre entre as instituições públicas e

SUMÁRIO



a sociedade e que tem por objetivo promover a troca ou o compartilhamento das informações de interesse público”, ou seja, ela é fundamental para que os cidadãos sejam informados de temas que lhe sejam pertinentes. Segundo a Constituição Federal de 1988, conforme veremos no próximo capítulo, é responsabilidade do SUS oferecer aos usuários de seus serviços informações sérias e atualizadas sobre prevenção de doenças, tratamentos, direitos e deveres do cidadão, de maneira objetiva e fidedigna, para que os cidadãos tenham seu direito à informação de interesse público sanado, assim como respostas assertivas às suas dúvidas e inquietações e as organizações que tratam da saúde possam exercer uma real responsabilidade social, indo ao encontro das sugestões propostas por Matos (2006, p. 65) sobre participação social.

Arantes afirma que “a base de toda conduta médica é a comunicação” (2016, p. 1693); e Araújo (2015, p.135-6) pesquisou grupos de estudo que unem as temáticas comunicação e saúde e concluiu que os temas que recebem mais atenção são a produção de sentidos sobre saúde e doenças pelos meios de comunicação; a cobertura midiática sobre saúde; políticas de comunicação e saúde; e modelos de comunicação e saúde. Araújo e Cardoso (2007, p. 10) destacam que “as formas ‘comunicação e saúde’, ‘comunicação para a saúde’, ‘comunicação em saúde’, bastante utilizadas, refletem em geral a visão instrumental de comunicação, mais corrente nas instituições de saúde”, e essas declarações mostram que, apesar da importância da comunicação, esta é estudada de maneira multidisciplinar, mas ainda precisa se afirmar como campo científico (idem, p. 83) na interface com a saúde.

Observamos também novos estudos sobre a área de comunicação organizacional ou comunicação interna, do ponto de vista das relações públicas, em órgãos, secretarias e demais instituições que compõem o setor da saúde pública; e ainda na questão de relacionamentos com estratos da sociedade,

SUMÁRIO



o debate sobre comunicação pública abrange distintos campos de conhecimento e de práticas sociais e profissionais. As áreas de comunicação organizacional e de relações públicas abrigam, de modo privilegiado, essa experiência, à medida que as instituições públicas e privadas desenvolvem ações estratégicas dirigidas a públicos específicos, com instrumentos de comunicação, em defesa do interesse público. (KUNSCH, 2011, p. 15).

Para H. Silva, a comunicação em saúde é realizada de maneira falha, pois

no setor de saúde o processo de comunicação entre planos de saúde, médicos, laboratórios, hospitais, indústria farmacêutica etc., e a sociedade permeia a mesma lógica. Planos de saúde, por exemplo, comunicam-se com seus usuários por meio de informações que seduzem os indivíduos a consumir seus produtos. Não há preocupação nestes casos em informar o indivíduo sobre seus direitos a associar-se a determinado plano. A linguagem de comunicação é ancorada na manipulação da esfera cultural do público-alvo. Outdoors com famílias felizes e executivos de sucesso são temas frequentes nas campanhas publicitárias. Novamente os discursos da felicidade, do amor, da segurança fazem parte do cardápio dos publicitários. (SILVA, H., 2006, p. 194).

Dessa maneira, a saúde passa a ser entendida como um bem de consumo, e não como um direito social do cidadão. As campanhas voltadas para prevenção de doenças e promoção da saúde são temas de inúmeras pesquisas, o que revela a importância da comunicação pública nessa área e a possibilidade de pesquisas mais diversificadas.

1.3 As campanhas de prevenção a doenças e promoção da saúde

São inúmeras as campanhas de prevenção a doenças e promoção da saúde que nos recordamos: desde a Revolta da Vacina até a bem sucedida campanha contra a poliomielite ou a recente campanha contra o fumo. Além dessas, outros exemplos como a campanha de combate à dengue e à febre amarela, que tem se mostrado frágil e cada vez mais necessária; a sazonal campanha de

combate ao HIV, cujo número de pessoas infectadas vem aumentando; a controversa campanha da vacinação contra o HPV; são exemplos de como a comunicação pública é fundamental para que a sociedade seja considerada saudável. Além disso, a comunicação pública também deve ser responsável por combater crenças e preconceitos relativos à saúde pública.

O início da Revolta da Vacina data de 1903, após o início do projeto de revitalização de área urbana no Rio de Janeiro, então capital do país:

Oswaldo Cruz enfrentou, em primeiro lugar, a febre amarela, adotando métodos já aplicados em Cuba. Atacou a doença por dois lados, pela extinção dos mosquitos e pelo isolamento dos doentes em hospitais. Logo a seguir, voltou-se para a peste bubônica, cujo combate exigia a exterminação de ratos e pulgas e a limpeza e desinfecção de ruas e casas. [...] Os alvos preferidos das visitas eram, naturalmente, as áreas mais pobres e de maior densidade demográfica. Casas de cômodos e cortiços, onde se comprimiam em cubículos e casinhas dezenas de pessoas, constituíam objeto de atenção especial. (CARVALHO, 1987, p. 94).

Era necessário garantir que todas as casas recebessem as visitas e “para prevenir resistências dos moradores, as brigadas faziam-se acompanhar de soldados da polícia” (CARVALHO, 1987, p. 94) e

tal atividade evidentemente provocou rebuliço na cidade e perturbou a vida de milhares de pessoas, em especial os proprietários das casas desapropriadas para demolição, os proprietários de casas de cômodos e cortiços anti-higiênicos, obrigados a reformá-los ou demoli-los, e os inquilinos forçados a receber os empregados da saúde pública, a sair das casas para desinfecções, ou mesmo a abandonar a habitação quando condenada à demolição. (CARVALHO, 1987, p. 95).

Nessa época também houve promulgações de leis que proibiam cachorros e vacas nas ruas, manutenção de hortas, de criação de suínos, a venda de bilhetes de loteria, cuspir na rua e urinar em público; leis essas que “eram simples reedições de medidas anteriores que, ao bom estilo brasileiro, não tinham pegado” (CARVALHO, 1987, p. 95) e no Rio de Janeiro, Oswaldo Cruz passou a dirigir o

SUMÁRIO

Departamento Nacional de Saúde. Em um contexto de reurbanização, “as práticas adotadas por ele visando resolver o problema da febre amarela e de outras doenças, tomam a forma de campanha. É um termo militar que traduz o caráter organizado, autoritário, do trabalho a ser realizado” (SCLIAR, 1987, p. 48). É com pesar que observamos o ressurgimento da febre amarela nas áreas urbanas do país, um indicativo da ausência de políticas públicas de saúde efetivas.

Conforme Carvalho (1987, p. 95) “neste ambiente, teve início a luta pela implantação da vacina obrigatória contra a varíola, a terceira epidemia no alvo de Oswaldo Cruz”. Na linha de frente contrária à vacina estavam os opositores do governo e também os órgãos da imprensa, que “não aceitavam qualquer intromissão do governo, poder material, no domínio da saúde pública, reservado ao poder espiritual” (CARVALHO, 1987, p. 97-8), um ótimo exemplo do poder e da necessidade da comunicação pública, como fonte de esclarecimentos e de eliminação de preconceitos e crenças irracionais.

Os meios de imprensa “recorreram a verdadeiro terrorismo ideológico, apontando na vacina inúmeros perigos para a saúde, tais como convulsões, diarreias, gangrenas, otites, difteria, sífilis, epilepsia, meningite, tuberculose” (CARVALHO, 1987, p. 98). Essas mesmas informações truncadas surgiram recentemente, quando da campanha da vacina contra o vírus HPV, em que houve desde reclamações contra uma suposta maior liberdade sexual para adolescentes mulheres quanto denúncias infundadas de que essa vacina seria anticonceptiva.

A Revolta da Vacina, ocorrida entre 10 e 18 de novembro de 1904, após prisões de manifestantes contra a vacinação obrigatória e outras manifestações de violência urbana, teve o envolvimento do exército e do ministro da Guerra e da Justiça, bondes depredados, iluminação cortada, assaltos, um cenário de horror e desolação, com tiroteios entre manifestantes e policiais. Batalhões de Minas Gerais e de São Paulo foram convocados para apaziguar a situ-

SUMÁRIO

ação, até o limite em que se decretou estado de sítio, que encerrou a revolta na sequência.

Os motivos da Revolta da Vacina ainda causam discórdia entre os historiadores, cujos

motivo dos revoltosos: [era] protestar contra a vacinação anti-varíola obrigatória. Uma vez mais, o levante popular apresenta características ambíguas, sendo ao mesmo tempo uma manifestação contra a pobreza urbana – o movimento ocorre após alguns anos de crise econômica no Rio de Janeiro – e uma resistência aos projetos autoritários liderados por higienistas que subestimavam os temores populares de um possível contágio com outras doenças, como a sífilis, ou que a vacina em si fosse um meio de propagação da varíola. (PRIORE; VENANCIO, 2010, p. 226).

Enquanto Carvalho (1987) acredita que não houve motivação econômica ou relacionada com a reforma urbana, mas sim com “a obrigatoriedade da vacina, Há evidência da grande irritação popular com a atuação do governo na área da saúde pública, de modo especial no que se refere à vistoria e desinfecção das casas” (idem, p. 130) “com a exigência de saída dos moradores para desinfecção, [houve] o dano causado aos utensílios domésticos. Não há como negar também o medo desenvolvido em relação à vacina propriamente dita” (idem, p. 131). Nesse sentido, o uso da imprensa e das charges que questionavam a moral e os bons costumes vigentes à época, colaborou para a percepção negativa da vacina por parte da população analfabeta e desinformada, ao pensar que “a lei ameaçava a própria honra do lar ao permitir que estranhos vissem e tocassem os braços e as coxas de suas mulheres e filhas” (idem, p. 37), mostrando que as informações estavam sendo distorcidas, uma vez que as vacinas eram aplicadas no braço.

Carvalho observa que “desde o início, e cada vez mais, os principais alvos da ira popular, expressa seja por palavras, seja por ações, foram os serviços públicos e os representantes do governo, de modo especial os componentes das forças de repressão” (idem, p. 133), o

SUMÁRIO

que apresenta uma falha que permanece existente na comunicação pública, que deveria buscar uma relação dialógica com a população.

Podemos verificar a ausência da comunicação pública nesse setor ao constatar que as campanhas de comunicação pública para uso de preservativos como forma de proteção a doenças sexualmente transmissíveis e gravidez indesejada vêm se tornando mais escassas, além da recente tendência parlamentar de acentuada moralização social dos costumes, por conta da bancada religiosa conservadora, mas, conforme Pinheiro (2015), o Brasil já teve um programa de prevenção e tratamento exemplar, e os centros de referência HIV-AIDS possuem programas de tratamento e acompanhamento oferecidos pelo SUS.

Outra campanha bem sucedida foi a proibição de propaganda de cigarros, que pode ser entendida como medida de proteção à saúde. Desde que as propagandas desses produtos estão proibidas na mídia, sendo permitida divulgação controlada apenas nos pontos de venda, o consumo de cigarros industrializados vem decrescendo, o que é positivo para a saúde do cidadão (INCA, 2015). Além disso, a imagem do tabagista, que já foi glorificada, está em declínio também, posto que é uma fonte de doenças e mal estar (MEDEIROS, 2015), e esse é o tipo de campanha benéfica para o sistema público de saúde, pois visa diminuir as doenças e síndromes advindas desse hábito.

Pessoni et al. (2007, p. 9) em pesquisa sobre a vacinação de idosos contra gripe, demonstra que esse público específico recebe informação pelos meios midiáticos tradicionais – televisão e rádio – mas também revela o importante “papel dos grupos de apoio, familiares e profissionais da saúde na decisão de tomar a vacina” (idem), destacando a intersecção possível entre comunicação pública, saúde pública e capital social.

SUMÁRIO



A propósito da abertura para participação social, através dos conselhos, conforme proposta pela criação do SUS, carece de uma comunicação pública mais efetiva, pois

os usuários deveriam promover formas de comunicação com seus representantes, através das diferentes organizações que os elegeram, mas que isso raramente acontece. Alegam eles que as pessoas não querem, não gostam ou não podem ir a reuniões. (ZIONI; ALMEIDA; PEREIRA FILHO, 2013, p. 129).

Isso é uma denúncia do incipiente envolvimento com a área pública e pouco uso dos canais de comunicação com o poder público. Westphal (2013, p. 183) acrescenta que as ações de promoção da saúde dependem da “participação da população, os processos de informação e comunicação, as mobilizações e a advocacia por políticas públicas saudáveis”, valorizando o processo comunicacional no campo da saúde pública.

Políticas públicas saudáveis, por sua vez, “podem ser estabelecidas por qualquer setor da sociedade” (idem, p. 186) e

precisam demonstrar potencial para produzir saúde socialmente. São exemplos de políticas públicas saudáveis o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), o Estatuto da Cidade, a Política Nacional de Trânsito e a Política Nacional de Promoção da Saúde do Ministério da Saúde. Todas atendem a esse critério. A função delas é minimizar as desigualdades mediante ações sobre os determinantes dos problemas de saúde, nos múltiplos setores onde esses se localizam, e interferir nos mecanismos através dos quais a cultura hegemônica gera e mantém comportamentos positivos e negativos à saúde, como a propaganda de cigarros que induz ao uso do tabaco, a propaganda de bebidas alcoólicas, a propaganda de alimentos, todas sedutoras e produtoras de fatores de risco de doenças: obesidade e tabagismo/ alcoolismo, entre outras. Cabe às políticas públicas saudáveis, também, favorecer intervenções nos outros determinantes sociais da saúde, como os econômicos. A distribuição desigual da renda favorece as iniquidades em relação ao acesso à educação, à habitação de qualidade, ao trabalho e outros. (WESTPHAL, 2013, p. 186).

Podemos inferir da citação acima a abrangência da comunicação pública para a construção e manutenção de uma sociedade saudável.

SUMÁRIO



Em atividade empírica para conhecimento do funcionamento do SUS¹, foi verificado que não existe conexão interdisciplinar entre a área de comunicação e a saúde, tanto no campo acadêmico como no prático; que os destaques positivos relativos ao SUS possuem pouco ou nenhum espaço na mídia de massa; que o embate político-eleitoral agrava a divulgação midiática dos aspectos negativos do SUS; e que há falta de integração entre as unidades do próprio SUS. Para muitos profissionais que atuam na área da saúde, a comunicação pública parece ainda se apoiar no modelo de transmissão de informações, em que não se busca o diálogo, e é considerado eficiente se o número de emissões realizadas planejadas e se a meta de pessoas supostamente atingidas for alcançada. Entretanto,

partindo da premissa de que políticas públicas só se constituem efetivamente como tal quando saem do papel, circulam (adquirem viabilidade, portanto existência) e são apropriadas (convertidas em saberes e práticas) pela população a que se destinam, temos que considerar que a comunicação é inseparável desse processo (ARAÚJO; CARDOSO, 2007, p. 11).

A comunicação é a amálgama da sociedade e é fundamental para os processos de elaborar, implantar e gerir políticas públicas e demais processos sociais.

A posição do Estado é consolidada pelas Constituições e pelas leis que “são responsáveis pela regulação das relações entre governantes e governados” (HASWANI, 2013, p. 35). A saúde é um direito de todos, segundo nossa Constituição mais recente, conhecida como Constituição Cidadã. Cidadania é a relação entre o Estado, através de suas instituições, e o cidadão, com especial atenção aos seus

1. N.A.: a atividade Vivência-Estágio na Realidade do Sistema Único de Saúde foi realizada pela autora em janeiro de 2015, nos bairros paulistanos Brasilândia e Freguesia do Ó. A íntegra desse texto pode ser consultada em CARVALHO, Simone Alves de. VER-SUS: relato da experiência de conhecer o SUS por dentro. In FERLA, Alcindo et al (orgs.). Múltiplos cenários do VER-SUS: vivências e estágios de norte a sul do Brasil. Porto Alegre: Rede Unida, 2016. p. 92-95. Disponível em <http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/colecao-cadernos-de-saude-coletiva/multiplos-cenarios-do-ver-sus-vivencias-e-estagios-de-norte-a-sul-do-brasil-pdf/view>.

SUMÁRIO

deveres e direitos (JANOSKI, 1998), que elenca as associações de bem-estar social e os grupos religiosos dentro de sua concepção de esfera pública, junto com os partidos políticos, grupos de interesse, movimentos sociais, ou seja, alocando o objeto de estudo dessa tese dentro desse conceito.

1.4 Comunicação pública, capital social e reconhecimento: intersecção fundamental para a atuação do cidadão

Conforme vimos, embora ainda seja um conceito em formação, a comunicação pública é vital para a construção de uma sociedade democrática e que se proponha minimamente igualitária. Para Araújo e Cardoso (2007, p. 38), “o direito à comunicação é indissociável do direito à saúde”, mas no que tange comunicação pública e saúde pública, o modelo informacional parece ser mais utilizado, e o modelo dialógico precisa ser fortalecido dentro da sociedade.

O capital social é um “importante instrumento conceitual e prático para a consolidação de políticas públicas, para o desenvolvimento sustentado e para a revitalização da sociedade civil e da democracia” (D'ARAUJO, 2003, p. 5), o que o coloca como teoria viável para o estudo da comunicação pública na busca por uma sociedade mais justa e igualitária.

Nos próximos capítulos abordaremos a temática saúde pública dentro das constituições brasileiras e a Pastoral da Saúde, nosso objeto de pesquisa, iniciando com a teoria do capital social, que baliza a mesma.

SUMÁRIO





2

CAPITAL SOCIAL E RECONHECIMENTO

Neste capítulo, abordaremos as teorias de capital social e reconhecimento, conceitos chave para a análise da pesquisa empírica. O conceito de capital social surge com Hanifan em 1916, é retomado por Bourdieu em 1980 e Putnam, em 2000, entre outros pesquisadores com os quais trabalharemos.

Para Matos (2012, p. 57), “a valorização dos cidadãos e da cidadania é pressuposto [do capital social]”, e Escudero (2015, p. 138) afirma que “a comunicação é parte inerente à natureza do processo de mobilização social” e o capital social tem condições propícias para surgir dentro desse ambiente de participação pública organizada e oferecer reconhecimento àqueles que o merecem.

Também discutiremos o conceito de reconhecimento, conforme explanado por Honneth (2009), em que são dispostas três esferas: a afetiva, primária, com o amor materno como exemplo; a jurídica, em que nos reconhecemos como portadores de direitos e deveres; e a estima social, baseada em realizações e características positivas individuais, item sobre o qual nos debruçaremos.

2.1 A teoria do capital social

A origem do conceito de capital social data de 1916 com Hanifan, ao explicar que para sua existência, a primeira condição é que as pessoas se unam, de maneira a acumular o capital social, e então a comunidade poderá começar a ver melhorias, e quanto mais se trabalhe em prol da comunidade, maiores serão os dividendos do investimento social. No texto, destacam-se a simpatia, o companheirismo e a boa vontade como bases para o capital social, que pode ser aplicado no bem-estar da comunidade.

SUMÁRIO



Bourdieu estrutura o conceito, tratando-o como uma das diferentes formas de capital, sendo que

o capital social é o conjunto de recursos atuais ou potenciais que estão ligados à posse de uma rede durável de relações mais ou menos institucionalizadas de interconhecimento e de inter-reconhecimento ou, em outros termos, à vinculação a um grupo, como conjunto de agentes que não somente são dotados de propriedades comuns (passíveis de serem percebidas pelo observador, pelos outros ou por eles mesmos), mas também são unidos por ligações permanentes e úteis. (BOURDIEU, 1980, p. 1).

Assim como para Bourdieu (1980), o capital social é oriundo da estrutura social, “o capital social é visto como componente da ação coletiva, ativando as redes sociais” (MATOS, 2009, p. 35), da mesma maneira que Hanifan (1916) aborda como o capital social pode ser usado pela e para a sociedade. Putnam (2000, p. 14), é taxativo ao dizer que a “ideia principal da teoria do capital social é que redes sociais possuem valor” e que esses “contatos sociais afetam a produtividade dos indivíduos e dos grupos” (idem, p. 14), acrescentando que as normas de reciprocidade, de confiança e de participação criam o que ele chama de virtude cívica. O princípio da reciprocidade – eu ajudo uma pessoa e, se eventualmente eu precisar, alguém me ajudará – é basal, segundo Putnam, para a existência do capital social, criando uma sociedade mais eficiente, por ser confiável e honesta. Essa comunidade possui laços sociais densos, que reforçam esses sentimentos e o engajamento cívico.

O capital social pode ser um bem público ou privado, mas é considerado como um ativo invisível ou intangível (BOURDIEU, 1980; COLEMAN, 1990; HIGGINS, 2005), ao que Higgins (2005, p. 31) critica que o ativo impessoal tende a oferecer “vantagens aos indivíduos, famílias ou grupos que estão melhor relacionados”, o que prolongaria os privilégios já existentes, mas também observa que ele é inalienável e tem valor de uso, mas não tem valor troca, pois “o capital social não é uma propriedade privada de seus beneficiários, pois todos seus

SUMÁRIO

componentes funcionais têm o aspecto de um bem público” (idem, p. 90), ou seja, a sociedade tem participação obrigatória na criação e manutenção do capital social.

Já a base do capital social possui e oferece “valores como solidariedade, lealdade e confiança” (MATOS, 2012, p. 57), fomentada pela comunicação pública, cuja existência alicerça o capital social e suas redes, em uma relação simbiótica, pois um retroalimenta o outro; ao mesmo tempo em que é um contraponto à distância do linguajar técnico do médico na assistência à saúde. Para Putnam (2000, p. 205), a comunicação é um pré-requisito para a existência do capital social, e as redes serão esparsas nas comunicações mediadas pelas tecnologias de informação e comunicação; e densas nas comunicações interpessoais físicas. Para o autor, o anonimato das redes sociais digitais facilita as relações fluídas, para utilizar o conceito de Bauman (2001), o que desencoraja a criação de um ambiente favorável ao capital social, que necessita confiança, compromisso e reciprocidade para florescer.

A perecibilidade do capital social é mencionada por Granovetter (1985), assim como a existência de laços interpessoais fortes e fracos nas redes sociais (GRANOVETTER, 1973) e a força dos laços é uma combinação de disponibilidade de tempo, intensidade emocional, intimidade entre os envolvidos e a reciprocidade, itens que são mutuamente dependentes dos relacionamentos existentes.

Coleman (1990) retoma a explicação de que o capital social depende das redes para funcionar, e estas podem ser redes sociais funcionando em espaço fechado, como associações e igrejas; ou organizações sociais com objetivos específicos, como as ONGs. Essas redes são densas e facilitam as relações intergrupais baseadas em normas, além de destacar a educação como contexto para a existência do capital social. Para ele, o capital social funciona como um facilitador para a ação dos atores individuais ou coletivos.

SUMÁRIO



Putnam (2000) menciona a coordenação das ações coletivas como importante para a construção do capital social e trabalha a perspectiva das ações intergrupais. Em seus estudos, ele acusa que a menor participação da sociedade nas atividades comunitárias seja o motivo para a diminuição do capital social, assim como aponta que em um mesmo país (1993), o capital social pode ser diferente nas regiões geográficas distintas, dado que possuem sociedades, economias e contextos culturais diversos, sendo que o desenvolvimento econômico e social foi maior nas regiões onde se constataavam maior disponibilidade de capital social.

De acordo com Fukuyama (1999), capital social é a habilidade das pessoas trabalharem unidas para atingir um objetivo comum. Para ele, o capital social é uma norma informal que promove a cooperação entre as pessoas, baseada em relacionamento, reciprocidade e cooperação. Destacamos que ele apresenta uma fórmula para contabilizar o capital social de um determinado grupo, além de mencionar a educação como fundamental para o aumento do capital social.

Para Lin (1999), o capital social é propriedade de quem o detém, sendo maior ou menor em determinados grupos. Partindo da premissa que os investimentos nas relações sociais pressupõem alguma forma de retorno, então o indivíduo investe nos relacionamentos e redes para obter benefícios.

No foco de Burt (2001), o capital social é uma espécie de mercado, em que as pessoas podem trocar ideias e bens na busca de seus interesses. Esse capital social é criado por uma rede fortemente entrelaçada de pessoas e grupos, que tendem a acumular esse tipo de capital conforme sua atuação e habilidades. Para ele, existem lacunas estruturais, que seriam as conexões mais fracas entre os grupos, o que significa que as redes detentoras do capital social têm seus objetivos próprios e estas redes podem estar integradas entre elas ou não.

SUMÁRIO



Segundo Matos (2009, p. 38), a pesquisa sobre capital social trata dos seguintes sujeitos e temas “família; comportamento juvenil; escolarização e educação; vida comunitária virtual e cívica; trabalho e organização; democracia e qualidade do governo; ação coletiva; saúde pública e meio ambiente; delinquência e violência; desenvolvimento econômico”, e nessa pesquisa tratamos da convergência entre vida comunitária e saúde pública.

A abordagem comunitária do capital social, segundo Woolcock e Narayan (2000) traz o conceito de capital social para dentro da comunidade, ao alocá-lo dentro de associações que tenham por objetivo o bem-estar da comunidade. Para os autores, a vulnerabilidade econômica define essa abordagem. Junto a esta se encontra a abordagem das redes, que conta com laços fortes e fracos; horizontais e verticais; e abertos e fechados. Essas duas abordagens encontram-se em nosso objeto de estudo. Matos (2009, p. 46) define que “o capital social pressupõe a existência de laços de dependência recíproca: laços intensos, personalizados, carregados de emoção; ou laços fracos, funcionais, ainda que duráveis, reconhecidos e respeitados”, ou seja, os laços fortes são vínculos constantes e íntimos, enquanto os fracos são ocasionais.

O capital social possui algumas características marcantes: confiança e respeito entre os membros; fluxos de informação; normas internalizadas; reconhecimento; reciprocidade; redes sociais; ganhos positivos para os membros de um grupo; reputação (BAQUERO, BAQUERO, 2011; COLEMAN, 1990; FUKUYAMA, 1999; GRANOVETTER, 1985; PUTNAM, 2000). Para Putnam (2000), as redes sociais promovem as relações sociais interdependentes e interativas, sendo que com o aumento do individualismo, ocorre o declínio do capital social.

“O capital social é visto como componente da ação coletiva, ativando e, ao mesmo tempo, sendo produzido por relações e vínculos



SUMÁRIO



nas redes sociais” (MATOS, 2011b, p. 53), dessa maneira, podemos entender que a rede de atenção à saúde é composta por essas redes de ligações e por interesses comuns.

O otimismo surge quando Baquero e Baquero (2011, p. 234) afirmam que o “capital social e empoderamento têm assumido papel central nos debates contemporâneos sobre a construção de uma nova cidadania na América Latina”, entretanto, as diferenças regionais e sociais dificultam o surgimento do capital social em todas as localidades.

Durkheim (1989) apresenta o fato social como parte inerente da sociedade e externo ao ser humano; esses fatos sociais são internalizados pelas pessoas durante seu processo de sociabilização, criando uma espécie de consciência coletiva que molda as ideias, valores e crenças de uma sociedade. Esses fatos sociais conformarão a ação social de um grupo, ao qual Higgins (2005, p. 168-169) assinala que existem diversos modelos de ação social, a saber: ação teleológica; ação estratégica; ação regulada por normas; ação dramática; e ação comunicativa. Com base nos estudos do autor, explicaremos brevemente esses modelos de ação social.

A ação teleológica é aquela na qual o ator social produz um estado desejado, utilizando os meios adequados, com o objetivo de atingir um fim previamente estipulado, pois a teleologia é o estudo dos fins, dos propósitos ou dos objetivos. A ação estratégica é a que o ator com o auxílio de outros atores que desejam atingir objetivos semelhantes. Do ponto de vista utilitarista, ele calcula a maximização da utilidade para realizar seus alvos e a Teoria dos Jogos é utilizada para essa consecução. Já a ação regulada por normas é oriunda do grupo social, e nela os membros do grupo orientam sua ação por valores comuns e esperam que os demais membros sigam as mesmas normas. Na ação dramática, que representa o que os atores sociais constituem uns para os outros, o elemento subjetividade está presente nas interações.

SUMÁRIO

A ação comunicativa refere-se à interação entre minimamente dois atores em uma relação interpessoal, e para que esta aconteça, a existência de uma linguagem, um código comum, é condição elementar.

Matos (2009, p. 35) apresenta o capital social como “componente da ação coletiva, ativando as redes sociais”, em diálogo com o conceito de comunicação pública e participação popular proposto pela autora, e

a ideia de capital social parte da constatação óbvia que as nossas relações interpessoais contam, que a forma de nos associarmos, com quem, onde e para quê, tem uma influência decisiva na nossa vida, na vida da nossa comunidade e de forma agregada na nossa sociedade.

Intuitivamente percebemos que uma sociedade atomizada, em que as pessoas estão afastadas umas das outras em que não comunicam nem se agregam, não pode funcionar tão bem como outra sociedade em que os cidadãos desenvolvem laços comunitários, participam na vida pública, e se associam para os mais diversos fins desde os desportivos e recreativos, aos sindicais e políticos. (ALMEIDA, J. 2012, p. 4).

Entretanto, o envolvimento do indivíduo com a sociedade, está declinando de acordo com Putnam (2000, p. 47), ao passo que atitudes individuais, como escrever cartas para veículos ou organizações, é uma atitude que está aumentando, pois não demanda uma socialização, que poderia provocar questionamentos e discussões. Com a popularização das redes sociais digitais, observamos que cresceu a difusão de informações, verídicas ou não, assim como as discussões referentes aos pontos de vistas diversos. Putnam ainda menciona a alienação do público em relação à política, que talvez possa ser causada pela diminuição na confiança em relação a essa atividade. Para D’Araujo (2003, p. 5), “boas sociedades ajudam a produzir boas instituições”, tanto ao prover com pessoas idôneas quanto ao cobrar resultados que promovam a igualdade, e novamente aqui nos deparamos com a intersecção dos conceitos de capital social e comunicação pública.

SUMÁRIO





SUMÁRIO



A saúde pública é um dos campos em que a influência do capital social pode ser analisada, como, por exemplo, nas Conferências Nacionais de Saúde que originaram o SUS, podendo essa ser caracterizada como uma modalidade de participação política por parte da sociedade que não seja apenas o voto direto.

O crescimento no número de voluntários não é uma confirmação da existência do capital social, pois, de acordo com Putnam (2000, p. 57), este pode estar envolvido em uma atividade pontual ou ser uma questão solidária, como nos casos de desastres naturais. Para criar capital social, o envolvimento deve ser ativo nos assuntos comunitários. Putnam (idem, p. 134) acrescenta que pessoas com maior renda e nível educacional mais elevado tendem a se voluntariar mais em causas altruístas, ao mesmo tempo em que as pessoas que receberam ajuda tendem a ajudar os demais, mostrando um efeito dual de ação. A participação voluntária também pode ser entendida como uma resposta à ausência do governo em certas áreas, bem como o desencanto com a atividade política, mas esses dados não são confirmados. Por outro lado, o autor disserta sobre a possibilidade de que a própria ação propositiva do governo em algumas áreas sociais tenha provocado o recrudescimento do capital social, bem como o próprio sistema capitalista, com sua pressão por tempo e dinheiro, disponibilidade de transporte e entretenimento eletrônico doméstico serem alguns dos motivos para essa diminuição.

Caillé (2011) diferencia as sociedades que possuem culturas de confiança ou de desconfiança, características intrínsecas para a construção do capital social, ao mesmo tempo em que discute o uso da própria palavra “capital” por sua “interpretação de tipo utilitarista” (idem, p. 26), que pode permitir uma interpretação equivocada no sentido monetário do termo.

Putnam (2000), D'Araujo (2003), Higgins (2005) e J. Almeida (2012) denunciam os usos negativos do capital social como uso

contraditório do conceito, como máfia, gangues e demais associações criminosas, em que o capital social é utilizado de modo a lesar a comunidade em detrimento do ganho de poucas pessoas, utilizando meios ilícitos. Esse uso não pertence ao nosso objeto de estudo, pois, nas palavras de D'Araujo (2003, p. 5), “a ideia de capital social aqui adotada tem a ver com a capacidade de cooperar e de confiar para a produção do bem público, e não para a depredação social”, buscando a melhoria da comunidade e não seus danos.

Cremonese (2006) denomina de “males de origem” algumas características identitárias brasileiras como clientelismo, populismo, dependência, o insolidarismo, a falta de espírito público, entre outras de sentidos negativos, como empecilhos à consolidação de capital social no Brasil. Peruzzo (2011, p. 151) concorda com o autor acima, ao afirmar que “no Brasil a cidadania existe, mas não para todos”. A criação de um capital social humanizado dentro do SUS é dificultada por esses fatores, bem como por inexistir ambiente de trabalho humanizado, tanto físico quanto material.

Mumby (2010) descreve essa violência simbólica dentro das organizações como “as formas institucionais [que] criam sistemas de diferenças” e infere que a desumanização pode ter várias origens, como ambientes de trabalho inadequados ou assédios de diferentes formas e

compreender como os trabalhadores em saúde efetivamente lidam, a um só tempo, com as necessidades de prestação de serviços, com as exigências do trabalho e com o sofrimento por eles vividos requer que o olhar se volte para os processos que norteiam as interações entre esses trabalhadores. O deslocamento do olhar para o âmbito das interações sociais cotidianas iluminará o contínuo fazer-refazer, planejar-replanejar a que se dedicam não apenas os que são considerados gestores, mas também os diversos trabalhadores em saúde. (LACAZ; SATO, 2006, p. 120).

Podemos constatar em uma rápida visita aos locais de atendimento do SUS todos esses problemas: a falta de instalações e equi-

SUMÁRIO



pamentos adequados, o despreparo dos profissionais, a demora no atendimento aos pacientes, o subfinanciamento do setor, enfim, situações que necessitam de muitas políticas públicas remodeladas. Essa situação dá margem à criação de iniciativas comunitárias e populares que possam ajudar de alguma maneira o cidadão, especialmente o acometido de enfermidades paralisantes e os idosos, com pouca autonomia de deambulação.

2.2 O reconhecimento do cidadão

A vida em sociedade é nossa marca registrada. Desde a pré-história, em que a vida em tribos permitia melhores condições de caça e abrigo até as metrópoles contemporâneas, o ser humano exhibe a disposição de viver em grupo. Assim, surge a necessidade do reconhecimento, em que retomando as ideias propostas por Honneth (2009), Rawls (2008) e Sen (2011), a pessoa precisa do outro para criar sua identidade, e dentre essas características se encontram as normas do direito, os conceitos de justiça e igualdade e a existência de um sistema democrático, dentro do ideal ocidental.

Na visão de Rawls (2008), os princípios da justiça social são um modo de atribuir direitos e deveres nas instituições básicas da sociedade e definem a distribuição apropriada dos benefícios e dos encargos da cooperação social. Rawls também diferencia os conceitos de justiça e equidade, sendo que esta última está ligada ao bem-estar social e a primeira aos procedimentos e instituições normativas. Sen (2011) oferece um contraponto a Rawls, afirmando que o bem-estar social está vinculado a distribuição de riqueza, buscando a consecução dos direitos humanos. Ora, se o SUS se pretende universal, igualitário e gratuito, estamos aplicando esses princípios por ambos propostos.

SUMÁRIO



Honneth (2009) discute o conceito hegeliano de reconhecimento, que é realizado tanto pela pessoa como pelo outro, sendo que a relação interpessoal é fundamental para que o reconhecimento ocorra. Esse reconhecimento se transforma em identidade individual, presente nas esferas de relações afetivas e pessoais; jurídica-moral, no quesito direito e deveres; e estima social, que constituem as relações de solidariedade. É nessa esfera que o capital social pode surgir. A teoria do reconhecimento

traz a intersubjetividade para o cerne da justiça e destaca o caráter relacional e agonístico da construção de identidades e da própria sociedade. Tal perspectiva oferece uma matriz interpretativa atenta à dimensão moral dos conflitos sociais e capaz de perceber a complexidade desses conflitos em sua dimensão material, simbólica e legal. Seu potencial heurístico permite reinterpretar a ação política de atores sistematicamente desrespeitados, sejam eles organizados ou não, além de possibilitar a realização de uma refinada crítica de estratégias de ação adotadas por movimentos reivindicatórios. (MENDONÇA, 2011, p. 65).

A tradição sociocultural de Mead (2007) aponta que através das atitudes em sociedade o cidadão é transformado em sujeito político e “os indivíduos só podem se realizar se reconhecem os outros como pertencentes a uma comunidade partilhada” (MENDONÇA, 2011, p. 75), retomando a proposta de Rawls de cooperação social e caminhando para a teoria do capital social de Hanifan e Putnam.

No que tange a questão do reconhecimento relacionado ao respeito, “é preciso que os indivíduos se percebam como ‘portadores de direitos’, o que lhes assegura dignidade” (MARQUES, A., 2011, p. 139), palavra chave no tratamento de doentes. Esses direitos levaram à construção da cidadania (VIEIRA, 2001), que segundo Peruzzo (2011, p. 151) “existe, mas não para todos”, ao passo que Salomão (2011, p. 312) questiona se “oprimidos e opressores se sentariam em uma mesma mesa para dialogar a opressão”, ou seja, a comunicação pública se faz novamente presente no intuito de oferecer meios para que possa existir a discussão dos direitos, deveres e outros assuntos. É importante lembrar que, para Bobbio (2004), a cidadania provém da

SUMÁRIO

existência das três gerações de direitos, que são os civis, que propiciam o exercício das liberdades; os políticos, que correspondem à participação ativa e passiva no processo político; e os sociais, que garantem os padrões mínimos de bem-estar e segurança sociais.

De acordo com a Organização das Nações Unidas (ONU), cidadania é entender que todos os homens são iguais, sem discriminação de raça, credo ou cor, e todos têm direito à vida, educação, saúde, habitação e lazer, além de poder expressar-se livremente e fomentar movimentos sociais. Essa definição, de 1948, é atual e ainda não conseguiu ser atingida em sua totalidade. Para Manzini-Covre (2006, p. 11), “cidadania é o próprio direito à vida no sentido pleno. Trata-se de um direito que precisa ser construído coletivamente, não só em termos do atendimento às necessidades básicas, mas de acesso a todos os níveis de existência”, em um entendimento mais filosófico dos direitos de cidadania.

Para Matos (2011b, p. 43) a teoria do reconhecimento pode ser “abordada por intermédio de noções como dignidade, respeito e honra”, independentemente da condição social do sujeito, desse modo, a teoria do reconhecimento pode ser aplicada à Pastoral da Saúde, objeto dessa pesquisa. Nesse sentido, Fernandes (2011, p. 286) aponta que o reconhecimento social “é um processo decorrente da rede de cultura cívica de participação popular, constituída ao longo dos anos, envolvendo militantes do movimento e o governo local, em uma luta cheia de conflitos nas relações e interações”, ou seja, não basta a institucionalização das políticas de humanização, mas a integração com o cidadão é fundamental.

Outro conceito relacionado ao reconhecimento é a teoria das representações sociais, que surge da “primazia das representações ou crenças, a origem social das percepções e das crenças e o papel, algumas vezes de coação, dessas representações e crenças” (MOSCOVICI, 2013, p. 176-7), pois essa representação social permite ao indivíduo o reconhecimento dentro de seu grupo

SUMÁRIO

as representações são produzidas nos processos de interação social – comunicação, trabalho e cultura, entre outros –, o que as tornam expressões de uma dada sociedade, bem como formas de mediação social, pois será por meio delas que os sujeitos irão compreender o mundo, a vida, a sociedade e se relacionar com eles. (PELICIONI; PELICIONI; TOLEDO, 2013, p. 208).

Portanto, concluímos que as representações e interações sociais são basais para a construção do capital social.

Ao tratar da teoria do reconhecimento, Caillé (2011, p. 28-9) pergunta “quem quer e quem deve ser, de fato, reconhecido”; “reconhecidos por quem”; “grau de consistência do conceito de reconhecimento”; e “reconhecimento de quê”, questões que serão abordadas na nossa pesquisa empírica. Nesse sentido, Honneth (2009) afirma que a identidade de um indivíduo está relacionada com a existência do outro, para que exista relação consigo e com a sociedade, ao que Matos (2011a, p. 42) afirma que “na luta por reconhecimento, uma coletividade, ao tomar consciência das injustiças que sofre, dá início a um questionamento para alterar os padrões institucionalizados de julgamento e valorização dos indivíduos e grupos”, ou seja, a coletividade, ao perceber que suas necessidades não estão sendo priorizadas pelo poder público, tem a possibilidade de criar subsídios para enfrentá-las, utilizando seu capital social para isso. Essa mudança fica mais evidente a partir das décadas de 1970 e 1980 (idem, p. 43), com a redemocratização e, no caso da saúde pública, com os movimentos sociais que deram origem ao SUS, como veremos no próximo capítulo. “A luta pelo reconhecimento se constitui como elemento básico para a consolidação e ampliação da democracia” (idem, p. 43), o que nos leva novamente ao campo da comunicação pública.

Rios (2009) enuncia o reconhecimento como fundamental na humanização dos serviços de saúde, pois

a Humanização na área da Saúde surgiu do legítimo anseio das pessoas, trabalhadores e usuários dos serviços, pela melhoria das práticas de Saúde. Inicialmente voltada às ações de ambiência, acolhimento, cida-

SUMÁRIO



dania, e reconhecimento do campo da subjetividade no atendimento, foi ganhando consistência prática e conceitual, passando da situação de ações humanizadoras, para a de programa, chegando à condição de política pública do SUS. (RIOS, 2009, p. 168).

Dessa maneira, faremos uma breve explanação sobre a Política Nacional de Humanização, pois é um tema de grande preocupação para os pacientes e familiares que dependem do sistema público de saúde e mesmo para os trabalhadores que atuam nesse setor.

2.3 Política Nacional de Humanização

Com o surgimento do SUS após a Constituição de 1988, ocorreram “inúmeros avanços no campo da saúde pública brasileira”, porém eles “convivem, de modo contraditório, com problemas de diversas ordens” (BRASIL, 2004, p. 5). “Existem casos em que a repetida exposição àquilo que choca, entristece, consterna não esgota a capacidade de reação compassiva” (SONTAG, 2003, p. 70) e, embora a autora estivesse se referindo a fotografias de guerra, esse mesmo sentimento se dá diante da divulgação de informações negativas sobre a saúde pública. Reportagens sobre mau atendimento em hospitais sem pessoal qualificado e sem equipamentos, pessoas em macas nos corredores, falta de equipamentos e outros horrores são alvos de críticas contundentes e merecidas; porém, pouco se esclarece diante de programas bem sucedidos, como a distribuição gratuita de medicamentos, tratamentos de doenças crônicas e outros. Essa imagem negativa pode deturpar a percepção da população sobre o que é oferecido pelo sistema. Tendo isso em mente, foi criado, em 2004, a Política Nacional de Humanização (PNH), que “pode ser vista como uma política transversal a permear todos os programas e formas de atendimento do sistema” (ARTMANN; RIVERA, 2006, p. 206), o que aponta a amplitude de seus objetivos:

SUMÁRIO



como política, a Humanização deve, portanto, traduzir princípios e modos de operar no conjunto das relações entre profissionais e usuários, entre os diferentes profissionais, entre as diversas unidades e serviços de saúde e entre as instâncias que constituem o SUS. O confronto de ideias, o planejamento, os mecanismos de decisão, as estratégias de implementação e de avaliação, mas principalmente o modo como tais processos se dão, devem confluir para a construção de trocas solidárias e comprometidas com a produção de saúde, tarefa primeira da qual não podemos nos furtar.

A Humanização, como um conjunto de estratégias para alcançar a qualificação da atenção e da gestão em saúde no SUS, estabelece-se, portanto, como a construção/ativação de atitudes ético-estético-políticas em sintonia com um projeto de corresponsabilidade e qualificação dos vínculos interprofissionais e entre estes e os usuários na produção de saúde. Éticas porque tomam a defesa da vida como eixo de suas ações. Estéticas porque estão voltadas para a invenção das normas que regulam a vida, para os processos de criação que constituem o mais específico do homem em relação aos demais seres vivos. Políticas porque é na pólis, na relação entre os homens que as relações sociais e de poder se operam, que o mundo se faz. (BRASIL, 2004, p. 7-8).

A PNH tem como princípios a transversalidade, indissociabilidade entre atenção e gestão e protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos. Suas diretrizes são: acolhimento, gestão participativa e cogestão, ambiência, clínica ampliada e compartilhada, valorização do trabalhador, defesa dos direitos dos usuários.

O tratamento humanizado ao paciente data da Idade Média na Europa e da Dinastia Han (200 a.C. – 220 d.C.) no Oriente (MEZZOMO, 2010). “A religião oferece aos doentes a ajuda dos *xenodochia*, ou asilos para doentes; e proporcionava um sentido para o sofrimento” (SCLIAR, 1987, p. 22), ou seja, data do período histórico em que a doença era entendida como punição à desobediência religiosa:

o cristianismo, que surgiu como a religião dos pobres, dos deserdados, dos escravos, dos aflitos, dos doentes, oferecia uma explicação para as pestilências, e o conforto espiritual necessário em época de tanto sofrimento. A doença era vista como purificação, como forma de atingir a graça divina que incluía, sempre que merecida, a cura; as epidemias eram o castigo divino para os pecados do mundo. (SCLIAR, 1987, p. 22).

SUMÁRIO



No Renascimento, “o hospital, até então visto como um depósito de doentes cuidados por religiosos, um lugar para isolamento de contagiosos e para mortes piedosas, muda de função” (SCLIAR, 1987, p. 46). A administração dos hospitais é transferida das ordens religiosas às prefeituras, visando o possível lucro com serviços de saúde. Já nessa época é notório que os doentes incuráveis, seja pela moléstia ou pela condição social, continuavam dependentes do trabalho voluntário dos abrigos religiosos, a margem das políticas públicas. No Brasil, as modificações ocorrem com algum atraso, por ainda ser colônia:

no Brasil, a criação do seguro social teria grandes repercussões na área de assistência médica, que pouco havia evoluído desde a descoberta: até o século 18 praticamente não houve medicina oficial no país; os doentes eram cuidados pelos jesuítas, curandeiros e feiticeiros, como foi antes referido. Os raros profissionais tinham de ser habilitados na metrópole portuguesa. A assistência hospitalar estava a cargo das Santas Casas, dos lazaretos para hansenianos, dos hospitais militares. Os médicos exercem em geral a clínica privada ou trabalham em instituições filantrópicas, notadamente as Santas Casas, instituídas no Brasil-Colônia. (SCLIAR, 1987, p. 80).

Mezzomo (2010, p. 148-9) classifica os problemas assistenciais em três níveis: “a dificuldade de acesso à assistência sanitária, aos medicamentos e aos diagnósticos; a falta de humanidade no tratamento; e erro médico”. Em nosso país, o SUS se encarregou de universalizar a prestação de serviços de assistência médica e, embora ainda esteja distante do objetivo, são feitos vários esforços nesse sentido. A questão do erro médico deve ser avaliada conjuntamente com os avanços tecnológicos e a qualificação dos profissionais da área da saúde, assunto em pauta com as recentes discussões sobre médicos estrangeiros e o Ato Médico.

A humanização no tratamento é uma preocupação física, material e psicológica e “a ação de humanizar o atendimento, tornando-o sensível às necessidades e desejos dos pacientes e familiares, mediante ações que visam transformar positivamente o ambiente hospitalar” (GODOI, 2008, p. 38) é fundamental para a própria existência do hospital, no que

SUMÁRIO

é corroborado por Taraboulsi (2009, p. 18) ao afirmar que “investir na humanização” é importante pois

tem-se detectado entre os colegas médicos uma tendência a supervalorizar a qualidade do desempenho técnico, relegando a segundo, terceiro ou último plano a preocupação com a relação interpessoal. Há médicos que preferem conversar com uma ressonância magnética do que como cliente, ou ouvir o ultrassom em vez da história relatada pelo paciente. (RATTNER, 2005, p. 28).

Essa relação pode ser modificada pela humanização, que deve ser uma via de mão dupla, e se preocupar também com a “humanização das condições de trabalho profissional, permitindo que médicos e outros profissionais da saúde exerçam suas atividades de maneira a preservar sua dignidade” (RATTNER, 2005, p. 32). É importante observar que “não se humaniza uma organização com decretos e regulamentos. Provoca-se primeiro uma mudança nas pessoas para depois se mudarem os métodos e processos” (SILVA, P., 2010, p. 215), assim como não se cria capital social espontaneamente, essas redes devem ser criadas e mantidas pelos cidadãos, ciosos de seus direitos e respeitadores de seus deveres. No SUS, não foi diferente:

a humanização despontou na forma de política pública em resposta aos reclames da sociedade. Por um lado, consideraram-se os fenômenos culturais da contemporaneidade. Por outro lado, era evidente o sucateamento dos serviços de saúde, devido à má gestão ou aos sempre insuficientes investimentos frente aos crescentes custos da medicina biotecnológica, das filas intermináveis, do atendimento insatisfatório aos pacientes por profissionais mal remunerados e desvalorizados, além dos mais variados conflitos. (RODRIGUES, 2012, p. 185).

Rattner corrobora o pensamento de Rodrigues: o processo de humanização hospitalar não é centrado no usuário ou no médico, mas deve perpassar também

a instituição em que se processa a assistência, seja hospitalar, seja ambulatorial; o sistema de saúde, de que faz parte essa instituição; e o contexto para que ocorra essa assistência, que é nossa sociedade, com seus valores, suas tradições e sua história recente de conquistas

SUMÁRIO



constitucionais de saúde como um direito de todos e um dever do Estado. (RATTNER, 2005, p. 24).

A PNH responde a essa necessidade constatada. Embora tenha mudado sua nomenclatura ao longo do tempo, seu objetivo sempre foi melhorar as relações entre órgãos estatais de saúde e os cidadãos usuários do sistema. Para Rodrigues (2012, p. 186), “a institucionalização das ouvidorias e a pesquisa de satisfação surgem como instrumentos que possibilitam o permanente diálogo e acompanhamento em relação à qualidade de trabalho oferecido pelo SUS”, ao qual acrescentamos o conceito de capital social como elemento integrador dessas temáticas.

É interessante notar que “na faculdade não se fala sobre a morte, sobre como é morrer. Não se discute como cuidar de uma pessoa na fase final de doença grave e incurável” (ARANTES, 2016, p. 211), ou seja, nem os cuidados paliativos nem a tanatologia estão vislumbrados suficientemente na graduação médica, assuntos que devem deixar de ser tabu. A autora reforça que o cuidado humanizado nos cuidados paliativos traz melhorias, ainda que breves, ao paciente. A PNH pretende que o cuidado humanizado percorra todo o sistema, não sendo centrado em apenas um ator ou objeto:

o cuidado humanizado deve apresentar o reconhecimento ao valor da vida humana; saber que cada ser humano é insubstituível; considerar as pessoas na sua integralidade (holístico); liberdade de ação aos pacientes e médicos, igualdade no relacionamento; compartilhamento na tomada de decisões; empatia e afeto. (DESLANDES, 2006, p. 42).

A aplicação do conceito de humanização e a sua aplicação nos ambientes de trabalho da saúde pública por vezes é alvo de descon-fiança. A isso, responde Campos:

a Humanização tem relação estreita com dois outros conceitos muito fortes em meu percurso como pesquisador e sanitaria: o de defesa da vida e o de Paidéia. A defesa da vida é um ótimo critério para orientar a avaliação de políticas públicas. É também um objetivo permanente, uma meta central a ser buscada por qualquer política ou projeto de

SUMÁRIO

saúde. O conceito Paidéia é ainda mais radical, porque nos empurra a pensar modos e maneiras para o desenvolvimento integral dos seres humanos, sejam eles doentes, cidadãos ou trabalhadores de saúde. Sempre que falo em Humanização estou colando nesta palavra-valor o tema de defesa da vida e o de Paidéia. (CAMPOS, 2005, p. 399).

Com esse depoimento, passamos a refletir sobre o que levou à necessidade de criar uma política para a humanização da saúde, partindo do oposto do que é a humanização, sobre quais são os

fatores estratégicos para a (des)humanização do cuidado, relacionando-os: à relação médico-paciente; à formação médica; à comunicação e acesso à informação no processo terapêutico; às relações hierárquicas e de poder na produção do cuidado e na tomada de decisões; aos fatores psicológicos e subjetivos envolvidos. (DESLANDES, 2006, p. 35).

Para Deslandes (2006, p. 37-39), a desumanização pode ser vista de diversas maneiras: desumanização ao tratar as pessoas como coisas, não reconhecendo o sujeito e seus sentimentos, mas apenas o objeto de intervenção médica, padronizando o tratamento e os serviços; a desumanização pela tecnologia, em que máquinas e procedimentos predominam sobre a relação paciente-cuidador; desumanização pela experimentação, ao fazer pesquisas experimentais em seres humanos; ver a pessoa como problema, reduzindo-a a sua patologia, ignorando as necessidades e conflitos do paciente; tratar certas pessoas como de menor valor, devido ao status, hierarquia social e preconceitos; desumanizar ao isolar pessoas em tratamentos muito longos e reclusos; utilizar cuidados sub-padronizados por indiferença, negligência ou discriminação; considerar as pessoas como se elas não tivessem escolha, retirando sua autonomia de escolha e decisão; interações frias entre pacientes e médicos, com ênfase no discurso neutro e objetivo da medicina; alocar os pacientes em ambientes estéreis, provocando mal-estar psicológico.

A falta de humanização nos diversos aspectos nos serviços de saúde foi apontada por Portocarrero (2002, p. 7) como sendo oriunda

SUMÁRIO

das mais diversas partes, como do serviço religioso, da “ignorância ou maldade dos enfermeiros” ou a falta de “um serviço de assistência organizado pelo Estado”; e assuntos recorrentes como

as recentes transformações da medicina contemporânea rumo à progressiva cientificidade e sofisticação tecnológica apresentam efeitos positivos e negativos, já relativamente bem conhecidos. De um lado, identificam-se como importantes avanços a aceleração e ampliação do poder de diagnose, a precocidade progressivamente maior da intervenção terapêutica, o aumento da eficácia, eficiência, precisão e segurança de muitas dessas intervenções, a melhora do prognóstico e da qualidade de vida dos pacientes em uma série de agravos. Como contrapartida, a autonomização e tirania dos exames complementares, a excessiva segmentação do paciente em órgãos e funções, o intervencionismo exagerado, o encarecimento dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos, a desatenção com os aspectos psicossociais do adoecimento e a iatrogenia transformam-se em evidentes limites. (AYRES, 2006, p. 64).

Braga corrobora ao afirmar que “ao pressentir o esgotamento de sua competência pessoal, o indivíduo tende a lançar mão de sua teia de suporte social, matriz de sua identidade e de seu estar no mundo” (BRAGA, 2006, p. 179), e essas diversas esferas do tratamento desumanizado precisa mais do que políticas públicas para serem eliminadas, elas precisam que exista o capital social nas redes de assistência, para que as políticas se transformem em realidade.

A importância da comunicação pública para a criação dessa rede é evidente, assim como o “reconhecimento de nichos comunicativos no espaço público da saúde, capazes de fortalecer uma cultura de humanização” (ARTMANN; RIVERA, 2006, p. 205), Porém, nas palavras de Gastaldo (2005, p. 397), “a política de humanização tem diante de si um desafio incomensurável: o de humanizar numa sociedade em que prevalecem tantas e tão profundas formas de injustiça e violência no cotidiano, a desumanidade à brasileira”, o que é uma situação inegável e não propícia para a construção de capital social.

As organizações voluntárias, quando atuando dentro de hospitais, devem buscar o alinhamento com a equipe de humanização, pois

SUMÁRIO



ambos os esforços são para melhorar a qualidade de vida do paciente e de seus acompanhantes.

2.4 Teoria do capital social e teoria do reconhecimento: pesquisa empírica

A comunicação proporciona o

fortalecimento do sujeito usuário como instância mais autônoma, menos dependente, menos impotente, com possibilidades ampliadas de lidar com a sua saúde, sua vida, sua existência. Do ponto de vista do cuidador, a conversa inerente ao acolhimento teria a capacidade de fortalecer sua identidade, sua condição de sujeito autônomo, em função de uma potencialização do aprendizado ensejado pela fenomenologia do cuidado, do orgulho adquirido no processo de apoiar, da conquista de mais segurança, em um espaço de vulnerabilidades estimuladas em boa medida pelas precárias condições de trabalho. (ARTMANN; RIVERA, 2006, p. 211).

Para Braga (2006, p. 163), o indivíduo participa de uma rede de relações sociais, que tem a finalidade de “contrapor-se a uma concepção fragmentária do ser humano [e demonstra a] capacidade do ser humano de ser autor e ator de sua história” e Deslandes (2004, p. 13) afirma que “as ideias de humanização como antítese da violência e da incomunicabilidade reforçam a posição estratégica das ações centradas na ética, no diálogo e na negociação dos sentidos e rumos da produção de cuidados em saúde”, reforçando nosso princípio de que a comunicação pública é essencial nesse campo. Para Caillé (2011, p. 37), o capital social e o reconhecimento levam o “sujeito a produzir sentido acerca de si mesmo, diante de seus próprios olhos e dos olhos dos outros”, promovendo empoderamento, dignidade e reconhecimento. Nosso objetivo não é esgotar as definições de capital social, mas utilizar aquelas que mais se aproximam das proposições do trabalho da Pastoral da Saúde, conforme a figura 3.

SUMÁRIO





O capital social não é um antídoto para todas as mazelas sociais (D'ARAUJO, 2003, p. 4) e Reis (2003, p. 47) lança um desafio para a compreensão e continuidade do capital social, que é “mostrar-mo-nos capazes de traduzir o que esperamos da confiança em padrões comportamentais observáveis”. Matos (2011b, p. 44) profere que o reconhecimento “precisa ser legitimado socialmente”, então o trabalho promovido pela PS vem ratificar essa teoria, ao trazer dignidade e honra ao enfermo, como veremos no capítulo seis, com as análises das entrevistas utilizando a análise do discurso do sujeito coletivo, além da correlação proposta por Putnam (2000, p. 343), que mais capital social e engajamento cívico poderia melhorar a situação da comunidade. Além disso, Putnam (idem, p. 383) afirma que, quanto mais integrado com a comunidade estamos, mais diminuem nossas possibilidades de sofrer resfriados, depressão e mortes prematuras causadas por doenças em geral, devido ao fato de que as redes sociais e suas normas ajudam a manter uma vida mais saudável e evitar comportamentos abusivos.

Figura 3 – Definições selecionadas de capital social

Autores (as)	Foco	Repercussão
Bourdieu	Sinergia gerada pela agregação de recursos e mobilizados por meio das redes sociais	Eficiência e durabilidade das redes de relações sociais institucionalizadas Obrigações, expectativas, canais de informação e normas sociais
Burt	Redes abertas e com lacunas estruturais	Mediação da atuação dos participantes nas redes
Coleman	Redes densas e fechadas	Desenvolvimento da estrutura social e busca do auto interesse Relações intragrupais
Fukuyama	Normas compartilhadas e valores informais	Habilidade das pessoas trabalharem conjuntamente para propósitos comuns Confiança, cooperação e eficiência



Granovetter	Redes sociais, pontes, laços fortes e fracos	Presença e atores viabilizando pontes entre grupos e redes distintas
Lin	Investimentos em relações que geram benefícios	Capital social como propriedade do ator que o detém
Matos	Não pode haver capital social sem comunicação pública	Valorização dos cidadãos e da cidadania, ação coletiva sobre questões de interesse público
Putnam	Confiança, coesão social, participação social, redes, bem comum	Desenvolvimento socioeconômico e aperfeiçoamento institucional Desintegração da vida civil e da atividade política Relações intergrupais
Woolcock e Narayan	Reciprocidade, informações, atitudes e valores	Interações facilitam o desenvolvimento econômico e a democracia

FONTE: Elaborado pela autora, baseada em MATOS, 2009, p. 43 e VALE; AMÂNCIO; LAURIA, 2006, p. 50.

A própria existência da PNH é um fator que mostra a necessidade do capital social e do reconhecimento nas comunidades, para que os grupos possam se manifestar frente ao poder público. Partindo do desafio proposto por Matos (2009, p. 132), de que “não pode haver capital social sem alguma comunicação pública que o possibilite”, após estudar os conceitos de capital social e de reconhecimento e aplicá-los na pesquisa empírica, queremos mostrar a convergência possível entre esses temas, com o objetivo de verificar se os voluntários da Pastoral da Saúde percebem que eles são atores dessas teorias, e esta convergência será retomada nas considerações finais.

The background features a grid of icons. The leftmost column consists of blue icons on a dark blue background. The remaining columns consist of orange icons on an orange background. The icons are arranged in a repeating pattern of four types: a group of three people, a globe with three people, two people with circular arrows, and a group of four people.

3

SAÚDE PÚBLICA

Neste capítulo, abordaremos brevemente a história da saúde pública no Brasil, onde, de acordo com a Constituição Federal de 1988, a saúde pública é direito do cidadão, porém, nem sempre essa visão foi assim expressa. Esse capítulo apresenta como foram os direitos relativos à saúde de acordo com as Constituições² do Brasil de 1824 até 1988. Salientamos que nossa atenção recaiu apenas sobre os textos originais das Constituições, não adentrando o terreno das emendas constitucionais ou das legislações estaduais e municipais.

Ao longo das explanações sobre como a saúde pública foi tratada constitucionalmente, também apresentaremos alguns exemplos, como campanhas governamentais e almanaques publicitários, sobre a comunicação pública do período especificamente sobre as condições políticas e legais do campo da saúde.

3.1 Conceituando o objeto saúde pública

O conceito de saúde não é um consenso, pois pode ser entendida através de muitos vieses. A Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde como o “estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente ausência de doença ou incapacidade” (CALLAHAN, 1973; NARDOCCI et al, 2013). Essa definição não é completamente aceita em todos os círculos, pois ignora que, mesmo possuindo alguma doença crônica, a pessoa pode se sentir bem, inclusive fisicamente, em um ambiente que prove ou não a qualidade de vida. Também não é suficiente delegar toda a preocupação com a saúde às inovações tecnológicas em cirurgias e medicamentos.

Entender a saúde como um processo social feito pelas pessoas através de escolhas conscientes é a definição da Carta de Ottawa

2. N.A.: ressaltamos que foram mantidas as grafias e pontuações originais, de acordo com os documentos consultados no site http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/principal.htm.

(1986), que engloba “condições e os recursos fundamentais para a saúde são: Paz – Habitação – Educação – Alimentação – Renda – ecossistema estável – recursos sustentáveis – justiça social e equidade” (idem, p. 1), entendendo que as pessoas devem ter a liberdade para escolher uma vida sadia. Entretanto, na nossa realidade socioeconômica, sabemos que isso não é uma escolha pessoal, mas determinada financeiramente.

Sobre o conceito de qualidade de vida, consideramos que este

envolve desde aspectos ligados à possibilidade de ter acesso a bens fundamentais à sobrevivência, como também situações ligadas à vida associativa e nela à solidariedade. Mais do que isso, envolve o que esperamos fazer para nós mesmos, como a realização do nosso projeto de vida. Os aspectos objetivos relacionados à qualidade de vida estão muito relacionados ao que tem sido definido como determinantes sociais da saúde e o desejo de felicidade, de bem-estar, necessidade de aprovação social, de relacionamento, realização dos projetos de vida e outras necessidades subjetivas. (WESTPHAL, 2013, p. 181-182).

Essa ampla definição demonstra como não é simples criar um conceito único de saúde que atenda toda a população mundial. Saúde e doença são conceitos que “trazem uma carga histórica, cultural, política e ideológica” (MINAYO, 2014, p. 43), e não é mais aceita a definição simplista de uma ser o oposto da outra. Por sua vez, os sistemas de saúde

incluem a provisão de serviços de assistência à saúde, as intervenções coletivas destinadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças, os serviços de atenção domiciliar e outras intervenções promotoras da saúde da população. (SILVA; VIANA, 2011b, p. 179).

Minayo (1998, p. 37) apresenta uma compilação de significados, oriundos da língua inglesa, importantes para o entendimento do campo da saúde do ponto de vista antropológico: *disease* é a “manifestação patológica em linguagem biomédica”; *illness* é a “percepção subjetiva expressa em linguagem do senso comum”; *sickness* é a “expressão cultural da doença”. *Illness*, para Sevalho e Castiel (1998, p. 67-8) equivale a transtorno ou moléstia; e para Menéndez (1998, p. 90-92),

SUMÁRIO

illness é a construção social do padecimento como processo sociocultural e econômico-político que inclui o fenômeno considerado patológico; e *disease* é a construção técnica da enfermidade como problema médico. Essa miríade de nomenclaturas e significados demonstra a dificuldade em criar um conceito único para a saúde.

Outra diferenciação deve ser feita entre o que é saúde pública, “uma dimensão histórica de intervenção do Estado na área social” (MINAYO, 2014, p. 29), de saúde coletiva, um termo “ambíguo e inespecífico” (idem), que representa “um bem social, um direito universal associado à qualidade e à proteção da vida, espelhando políticas públicas e sociais universalizantes, inclusivas na cidadania e superadoras das imensas desigualdades sociais” (MINAYO, 2014, p. 256), ou seja, por sua amplitude, mais difícil de ser exequível e compreendido.

Além disso, é importante entender que saúde pública não significa necessariamente o mesmo que saúde coletiva (OSMO; SCHRAIBER, 2015), embora muitas vezes sejam termos utilizados como sinônimos, mas esta não é uma questão que aprofundaremos, pois nossa preocupação é entender como a saúde, regulamentada pelo Estado, é interiorizada pelo cidadão, especificamente o voluntário, dentro da teoria do capital social.

A saúde coletiva é um espaço social de conhecimentos e práticas de saúde, com preocupações relativas às interações socioeconômicas da sociedade com o ambiente, além de valores sociais como solidariedade, igualdade, justiça e democracia. O termo saúde coletiva se originou na década de 1950, como contraponto ao preventivismo, modelo baseado na história natural da doença, em que são hierarquizadas as formas de prevenção primária, no período pré-patogênico, secundária, no período patogênico e terciária, que é a recuperação máxima da saúde após a doença (LEAVELL, CLARK, 1976; CARVALHEIRO, MARQUES, MOTA, 2013; UENO, NATAL, 2013); porém seu marco histórico está vinculado ao movimento da reforma

SUMÁRIO

sanitária e a luta pela democratização da saúde na década de 1970, sendo caracterizado por sua natureza interdisciplinar, especialmente a administração e planejamento, epidemiologia e ciências humanas, sempre com foco na saúde.

A saúde coletiva compreende os “fenômenos da saúde e da doença como determinados social e historicamente, sendo o materialismo histórico um importante fundamento epistemológico” (OSMO; SCHRAIBER, 2015, p. 213) e busca resgatar o social, melhorar a qualidade de vida da população e, em última instância, promover a democracia.

Para Almeida Filho, a saúde possui cinco dimensões: física, social, emocional, intelectual e espiritual, mas o sentimento de saúde pode ser ilusório, pois a “sensação de bem-estar não implica que a doença esteja efetivamente ausente. O sentimento da doença, este sim, será indubitável e inapelável: sentir-se mal significaria sempre ausência de saúde” (idem, p. 14), e segue:

se conceituarmos os fenômenos da saúde-doença como processos sociais e se aceitarmos o suposto de que processos sociais são históricos, complexos, fragmentados orgânicos, corporais, conflitantes, dependentes e incertos, então precisamos gerar dispositivos interpretativos mais adequados para referenciar, com o devido rigor, os objetos da pesquisa científica em saúde. Para isso, torna-se urgente conceber e utilizar abordagens capazes de fazer justiça à natureza complexa e múltipla dos processos concretos relativos a vida, a aflição, sofrimento, dor, doença, cuidado, cura e morte – a saúde, enfim, que ocorrem em agregados humanos históricos. (ALMEIDA FILHO, 2011, p. 8).

A proposta de Almeida Filho para decodificar o significado de saúde explora diferentes dimensões desta, a saber: problema, que discute a própria ciência nesse campo; fenômeno, que define como função orgânica, ausência de doenças e incapacidades; metáfora ou ideia, “representação ideológica, estruturante da visão de mundo de sociedades concretas”; medida, os “indicadores demográficos e epidemiológicos”; valor, “direito social, serviço público ou bem comum,

SUMÁRIO

parte da cidadania global contemporânea; práxis, “direito social, serviço público ou bem comum, parte da cidadania global contemporânea [...] conjunto de atos sociais de cuidado e atenção [...] operado em setores de governo e de mercados, em redes sociais e institucionais”; e síntese em “que não se pode falar da saúde no singular, e sim de várias ‘saúde’, a depender das ordens hierárquicas, dos níveis de complexidade e dos planos de emergência considerados” (ALMEIDA FILHO, 2011, p. 96), sendo que pesquisaremos a dimensão da práxis, como conjunto de atos de cuidado e atenção nas redes sociais.

Essa miríade de significados remonta à construção social do conceito de saúde e de saúde pública, cuja história, durante muito tempo, esteve relacionada aos mitos e religiões, pela falta de informações das origens dos males:

para a maior parte das doenças sempre foi difícil estabelecer relações de causa e efeito; é um tipo de raciocínio que depende do grau de desenvolvimento da ciência e da tecnologia. Privados destes recursos, os povos primitivos explicavam a doença dentro de uma concepção mágica do mundo: o doente é vítima de demônios e espíritos malignos, mobilizados talvez por um inimigo. (SCLIAR, 1987, p. 10).

No ocidente, data da Grécia antiga e sua mitologia as origens de palavras que usamos correntemente, como higiene e panaceia (aquilo que remedia todos os males), como veremos a seguir:

os gregos cultuavam, além da divindade da medicina, Asclepius ou Aesculapius, duas outras deusas, Hygieia, a Saúde, e Panacea, a Cura. Ora, Hygieia era uma das manifestações de Athena, a deusa da razão; e se Panacea representa a ideia de que tudo pode ser curado, deve-se notar que a cura, para os gregos, era obtida pelo uso de plantas e de métodos naturais, não apenas por procedimentos ritualísticos. De outra parte, Asclepius, ou Aesculapius, era associado a Apolo: musas e medicina, beleza e saúde. (SCLIAR, 1987, p. 16-7).

Na Europa da Idade Média, em que ocorreram numerosos casos de morte devido à peste e lepra; e surgem os primeiros abrigos para os doentes e destituídos:

SUMÁRIO



a ineficácia dos procedimentos mágicos ou religiosos era compensada com a caridade. É na Idade Média que surgem os primeiros hospitais – mais apropriadamente hospícios, ou asilos, nos quais os pacientes recebiam, se não o tratamento adequado, pelo menos conforto espiritual. Em relação à ciência, aos cuidados médicos e mesmo às medidas higiênicas havia desconfiança e até hostilidade. (SCLIAR, 1987, p. 23-4).

Esse cenário vai sendo modificado paulatinamente, pois com o avanço das descobertas científicas no campo da saúde

o processo de consolidação da autoridade sanitária não teve só como cenário a Alemanha. A França de 1789 vê nascer a superposição entre o poder revolucionário e o poder médico. Liberta de seus mitos, a medicina explora o corpo do paciente, em busca de localizações precisas da doença, das entidades mórbidas agrupadas [...] surge a nosologia, ou ciência da classificação das doenças; em orientação nosológica o olhar que se dirige ao paciente imobilizado em seu leito. Nasce a clínica (do grego *klinos*, cama). (SCLIAR, 1987, p. 46).

Outro conceito importante é o próprio local onde os enfermos ficam. Para Abrahão (2006, p. 11), hospital tinha o significado de casa para hospedar na antiguidade, tendo também o sentido de casa da morte, “pois era pra lá que iam os doentes sem chances de cura com duas finalidades: serem amparados e, ao mesmo tempo, retirados do convívio social para não haver contaminações e epidemias”. Esses locais combinavam atendimento médico rudimentar e práticas religiosas.

A política de saúde abrange três dimensões complexas: proteção social, industrial e política (VIANA; SILVA, 2011a). Como proteção social, pressupõe direito à saúde dentro dos direitos de cidadania; como industrial ao inserir a saúde dentro do sistema de compra e venda de equipamentos, medicamentos e demais serviços e especialidades agregadas ao setor; e como política ao incluir

uma complexidade de atores provedores, usuários, profissionais, pagadores e governantes. Cada um deles mobiliza recursos, constrói interesses, estabelece coalizões e disputa posições e poder. Assim, são constituídas arenas de conflitos, consensos, pactos e acordos. (VIANA; SILVA, 2011a, p. 68).

SUMÁRIO



Já os sistemas de saúde

são construções sociais que têm por objetivo garantir meios adequados para que os indivíduos façam frente a riscos sociais, tais como o de adoecer e necessitar de assistência, para os quais, por meios próprios, não teriam condições de prover. Dessa forma, os sistemas de saúde têm como compromisso primordial garantir o acesso aos bens e serviços disponíveis em cada sociedade para a manutenção e a recuperação da saúde dos indivíduos. (ELIAS; DOURADO, 2011, p. 114).

Os sistemas de saúde são estruturados através de atividades distintas, como hospitais, ambulatórios, laboratórios, médicos, enfermeiros e demais profissionais da saúde como psicólogos, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, especializados em cuidados paliativos, entre outros; demais trabalhadores como atendentes, seguranças, secretários, administradores, comunicadores, enfim, é um sistema complexo para ser administrado e financiado adequadamente. No Brasil, “a saúde é uma das três áreas que integram a seguridade social, que deve ser financiada por toda a sociedade” (SILVA; VIANA, 2011b, p. 188); e esse financiamento e oferta são regulamentados, fiscalizados, controlados, auditados e avaliados (OLIVEIRA; ELIAS, 2011), criando uma teia burocrática e normativa em excesso.

No decorrer dos anos, o cenário social e econômico permitiu melhorias no cenário da saúde, com constantes descobertas no setor, como a penicilina, transplante de órgãos, cirurgias menos invasivas e exames mais detalhados, ao mesmo tempo em que algumas doenças como “malária, dengue, cólera e tuberculose” (IBÁÑEZ, 2011, p. 164) voltam a surgir por falta de prevenção.

O Sistema Único de Saúde surge no Brasil após o período ditatorial, como uma resposta aos clamores populares. Na próxima seção, traçaremos um breve panorama sobre como a saúde pública foi tratada nas Constituições do país e sua inter-relação com comunicação pública da saúde pública feita nesses períodos.

SUMÁRIO



3.2 História da saúde pública nas Constituições do Brasil

A extensão geográfica do país e sua dimensão tropical; suas condições iniciais como colônia portuguesa e país escravagista; aliado a sua desigualdade social, econômica e cultural, criaram situações peculiares na saúde brasileira. “A saúde pública brasileira é profundamente marcada por preocupações espaciais desde seus primórdios. A origem das intervenções urbanas no Brasil esteve relacionada de forma direta com intervenções sanitárias” (MARQUES, E., 1998, l. 579), ou seja, “o espaço, assim como acontece com as instituições, produz ao mesmo tempo em que é produzido pela sociedade” (idem, l. 864), dessa maneira, temos epidemias e estatísticas particulares no quesito saúde pública.

Os primeiros indícios de preocupação com a saúde pública no Brasil datam da chegada dos colonizadores portugueses, que seguiam as diretrizes de Portugal. Estes cuidados ficavam a cargo das Santas Casas de Misericórdia, ligadas à Igreja Católica, que acolhiam os necessitados e doentes, e

a primeira Santa Casa surgiu em 1543, quando Brás Cubas fundou, em Santos, a Irmandade da Misericórdia e o Hospital de Todos os Santos. Depois, foram criadas as santas casas de Olinda, Bahia, Rio de Janeiro, Belém e São Paulo. Assim, a assistência aos pobres ficava por conta da caridade cristã, que abrigava indigentes, viajantes e doentes. Já os militares eram recolhidos e cuidados pelas famílias ricas. (PAIM, 2009, p. 16).

Esses espaços “eram mantidos por doações e legados” (ABRAHÃO, 2006, p. 11), em um trabalho essencialmente humanizador, pois eram tratados aqueles que não eram reconhecidos pela sociedade, ou seja, os doentes, os miseráveis e os desprovidos de fortuna. “O tratamento dos enfermos, o auxílio aos presos, o socorro aos necessitados e o amparo aos órfãos” (PERILLO, 2006, p. 234) eram os objetivos prioritários dessas estruturas sociais.

SUMÁRIO





SUMÁRIO



Historicamente, são três os modelos hegemônicos na saúde pública brasileira (CARVALHEIRO; MARQUES; MOTA, 2013): o ideário sanitário-campanhista no início do século XX, seguido do modelo médico-assistencial-privatista e no período de redemocratização predomina o modelo neoliberal de assistência à saúde. No primeiro momento, a figura chave foi Oswaldo Cruz, em um país de economia agrária e exportadora, com população majoritariamente rural, cujas “prioridades eram a política de saneamento dos espaços de circulação das mercadorias e a erradicação ou o controle de doenças que poderiam prejudicar a exportação” (idem, p. 4), sendo que das principais doenças a serem combatidas, como febre amarela, cólera, varíola, malária, peste bubônica, tuberculose, hanseníase (lepra) e febre tifoide, algumas ainda resistem em nosso país. A existência de uma polícia médica, que auxiliou na “vacinação obrigatória, a demolição de locais de moradia coletiva considerados insalubres, a remodelação das vias públicas e a fiscalização do comércio de alimentos” (idem, p. 5) e a vigilância sanitária nos portos deixa claro os objetivos da saúde pública daquele momento.

O modelo médico-assistencial-privatista foi adotado a partir da década de 1920, com a criação de Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) configurava uma “oferta de assistência médica desigual, pois grande parte da população brasileira não estava vinculada a atividades de natureza empresarial, continuando a depender dos programas sanitários esporádicos no Estado” (idem, p. 7); as CAPs foram substituídas a partir da década seguinte por Institutos de Aposentadorias (IAPs), e a população sem vínculos formais de trabalho continuava na dependência de serviços estatais locais ou serviços particulares e, na década de 1970, os IAPS foram unificados e criou-se o Instituto Nacional da Previdência Social (INPS) e o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (Inamps), que mantinham “o caráter discriminatório e desigual em relação às ações assistenciais” (idem, p. 11), o que é preocupante e perigoso, especialmente em situações de epidemias e pandemias.

Na década de 1980, que marca o início do terceiro modelo, com a participação da sociedade através das Conferências Nacionais da Saúde (CNS), ocorreu a reforma sanitária e a reforma constitucional, com pontos importantes no que tange a saúde pública como:

a) o conceito de saúde relacionado com a perspectiva social, política e econômica; b) a saúde como um direito social da população e responsabilidade do governo; c) a criação de um sistema único com a participação da comunidade, descentralizado e com assistência integral; e d) a integração da saúde no sistema de seguridade social. (CARVALHEIRO; MARQUES; MOTA, 2013, p. 14).

Analisaremos a linha do tempo das constituições do país e como a saúde pública foi tratada nas mesmas, com alguns exemplos da comunicação pública daquele momento histórico.

Constituição Política do Império do Brasil de 25 de Março de 1824

A primeira constituição do Brasil, com o nome de Constituição Política do Império do Brasil, foi elaborada pelo Conselho de Estado e outorgada pelo Imperador D. Pedro I, em 25 de março de 1824. Em 3 de junho de 1822 foi convocada a primeira Assembleia Geral Constituinte e Legislativa; em 7 de setembro foi declarada a independência de Portugal; e o país foi oficialmente governado por D. Pedro I a partir de dezembro do mesmo ano, ainda no modelo de governo monárquico hereditário, que também manteve o sistema escravocrata de produção, a mesma estrutura agrária e de distribuição de renda, sendo a elite agrária a mais beneficiada no processo.

A Constituição de 1824 versa sobre assuntos como o território e a religião do país; a questão da cidadania e quem são os eleitores e os elegíveis; a formação e atuação dos poderes legislativo, moderador, executivo e judicial; a sucessão ao trono; a força militar; a administração e economia das províncias; o direito à propriedade; as garantias dos direitos civis e políticos.

SUMÁRIO

A única manifestação desta Constituição em relação ao assunto saúde pública está localizada no Título 8º, “Das disposições Geraes, e Garantias dos Direitos Civis, e Politicos”, no Artigo 179, parágrafos XXIV e XXXI, conforme reproduzido a seguir:

Art. 179. A inviolabilidade dos Direitos Civis, e Politicos dos Cidadãos Brasileiros, que tem por base a liberdade, a segurança individual, e a propriedade, é garantida pela Constituição do Imperio, pela maneira seguinte.

XXIV. Nenhum genero de trabalho, de cultura, industria, ou commercio póde ser prohibido, uma vez que não se opponha aos costumes publicos, à segurança, e saude dos Cidadãos.

XXXI. A Constituição tambem garante os soccorros publicos. (CONSTITUIÇÃO POLÍTICA DO IMPÉRIO DO BRASIL, 1824).

Anteriormente à proclamação da independência, as questões de saúde do Brasil estavam subordinadas às decisões tomadas em Portugal, não sendo, portanto, específicas às necessidades locais. Para Galvão (2009, p. 8), a saúde pública brasileira nasce no século XIX, sendo que do século XVI ao século XVIII “a principal preocupação da Coroa com a saúde da Colônia, que era a de fiscalização, entendida como forma privilegiada de articular a atividade médica no poder soberano”, com o objetivo de legalizar a prática médica. Para o autor, “quando procura-se estabelecer uma relação entre saúde e sociedade, o tema principal abordado, na época, era o da sujeira e o dever de zelar pela limpeza da cidade” (idem, p. 8). Uma das grandes preocupações eram as embarcações e o perigo de doenças como a peste e a lepra, fatais à época; e a solução muitas vezes era a exclusão do convívio social do doente, que eram abrigados em lazaretos administrados por religiosos com o auxílio de escravos e criminosos cumprindo suas penas, sem a assistência de um médico profissional, por isso o autor (idem, p. 9) afirma que “não há nenhum caráter social de preocupação desse médico com a saúde da população”. Até meados do século XVIII, “a saúde não aparece como algo que possa ser produzido, incentivado, organizado, aumentado; só é percebida negativamente por causa da realidade representada pela doença” (idem, p. 10), ou

SUMÁRIO

seja, não havia um projeto oficial no campo da saúde pública por parte do governo monárquico.

Ao final do século XVIII (Galvão, 2009) são criados no Rio de Janeiro o Hospital Militar, que inicia o ensino médico, e o Leprosário, entidade assistencial que protege os habitantes do possível contágio da doença; também são tomadas medidas de urbanização diretamente relacionadas à saúde pública, como drenagem de águas estagnadas e secagem de pântanos: a doença passa a ser percebida como um problema social.

A partir de 1808, com a vinda da Corte Portuguesa para o Brasil, são inseridas mudanças na questão da saúde pública, inclusive com a oficialização do Ensino Cirúrgico, passando a ser ensino de nível superior a partir de 1832; da Provedoria de Saúde, para tomar medidas de higiene pública, saneamento, controle de alimentos, entre outras atividades; e da Polícia Médica, com

o conjunto de teorias, políticas e práticas que se aplicam à saúde e ao bem-estar da mãe e da criança, à prevenção de acidentes, ao controle e prevenção de epidemias, à organização de estatísticas, ao esclarecimento do povo em termos de saúde, à garantia de cuidados médicos, à organização da profissão médica e ao combate ao charlatanismo. (GALVÃO, 2009, p. 15).

Ressaltamos nessa passagem a menção ao “esclarecimento do povo em termos de saúde”, o que consideramos ser um precursor da temática comunicação pública na área da saúde pública, que, embora não estivesse previsto constitucionalmente, surge como uma premissa de um órgão oficial do governo monárquico. Entretanto, a Polícia Médica não logrou êxito, assim como a Provedoria de Saúde, que foi extinta em 1828.

Em 1850, após os primeiros casos registrados de febre amarela no Rio de Janeiro e com o objetivo de unificar os serviços sanitários do Império, foi criada a junta de Higiene Pública, que se manteve até

SUMÁRIO

1885, quando foi “instituído um Conselho Superior de Saúde Pública, que teve função apenas normativa sobre as questões de higiene e salubridade geral” (Galvão, 2009, p. 18). Nesse ano, também os Serviços Sanitários do Império foram divididos em Terrestre e Marítimo. Entretanto, para Galvão (idem, p. 18) essa separação dos serviços era caracterizada “por sua enorme ineficiência, já que correspondia a uma sociedade escravista pouco preocupada com os problemas sanitários da força de trabalho e com as exigências do mercado internacional”, demonstrando pouca preocupação com a saúde pública.

Dados o material constitucional produzido e algumas características tanto da sociedade como do tratamento da saúde da época, podemos afirmar que a preocupação com a comunicação pública da saúde pública era praticamente inexistente, pois havia a distinção de quem era de fato cidadão para os demais membros da sociedade, as dificuldades inerentes ao processo comunicacional por conta da falta de tecnologia de difusão e limitações educacionais.

Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil de 24 de Fevereiro de 1891

A situação econômica do país, as recentes revoluções regionais e a abolição da escravidão deram origem ao levante político-militar que proclamou a República em 15 de novembro de 1889, alterando o nome oficial do país e sua forma de governo, sendo que as antigas províncias foram transformadas em Estados e municípios, com maior autonomia. O governo provisório republicano nomeou como primeiro presidente do país o marechal Deodoro da Fonseca.

Essa Constituição traz como pontos principais: as competências da União e de seus Estados e municípios; as taxas e impostos; as formações e atribuições dos poderes legislativo, executivo e judiciário; a

SUMÁRIO



cidadania, eleitores e elegíveis. A Seção II, “Declaração de Direitos”, em seu Artigo 72 “assegura a brasileiros e a estrangeiros residentes no país a inviolabilidade dos direitos concernentes à liberdade, à segurança individual e à propriedade” (Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil de 1891), mas a palavra “saúde” não aparece nenhuma vez neste texto constitucional.

Neste período, há modificações nos processos comercial e industrial do país, além da troca da mão de obra escrava por imigrantes, de modo que a sociedade passa a desejar mudanças na atuação sanitária até então existente, buscando soluções principalmente para a constante ameaça de febre amarela, peste e varíola nas áreas urbanas e portuárias. “Com a proclamação da República, a descentralização foi estabelecida, cabendo aos estados a responsabilidade da administração sanitária e aos municípios a administração de serviços locais de seu interesse” (VASCONCELLOS, 1998, I. 1069), o que diminui as obrigações federais.

Em 1892 surgem os laboratórios de Saúde Pública, com o objetivo de combater as epidemias antigas e novas, como tifo, escarlatina e cólera. O sanitarista Oswaldo Cruz torna-se diretor-geral da Saúde Pública, nomeado pelo ministro da justiça e pelo presidente Rodrigues Alves. Embora suas medidas sanitárias tenham sido mal aceitas por parte da população, inclusive por parte da imprensa, parlamentares, militares e setores da sociedade civil, culminando na Revolta da Vacina; seus principais feitos foram organizar campanhas “mata-mosquitos” na tentativa de erradicar a febre amarela e a varíola, além de pressionar o presidente a decretar a vacinação obrigatória.

Destacam-se ainda nesse período os esforços de Adolfo Lutz, que dirigiu o Instituto de Bacteriologia, que mais tarde receberia seu nome; Emilio Ribas, cujo nome batiza o Instituto de Epidemiologia em São Paulo, foi fundador do Instituto Butantã e do Sanatório de Campos do Jordão para tratar a tuberculose; Vital Brasil, fundador do Instituto

SUMÁRIO

Butantã e do Instituto Vital Brazil e descobridor do soro antiofídico, antitetânico e antidiftérico; e Carlos Chagas, que dedicou suas pesquisas ao estudo e combate da malária, da doença de Chagas e da gripe espanhola e foi Diretor Geral de Saúde Pública a convite do presidente Epitácio Pessoa.

O Departamento Nacional de Saúde Pública, criado em 1920, “incluiu a propaganda e a educação sanitária como estratégia para fazer face às questões de saúde, principalmente as epidemias e a adoção de medidas higiênicas” (ARAÚJO; CARDOSO, 2007, p. 12) e foi uma resposta à situação periclitante da saúde, especialmente com a crise que se abateu em decorrência da Primeira Guerra Mundial, que levou ao “desemprego, da redução de salários, das más condições de trabalho nas fábricas e da escassez de gêneros alimentícios no mercado interno” (Galvão, 2009, p. 26) e agravou a situação da saúde pública no país.

Novamente apontamos a pouca preocupação com a comunicação pública da saúde pública, pois as ações sanitárias perpetradas foram principalmente de combate às moléstias, embora tenham existido ações isoladas, como panfletos e cartazes, a respeito da gripe espanhola, espalhados pelo Rio de Janeiro por Carlos Chagas, quando assumiu a liderança no combate à doença, a pedido do presidente Wenceslau Braz. Entretanto, essas iniciativas comunicacionais não atingiam todo o território nacional. A Academia de Medicina do Rio de Janeiro foi fundada no século XIX e com ela foram iniciadas campanhas contra as epidemias de febre amarela, varíola, febre tifoide, lepra, tuberculose e malária, notadamente com a ação de nomes como Oswaldo Cruz e Carlos Chagas. No início do século XX, o modelo campanhista e policial eram os predominantes na assistência à saúde (LANGBECKER; CASTANHEIRA, 2011, p. 650), com o objetivo de controlar as epidemias no campo e na cidade. O foco das campanhas eram as doenças e não o tratamento dos doentes, que ficavam isolados em hospitais ou buscavam curandeiros e benzedeiros.

SUMÁRIO

A comunicação pública da saúde pública é mencionada por Galvão (2009, p. 30) ao afirmar que “o Tenentismo, mais precisamente os revolucionários da Coluna Prestes. Entre 1924 e 1927, a marcha da Coluna pelo interior do país contribuiu para a ideia da reforma social e política definida pelos propagandistas do saneamento”. Consideramos que embora houvesse “uma espécie de não-sistema de saúde, com certa omissão do poder público” (PAIM, 2009, p. 17), a população começava a ser informada sobre questões de saúde, uma nova preocupação do governo, com a implantação de uma incipiente educação sanitária.

Marcou essa época o personagem criado por Monteiro Lobato, Jeca Tatu, caracterizado pejorativamente por sua pobreza, ignorância e aversão aos hábitos de higiene. Esse personagem foi posteriormente utilizado em campanhas publicitárias como símbolo do atraso e de superação, ao utilizar determinados medicamentos.

Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil de 16 de Julho de 1934

A República Velha (1889-1930) teve como características principais o domínio da política café com leite e do coronelismo, tendo como pano de fundo as oligarquias estaduais e a insatisfação com a Constituição anterior. Após a Revolução de 30, Getúlio Vargas assume a presidência e convoca nova assembleia nacional constituinte, cujos principais pontos eram: a organização territorial; as atribuições e coordenação entre os poderes legislativo, executivo e judiciário; taxas e impostos; concessões estatais; a elaboração do orçamento; a justiça eleitoral e militar; a criação de órgãos de cooperação para as atividades governamentais; a cidadania e direitos de eleitor e elegibilidade; e a inserção de direitos trabalhistas.

SUMÁRIO

Em seu Artigo 10, “Compete concorrentemente à União e aos Estados”, o item II determina “cuidar da saúde e assistência públicas” (Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil de 1934) como funções relativas ao governo vigente, embora não explicita como esse cuidado será oferecido. Já no Artigo 121, “Da ordem econômica e social”, Parágrafo 1º, item

h) assistência médica e sanitária ao trabalhador e à gestante, assegurando a esta descanso antes e depois do parto, sem prejuízo do salário e do emprego, e instituição de previdência, mediante contribuição igual da União, do empregador e do empregado, a favor da velhice, da invalidez, da maternidade e nos casos de acidentes de trabalho ou de morte. (CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA DOS ESTADOS UNIDOS DO BRASIL, 1934).

Entretanto, esse direito refere-se apenas ao trabalhador, e se preocupa com acidentes de trabalho, com os imigrantes e com a maternidade e infância. No tangente à área de saúde pública ao cidadão, o Artigo 138

incumbe à União, aos Estados e aos Municípios, nos termos das leis respectivas:

- a) assegurar amparo aos desvalidos, criando serviços especializados e animando os serviços sociais, cuja orientação procurarão coordenar;
- c) amparar a maternidade e a infância;
- d) socorrer as famílias de prole numerosa;
- f) adotar medidas legislativas e administrativas tendentes a restringir a moralidade e a morbidade infantis; e de higiene social, que impeçam a propagação das doenças transmissíveis;
- g) cuidar da higiene mental e incentivar a luta contra os venenos sociais. (CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA DOS ESTADOS UNIDOS DO BRASIL, 1934).

O Artigo 157, embora trate da formação de fundos de educação, estipula em seu Parágrafo 2º que “parte dos mesmos fundos se aplicará em auxílios a alunos necessitados, mediante fornecimento gratuito de material escolar, bolsas de estudo, assistência alimentar,

SUMÁRIO

dentária e médica” (Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil de 1934), de modo que registra-se a preocupação com a saúde dos jovens.

Historicamente,

da instalação da colônia até a década de 1930, as ações eram desenvolvidas sem significativa organização institucional. A partir daí iniciou-se uma série de transformações, ou melhor, foram criados e extintos diversos órgãos de prevenção e controle de doenças, culminando, em 1991, com a criação da Fundação Nacional de Saúde. (FUNASA, s/d).

Com a Constituição de 1934, apesar da manifestação da saúde como direito do trabalhador, devemos recordar que, no ano seguinte é criado o programa radiofônico “A Voz do Brasil”, que teve mudanças em seu nome ao decorrer dos anos, notório por objetivar a integração nacional. Consideramos este um grande passo para a comunicação pública da saúde, pois trata-se de uma iniciativa governamental buscando um melhor relacionamento com o cidadão, ainda que incipiente e de cima para baixo, mas, de qualquer maneira, adequado com as possibilidades e limitações técnicas e mesmo com as teorias comunicacionais em voga na época. Gil e Matos (2013) afirmam que “foi sob o populismo da era Vargas que a comunicação do governo passou a refletir com técnicas elaboradas a supremacia de um Estado forte”, e ele cria o Serviço Nacional de Educação Sanitária e o Serviço Especial de Saúde Pública (ARAÚJO; CARDOSO, 2007, p. 13), para informar sobre doenças e prevenção, utilizando materiais impressos.

Constituição dos Estados Unidos do Brasil de 10 de Novembro de 1937

Apenas três anos após a Constituinte anterior, por causa da implantação do Estado Novo de Getúlio Vargas, foi promulgada nova Constituinte em 1937, que mudou o nome oficial do país e ficou conhecida como Polaca, por ter inspiração na Constituição autoritária da

SUMÁRIO

Polônia. O objetivo do Estado Novo era combater o modelo comunista adotado por alguns países e no quesito saúde e

no plano nacional, a profissionalização em saúde pública constituiu um dos elementos do projeto político e ideológico do novo governo de Getúlio Vargas, adequando-se às condições específicas da realidade brasileira e aos interesses em jogo na área de atuação do Ministério da Educação e Saúde Pública. A partir dos anos 1930, especialmente a partir de 1937, o governo realizou uma série de alterações na estrutura administrativa e institucional da saúde, reorganizando os serviços com o propósito de constituir e consolidar uma política de saúde de abrangência nacional. (LIMA; FONSECA, 2004, I. 325).

Essa Constituição concentra os poderes executivo e legislativo na figura do presidente da República; determina atribuições dos poderes e dos Estados e municípios; atribui responsabilidades aos diferentes ramos da produção econômica nacional; organiza a questão orçamentária do país; estabelece o voto feminino; determina o papel da imprensa. O assunto de nosso interesse é contemplado no Art. 16 – “Compete privativamente à União o poder de legislar sobre as seguintes matérias”, Item “XXVII – normas fundamentais da defesa e proteção da saúde, especialmente da saúde da criança” e posteriormente no Artigo 18 “independentemente de autorização, os Estados podem legislar, [...] para suprir-lhes as deficiências ou atender às peculiaridades locais”, item “C) assistência pública, obras de higiene popular, casas de saúde, clínicas, estações de clima e fontes medicinais”, oferecendo maiores possibilidades de cuidado à saúde da sociedade:

a partir daí [1937] iniciou-se um período de intenso trabalho normativo com elaboração de leis, regulamentos e códigos sanitários que objetivavam padronizar as atividades dos diversos serviços de saúde nos estados em seus mínimos detalhes, acompanhando tanto o processo de burocratização do Estado que se fortalecia como também as orientações internacionais já observadas anteriormente. (LIMA; FONSECA, 2004, I. 363).

Observamos que, no decorrer do século XX, foram criadas novas iniciativas profiláticas e sanitárias no terreno da saúde pública,

SUMÁRIO



especialmente nas regiões mais distantes do Rio de Janeiro, então capital do país, mas como podemos observar, a comunicação pública continuava sendo objeto de pouca preocupação, ao mesmo tempo em que aumentava a necessidade de maior profissionalização do setor:

o que importa aqui destacar é que o crescente movimento de nacionalização das ações estatais de saúde, que se fortaleceu como diretriz para toda a América Latina, reforçou a necessidade de investimento em profissionais habilitados ao desempenho destas funções, demonstrando que deveria haver também maior atenção ao processo de formação e especialização das diversas categorias profissionais envolvidas com o trabalho de saúde pública. (LIMA; FONSECA, 2004, I. 353).

Esse período apresentou mudanças significativas no teor de serviços públicos:

é preciso não esquecer que houve, nesse período [Getúlio Vargas, 1937], uma política deliberada de reformas no serviço público destinada a todas as áreas de atuação do poder público, que se constituiu em um dos elementos do processo de burocratização do Estado e de formação de pessoal, obedecendo às diretrizes mais gerais delimitadas para a área administrativa e concretizadas com a criação do Departamento de Administração do Serviço Público (DASP) em 1938. (LIMA; FONSECA, 2004, I. 374).

Especialmente no que se refere à saúde pública:

tendo em vista que a consolidação de uma estrutura nacional de saúde pública era uma das principais diretrizes que nortearam esse processo de reformulação institucional, compreende-se a importância que foi atribuída à formação e especialização em saúde pública. Era preciso formar profissionais especializados, orientá-los e direcioná-los para ocupar postos-chave na estrutura administrativa do governo federal. (LIMA; FONSECA, 2004, I. 385).

As medidas de cunho trabalhista e social propostas por Getúlio Vargas não impactaram diretamente a saúde (SCLiar, 2003), mas foram criados os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) de diferentes setores trabalhistas, dada a necessidade observada de melhores serviços de assistência médica.

SUMÁRIO



O Ministério da Educação e Saúde foi criado por Getúlio Vargas, com destaque para a construção de hospitais e sanatórios e a produção massiva de penicilina. “Em 1900 os brasileiros tinham uma expectativa de vida de 33 anos e eram dizimados por doenças infecciosas” (MINAYO, 2014, p. 242), entretanto, esse quadro mudou a partir da década de 1950, com a expansão da massa populacional urbana, a aceleração do crescimento industrial e a necessária ampliação dos serviços de assistência médica, que, na década seguinte, iniciou o desenvolvimento do segmento privado em maior escala. Aumentou-se a expectativa de vida, reduziram-se os índices de mortalidade infantil e doenças infecciosas. No entanto, até hoje temos endemias como doença de Chagas, malária e dengue, além do aumento da incidência de doenças crônicas não transmissíveis, como obesidade, colesterol e câncer.

Constituição dos Estados Unidos do Brasil de 18 de Setembro de 1946

O Presidente Eurico Gaspar Dutra promulgou nova Constituição após o fim do Estado Novo, com os seguintes destaques: cobrança e transferência de impostos e tributos; os poderes e a separação de suas especificidades; a cidadania e direito a voto e elegibilidade; igualdade perante a lei e liberdade para manifestação do pensamento. No que concerne à saúde pública, nas Disposições Preliminares consta no Artigo 5º (Compete à União), dentro do item XV que a União deve legislar sobre “normas gerais de direito financeiro; de seguro e previdência social; de defesa e proteção da saúde; e de regime penitenciário”; no Artigo 157º, sobre legislação do trabalho e previdência social é mencionada que os trabalhadores possuem direito à “assistência sanitária, inclusive hospitalar e médica preventiva, ao trabalhador e à gestante”; o Artigo 164º refere que “é obrigatória, em todo o território nacional, a assistência à maternidade, à infância e à adolescência. A lei

SUMÁRIO

instituirá o amparo de famílias de prole numerosa”; e surge novamente no Artigo 186º, sobre a inspeção de saúde para investidura inicial em cargos do funcionalismo público.

Em 1953 é criado o Ministério da Saúde, “com pouca ação executiva, porém tendo por foco os postos de saúde e as campanhas de saúde pública” (ABRAHÃO, 2006, p. 12) e no ano seguinte são promulgadas normas gerais sobre a defesa e proteção da saúde. “Art.1º – É dever do Estado, bem como da família, defender e proteger a saúde do indivíduo” (Lei nº 2.312, de 03/09/1954) e em 1961 é divulgada a Regulamentação do Código Nacional de Saúde, Lei nº 2.312, de 3 de setembro de 1954, estabelecendo as Normas Gerais sobre Defesa e Proteção da Saúde (Decreto nº 49.974-A, de 21/01/1961). Em 1962, é realizada a Campanha Nacional Contra a Varíola, com coordenação do Departamento Nacional de Saúde, em que podemos vislumbrar uma tentativa séria de estabelecer comunicação pública com o cidadão. Essa campanha ocorreu em diversos Estados com a mobilização de recursos locais (FUNASA, s/d). Até a década de 1960, as campanhas de comunicação pública sobre saúde pública tiveram forte intervenção estatal, com foco na instrução, controle e proteção, “tendo o governo como guardião da higiene e do bem-estar – e, portanto, como protetor e condutor do povo a um ideal de civilidade” (GIL; MATOS, 2013, p. 93), com um tom marcadamente paternalista.

Esse período foi marcado pelo “nacionalismo e desenvolvimentismo, palavras-chave para compreender o debate político dos anos 1950/60, estariam presentes também nas análises relativas à saúde pública” (FONSECA, 2004, l. 553), que trouxe de maneira positiva a necessidade de “eleger o tema dos recursos humanos como o objeto central dos debates no âmbito da saúde, no decorrer da década de 1960” (idem, l. 704), uma tentativa de pensar a saúde coletiva do país.

SUMÁRIO



Constituição da República Federativa do Brasil de 24 de Janeiro de 1967

A sexta Constituição do Brasil institucionalizou e legalizou o regime militar, iniciado quando o marechal Castelo Branco assumiu a presidência após o golpe em 1964 que derrubou o governo de João Goulart. Essa Constituição estabelece eleições indiretas; restringe direitos trabalhistas; enfatiza o poder militar; estabelece o orçamento e a fiscalização financeira; regulamenta a organização e funcionamento de partidos políticos; discute o estado de sítio. A assistência à saúde pública é mencionada no Artigo 167º, competências da União “XIV – estabelecer planos nacionais de educação e de saúde; [...] XVII – legislar sobre: [...] c) Normas gerais de direito financeiro; de seguro e previdência social; de defesa e proteção da saúde; de regime penitenciário”. No Artigo 9º “A União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios é vedado: [...] II – estabelecer cultos religiosos ou igrejas; subvencioná-los; embaraçar-lhes o exercício; ou manter com eles ou seus representantes relações de dependência ou aliança, ressalvada a colaboração de interesse público, notadamente nos setores educacional, assistencial e hospitalar”, o que é complicado, pois, historicamente, grande parte do serviço assistencial à saúde está vinculada com à igreja; os direitos dos trabalhadores à saúde é pontuado no Artigo 158º “A Constituição assegura aos trabalhadores os seguintes direitos, além de outros que, nos termos da lei, visem à melhoria, de sua condição social: [...] XV – assistência sanitária, hospitalar e médica preventiva”; o Artigo 167º “A família é constituída pelo casamento e terá direito à proteção dos Poderes Públicos. [...] § 4º – A lei instituirá a assistência à maternidade, à infância e à adolescência”; e finalmente, no Artigo 178º “Ao ex-combatente [...] que tenha participado efetivamente de operações bélicas na Segunda Guerra Mundial são assegurados os seguintes direitos: [...] f) assistência médica, hospitalar e educacional, se carente de recursos”.

SUMÁRIO



É importante salientar que em 17 de Outubro de 1969 foi promulgada pelo Congresso Nacional uma Emenda Constitucional que desautoriza essa Constituição. Contudo, a Emenda versa sobre os seguintes assuntos referentes à saúde pública: em seu Artigo 9º, “À União, aos Estados, ao Distrito Federal, aos Territórios e aos Municípios é vedado: [...] II – estabelecer cultos religiosos ou igrejas, subvencioná-los, embaraçar-lhes o exercício ou manter com eles ou seus representantes relações de dependência ou aliança, ressalvada a colaboração de interesse público, na forma e nos limites da lei federal, notadamente no setor educacional, no assistencial e no hospitalar”; no Artigo 165, “A Constituição assegura aos trabalhadores os seguintes direitos, além de outros que, nos termos da lei, visem à melhoria de sua condição social: [...] XV – assistência sanitária, hospitalar e médica preventiva”; no Artigo 175, “A família é constituída pelo casamento e terá direito à proteção dos Podêres Públicos”, especificamente no Parágrafo 4º “Lei especial disporá sobre a assistência à maternidade, à infância e à adolescência e sobre a educação de excepcionais”. Finalmente, no Artigo 197,

ao civil, ex-combatente da Segunda Guerra Mundial, que tenha participado efetivamente em operações bélicas da Força Expedicionária Brasileira, da Marinha, da Força Aérea Brasileira, da Marinha Mercante ou de Força do Exército, são assegurados os seguintes direitos: [...] d) assistência médica, hospitalar e educacional, se carente de recursos. (CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL, 1967).

Esse período histórico foi conturbado na esfera social e política, especialmente pelos problemas oriundos da falta de liberdade de expressão de pensamento; na esfera econômica, com as constantes dívidas criadas externamente e a dificuldade em lidar com a inflação monetária. Quanto ao setor de saúde pública, destacamos a criação do sistema de notificações de algumas doenças transmissíveis que fossem passíveis de controle por meio de vacinação, o que sugere o uso da comunicação pública com valor estratégico para o governo do país.

SUMÁRIO



Para Nunes (2004, l. 2540) havia “quatro grandes eixos que informavam a política de saúde da época [...] a educação em saúde, a epidemiologia de serviços, a administração de saúde e o saneamento”. É importante observar que

em 1967 os vários IAPs foram unificados no Instituto Nacional de Previdência Social. Em 1974 foram criados o Ministério de Assistência e Previdência Social e, incorporado a ele, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, Inamps. (SCLIAIR, 2003, p. 43).

Gil e Matos (2011, p. 95) concluem que os paradigmas da teoria da comunicação de massa “guiaram a concepção dos programas em saúde” e destacam a criação do personagem Sujismundo, desorganizado, indisciplinado e desprovido de higiene, antítipo utilizado para justificar a imposição da autoridade do governo. As autoras destacam “o slogan ‘Povo desenvolvido é povo limpo’, [que] reforçava ainda a ordem para o autocuidado do cidadão em higiene, deslocando para o indivíduo a responsabilidade” pela sua saúde.

Destacamos que as campanhas de vacinação (varíola, sarampo, poliomielite, entre outras) também são um marco dessa época, pois a população estava sendo paulatinamente conscientizada sobre algumas medidas profiláticas que evitam o surgimento de algumas doenças infectocontagiosas, sendo que em 1975 a cobertura de pessoas vacinadas subiu para 40% da população (o índice anterior era apenas 25%) e a publicação do Manual de Vigilância Epidemiológica e Imunizações Normas e Instruções em 1977, a partir dessa data são oficializados pelos setores competentes do governo diversos manuais, guias e treinamentos técnicos sobre profilaxia e cuidados, com o objetivo de orientar os profissionais da área espalhados pelo país (FUNASA, s/d). O personagem Zé Gotinha, um ícone da comunicação pública voltada para a imunização e prevenção da poliomielite por meio da vacina, é criado em 1987, dentro de um contexto de abertura política.

SUMÁRIO

Nas décadas de 1920 e 1930 surgiram várias iniciativas de ordem previdenciária e preocupadas com a saúde pública. Data dessa época os Institutos de Aposentadorias e Pensões, que introduziram serviços de assistência médica (SCLAR, 2003, p. 43) e que deram origem, na década de 1960, ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e, na década seguinte, ao Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) (PERILLO, 2006; LANGBECKER; CASTANHEIRA, 2011), que proporcionava “cobertura de assistência médica a toda a população previdenciária e apenas a ela, ou seja, a quem estivesse formalmente inserido no mercado de trabalho” (JUNQUEIRA, 2006, p. 256) e nessa época, “o atendimento aos excluídos do mercado formal de trabalho [...] era feito através do Ministério da Saúde e das Secretarias estaduais de saúde” (idem) ou por entidades filantrópicas, que atendiam os “cidadãos excluídos do mercado formal de trabalho, então considerados indigentes” (LAVRAS, 2011, p. 318), configurando um sistema excludente (ZIONI; ALMEIDA; PEREIRA FILHO, 2013; NARVAI; PEDRO, 2013) e pouco eficaz, pois a saúde comunitária sofria com parco financiamento referente à saúde coletiva.

Constituição da República Federativa do Brasil de 05 de Outubro de 1988

Antes da criação do SUS, os serviços de saúde eram separados entre ações para a saúde pública, com prevenção, ambiente e coletividade; e a saúde do trabalhador, a medicina previdenciária; além das “modalidades de assistência médica liberal, filantrópica e, progressivamente, empresarial” (PAIM, 2009, p. 20); e no decorrer do século XX

as condições de saúde da população se modificavam. Do predomínio das doenças de pobreza (tuberculose, desnutrição, verminoses, doenças sexualmente transmissíveis e outras doenças infecciosas e parasitárias), alcançamos a chamada morbidade moderna (doenças do coração, neoplasias, acidentes e violências). Houve uma redução

SUMÁRIO



da mortalidade e da natalidade, assim como um envelhecimento da população. Progressivamente, ocorreram o decréscimo da mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias e o crescimento das doenças crônicas e degenerativas, além dos traumas. (PAIM, 2009, p. 20).

São esses os desafios no âmbito da saúde levados pela população para serem solucionados após a redemocratização do país, e posteriormente ao período ditatorial, o Brasil encontrava-se

no plano mais geral, o início da década de 1980 foi marcado por dois fatos significativos: grave crise econômica mundial e processo de redemocratização política do país. No contexto da crise econômica, verificou-se intenso processo de internacionalização dos mercados, dos sistemas produtivos e da tendência à unificação monetária, cujo resultado foi uma perda considerável de autonomia dos Estados nacionais. Na América Latina, os efeitos da crise financeira, somados à crise da dívida externa, levaram a um reforço do modelo que vinha sendo aplicado em alguns países desde meados da década anterior pelo Banco Mundial, o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o governo norte-americano, no 'Consenso de Washington'. Esse modelo incluía a proposta de ajuste estrutural, segundo o qual as mudanças deveriam ocorrer através de políticas liberalizantes, privatizantes e de mercado, ou seja, centradas na desregulamentação dos mercados, na abertura comercial e financeira, na privatização de empresas públicas e na intervenção do Estado na oferta de bens e serviços de natureza social. A gênese do Sistema Único de Saúde no Brasil, por suas peculiaridades, especialmente no que se refere aos princípios da universalidade da atenção à saúde e da participação social, tem sido apontada como um movimento na contracorrente do que ocorreu nos demais países latino-americanos. (SANTOS; BRITO; LIMA; FONSECA, 2004a, l. 1200).

A Constituição Federal de 1988 reza que “a saúde é direito de todos e dever do Estado” (Artigo 196), sinalizando uma direta relação com a comunicação pública: como oferecer saúde para todos os cidadãos do país, de maneira viável financeiramente e que atenda a todos de maneira igualitária e com a devida urgência. A população precisa ser informada de seus direitos, os órgãos que compõem a saúde pública precisam informar e ser informados de suas atividades, a população precisa informar às instâncias cabíveis suas necessidades relacionadas à saúde, enfim, a comunicação pública é uma necessidade latente.

SUMÁRIO



Conhecida como Constituição Cidadã, essa carta marca o período da redemocratização do país. Diferentemente das demais, esta tem “caráter radical e universalizante na área da saúde, que vai de encontro ao pensamento social dominante da época e, também, contra toda a história de constituição da noção de direitos e cidadania no país” (ZIONI; ALMEIDA; PEREIRA FILHO, 2013, p. 118) e inicia com os princípios fundamentais como cidadania e dignidade humana; segue com os direitos e garantias fundamentais, dentre os quais está a saúde (Artigo 6º e 7º); parte para os direitos sociais; a questão da cidadania e os direitos políticos; a organização do Estado, a divisão dos poderes e as particularidades entre União, Estados e municípios, além dos territórios e do Distrito Federal; a administração e o funcionalismo públicos; o processo eleitoral; a defensoria pública, órgão responsável pela promoção e defesa dos direitos humanos; a arrecadação de impostos e fiscalização contábil, financeira e orçamentária. Por diversas seções, existem menções à questão da saúde, mas é salutar observar que existe uma seção inteira dedicada à questão da saúde pública, conforme segue em sua totalidade:

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.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade.

SUMÁRIO



SUMÁRIO



§ 1º. O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. (Parágrafo único renumerado para § 1º pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

§ 2º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre: (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

I – no caso da União, na forma definida nos termos da lei complementar prevista no § 3º; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

II – no caso dos Estados e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

III – no caso dos Municípios e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

§ 3º Lei complementar, que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecerá: (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

I – os percentuais de que trata o § 2º; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

II – os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados a seus respectivos Municípios, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

III – as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

IV – as normas de cálculo do montante a ser aplicado pela União. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

§ 4º Os gestores locais do sistema único de saúde poderão admitir agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias por meio de processo seletivo público, de acordo com a natureza e



SUMÁRIO



complexidade de suas atribuições e requisitos específicos para sua atuação. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 51, de 2006)

§ 5º Lei federal disporá sobre o regime jurídico e a regulamentação das atividades de agente comunitário de saúde e agente de combate às endemias. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 51, de 2006) (Vide Medida provisória nº 297, de 2006)

§ 5º Lei federal disporá sobre o regime jurídico, o piso salarial profissional nacional, as diretrizes para os Planos de Carreira e a regulamentação das atividades de agente comunitário de saúde e agente de combate às endemias, competindo à União, nos termos da lei, prestar assistência financeira complementar aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, para o cumprimento do referido piso salarial. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 63, de 2010)

§ 6º Além das hipóteses previstas no § 1º do art. 41 e no § 4º do art. 169 da Constituição Federal, o servidor que exerça funções equivalentes às de agente comunitário de saúde ou de agente de combate às endemias poderá perder o cargo em caso de descumprimento dos requisitos específicos, fixados em lei, para o seu exercício. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 51, de 2006)

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

§ 1º – As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

§ 2º – É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.

§ 3º – É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei.

§ 4º – A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização.

Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

I – controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;

II – executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;

III – ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;

IV – participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;

V – incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;

VI – fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;

VII – participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

VIII – colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho. (CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL, 1988).

Paim (2009, p. 28) afirma que “pela primeira vez na história do Brasil, foi promulgada uma Constituição que reconhece a saúde como direito social”, mas o fato de observarmos artigos constitucionais em sua totalidade legislando sobre a questão da saúde pública é um avanço a ser comemorado, pois “as Conferências Nacionais de Saúde vinham sendo desenvolvidas desde os anos 1940” (ZIONI; ALMEIDA; PEREIRA FILHO, 2013, p. 120) e, em 1986, na VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), com a presença de quase dez mil participantes (idem) foi discutida a saúde pública, que posteriormente originou o Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS possui regras para seu funcionamento e

pode-se destacar a promulgação da Lei Orgânica da Saúde [leis 8.080 e 8.142 de 1990], que dispunha sobre as condições para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, definindo os parâmetros para o modelo assistencial, estabelecendo os papéis das três esferas e instituindo o Sistema Único de Saúde (SUS). Foram definidos ainda, como princípios e diretrizes, a universalidade, a equidade e a integralidade, a descentralização com ênfase na municipalização, a regionalização e a participação popular, através do fortalecimento do exercício do controle social

SUMÁRIO



por meio dos conselhos municipais, estaduais e nacional de saúde. (SANTOS; BRITO; LIMA; FONSECA, 2004b, l. 1231).

As CNS foram uma demonstração de que

o cidadão é, sem dúvida, esse sujeito público, ética e historicamente comprometido com seu espaço público. Quanto mais este espaço público de intervenção social se amplia, mais a democracia se torna diária na vida do cidadão, como fundamento básico de sua prática social de relacionamento. (ESCUDERO, 2015, p. 125).

A melhoria e os constantes avanços na infraestrutura de tecnologia de informação e comunicação, a liberdade de expressão e os avanços na medicina são fatores óbvios que caracterizam essa época histórica, mas devemos também observar que apenas em 2011 foi criado o Fórum Permanente de Comunicação Social da Saúde, com representante da FUNASA e que responde ao Ministério da Saúde. As campanhas oficiais de comunicação pública sobre saúde pública focam na questão da vacinação e, em épocas específicas, sobre algum malefício, como campanhas para o uso de camisinhas no Carnaval. Existe também um trabalho regulador, como no caso das campanhas antitabaco, com a proibição da propaganda televisiva, radiofônica e impressa destes produtos, além do informativo oficial sobre os danos que eles causam aos humanos; e as advertências em propagandas de produtos farmacêuticos cujas vendas não são dependentes de receitas médicas. A internet facilitou a busca e o acesso às informações, mas ela esbarra no uso que os internautas fazem dela e na própria linguagem demasiadamente técnica utilizada nos canais oficiais.

Com a redemocratização, em 1988 a Constituição apregoou que a saúde é direito de todos e dever do Estado, entretanto, o Sistema Único de Saúde (SUS), que, embora tenha sido criado como política de saúde pública predominante para a população do país, “ainda está bastante distante de ser uma realidade nacional, embora muitos avanços tenham sido feitos e existam ilhas de exce-

SUMÁRIO

lência [...] nos procedimentos mais complexos, como transplantes” (PERILLO, 2006, p. 250), apesar de o país ainda sofrer com surtos de dengue e febre amarela, que poderiam ser evitadas com o controle do vetor dessas doenças. Paim (2009) adverte que mesmo as pessoas que usam as redes privadas de saúde, se utilizam do SUS, pois este é o órgão responsável pela vigilância epidemiológica e pela vigilância sanitária.

A atual situação do SUS é de dependência de pesquisas internacionais, pelo incipiente avanço acadêmico que temos na área; e de necessidade de importação de insumos, pela qualidade inferior do produto nacional. Além desses, a dificuldade de acesso, a sobrecarga de emergências, a longa espera para a realização de exames e procedimentos cirúrgicos e a má gestão de recursos públicos também afeta a percepção de qualidade do sistema (ABRAHÃO, 2006). Já o sistema de saúde suplementar tem queixas relativas aos altos preços praticados ao cliente e baixo repasse aos profissionais, alta carga tributária e dificuldade para obter procedimentos de alto custo (idem), aliado à recente diminuição de segurados nesse sistema, devido à crise econômica dos últimos anos.

Sistema de saúde engloba “infraestrutura, financiamento, organização, gestão e prestação de serviços” (PAIM, 2009, p. 96) e “é o conjunto de agências [públicas ou privadas] e agentes cuja atuação tem como objetivo principal garantir a saúde das pessoas e das populações” (idem, p. 7), e para Mendes e Marques (2013, p. 148), oferecer um bom sistema de saúde pública para todos reafirma “a necessidade de viabilizar o sistema de proteção social atualmente existente, reconhece a complexidade da realidade brasileira, marcada por uma herança histórica de concentração de renda e de ausência de direitos sociais”, de modo a garantir uma melhor qualidade de vida à população. Entretanto, como apontam os autores, esse sistema público e universal depende de financiamento público, cuja tendência é de diminuição da presença estatal.

SUMÁRIO

Para avaliar o SUS, o governo analisa o Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS), que não necessariamente corresponde à realidade entendida pelo usuário da saúde pública, por não ser uma pesquisa de satisfação. Deste modo, é importante ressaltar que o IDSUS não é uma pesquisa ou entrevista direta como usuário do SUS. Trata-se de uma avaliação (IDSUS, 2011, p. 11) que atende aos residentes de cada município brasileiro, com base nos dados dos Sistemas Nacionais de Informação de Saúde, fornecidos pelos gestores do SUS, além de dados de outros Sistemas de Informações Nacionais.

Segundo Perillo (2006), os problemas da saúde no Brasil são estruturais e as deficiências intrínsecas ao sistema devem ser investigadas e corrigidas, além de serem implantadas melhorias na gestão, com aumento de produtividade e da qualidade do atendimento. De acordo com o autor, essas soluções podem evitar o acréscimo desnecessário de investimento de recursos públicos. Nesse sentido, Pedrosa e Couto (2007) afirmam que as melhores condições higiênico-sanitárias e a utilização de procedimentos minimamente invasivos colaboram no sentido de aumento da disponibilidade de leitos. Salomão (2011) aponta que o aumento da expectativa de vida e a diminuição da taxa de fecundidade trarão novas demandas para a área da saúde, que ainda não estão na pauta de discussão dos órgãos responsáveis, o que apresentará outros problemas para o setor.

A área da saúde se pauta na atualidade por três paradigmas (MARTIN, 2006), a saber: a) benigno-humanitário, que prioriza a dignidade da pessoa e seu bem-estar; b) tecnocientífico, em que predominam o conhecimento científico e a eficiência técnica; e c) comercial-empresarial, que transforma a medicina em negócio que deve ser rentável. Ao tratarmos de hospitais públicos, enfrentamos situações anacrônicas e dificuldades organizacionais profundas, vítimas de uma burocratização ineficaz, o que despenderia muito esforço público e conjunto para corrigi-los, pois no caso específico das

SUMÁRIO

organizações públicas, constata-se ainda a centralização do poder, a burocracia elevada, o atendimento insatisfatório e funcionários desinteressados, o que compromete a prestação do serviço público com qualidade e satisfação. Diante disso, torna-se imprescindível uma administração que coloque o ser humano e seu desenvolvimento como início, meio e fim dos objetivos e das práticas organizacionais, em prol de relações de trabalho mais humanas, dignas e éticas. É por meio dessa gestão que a organização pública poderá propiciar uma cultura de valorização, em busca de um serviço público mais qualificado e voltado integralmente para o bem-estar social (SILVA, P. 2010, p. 211-2), levando a melhoria da qualidade de vida em uma sociedade mais ética e justa.

Entretanto, para Fortes e Zoboli (2013, p. 243), “nem sempre as medidas de Saúde Pública trazem obrigações individuais orientadas pelo predomínio do interesse da coletividade”, pois muitas medidas podem ser coercitivas, como a obrigatoriedade do uso do cinto de segurança, ou contrárias ao desejo individual, como a proibição do aborto, ou ainda afetar a coletividade, como a decisão de não vacinar crianças.

As CNS, promovidas por vários setores da sociedade e que colaboraram para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), “cujos princípios doutrinários pregavam a universalidade, a equidade e a integridade” (ABRAHÃO, 2006, p. 13), que prognosticam a descentralização política e administrativa e a participação popular, entretanto,

como a maior parte dos municípios não tem condições de ofertar integralmente os serviços de saúde, faz-se necessário que haja uma estratégia regional de atendimento (parceria entre estado e município) para corrigir essas distorções de acesso. Deve haver centros de referência para graus de complexidade diferentes de serviços. (PAIM, 2009, p. 42).

Desde a promulgação da Constituinte de 1988, o SUS é o responsável pelo atendimento da população no quesito saúde pública, mas houve – e ainda há – dificuldades na sua implantação, pois

SUMÁRIO



no Brasil da década de 1990, a despeito se o SUS estar orientado por princípios como universalidade, integralidade, hierarquização, descentralização e participação da sociedade, sua implementação ocorreu em um quadro adverso à adoção de políticas sociais universais. Entre outros obstáculos, podem ser destacadas medidas voltadas para a redução do tamanho do Estado e do quadro do funcionalismo público e mudanças significativas nas relações de trabalho – com aumento do segmento informal, do desemprego estrutural e formas precárias de vínculos no próprio setor público, com implicações para a qualidade da atenção à saúde. (SANTOS; BRITO; LIMA; FONSECA, 2004b, l. 1532).

Para Franzese (2011, p. 35), a Constituição de 1988 “não definiu qual função cabe a cada esfera de governo na promoção de políticas públicas”, o que provocou inúmeras dificuldades:

há que se considerar também dificuldades estruturais que vêm sendo apontadas pelos estudiosos desse processo e que nos remetem à história política e social do país, em particular no que se refere ao quadro de desigualdades sociais, aos contrastes regionais e às características da dinâmica política de um regime federalista com forte ênfase na esfera central de decisão. (SANTOS; BRITO; LIMA; FONSECA, 2004b, l. 1532).

Sobre o modelo do SUS,

em termos qualitativos, o modelo assistencial brasileiro não vem considerando a transição demográfico-epidemiológica que se traduz no declínio da morbi-mortalidade de algumas doenças infecto-contagiosas, preveníveis por imunização, e crescimento de outras, como aids, malária, hanseníase e tuberculose; associado, de um lado, ao aumento das doenças crônico-degenerativas e daquelas provocadas por causas externas e, de outro, ao aumento da população idosa com problemas e demandas diferenciadas. (VASCONCELLOS, 1998, l. 1007).

O próprio SUS prevê que deve haver participação popular na administração do sistema, através de conselhos municipais e ouvidorias, com a função de melhorias constantes no sistema. Sá e Porto (2011, p. 398) alertam que “controle social não é sinônimo de participação popular”, e essa diferenciação não é consensual entre os pesquisadores da área. Nesta tese, pesquisamos a participação social através da construção de redes e laços.

SUMÁRIO



A automedicação pode ser um resultado da comunicação mercadológica, pois

a publicidade massiva, por parte dos produtores, utilizando as mais diversificadas e sofisticadas estratégias, com altos investimentos nas mesmas e que terminam sendo custeadas pelos consumidores, sem que, em contrapartida, haja disponibilidade de outras fontes de informação, particularmente para os responsáveis pela prescrição. (BARROS, 2004, I. 124).

A indústria farmacêutica é responsável por vultosos valores no “dispendio promocional com estratégias dirigidas aos médicos [que] tem privilegiado os propagandistas e o patrocínio de congressos e distribuição de amostras grátis e de brindes” (BARROS, 2004, I. 242), prática que pode levar às prescrições de remédios desnecessários ou em doses superiores ao indicado pelas pesquisas.

O subfinanciamento crônico do SUS e as dificuldades de muitos municípios em lidar com questões de saúde pública, as deficiências técnicas do sistema, o descompasso entre a demanda e a rede de serviços, as longas esperas, a judicialização dos casos, as desigualdades sociais e regionais, o poder financeiro dos grupos privados, os problemas oriundos da falta de educação para a saúde são outras dificuldades que atingem a saúde pública brasileira, mas que fogem ao nosso escopo nessa pesquisa. Ademais, as políticas públicas para a saúde são difíceis de serem concordadas entre os governantes e aplicadas por conta da dimensão geográfica do país e do envelhecimento da população somado ao aumento da expectativa de vida e ao constante surgimento de novos tratamentos e tecnologias (SILVA, H. 2006; PERILLO, 2006; PAIM, 2009; ELIAS, DOURADO, 2011; IBAÑEZ, 2011; CARVALHEIRO, MARQUES, MOTA, 2013), além do surgimento de novas doenças e síndromes.

Nesse sentido, observamos a crítica de Souza (p. 1396), ao “ênfasis que a área de recursos humanos vivencia uma contradição: em termos de discurso é extremamente valorizada, mas na prática é

SUMÁRIO



pouco dignificada e tratada sem prioridade política”, o que denuncia a desvalorização dos profissionais do setor e o quanto ainda são necessárias reformas no setor de saúde do país.

3.3 Comunicação pública e saúde pública: a necessária convergência

A evolução da saúde pública no Brasil é o pano de fundo para analisar a atuação da Pastoral da Saúde, que não é uma política pública oficial de saúde, mas uma representação da sociedade civil organizada, sendo um exemplo de participação do cidadão na vida pública e na criação do capital social da comunidade.

Paim (2009, p. 27) afirma que “o SUS representa uma conquista do povo brasileiro” e “é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo” (idem, p. 56), e Araújo e Cardoso (2007) pregam que a comunicação deve utilizar os mesmos princípios do SUS: deve ser universal, ou seja, um direito de todos; ter equidade, respeitando as diferenças; ser integral, com “práticas de escuta e reconhecimento do outro” (idem, p. 48); descentralização, com a democratização dos meios e do poder de fala; hierarquização, legitimando o discurso comunitário; participação da comunidade na elaboração de discursos, críticas e demandas, com ampliação do direito de falar e de ser ouvido e visibilidade de seus interesses. Além disso, as autoras sugerem que as informações governamentais sejam mais transparentes e que a sociedade consiga se apropriar destas.

Conforme pudemos observar, a saúde pública necessita que os cidadãos estejam bem informados, o que é viável apenas com melhor educação e, principalmente, comunicação pública confiável, compreensível e transparente. Essa pesquisa tem como um dos objetivos mostrar tanto o histórico conjunto dessas áreas como a necessidade de maiores esforços comunicacionais, que devem, inclusive, envolver

SUMÁRIO



a própria comunicação institucional dos órgãos relacionados. Para J. Almeida (2012), a saúde dos indivíduos é impactada pelo capital social e pelo associativismo, pela facilitação do acesso aos serviços de saúde e pelo impacto direto na saúde do detentor do capital social.

Na sequência, versaremos sobre a Pastoral da Saúde, organização que foi entrevistada para reconhecermos a existência do capital social em uma iniciativa baseada no trabalho voluntário do cidadão.

SUMÁRIO



4

PASTORAL
DA SAÚDE

A nova esfera pública está fundamentada na possibilidade de uma sociedade mais justa, igualitária e participativa; e a comunicação pública, nesse ambiente democrático, vai permitir que os cidadãos se engajem em causas que tragam respostas às suas necessidades.

Na nova esfera pública, “o novo público, histórico e plural, tem se engajado em movimentos sociais que consideram coerentes, em defesa do interesse público” (ESCUDERO, 2015, p. 74), sendo esse então o ponto de partida do nosso objeto de pesquisa, a Pastoral da Saúde (PS), que busca minimizar algumas ausências do Estado e da sociedade em sua atuação. Entretanto, para Vieira (2009), embora a PS seja uma organização da sociedade civil, a sua pouca institucionalização formal na esfera pública pode inibir que ela ocupe espaços governamentais e políticos tradicionais.

Arendt (2007) menciona a relevância dos aspectos religiosos, especialmente o judaísmo e o cristianismo, ao tratar sobre a santidade e inviolabilidade da vida, que estão diretamente relacionadas com a saúde do indivíduo, e a igreja católica foi o local originário da PS, cuja apropriação do capital social e o entendimento da comunicação pública podem colaborar para o reconhecimento social das agentes voluntárias que lá trabalham. Investigaremos esses aspectos nas entrevistas.

4.1 O cuidado social

A etimologia da “palavra ‘cuidado’ vem do latim e significa cura” (FRACOLLI; ZOBOLI, 2011, p. 762), e tem também, dependendo do contexto, o significado de amor e amizade. Para os autores, cuidado é “um fenômeno existencial, relacional e contextual” (idem, p. 763), porque faz parte do ser, se inter-relaciona com outros seres e depende do contexto em que ocorre. “A ação de cuidar tem sempre uma cono-

SUMÁRIO



tação para prover, favorecer o bem, a vida para outro ser” (idem, p. 764), nesse sentido, o trabalho realizado pelas agentes da Pastoral da Saúde se encaixa como ação integral de relacionamento interpessoal, em que estão inclusos confiança, interesse, respeito, atenção e consideração. Baldessin (2013, p. 15) afirma que “sempre existiu, é inato na maioria das pessoas, o sentimento de solidariedade humana, seja ou não por princípios religiosos”, pois constituímos uma sociedade.

Westphal (2013, p. 188) afirma que a promoção da saúde é um campo de atuação para iniciativas sociais, cuja participação social pode “oferecer possibilidades para que os diferentes atores participem dos processos decisórios dos mais simples aos mais complexos e desenvolvam sua autonomia de sujeitos individuais e coletivos”, possibilitando assim que os indivíduos sejam empoderados como cidadãos. A comunicação é citada como um processo vital para a promoção da saúde:

temos ainda os modos de ação que os profissionais da área devem escolher e adotar para estimular os processos de Promoção da Saúde, rumo a seus objetivos amplos e complexos: 1) a educação participante e problematizadora, que oferece oportunidades de aprendizado; 2) facilitação através da comunicação social falada, escrita, via TV ou websites; 3) mobilização – conjunto de ações coordenadas para gerar uma resposta social mais efetiva, ampliar recursos sociais e materiais para a promoção da saúde; 4) redes sociais – espaços criados para a solidariedade, troca de experiências e a discussão de problemas comuns; e 5) a advocacia – ação tomada pelos indivíduos e/ ou por coletividades em sua defesa para vencer barreiras estruturais e institucionais à obtenção de objetivos de saúde e qualidade de vida. (WESTPHAL, 2013, p. 190).

Pelicioni, Pelicioni e Toledo (2013, p. 202) acrescentam que “a saúde da comunidade possa ser promovida com uma combinação de Educação em Saúde, Comunicação e um conjunto de outras ações”, e entendem que

o simples fato de a mensagem chegar ao receptor não garante que seja compreendida. Para que o processo comunicativo realmente aconteça, é fundamental levar em consideração a participação do destinatário da mensagem na interpretação do seu significado.

SUMÁRIO



A comunicação é, portanto, o processo de produzir significados, o que é conseguido por meio de trocas simbólicas entre indivíduos e grupos. O uso de técnicas de comunicação tem como objetivo estimular, sensibilizar e envolver o maior número de pessoas possível. Esses significados têm de ser compreendidos e decodificados da mesma maneira por todos os participantes de um mesmo grupo. (PELICIONI; PELICIONI; TOLEDO, 2013, p. 208).

Esse entendimento quase intuitivo da comunicação e seus objetivos reforçam a importância da interdisciplinaridade entre os campos comunicação e saúde. Consideramos que a comunicação interpessoal, caracterizada como “a comunicação entre os indivíduos, como as pessoas se afetam mutuamente e, assim, se regulam e controlam uns aos outros” (KUNSCH, 2003, p. 81) deva ser priorizada nas ações sociais da PS, em conjunto com a planificação da comunicação pública.

Para Barata e Mendes (2006, p. 52), “uma entidade de saúde é pública (governamental ou não governamental), quando o interesse coletivo de saúde predomina em suas ações, que visam principalmente ao bem estar da coletividade”, o que coloca nosso objeto de pesquisa, a PS, dentro do espectro da saúde pública. Putnam divide as associações voluntárias como baseadas na comunidade, no trabalho e na igreja e, para ele (2000, p. 20), as organizações religiosas ecumênicas são exemplos de capital social, tal como

a Pastoral da Saúde do Brasil é uma entidade de ação social da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB. É uma sociedade cívico-religiosa, sem fins lucrativos, organizada por tempo indeterminado, instituída oficialmente desde 9 de maio de 1986. (BALDESSIN, 2007, p. 17).

Putnam (2000, p. 72) descreve que as comunidades baseadas na fé são o mais importante repositório de capital social nos Estados Unidos. Embora Putnam se refira à igreja protestante, acreditamos que esse fator não interfira em nossa análise, pois tanto o protestantismo como o catolicismo são religiões cristãs e, segundo o autor, o ato de ir à igreja cria uma conectividade social entre as pessoas e instiga os

SUMÁRIO



frequentadores a serem mais proativos em relação à caridade, embora o autor reforce que fazer o bem para outras pessoas não é a definição de capital social.

Ainda como exemplo do poder do capital social para o engajamento cívico, Putnam (2000, p. 75) menciona o envolvimento da igreja no período da luta pelos direitos civis dos negros nos Estados Unidos, como lugar para o exercício cívico de representação.

Apesar de sua conexão direta com a igreja católica, a PS enfatiza ter um caráter ecumênico, tentando superar as diferenças existentes entre as religiões, respeitando as convicções do enfermo (BALDESSIN, 2007), e a PS

tem por finalidade proporcionar saúde-salvação: cura, assistência, libertação, reconciliação, sentido de vida, crescimento humano, salvação.

Sua missão: o encontro com o doente, com sua família, com os profissionais da saúde, com as instituições de saúde e com as pessoas sadias para fortalecer uma cultura mais humana e cristã perante a dor, o sofrimento, a deficiência, a agonia, a morte, o luto e a defesa da vida. (BAUTISTA, 2007, p. 37).

Notamos, por esses objetivos, que a preocupação da PS é o bem-estar do doente, muitas vezes abandonado por sua família, sem esperanças de cura e com crença religiosa. Os agentes da PS fazem treinamentos para realizar as visitas e acompanhamentos e são, em sua maioria, “mulheres, e de certa idade, que tinham tempo” (BAUTISTA, 2007, p. 50) e, para Baldessin (2007, p. 56), “é muito importante que o agente de pastoral tenha uma personalidade madura e equilibrada, tornando-se sensível e ao mesmo tempo solidário ao problema do outro” o que caracteriza o agente da PS como empático para conseguir se colocar no lugar do necessitado. Além disso, o agente deve tomar cuidado para não sofrer com

fadiga de compaixão ou estresse pós-traumático secundário [que] ocorre preferencialmente com profissionais de saúde ou voluntários que têm como principal ferramenta de ajuda a empatia. Pessoas que lidam com tanto sofrimento que acabam por incorporar a dor que não lhes pertence. (ARANTES, 2016, p. 272).

SUMÁRIO



Essa maturidade colabora para que os voluntários da PS não adoeçam e estes devem apresentar as seguintes características: equilibrado, transformador, aberto, contemplativo, líder, educador, respeitoso, trabalha em equipe, fiel, responsável, discreto, capacitado e vocacionado. Compaixão é outro sentimento observado e esta “vai além da capacidade de se colocar no lugar do outro; ela nos permite compreender o sofrimento do outro sem que sejamos contaminados por ele” (ARANTES, 2016, p. 494), isto é, o voluntário deve ainda ter uma base psicológica estruturada para não comprometer sua própria saúde.

O comprometimento do voluntário é bastante exigido, nas palavras de Baldessin (2000, p. 80), “esse trabalho não é uma tarefa pessoal em que cada um faz como, quando e onde bem entende. É uma missão orientada, delicada e exigente. Exige disponibilidade e capacidade de trabalhar com o outro”, requer compreensão empática e respeito, além de ser um trabalho com pouco ou nenhum reconhecimento.

Os objetivos da PS são evangelizar, colaborar para promoção e prevenção da saúde, lutar por condições mais humanas, desenvolver ações básicas de saúde, articular a saúde comunitária com instituições de saúde, sensibilizar a sociedade a respeito do sofrimento dos doentes, priorizar a educação transformadora, promover a capacitação permanente dos agentes, defender a dignidade humana, contribuir para a humanização das estruturas e participar ativa e criticamente nas instâncias oficiais que regulam a saúde pública, entre outros (BALDESSIN, 2000, 2007) e incentivar o diálogo entre agente e enfermo, com ênfase na escuta, para dar ao doente oportunidade para desabafar seus sofrimentos e angústias.

A pediatra e sanitarista Zilda Arns é uma referência quando pesquisamos a Pastoral, pois ela foi a fundadora da Pastoral da Criança e da Pastoral da Pessoa Idosa, a pedido da Conferência Nacional de Bispos do Brasil (CNBB). Seu trabalho popularizou a expressão empreendedorismo social ao grande público, o que desvincula a imagem

SUMÁRIO

desse trabalho daquele mais voltado ao assistencialismo, no sentido de prestação de socorros, principalmente materiais, em situações emergenciais que necessitam de atuação imediata.

As três dimensões (figura 4) que caracterizam a PS são “solidária, comunitária e político-institucional” (BALDESSIN, 2007, p. 9) e suas atividades são realizadas “no hospital, na comunidade e junto aos órgãos públicos de saúde” (idem, p.9), e o autor, ao explicar como implantar uma PS, menciona a necessidade de aproveitar os recursos humanos da comunidade para trabalhar como voluntários e constituir uma equipe comprometida e respeitosa, deixando patente a relação com a teoria do capital social. D’Araujo (2003, p. 5) menciona que “a cooperação voluntária, assentada na confiança” demanda comprometimento e reciprocidade.

Figura 4 – As dimensões da Pastoral da Saúde



Fonte: Elaborado pela autora a partir de Baldessin (2007, p. 9).

SUMÁRIO



Perillo afirma que

o atual modelo de atenção à saúde é resultado de muitas rupturas, idas e vindas, permeadas por interesses corporativos, políticos, econômicos, setoriais, e envolvendo uma multiplicidade de atores sociais, movimento que perdura até os nossos dias. Quando se compreende a história, entende-se que foi construída por pessoas, a partir de interesses estabelecidos e de condições sociais, políticas, econômicas do momento, articulados de forma a permitir o predomínio de um determinado interesse. (PERILLO, 2006, p. 252).

Junqueira (2006) acrescenta que as iniciativas devem ser conjuntas entre sociedade e governos em suas três esferas de poder. Partindo dessas premissas, verificamos a possibilidade de mudanças emergirem da sociedade e de seus interesses e necessidades, o que Avritzer (1997) categorizou como associações não conflitivas, que não tematizam problemas; associações conflitivas com o campo sistêmico, institucionalizadas por seus campos de ação; e o novo associativismo, que possui movimentos solidários. A PS pertence a duas dessas definições, as não-conflitivas, por estar associada com a questão religiosa; mas também ao novo associativismo, porque sua atuação está relacionada, ainda que não exclusivamente, aos direitos humanos.

A PS também pode ser considerada parte dos

movimentos populares [que] são manifestações e organizações constituídas com objetivos explícitos de promover a conscientização, a organização e a ação de segmentos das classes subalternas visando a satisfazer seus interesses e necessidades, como os de melhorar o nível de vida, através do acesso às condições de produção e de consumo de bens de uso coletivo e individual; promover o desenvolvimento educativo-cultural da pessoa; contribuir para a preservação ou recuperação do meio ambiente; assegurar a garantia de poder exercer os direitos de participação política na sociedade e assim por diante. Em última instância, pretendem ampliar a conquista de direitos de cidadania, não somente para pessoas individualmente, mas para o conjunto de segmentos excluídos da população. (PERUZZO, 2004, p. 50).

Sobre as redes, que são veículos potenciais de mudanças, e seu papel na comunicação, pergunta-se

SUMÁRIO



quem são os interlocutores que se interconectam nas redes? São pessoas, grupos, comunidades, instituições, comunidades discursivas... De onde falam? Qual seu lugar de fala, que determina seu capital simbólico e um lugar de interlocução mais menos poderoso? As condições de produção e circulação são iguais? Ou refletem e reproduzem as desigualdades de toda ordem na sociedade, reafirmando a desigualdade na comunicação? Quais são, nas redes, os indicadores de 'fala autorizada', os mesmos das demais relações institucionais, ou há indicadores novos? (ARAÚJO; CARDOSO, 2007, p. 81).

A PS, como rede de apoio e atenção, em sua atuação trabalha principalmente com a comunicação interpessoal no atendimento ao enfermo.

Os enfermos foram sistematicamente excluídos do convívio social, seja pelos estigmas das doenças, pela pouca acessibilidade disponível nas cidades, pelo sentimento de vergonha pela incapacidade ou por outros motivos. A PS busca levar a esse cidadão o sentimento de pertencimento à sociedade. Oliveira (2004, p. 189) observa que “a participação da sociedade civil tem se tornado fundamental, sendo promovida principalmente por meio de seu engajamento com entidades ligadas ao terceiro setor”, sendo que os voluntários têm papel primordial nessas atividades. A esse respeito, Matos (2011b, p. 45) lembra que “os grupos sociais que não têm capacidade de se organizar ficam em desvantagem na obtenção da visibilidade tão necessária à luta por reconhecimento”, o que dificulta o trabalho da PS.

Outro conceito importante para o entendimento da PS é o conceito de participação, “componente indispensável do processo de construção de cidadania” (DUARTE, M., 2012, p. 101), sendo essa participação tanto do voluntário, como do assistido, que reencontra sua dignidade. Para a autora, “cidadania implica em mobilização, cooperação, e formação de vínculos de corresponsabilidade para com os interesses coletivos” (idem, p. 111) e a comunicação e a cidadania devem estar interligadas, reforçando-se mutuamente. É importante referendar que a cidadania “não é doada nem é dádiva de governantes, que aliás só cedem à ampliação de direitos mediante pressão

SUMÁRIO

popular” (PERUZZO, 2004, p. 67), e, conforme vimos anteriormente nessa pesquisa, foi essa luta por direitos que deu origem ao SUS.

Nesse sentido, Chalmers, Martin e Piester (1997) definiram que as redes associativas de representação são capazes de unir atores populares da sociedade com as iniciativas estatais, outro ponto de conexão com as atividades da PS. É importante observar que os cidadãos se engajam em movimentos sociais considerados coerentes (ESCUDERO, 2015, p. 74), mostrando a existência do capital social em movimentos sociais e voluntários, ainda que sem utilizar essa nomenclatura. A autora (idem, p. 123) afirma que “a comunicação possibilita a visibilidade da identidade dos diferentes grupos e de sua inclusão na nova esfera pública”, categorizando assim a intersecção entre os temas estudados nessa pesquisa, entretanto, Bautista (2007, p. 81) afirma que a PS utiliza muito pouco os meios de comunicação para divulgar e incrementar seu trabalho. Corroborando com ele Baldessin (2000, p. 152) ao referir que a PS deve se empenhar em prevenir “doenças primárias tais como: paralisia infantil, febre amarela e desnutrição. Ou seja, doenças que podem muito bem ser controladas com recursos que não custam tanto”, embora saibamos que para a comunicação ser eficaz ela deve ser planejada de acordo com seus públicos (KUNSCH, 2003), além dos investimentos necessários em comunicação pública. Baldessin (2013) inclusive menciona a necessidade de a PS conversar com as ciências humanas, além do diálogo normalmente realizado com profissionais do campo da saúde.

Kauchakje, Delazari e Penna (2007) classificam as redes em de pertencimento; de equipamentos e serviços coletivos; movimentalista; de políticas públicas; e de atores e sujeitos sociais e políticos. Nessa classificação, a PS pode pertencer a todas essas redes, pois estas não são mutuamente excludentes. As redes são determinantes para a construção do capital social, pois os atores sociais que ocupam um lugar na rede possuem um perfil relacional e, de acordo com Putnam (2000), pessoas mais felizes são aquelas que têm bons relacionamentos.

SUMÁRIO



Para Peruzzo (2012), uma organização como a PS pertence ao terceiro setor, por ser uma organização sem fins lucrativos e que defende o interesse público. Rocha (2011, p. 227) informa que “para os grupos mais próximos do fim da escala social, compostos por pessoas que vivem em condições de extrema privação, os indicadores de organização comunitária registram uma disponibilidade menor de redes e sistemas de apoio”, ou seja, um nicho de ação para os agentes da PS, que atuam com as classes subalternas, sujeitos de inúmeras pesquisas, e

no Brasil, outras organizações e instituições continuam atuando de modo a garantir o crescimento de uma sociedade mais organizada e melhor informada que tem retomado aos poucos o valor da cidadania ativa. É o caso, por exemplo, das comunidades eclesiais de base, as pastorais sociais, das entidades culturais, de educação e saúde, de assistência material e jurídica como as universidades e a Ordem dos Advogados do Brasil, que pela prestação de serviços concretos, pela politização em geral mediante a socialização de ideias, conhecimentos técnicos, legais e científicos têm contribuído, ainda que pontualmente, para o fortalecimento dos movimentos sociais populares e sindicais. É certo que as estruturas de participação ainda são difusas e pouco organizadas, e que seu processo de construção é tímido e fragmentário, mas também é fato que a comunicação e as novas tecnologias da informação têm influenciado decisivamente o processo de transformação da sociedade brasileira, em especial o estabelecimento de uma nova cultura política, que propugne pela participação política baseada na conscientização e não simplesmente no dever cívico do voto. (DUARTE, M., 2012, p. 102).

Para Zémor (2012), a comunicação pública deve colaborar na divulgação de ações de interesse geral, apesar dos temores sobre a falência da cultura cívica da sociedade. Entretanto, observamos que organizações como a PS têm pouca cobertura midiática e fazem uso incipiente das redes sociais digitais. Planejar a comunicação organizacional e pública da PS, com objetivos determinados e públicos escolhidos seria um diferencial estratégico para esta organização.

Peruzzo (2012, p. 166) elenca os objetivos dos processos comunicativos interpessoais e grupais em redes sociais como a PS: mobilização dos beneficiários da ação; promover mudanças; divulgar

SUMÁRIO



as organizações sociais; obter recursos; divulgar as ações sociais; motivar voluntários; suprimir conflitos; e prestar contas à sociedade. Para Baldessin (2000, p. 156) a “Pastoral da Saúde deve exercer sua função de conscientizar o povo para reivindicar seus direitos e também assumir suas responsabilidades”, o que promoveria uma sociedade menos apática.

Os agentes da PS lidam com pacientes que

chegam aos profissionais e serviços de saúde vulneráveis por sua doença e sofrimento e alcançá-los na condição em que estão por meio das relações humanas verdadeiramente construídas pode ser a maneira de mostrar-lhes respeito, apreço e atenção. (FRACOLLI; ZOBOLI, 2011, p. 779).

Além desse resgate da dignidade ser um diferencial que esse trabalho voluntário proporciona, os agentes devem estar atentos às vulnerabilidades, que não são apenas relativas às doenças, mas também às condições sociais e econômicas (ADORNO, VASCONCELLOS, ALVARENGA, 2013), o que muitas vezes mantém a família como principal laço social. Segundo os autores, essa questão ultrapassa os problemas tecnológicos da saúde pública, pois são “processos sociais, econômicos e políticos mais amplos e, ao mesmo tempo, guardam especificidades em relação à diversidade dos grupos sociais, de suas condições históricas e de vida, e aos problemas de saúde a que estão expostos” (idem, p. 349), entrando nesse rol os setores excluídos e marginalizados da população, com suas infinitas dificuldades e preconceitos.

Putnam (2000, p. 336) menciona que o capital social nos permite entender que os destinos de uma comunidade estão interligados, assim como a doença, a morte e a preocupação com o que acontece com o corpo e a alma após a morte, o que provoca uma ligação direta com o trabalho religioso:

na Antiguidade, por exemplo, a preocupação maior era sempre com a alma do enfermo e não com o seu corpo. O significado da palavra

SUMÁRIO



hospital era de uma “casa para hospedar”.

Em 2000 a.C., o hospital era chamado de “casa da morte”, pois era para lá que iam os doentes sem chance de cura com duas finalidades: serem amparados e, ao mesmo tempo, retirados do convívio social para não haver contaminação e epidemias.

Entre 400 e 500 a.C., na Grécia, o atendimento no hospital mesclava práticas médicas e religiosas. No século II a.C., em Roma, os hospitais recebiam e tratavam as pessoas afetadas pelas guerras e lutas. Somente nos séculos I e II d.C., surgem os chamados “valetudinários”, ou seja, os hospitais privados, origem do conceito das clínicas particulares de hoje.

A fundação da primeira Santa Casa no Brasil deu-se em Santos/SP, em 1543. O conceito era o de assistência à saúde promovida e sustentada pela sociedade. (ABRAHÃO, 2006, p. 11).

A PS possui diretrizes para tratar esse assunto, assim como os demais aspectos da doença ou incapacidade física, que vão ao encontro das diretrizes dos cuidados paliativos hospitalares, que não se confundem com sedação ou eutanásia:

ainda temos a dimensão espiritual do ser humano que adoece. Em geral, nesse momento de clara finitude, essa dimensão ganha uma voz que nunca teve antes. Existe aí um risco grande de que a dimensão espiritual mal estruturada, construída sobre relações de custo e benefício com Deus ou com o Sagrado, caia em ruínas diante da constatação de que nada vai adiar o Grande Encontro, o Fim, a Morte. Muitas vezes, a dor maior é a de sentir-se abandonado por um Deus que não se submeteu às nossas vontades e simplesmente desapareceu das nossas vidas em um momento tão difícil e de tanto sofrimento.

Os Cuidados Paliativos podem ser úteis em qualquer fase da doença, mas sua necessidade e seu valor ficam muito mais claros quando a progressão atinge níveis elevados de sofrimento físico e a medicina nada mais tem a oferecer. Fecha-se, assim, o prognóstico e anuncia-se a proximidade da morte. Os médicos profetizam: “Não há nada mais a fazer”. Mas eu descobri que isso não é verdade. Pode não haver tratamentos disponíveis para a doença, mas há muito mais a fazer pela pessoa que tem a doença. (ARANTES, 2016, p. 387).

Nesse sentido, o trabalho realizado pela PS está nessa dimensão, tanto de oferecer dignidade ao doente, como reconhecimento. Arantes

SUMÁRIO



afirma que “ter alguém que se importe com nosso sofrimento no fim da vida é uma dessas coisas que trazem muita paz e conforto para quem está morrendo e para seus familiares” (idem, p. 398), ao passo que Putnam (2000, p. 337) afirma que o capital social tem potencial para substituir remédios para dormir, vitaminas, antiácidos e remédios contra a depressão. Somado à atividade realizada pela PS, o enfermo e sua família podem utilizar esse capital favoravelmente.

4.2 O município onde a pesquisa foi realizada

A pesquisa foi conduzida no município de Americana, no interior de São Paulo, motivada pelo conhecimento do trabalho da Pastoral da Saúde na cidade.

Americana foi fundada em 1875, localizado na região metropolitana de Campinas, tem cerca de 134 km² e população estimada em aproximadamente 234 mil habitantes. Os índices sociais, disponíveis no site do município³ mostram que o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal, indicador que conjuga as dimensões de longevidade, educação e renda, coloca a cidade na faixa de IDHM alto, com média 0,800.

No Índice Paulista de Responsabilidade Social⁴, o município está em 76º lugar em riqueza, 135º em longevidade e 100º em escolaridade, lembrando que o Estado de São Paulo possui 645 municípios e a capital, a título de comparação, está em 18º lugar em riqueza, 222º em longevidade e 568º em escolaridade. A cidade ainda é a 4ª melhor colocada na região metropolitana de Campinas no Índice Firjan de

3. Dados disponíveis em <http://www.americana.sp.gov.br>

4. Dados disponíveis em <http://indices-ilp.al.sp.gov.br/view>

Desenvolvimento Municipal⁵. O Índice de Desenvolvimento Humano⁶ coloca Americana em 11º lugar, sendo que a capital está em 14º lugar. No quadro brasileiro, fica em 69º lugar, dentre 5507 municípios ao total.

No que tange a saúde pública⁷, o município possui 328 leitos hospitalares, realizou 2.552.041 atendimentos nos dois hospitais municipais e 243.565 consultas nas Unidades Básicas de Saúde. Na rede particular, foram realizados 337.701 atendimentos particulares ou conveniados e 2.144 atendimentos cobertos pelo SUS.

Até a década de 1990, a cidade era conhecida por suas indústrias têxteis, mas com a importação de tecidos de menor custo, muitas dessas empresas fecharam ou mudaram de localização. Hoje, os destaques econômicos vão para os setores metalúrgicos, químicos, plásticos e alimentícios, além do setor de serviços, que é a maior fonte geradora de renda, e a cidade é o quarto maior PIB da região metropolitana de Campinas.

De acordo com o IBGE, a população de Americana está composta por: 62,2% católicos, 28,0% protestantes, 6,5% pessoas sem religião, 3,1% espíritas, e outros 0,20% que se identificam como umbandistas, budistas, judeus e demais religiões. A influência católica é oriunda dos imigrantes italianos que se estabeleceram na cidade no final do século XIX, e possui a maior igreja da Diocese de Limeira.

Segundo a igreja católica, o município pertence à Província Eclesiástica de Campinas, à Arquidiocese de Campinas e à Diocese de Limeira, composta por 86 paróquias e mais de 300 comunidades. Fazem parte da Diocese de Limeira as seguintes cidades, divididas em regiões: Sul: Americana e Nova Odessa; Norte: Analândia, Descalvado, Pirassununga e Porto Ferreira; Centro-Norte: Araras, Leme e Santa

5. Dados disponíveis em <http://www.firjan.com.br/ifdm/>

6. Dados disponíveis em <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/ranking>

7. Dados disponíveis em http://www.americana.sp.gov.br/americanaV6_index.php?it=38&a=perfil_saude

SUMÁRIO





Cruz da Conceição; Leste: Artur Nogueira, Conchal e Cosmópolis, Engenheiro Coelho; Centro: Cordeirópolis, Iracemápolis e Limeira.

A PS de Americana tem razoável diálogo com a Secretaria Municipal de Saúde, trazendo à luz o conceito de que

a cultura cívica mais intensa, um maior envolvimento da população com a coisa pública (res publica), uma sociedade mais comprometida com o bem público, mais cooperativa e mais confiante nos seus pares. A cultura cívica, associada à confiança interpessoal, traduz-se em um recurso fundamental de poder para os indivíduos e para as sociedades, em um capital – capital social – cujos benefícios são comuns a todo o grupo ou a toda a sociedade. (D'ARAUJO, 2003, p. 5).

Para entendermos o perfil dessas cidades, a figura 5 apresenta os dados de forma consolidada, apresentando dados do município de São Paulo (capital) a título de comparação. Apesar de apresentar bons índices de qualidade de vida, isso não significa que não existam pessoas em situações de vulnerabilidade, seja financeira, social, psicológica ou familiar. Dessa maneira, verificamos que existem idosos e acamados que necessitam da atuação da PS, tanto por não ter como se deslocar, como por não ter apoio emocional. Essas características foram determinantes para a escolha tanto da localidade como da amostra pesquisada.

Figura 5 – Perfil resumido dos municípios pertencentes à Diocese de Limeira

Município	Área (km²)	Habitantes	IDHM	IDH	IPRS riqueza	IPRS longevidade	IPRS escolaridade	IFDM nacional	IFDM estadual
Americana	133,93	233.868	0,811	11ª	76ª	135ª	100ª	49ª	34ª
Anelândia	326,63	4.672	0,754	199ª	105ª	406ª	516ª	1254ª	408ª
Araras	644,831	131.282	0,781	62ª	141ª	282ª	138ª	61ª	38ª
Artur Nogueira	177,752	45.847	0,749	236ª	356ª	93ª	135ª	667ª	273ª
Conchal	183,826	27.345	0,708	546ª	441ª	154ª	144ª	341ª	155ª
Cordeirópolis	137,337	23.517	0,758	177ª	22ª	262ª	123ª	212ª	115ª
Cosmópolis	154,73	69.086	0,769	115ª	214ª	286ª	199ª	1061ª	358ª
Descalvado	755,226	31.056	0,76	164ª	106ª	53ª	385ª	196ª	102ª
Engenheiro Coelho	109,798	15.719	0,732	370ª	113ª	420ª	579ª	1332ª	420ª
Iracemápolis	115,118	20.029	0,776	83ª	169ª	46ª	109ª	110ª	60ª
Leme	403,077	99.388	0,744	274ª	263ª	478ª	274ª	208ª	109ª
Limeira	580,983	294.128	0,775	90ª	121ª	281ª	197ª	86ª	52ª
Nova Odessa	73,298	56.008	0,791	33ª	57ª	186ª	88ª	139ª	77ª
Pirassununga	726,942	70.138	0,801	20ª	130ª	300ª	370ª	128ª	71ª
Porto Ferreira	243,906	55.432	0,751	219ª	136ª	451ª	412ª	398ª	178ª
Santa Cruz da Conceição	149,432	3.998	0,79	35ª	387ª	468ª	277ª	118ª	66ª
São Paulo (capital)	1.521,11	12.106.920	0,805	14ª	19ª	222ª	568ª	98ª	56ª

Fonte: Elaborado pela autora com base em dados oficiais dos municípios.

4.3 A metodologia do discurso do sujeito coletivo e a Pastoral da Saúde

J. Almeida (2012, p. 22) descreve que “o capital social de tipo inclusivo promove a integração social, reforça a colaboração entre grupos diferentes”, o que caracteriza a existência do capital social dentro da PS. Granovetter (1973, 1985) menciona que os laços fracos são muito importantes na integração social, pois oferece oportunidades, também verificada na atuação da PS.

Para Higgins (2005, p. 201), as “pessoas estão abandonando canais tradicionais de participação política, tais como partidos e organizações de interesses, e estão vinculando-se a organizações com fins transitórios específicos”, logo, por essa adesão a iniciativas como a PS, em que o indivíduo está tão visível como alvo da ação comunitária, percebemos na PS um ambiente ideal para analisar o discurso do sujeito coletivo aplicado à teoria do capital social, conforme veremos no próximo capítulo.

SUMÁRIO



The background features a grid of icons. The leftmost column consists of blue icons on a dark blue background, showing groups of people and a globe. The remaining columns consist of orange icons on an orange background, showing various group dynamics, circular arrows, and globe symbols.

5

PROCEDIMIENTOS METODOLÓGICOS



A escolha da metodologia em uma pesquisa deve levar em consideração a sua aplicabilidade e sua viabilidade, pois essa opção impacta as análises e resultados decorrentes, sempre buscando que a verdade seja atingida, para que o conhecimento possa ser desvendado e compartilhado. A metodologia utilizada nesta pesquisa é a análise do discurso do sujeito coletivo, por ser uma metodologia que promove a unificação dos sujeitos pesquisados, atores da atividade em questão, e busca dar a estas pessoas a representatividade que eles mal sabem que possuem.

A análise do discurso, em sua vertente inglesa, pensa a língua como um fato social, sendo que através da palavra é possível manifestar ideologias ou diferentes maneiras de significar as realidades. Essa análise é o complemento do processo de pesquisa do sujeito coletivo, uma metodologia bastante utilizada na área da saúde, que, ao dar voz ao sujeito pesquisado, busca criar uma unicidade do discurso na coletividade investigada.

É importante ainda mencionar que o discurso do sujeito coletivo parte das teorias de representações sociais, oriundas do conceito de Durkheim (1989) de representações coletivas, com a valorização do simbolismo coletivo, que seria base para a realidade social.

5.1 A análise do discurso inglesa

A análise do discurso (AD) na vertente inglesa tem entre seus principais autores Austin, Searle e Fairclough, para quem o discurso é um campo para a mudança social, um espaço para transformar a realidade. A AD inglesa tem um caráter mais pragmático, objetivando a transformação do discurso em algo prático. A AD inglesa propõe que sejam articuladas a linguagem e a sociedade, sem olvidar o contexto ideológico onde essa interação ocorre e valorizando a fala de cada

indivíduo. O discurso é uma maneira de agir sobre o outro e sobre o mundo, sendo uma forma de representação e, dialeticamente, construção e transformação da estrutura social, sendo moldado por esta também. As identidades sociais, as relações sociais entre os atores e os sistemas ideológicos são aspectos fundamentais para essa análise.

Fairclough (2001, p. 275) elabora que “não há procedimento fixo para se fazer análise de discurso; as pessoas abordam-na de diferentes maneiras, de acordo com a natureza específica do projeto e conforme suas respectivas visões do discurso”, e ele a considera interdisciplinar por natureza. O primeiro apontamento sobre a coleta de dados é a necessidade de definir um projeto e um “*corpus* de amostras de discurso” (idem, p. 277) e a possibilidade de que este seja ampliado, caso necessário. Fairclough considera a transcrição das entrevistas parte sensível, pois esta “impõe uma interpretação da fala” e sugere que as amostras sejam codificadas e selecionadas em classes particulares.

Quanto à análise propriamente dita, Fairclough (2001) assinala que práticas discursivas, textuais e de prática social invariavelmente se sobrepõem. Quanto aos resultados, o autor ressalta (idem, p. 291) que “se os analistas têm algum controle sobre como os resultados são usados, nunca têm total controle depois que os resultados caem ao domínio público”. No caso do sujeito coletivo, o próprio discurso já foi filtrado e manipulado, tanto pela transcrição quanto pela construção.

Para Searle, a existência da comunicação linguística humana é um fenômeno surpreendente, desde a formação física do sistema fonador até a semântica e o significado proposto pelo falante, os “fenômenos retóricos e linguísticos, mas até mesmo fenômenos políticos, literários e outros tipos de fenômenos culturais” (SEARLE, 2000, l. 72) e é com essa riqueza de possibilidades que trabalhamos.

Orlandi (2009, p. 15) afirma que “na análise do discurso, procura-se compreender a língua fazendo sentido, enquanto trabalho simbó-

SUMÁRIO



lico, parte do trabalho social geral, constitutivo do homem e da sua história”, ou seja, há a busca pelo significado através da fala, que é uma representação do sujeito, e a história do falante e suas condições de produção de discurso, além da relação entre ideologia e língua são levadas em consideração. Orlandi (2009) realça que também existe o não-dito na amostra e que este silêncio também deve ser analisado, pois é significativo.

Para realizar a AD inglesa, primeiro identificamos a “pessoa que conduz a narrativa dos acontecimentos” (MANHÃES, 2005, p. 307). Nesse caso, esse indivíduo é o sujeito coletivo, formado por um apanhado de expressões-chave, ideias-chave e ancoragens que respondem às perguntas que foram feitas pela pesquisadora. Depois, utilizamos como base os mecanismos de conversação, a saber: os pressupostos, a memória coletiva do grupo; e os implícitos, as circunstâncias; os indicadores são de pessoa, tempo e espaço, observando que a relação do entrevistado com o mundo não é neutra.

Finalmente, passamos para a análise da ação, os atos de fala: locutórios ou locucionários, as estruturas lógicas universais; ilocutórios ou ilocucionários, articulados ao contexto, “a menor unidade completa possível da comunicação linguística humana” (SEARLE, 2000, l. 72); e perlocutórios ou perlocucionários, referente à representação social ou à resposta do interlocutor que não depende da língua nem da fala e pode ser não intencional.

Searle (2000, l. 78) informa que existem cinco tipos de finalidade ilocucionárias, a saber: assertiva ou veriditiva, que são “afirmações, descrições, classificações e explicações”, com o objetivo de “comprometer o ouvinte com a verdade da proposição”; diretiva ou exercitiva, “tentar fazer com que o ouvinte se comporte de tal maneira” conforme desejado pelo interlocutor, tais como “ordens, comandos e pedidos”; compromissiva ou comissiva, “promessas, votos, juramentos, contratos e garantias”, ameaças também, apesar de ser um

SUMÁRIO

exemplo negativo; expressiva ou comportamental, “desculpas, agradecimentos, felicitações, boas-vindas e condolências”; e declarações ou expositivas, cuja finalidade “é provocar uma mudança no mundo”; ou seja, os atos ilocucionários estão repletos de intencionalidade do falante sobre o ouvinte. Austin (1990, p. 101) adverte que o ato perlocucionário pode ser ilocucionário, denunciando a subjetividade presente nessa metodologia de análise.

5.2 O discurso do sujeito coletivo

A metodologia de análise do discurso do sujeito coletivo (DSC) é uma vertente da análise do discurso, cuja “hipótese geral considera que um discurso é determinado pelas suas condições de produção e por um sistema linguístico” (FONSECA JÚNIOR, 2005, p. 303), estando contida na análise do conteúdo. MANHÃES (2005, p. 305) define que “discurso significa ‘em curso’, em movimento”, pois a linguagem está constantemente em atividade.

A análise do discurso tem duas vertentes: a francesa, caracterizada pelo assujeitamento do emissor, que “resulta na identificação dos discursos já instituídos”; e a inglesa, que “resulta na identificação da pessoa que conduz a narrativa dos acontecimentos”, ou seja, apresenta o sujeito com papel ativo (MANHÃES, 2005, p. 306), utilizado na construção do DSC.

A metodologia discurso do sujeito coletivo (DSC) utiliza ambas as técnicas qualitativa e quantitativa para analisar os discursos colhidos em uma dada realidade. No DSC “fica preservada a natureza essencialmente discursiva e qualitativa da opinião ou representação e, inseparável dela, a dimensão quantitativa, associada à representatividade e generalização dos resultados” (LEFEVRE; LEFEVRE, 2012, p. 16). O DSC aponta que primeiro é necessário descrever para depois

interpretar o pensamento dos entrevistados, sendo ambos indissociáveis, e para os autores o DSC é

um conjunto harmônico de processos e procedimentos destinados, a partir de depoimentos colhidos em pesquisas sociais de opinião, a conformar, descritivamente, a opinião de uma dada coletividade como produto qualiquantitativo, isto é, como um painel de depoimentos discursivos, ou seja, qualidades provenientes de quantitativos de indivíduos socialmente situados. (LEFEVRE; LEFEVRE, 2005, p. 7).

Determina-se uma amostra representativa, entrevistada individualmente e após as transcrições, escolhem-se trechos do material para compor as expressões-chave; as ideias centrais contidas nos depoimentos; as ancoragens que descrevem o universo de ideologia, valores e crenças do entrevistado; e finalmente o discurso do sujeito coletivo propriamente dito, em que se reúnem as expressões-chave, ideias centrais e as ancoragens (LEFEVRE; LEFEVRE, 2005, p. 22), culminando em “discursos-síntese que reúnem respostas de diferentes indivíduos, com conteúdos discursivos de sentido semelhante” (idem, p. 25). Outra explicação sintetiza “no caso das respostas às questões abertas, substituindo a discursividade do pensamento pela categoria que nomeia o sentido comum dos depoimentos e torna iguais os depoimentos enquadrados sob ela” (idem, p. 14). Dessa maneira, temos que o DSC busca sintetizar as respostas em categorias equalizáveis e ajustadas ao modo de pensar da coletividade pesquisada. Pelicioni, Pelicioni e Toledo (2013, p. 209) explicam que na ancoragem “atribui-se um significado a determinado objeto, a uma dada situação, trata-se, portanto, de interpretar, categorizar, nomear”, em um processo cuja subjetivação é compreendida como estruturante da análise. É importante lembrar que

em termos metodológicos, o pensamento coletivo está mais validamente presente no indivíduo que no grupo, uma vez que o pensamento coletivo é a presença, internalizada no pensar de cada um dos membros da coletividade, de esquemas sociocognitivos ou de pensamento socialmente compartilhado.

Para obter o pensamento coletivo, é preciso, então, convocar os indivíduos, um a um, o universo ou uma amostra representativa de

SUMÁRIO



uma coletividade, para que cada indivíduo possa expor seu pensamento social internalizado, livre da pressão psicossocial do grupo, e para que o conjunto dessas individualidades opinantes possa representar, sociológica e estatisticamente, uma coletividade. (LEFEVRE; LEFEVRE, 2005, p. 20).

Para os autores, o que diferencia o sujeito coletivo de uma pesquisa de opinião é que na metodologia DSC o entrevistado deve “discursar, desdobrar uma opinião com seus respectivos conteúdos e argumentos” (idem, p. 20), e não apenas escolher uma alternativa dentre outras, pois nas pesquisas com o DSC “o pensamento é coletado por entrevistas individuais com questões abertas, o que faz com que o pensamento, como comportamento discursivo e fato social individualmente internalizado, possa se expressar” (idem, p. 21). Essa qualidade discursiva é o que nos motiva para a aplicação dessa metodologia, pois

os membros de uma formação social determinada costumam falar (aproximadamente) a mesma língua [...], mas não compartilham necessariamente as mesmas ideias, possuindo, contudo, em comum um determinado nível de compartilhamento que permite que ideias, mesmo divergentes, possam ser trocadas. (LEFEVRE; LEFEVRE, 2012, p. 21).

Observamos que o DSC é uma metodologia qualiquantitativa, para a qual “o qualitativo e o quantitativo não são coisas distintas, mas partes, dimensões, aspectos da mesma coisa” (LEFEVRE; LEFEVRE, 2012, p. 25), por esse motivo, ele pode apresentar uma melhor compreensão do fenômeno estudado, inclusive quanto à sua interdisciplinaridade, ao valorizar “o múltiplo, o complexo, o diferente” (idem, p. 28) na sociedade. Para Richardson (1999, p. 88), “embora existam diferenças ideológicas [...] podem-se identificar instâncias de integração entre ambos os métodos”, qualitativos e quantitativos.

Após as transcrições das entrevistas, são criadas as operações para a composição do DSC: E-Ch (expressões-chave), com “trechos selecionados do material verbal de cada depoimento, que melhor descrevem seu conteúdo”; ICs (ideias centrais), que “são fórmulas

SUMÁRIO

sintéticas que descrevem o(s) sentido(s) presente(s) nos depoimentos de cada resposta e também nos conjuntos de respostas de diferentes indivíduos, que apresentam sentido semelhante ou complementar” e é uma elaboração do pesquisador; ACs (ancoragens), as “fórmulas sintéticas que descrevem [...] as ideologias, os valores, as crenças, presentes no material verbal das respostas individuais ou das agrupadas, sob a forma de afirmações genéricas destinadas a enquadrar situações particulares”, observando que consideram-se “ACs apenas quando há, no material verbal, marcas discursivas explícitas dessas afirmações genéricas”; e finalmente os DSCs, que “são a reunião das E-Ch presentes nos depoimentos que têm ICs e/ ou ACs de sentido semelhante ou complementar” (LEFEVRE; LEFEVRE, 2005, p. 22). Escolhem-se as

E-Ch de sentido semelhante [que] formam depoimentos coletivos, que são redigidos na primeira pessoa do singular, com a finalidade precípua de marcar, expressivamente, a presença do pensamento coletivo na pessoa de um Sujeito Coletivo de Discurso. (LEFEVRE; LEFEVRE, 2005, p. 22-3).

Para Lefevre e Lefevre, o marco distintivo do DSC é a reprodução desse discurso na primeira pessoa do singular:

a técnica do DSC permite, em parte, quebrar a formalidade na apresentação dos resultados das pesquisas de opinião uma vez que, nas pesquisas que as usam, os depoimentos são processados sob a forma de discursos coletivos, fazendo com que o pensamento coletivo apareça, no momento descritivo da pesquisa, como fala direta, isto é, como discurso direto, sem a intermediação do comentário teórico metalinguístico, preservando-se assim, na escala coletiva, a natureza discursiva do pensamento, bem como sua autonomia como fato empírico. (LEFEVRE; LEFEVRE, 2005, p. 40).

A criação desse discurso depende da “comunicação como sustentáculo das formações sociais [que] pressupõe, portanto, dois tipos de códigos compartilhados: um código linguístico e, a partir dele, um código ideológico que é o sistema compartilhado de crenças aludido” (LEFEVRE; LEFEVRE, 2012, p. 21). Para tanto, devem ser

SUMÁRIO

observadas as estruturas analíticas. A vantagem do uso da metodologia DSC é que

a opinião coletiva processada de forma discursiva [...] é semanticamente mais rica [...] com conteúdos mais significativos [...] fazendo emergir os variados detalhamentos individuais de uma mesma opinião coletiva diante do tema pesquisado [...] é possível descrever, em escala coletiva, os argumentos ou as justificativas associadas à opinião [...] tornando os resultados finais mais densos, uma vez que, em geral, a pesquisa realizada com o DSC revela as mais diversificadas opiniões em relação ao tema do que se supõe antes da pesquisa. (LEFEVRE; LEFEVRE, 2005, p. 31).

Quando uma pessoa emite sua opinião, independentemente de seu embasamento teórico ou prático, “esse indivíduo já é, do ponto de vista sociológico, o que podemos chamar de ‘eu social ou coletivo inconsciente’” (LEFEVRE; LEFEVRE, 2005, p. 35). Nesse sentido, o DSC tenta resgatar o “eu social ou coletivo”, tornando-se “um recurso criado para fazer emergir o inconsciente social que fala no indivíduo” (idem, p. 35). A mudança do eu individual para o eu coletivo remete à internalização inconsciente, pelo indivíduo, dos sentidos presentes na coletividade e que não pode ser confundido com senso comum, mas

é preciso, igualmente, como se trata de opiniões de indivíduos que vivem em coletividades, sociedades ou grupos, recuperar devidamente, na dimensão coletiva, os atributos propriamente sociológicos, antropológicos, psicossociais das opiniões, o que requer, obrigatoriamente, que o pesquisador obedeça a um rigoroso planejamento com vistas a recuperar os principais atributos constitutivos da sociedade pesquisa. Para que isso seja possível é necessário que o pesquisador faça uma escolha sistemática de base quantitativa, dos indivíduos a serem pesquisados. (LEFEVRE; LEFEVRE, 2012, p. 15).

A teoria das representações sociais fundamenta a DSC. Segundo esta teoria, as representações sociais são “entidades sociais internalizadas, incorporadas pelos indivíduos e vividas por eles, nas interações correntes, como coisas suas.” (LEFEVRE; LEFEVRE, 2012, p. 23), e para Jodelet (2001, p. 22), “as representações sociais são fenômenos complexos sempre ativados e em ação na vida social”, estão constantemente presentes no cotidiano coletivo.

SUMÁRIO



As representações sociais são “uma forma de conhecimento socialmente elaborado e compartilhado, com um objetivo prático, e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social” (JODELET, 2001, p. 21) e “sistemas de interpretação que regem nossa relação com o mundo e com os outros” (idem, p. 22), ao que corrobora Moscovici (2013, p. 205) ao afirmar que “nós mesmos vemos as representações sociais se construindo por assim dizer diante de nossos olhos, na mídia, nos lugares públicos, através desse processo de comunicação que nunca acontece sem alguma transformação” sendo fenômenos cognitivos cujas interpretações dependem da sociedade. Para Bourdieu (1992), as representações sociais são construídas nos campos por onde o sujeito se relaciona.

Unindo a teoria da representação social com a metodologia DSC, podemos sintetizar a técnica da seguinte maneira:

a pesquisa típica que usa o DSC é uma pesquisa de opinião sobre um dado tema, dividida em três, quatro ou cinco questões abertas a serem respondidas por uma dada amostra de população; cada uma destas questões gera um número variado de diferentes posicionamentos, ou seja, de distintos DSCs. (LEFEVRE; LEFEVRE, 2005, p. 23).

Isto posto e para finalizar a construção teórica do DSC, é mister explicar que:

o DSC consiste, então, numa forma não-matemática nem metalinguística de representar (e de produzir), de modo rigoroso, o pensamento de uma coletividade, o que se faz mediante uma série de operações sobre os depoimentos, que culmina em discursos-síntese que reúnem respostas de diferentes indivíduos, com conteúdo discursivos de sentido semelhante. (LEFEVRE; LEFEVRE, 2005, p. 25).

A análise do discurso na vertente inglesa, que possibilita o pensamento de mudança da realidade, utilizada para examinar a criação do discurso do sujeito coletivo, que dá voz aos cidadãos, permite que eles elaborem sobre suas realidades e construam suas próprias representações sociais; serão esses os instrumentos metodológicos utilizados para interpretar as entrevistas.

SUMÁRIO



5.3 A pesquisa empírica: a análise do discurso do sujeito coletivo aplicada na Pastoral da Saúde

Optamos por pesquisar a Pastoral da Saúde, seguindo a metodologia de análise do discurso do sujeito coletivo, pois esta enfatiza o papel do sujeito como agente transformador, além de sua aderência com as teorias do capital social e do reconhecimento. Para M. Almeida (2010, p. 102), “quando o pesquisador se envolve com alguma história de vida, é comum a tendência em hiperdimensionar o personagem estudado”, algo que essa metodologia tende a evitar, ao utilizar diversas falas para compor um discurso unificado.

Essa escolha foi motivada por ser “uma proposta de mudança do modelo hospitalocêntrico (ainda hegemônico)” (MINAYO, 2014, p. 106), cujas diretrizes se apoiam em maior responsabilidade da sociedade e do Estado, o que abarca a comunicação pública. Além disso, as entrevistas das voluntárias possibilitam “aprofundamento ou esclarecimento das respostas dadas” (FARIA, 2011, p. 310), permitindo que o resultado se aproxime do discurso do sujeito coletivo.

Para Putnam (2000, p. 13), o envolvimento cívico tende a aumentar na faixa etária da meia idade, o que compõe o nosso público pesquisado, conforme veremos no próximo capítulo, juntamente com os resultados e análises das entrevistas realizadas.

SUMÁRIO



The background features a grid of icons. The leftmost column contains blue icons on a dark blue background, while the rest of the grid consists of orange icons on an orange background. The icons represent various concepts: groups of people, circular arrows indicating a cycle, and a globe with arrows pointing towards it.

6

RESULTADOS E ANÁLISES

Foram realizadas 10 entrevistas entre as voluntárias⁸ da Pastoral da Saúde. Essas entrevistas foram autorizadas, gravadas, transcritas, analisadas e recriadas segundo o método do discurso do sujeito coletivo. Prosseguimos com a estrutura das entrevistas e as análises.

O pré-teste foi realizado com duas agentes e, dado os resultados positivos obtidos, foram incluídos na amostra final. As entrevistas foram realizadas no município de Americana, no mês de maio de 2017, gravadas mediante autorização das entrevistadas, transcritas e analisadas segundo o método apresentado no capítulo anterior.

O roteiro de perguntas foi elaborado visando uma relação dialógica com as entrevistadas, para enfatizar os atos de fala que foram posteriormente decupados e analisados. O teor das questões buscou respaldo nos livros de Baldessin (2007) e Bautista (2007), sobre as atividades da PS, bem como objetivavam também atingir os objetivos propostos por esta pesquisa inicialmente.

Após a transcrição e decupagem em expressões-chave, ideias centrais e ancoragens, foi criado o discurso do sujeito coletivo para cada pergunta e finalmente foram feitas as análises dos questionamentos.

6.1 Roteiro das entrevistas e perfil das entrevistadas

Foi uma entrevista aberta, com o objetivo de conhecer o discurso das voluntárias, optamos pelo roteiro de perguntas, que se entrelaçavam naturalmente em um diálogo. A entrevista se iniciava com uma apresentação da entrevistadora e dos objetivos da pesquisa e o roteiro base era composto pelas seguintes perguntas:

8. N.A.: Das 10 entrevistas realizadas, 8 foram com voluntárias mulheres, motivo pelo qual, doravante, utilizaremos o gênero feminino para nos referirmos às entrevistadas.

- Nome, idade, ocupação e organização familiar
- Como iniciou o trabalho na PS
- Qual a população atendida pela PS e como sabe da existência da PS
- O que é feito pela voluntária da PS durante o atendimento ao enfermo
- Quais as atividades rotineiras na PS
- Como é o treinamento para ser voluntário na PS
- Como é o relacionamento da PS com órgãos governamentais
- Quais os benefícios pessoais obtidos pela participação voluntária na PS
- Percepção das agentes dos resultados para o enfermo
- Descrição de algum caso marcante
- A propósito de visitar enfermos que não são católicos
- Outras informações relevantes

A caracterização do sujeito coletivo é: mulher de meia idade, casada, com filhos, aposentada, empática, solidária, com tempo disponível e com ensino médio completo. Na sequência, individualizamos as entrevistadas:

- Mulher, 50 anos, empreendedora, casada, dois filhos.
- Mulher, 61 anos, do lar, aposentada, viúva, dois filhos.
- Mulher, 61 anos, lojista, aposentada, casada, dois filhos.
- Mulher, 49 anos, fisioterapeuta, solteira, sem filhos.

SUMÁRIO

- Homem, 72 anos, motorista, aposentado, casado, três filhos.
- Mulher, 61 anos, do lar, casada, dois filhos.
- Mulher, 71 anos, fonoaudióloga, aposentada, viúva, um filho.
- Mulher, 55 anos, pedagoga, aposentada, solteira, sem filhos.
- Mulher, 52 anos, professora, aposentada, casada, dois filhos.
- Homem, 56 anos, metalúrgico, aposentado, casado, um filho.

Algumas respostas foram muito sintéticas e algumas perguntas não foram respondidas, o que não invalida o questionário, pois a ausência de resposta é uma resposta em si, ao analisarmos o discurso segundo Orlandi (2009) e, além disso, muitas vezes as respostas estavam contempladas pelo que as outras voluntárias declararam.

6.2 DSC e análises dos discursos na vertente inglesa

Como resultados da decupagem analítica das entrevistas, apresentamos os seguintes discursos do sujeito coletivo, relativos a cada uma das questões apresentadas, seguidos das respectivas apreciações segundo a análise do discurso inglesa.

Pergunta 1: Como iniciou o trabalho na PS?

Comecei a trabalhar voluntariamente na Pastoral da Saúde há muitos anos, e já trabalhei em outras (Pastoral da Pessoa Idosa, Pastoral Hospitalar, Pastoral do Incentivo, Pastoral da Criança). Eu conheci a Pastoral da Saúde porque sempre frequentei a igreja católica e me envolvi mais depois que me aposentei. No início, oferecíamos chás naturais, feitos de ervas, aos enfermos, mas com o passar dos anos, essa prática acabou. Esse trabalho é muito bonito e tenho

SUMÁRIO

saudades do começo, quando era mais simples. Ainda hoje é um trabalho de formiguinha que a gente faz, temos poucos agentes, a maioria é mais velho de idade, gente que tem tempo disponível, que usa seu tempo de descanso pra ajudar outra pessoa. Tenho grande envolvimento, pois me identifico com a causa. Tem que ter afinidade, tem que gostar do outro, ter empatia.

Análise da pergunta 1

O sujeito coletivo dessa resposta inicia se referindo ao tempo em que trabalha na PS, apresentando na fala um tom memorialista muito grande, inclusive com a sensação de que o passado era melhor, por ser menos complicado. A mudança na forma do trabalho, que era mais natural provoca reminiscências. Também há valorização do idoso na fala, por ser este grupo constituído por grande número de pessoas aposentadas. Os atos ilocutórios estão bem marcados, especialmente os assertivos nas declarações sobre o esforço realizado por cada membro do grupo e os expositivos, na identificação dos sentimentos humanitários que esses membros possuem e que fazem a diferença em seu trabalho na PS. O capital social é evidenciado nesta resposta na disponibilidade de tempo para o outro e empatia, necessárias para o trabalho voluntário na PS.

Pergunta 2: Qual a população atendida pela PS e como sabe da existência da PS?

São atendidos os idosos e acamados, vítimas de acidentes ou doenças degenerativas, que não conseguem mais sair de casa, estão com dificuldade de andar, alguns com depressão. A maioria dos enfermos atendidos são pessoas da comunidade, que frequentavam a igreja, mas também atendemos pessoas de outras religiões. Falta segurança, iluminação nas ruas, acessibilidade e pessoas para se deslocarem adequadamente com os enfermos. As pessoas avisam umas as outras sobre as doenças, os acontecimentos dos amigos e vizinhos. Também trabalhamos com prevenção, dando palestras, ensi-

SUMÁRIO



nando pra família, orientando a procurar o médico, o posto de saúde.

Análise da pergunta 2

O DSC inicia com o teor implícito, das circunstâncias da realização das atividades da PS e o tempo utilizado é o presente, pois é uma atividade em andamento no momento da pesquisa. O ato ilocucionário principal é o assertivo, pois são dadas explicações sobre o público atendido pela PS, com afirmações categóricas sobre essas pessoas e as condições sociais delas e dos bairros em que moram. Ao final da frase, quando são oferecidos conselhos, podemos encontrar um ato ilocucionário expositivo, pois tem o objetivo de provocar mudança no comportamento as pessoas envolvidas. A comunicação, componente do capital social, se mostra necessária às atividades da PS, ao explicar como as pessoas ficam sabendo destas realizações, de modo não planejado pela instituição.

Pergunta 3: O que é feito pela voluntária da PS durante o atendimento ao enfermo?

A gente chega nas casas e um familiar ou o cuidador nos recebe. Às vezes o enfermo está sozinho. Na maioria das vezes a visita é mensal, dura cerca de 30 minutos, sempre são as mesmas pessoas que vão e costuma ser no mesmo dia da semana. A gente lê o evangelho, conversa oferece a eucaristia. O toque físico só acontece se há muita intimidade e consentimento do enfermo. As agentes da Pastoral da Saúde não podem receitar medicamentos, nem exercícios, nada. O que pode ser feito é orientar uma visita ao médico, caso seja verificado algo inadequado no tratamento do enfermo, nunca acusando ou cobrando o cuidador, usando o jogo de cintura para resolver as situações delicadas. As agentes ministram a eucaristia e o padre vem se o enfermo assim deseja. Também ouvimos o cuidador, que precisa desabafar. A gente ajuda a levar nas consultas médicas, muitas vezes o enfermo não tem quem leve, pois não tem carro, são pessoas humildes.

SUMÁRIO



Também passamos a noite na internação no hospital, quando necessário. Até banho nós damos no enfermo, de acordo com a necessidade e, ocasionalmente, fazemos pequenos curativos. A Pastoral da Saúde também oferece assistência material, como cadeiras de roda, bengalas, muletas, cadeiras de banho, fraldas. Esse material fica na igreja, então, às vezes, o enfermo pede alguma coisa no sábado e domingo e não tem como entregar, pois a igreja está fechada. O material só é fornecido mediante solicitação médica. A Pastoral da Saúde não é só assistencialismo. Já tivemos que acionar o Conselho Tutelar por maus tratos ao enfermo, recebemos denúncias de vizinhos.

Análise da pergunta 3

O atendimento das agentes da PS aos enfermos é marcado também pelo tempo presente, nota-se o grande envolvimento das entrevistadas ao relatar as atividades e os acontecimentos que podem as levar a tomar atitudes de denúncia quando constatados maus tratos. Ainda assim, alguns relatos referem-se a acontecimentos passados, tanto bons como ruins. Os atos ilocucionários principais são o assertivo, pois são relatos descritivos comprometidos com a verdade; e o diretivo, explicando como deve ser o comportamento do diálogo e atendimento com os enfermos e cuidadores. Aqui, a necessidade de reconhecimento foi abordada, tanto do enfermo quanto do cuidador.

Pergunta 4: Quais as atividades rotineiras na PS?

Basicamente é visitar os enfermos, com regularidade mensal, quinzenal ou semanal, e levar a eucaristia. A gente também anota o que os enfermos precisam, tudo é controlado. Conversamos com os enfermos nessas visitas, batemos papo, damos atenção. Têm pessoas que são sozinhas e querem falar, nós ouvimos. Não podemos mais fazer o trabalho com ervas medicinais, nem sugerir remédios, mas orientamos como consegui-los no posto de saúde ou na Secretaria Municipal de Saúde. Nós temos um carnêzinho para arrecadar contribuições financeiras para comprar os materiais que

SUMÁRIO



distribuímos. Até o carro da Pastoral da Saúde foi comprado com esse dinheiro, de doações voluntárias. São valores pequenos, um, dois, cinco reais, que fazem a diferença para quem está precisando, é com esse dinheiro que compramos os materiais. E prestamos conta de tudo. A gente anota todo o material que é doado, emprestado. Esse material é muito caro, cama hospitalar, colchão hospitalar, muitas pessoas não têm condições financeiras. O dinheiro da comunidade que entra, volta para a comunidade.

Análise da pergunta 4

Novamente observamos o tempo presente na fala. Destaca-se nessa resposta a preocupação com a idoneidade das agentes, tornando o ato ilocucionário compromissivo, dado que são garantias de seriedade que foram dadas no ato da fala. A informação sobre os altos valores de alguns bens denota também essa preocupação, para que a comunidade não desconfie da honestidade das voluntárias. O relacionamento com a sociedade também foi explicitado, ao apresentar a fonte de renda para a compra de equipamentos. Assim como a necessidade de reconhecimento e a preocupação com o capital financeiro e seu uso correto. A existência de redes, fundamental para a existência do capital social, também pôde ser visualizada nesta resposta.

Pergunta 5: Como é o treinamento para ser voluntário na PS?

Bem no começo da Pastoral da Saúde, foram oferecidos cursos aos agentes, de como desinfetar pequenos ferimentos, como se proteger de infecções. O treinamento é um curso e livros que a gente estuda, e a gente estuda para fazer o melhor. A gente segue a orientação da diocese e hoje o treinamento é melhor do que quando começamos, e eram três meses de aula. É importante ter uma formação para adentrar o lar das pessoas, a privacidade delas. Há o desejo de melhorar esse treinamento. Também acontece o aprendizado informal, durante as visitas e com as agentes que trabalham há mais tempo.

SUMÁRIO



Análise da pergunta 5

O tempo passado dominou essa resposta do sujeito coletivo, trazendo a memória dos cursos ocorridos, denotando um ato ilocucionário expositivo, com um desejo para que aconteçam mais treinamentos no futuro, pois elas consideram esses treinamentos de grande valia para sua atuação. O capital social se mostra presente nesta resposta pelas redes de relações pessoais institucionalizadas.

Pergunta 6: Como é o relacionamento da PS com órgãos governamentais?

Há pouco relacionamento, mas é uma relação amistosa que vem melhorando, porém sem vínculos de dependência. Os órgãos governamentais no momento ajudam bastante, disponibilizando medicamentos, ensinando o cuidador a fazer curativos. A Secretaria Municipal de Saúde, através do Programa Saúde da Família também faz visitas aos enfermos, se a família procurar, eles orientam e coletam material para exame, evitam o desconforto de levar um paciente acamado para o posto de saúde. Temos ainda o Conselho Municipal de Saúde, cujo papel é de fiscalizar o trabalho da Secretaria Municipal de Saúde.

Análise da pergunta 6

A relação dessa organização com um órgão governamental poderia trazer benefícios para ambos os lados, mas a análise mostra que esse é um relacionamento que ainda precisa ser fomentado. O tempo verbal indica um acontecimento no presente, mas que ainda está permeado do passado, em que o diálogo era mais restrito. O ato ilocucionário expressivo está marcado quando o sujeito coletivo diz que os órgãos governamentais estão melhorando sua atuação junto à população. É interessante observar o ato diretivo, ao afirmar que existe um conselho para fiscalizar os órgãos públicos, demonstrando o empoderamento do cidadão frente ao poder público. Os temas empoderamento e valorização do cidadão frente ao poder público nas ques-

SUMÁRIO



tões de interesse público representam nesta resposta a formação do capital social e do reconhecimento.

Pergunta 7: Quais os benefícios pessoais obtidos pela participação voluntária na PS?

A gente faz uma coisa muito boa, isso faz muito bem pra gente, mas não dá pra explicar direito. Faz bem pra nossa autoestima, é um trabalho que me completa, pra mim é uma satisfação. As pessoas me acolhem. A voluntária sai um ser humano melhor das visitas, os enfermos nos ensinam, eu aprendo muito com eles. Eu me sinto realizada, como se eles estivessem me ajudando. É muito gratificante! Nós nos colocamos no lugar do outro, vemos a importância do trabalho comunitário, de nos ajudarmos mutuamente. Hoje ele está precisando, amanhã pode ser eu. Ao ver que o enfermo está melhorando, as famílias e cuidadores prestam mais atenção ao enfermo, dão mais cuidado, mais carinho. Minhas relações pessoais e profissionais melhoraram muito. As pessoas reconhecem a gente na rua, elogiam nossa atuação, agradecem. Eu não conhecia as pessoas do meu bairro nem meus vizinhos, estava sempre cansada. Com o trabalho na Pastoral da Saúde, cumprimento as pessoas na rua, faço amizades. Minha família também está se envolvendo. Esse trabalho me ajudou a perder preconceitos, orgulhos e medos; me deu humildade de ver que a gente não é nada e somos todos iguais, hoje sou menos egoísta. No começo, eu chegava em casa e chorava muito depois das visitas, hoje é mais tranquilo, hoje percebo que faço um grande bem para o enfermo.

Análise da pergunta 7

Refletir sobre a própria atuação fez a voluntária se transformar em seu próprio sujeito de análise, dessa maneira surgiu nas declarações os atos de fala perlocucionais, sobre a representação social do trabalho realizado e das pessoas que o fazem. Foram declarações

SUMÁRIO



bastante emotivas, com atos de fala ilocucionais variando entre o expressivo, ao demonstrar sentimentos e o expositivo, com o objetivo de provocar mudanças positivas no mundo. O reconhecimento pelo outro ficou bem marcado nessa fala, mostrando que a voluntária tem orgulho de fazer parte dessa organização, dos resultados que proporciona e de ser reconhecida pela sua atuação. Esta resposta explicitou que os agentes possuem capital social, reificou a teoria do reconhecimento e demonstrou como os enfermos e as agentes se apropriam dos princípios da PS e se transformam através destes.

Pergunta 8: Percepção das agentes dos resultados para o enfermo

Esse trabalho traz dignidade para o enfermo, eles sabem que são queridos pelas agentes da Pastoral da Saúde. Percebem que tem alguém preocupado com eles. São pessoas que trabalharam muito, durante toda a vida, eram muito ativas e agora estão paradas, sentem que foram esquecidos, estão isolados, não tem quem converse com eles, as pessoas não têm paciência para os idosos. Às vezes, nossa atuação permite que a família consiga se manter estruturada, pois é difícil manter um enfermo em casa, deixar ele sozinho o dia inteiro, porque as pessoas têm que trabalhar fora, cada um tem seus problemas e seus trabalhos. Ao mesmo tempo, não podemos bater de frente com as famílias, se vemos algo errado, temos que agir com cautela, para não sermos proibidas de continuar nosso trabalho com o enfermo.

A família e o cuidador muitas vezes são esquecidos, mas eles também adoecem. É uma situação estressante, que afeta todos na casa, e ficam muito fragilizados. Nosso papel também é verificar se o enfermo está sendo bem cuidado, se precisa de alguma coisa. Muitas vezes, ele só precisa de alguém para conversar, para desabafar, de um ombro amigo. É muito bom ouvir “estava esperando sua visita”, mostra que o enfermo está animado. Quando a gente chega, o enfermo sorri, fica feliz, gosta da visita. Elas se sentem muito contentes com nossa visita.

SUMÁRIO



Análise da pergunta 8

A emoção novamente foi destaque nessa resposta, e o tempo verbal no presente referindo-se a situações do passado denota a continuidade no espaço temporal, dando a entender que as agentes continuarão a exercer seus papéis sociais. Encontramos principalmente o ato ilocucionário assertivo, pois verificamos que o reconhecimento assegura o bem-estar da voluntária frente às dificuldades que elas observam junto a esses enfermos; além da ausência de reconhecimento dos idosos e dos acamados. O reconhecimento do trabalho voluntário realizado pelas agentes aparece em mais uma fala, trazendo também o trabalho conjunto com objetivos comuns, uma das bases do capital social.

Pergunta 9: Descrição de algum caso marcante

O que mais marca é o que mais dói. O sentimento de ter sido útil e agora ser esquecido, de achar que é um peso para a família. Também marca o desespero, o pensamento sobre suicídio, o abandono da família. Cuidar de um amigo ou de uma criança que estava morrendo também foram experiências marcantes. Quando um paciente está triste, deprimido, e ri pra gente, é uma benção. Quando um paciente jovem, com doença degenerativa, mostra vontade de viver, a gente vê a força da pessoa. A gente começa a perceber como somos afortunados por termos saúde.

Análise da pergunta 9

Essa resposta levou o tempo para o passado, para experiências de dor e sofrimento, o que abalou emocionalmente as entrevistadas. O sentimento de condolência, típico do ato ilocutório expressivo foi o mais atuante. As respostas foram muito diversas, mas a tristeza pela incapacidade, a não aceitação da morte, os pensamentos depressivos foram marcantes, ainda que não inesperados. Essa pergunta trouxe muitos casos diferentes sobre dramas humanos, com dificuldade para a construção do discurso do sujeito coletivo.

SUMÁRIO



Pergunta 10: A propósito de visitar enfermos que não são católicos

A gente é parte da igreja católica, mas não é a igreja que está lá, nas visitas. Atuamos de maneira ecumênica, não tem religião. Nosso propósito é ajudar as pessoas, independente da religião, desde que dê a oportunidade pra gente entrar e conversar. A gente pode fazer a visita e ler trechos da bíblia, se o enfermo é de religião cristã, mas não leva a eucaristia. Para as demais religiões, ou para quem não tem religião, conversamos, levamos recursos materiais quando necessário, mas isso não interfere no nosso trabalho. Nossa visita não é só levar a eucaristia, é o ouvir, dar um pouco de dignidade. Podemos conversar, orientar, sempre respeitando a religião do enfermo. Tentar ajudar com recursos materiais como fraldas e cadeiras de rodas, orientar sobre como pegar medicamento na Secretaria Municipal de Saúde ou como conseguir um curativo.

Análise da pergunta 10

Por se tratar de uma organização de origem católica, observamos que as agentes seguiam a visita padrão, atendendo aos enfermos sem preconceitos religiosos. Isso é interessante por demonstrar compaixão e respeito, este último componente fundamental para a criação e manutenção do capital social. Quanto ao ato ilocucionário, foi assertivo, com o objetivo de transmitir informações corretas e fazer o trabalho da PS da melhor maneira possível, respeitando a religião do outro, ou ausência da mesma. Aqui, as agentes mostraram que o capital social pode existir nas redes sociais institucionalizadas, mesmo que exista diferenciações ideológicas dos participantes, mas que buscam, em alguma situação, um objetivo comum.

6.3 À guisa de conclusão da pesquisa empírica

Para a filosofia aristotélica, o *ethos* é o apelo ético, baseado na reputação e credibilidade do sujeito, que transmite confiança em seu

SUMÁRIO



discurso; o *pathos* representa o argumento emocional, sentimentos e emoções, buscando a identificação com o interlocutor; e o *logos* é o argumento lógico, dependente de coerência e evidências. O perfil das entrevistadas foi o de mulher de meia idade, com renda financeira que permite ter tempo disponível para o trabalho voluntário, com empatia para tratar do outro, bem articuladas no falar e gentis no trato pessoal, cuja reputação é importante para a realização do trabalho na PS e corresponde ao *ethos*. Quanto ao *pathos*, todas se mostraram muito emocionadas ao falar das atividades que realizam na PS e esse carinho transparecia nas entrevistas. No que se refere ao *logos* identificado nas análises, existe coerência entre o discurso do sujeito coletivo, as atitudes demonstradas, as diretrizes da PS e as teorias aqui estudadas.

As análises das entrevistas demonstraram que os atos de fala ilocucionários tinham como finalidades principais serem assertivos, ao comprometer o interlocutor com a veracidade das informações; expressivos, por seu tom emocional em relação aos acontecimentos vivenciados; e expositivos, pois fica patente o desejo de provocar alguma mudança positiva na comunidade, mesmo que em pequena escala.

Ficou evidente que o sentimento de reconhecimento é muito importante para essas voluntárias e que o trabalho delas é facilitado por este e pelo capital social que o grupo possui. Além de ter o apoio de uma instituição reconhecida, a idoneidade, o caráter e a empatia dessas voluntárias colaboram para que o trabalho desenvolvido seja respeitado e sustentado pela sociedade, caracterizando a existência do capital social na PS.

A escolha da análise do discurso do sujeito coletivo se mostrou efetivo para os objetivos desta pesquisa, pois embora não seja correntemente utilizado nas Ciências da Comunicação, tem potencial para inserção nesse campo.

SUMÁRIO



As mulheres entrevistadas também se provaram uma excelente escolha, pois tinham muita experiência na atividade voluntária da PS, ao mesmo tempo em que se sentiram reconhecidas ao serem entrevistadas para uma pesquisa acadêmica.

Em nosso entendimento, a comunicação pública deve abranger de forma integral e contínua a vida social da nova esfera pública. Para que a comunicação pública aconteça de forma eficiente, agregando os cidadãos na busca do bem comum e cultivando o capital social em suas comunidades, existem melhorias a serem feitas pelas organizações, tanto sociais como governamentais.

SUMÁRIO





CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estudar o capital social é uma grata tarefa: podemos analisar o que há de melhor nas pessoas, o sentimento de pertencimento e reconhecimento em uma comunidade, o carinho e respeito no relacionamento com o outro. Nestes tempos em que vivemos, compaixão e esperança são necessárias.

Comunicação é relacionamento, e para que ela ocorra é necessário um código verbal e atitudinal comum entre os interlocutores. Trabalhamos com o conceito de Costa (2006), a comunicação pública objetiva informar a população; e é espaço de interação para a sociedade organizada, conforme Matos (2009). Entendemos que comunicação pública e seus múltiplos significados e funções pode ser realizada por todos os membros da sociedade, independentemente de sua função institucional. O interesse público é parte inerente da comunicação pública e é preciso refletir sobre quais são essas preocupações plurais.

Descrevemos algumas campanhas de saúde pública a título de exemplificação, para conhecermos algumas iniciativas comunicacionais realizadas no âmbito da comunicação pública governamental; campanhas midiaticizadas pela imprensa tradicional que respondiam a epidemias em andamento e de caráter mais informacional e pouco dialógico.

Ao longo do percurso da escrita da tese verificamos a necessidade de maior reconhecimento da área das Ciências da Comunicação na interface com a área da Saúde. Nesses quatro anos, foram muitas participações ativas em congressos e eventos científicos cujas temáticas e grupos de pesquisas trabalhavam com essa interação entre os dois campos, e percebemos que a área da comunicação pública tem um imenso arcabouço teórico e prático para contribuir com a área da saúde pública e coletiva, concordando com as afirmações de Araújo e Cardoso (2007) ao reconhecer que a cidadania requer tanto o direito à saúde como à comunicação.

SUMÁRIO

Araújo e Cardoso (2007) também trazem uma colaboração interessante ao mencionar que a comunicação pública poderia se utilizar dos preceitos do SUS, como ser universal, ter equidade, ser integral, ser descentralizada e ser participativa. Concordamos com as autoras que a utilização dessas características na comunicação pública, com confiabilidade, transparência e compreensibilidade, oferece potencial para maior dialogia entre órgãos governamentais e sociedade, e para que esta seja informada adequadamente sobre os assuntos da área da saúde e qualidade de vida.

Putnam (2000, p. 28) relata que os norte-americanos devem se reconectar uns com os outros, para recriarem o capital social que lhes pertencem. O trajeto dessa tese nos apresenta o mesmo parecer: nas atuais circunstâncias sociais, políticas e econômicas, o brasileiro deve se atrelar com sua base social, comunitária e familiar. Para o autor, não é fácil criar o capital social, e também constatamos isso ao longo dessa jornada, a começar pela dificuldade percebida para a colaboração de organizações governamentais com essa pesquisa. Nesse sentido, agradecemos a participação das voluntárias da Pastoral da Saúde, que nos receberam com atenção.

Na época em Putnam escreveu esse livro, ele questionava o uso do telefone como agregador para o capital social, pois as pessoas telefonavam para quem conheciam; ao passo que hoje o telefone celular e seus aplicativos de tecnologia da informação e comunicação ubíquas (MAGNONI; AFFINI; AMÉRICO, 2007) nos possibilita interagir com pessoas que não conhecemos e desenvolver relações reais a partir das virtuais. No momento em que essa tese foi escrita, redes sociais digitais contribuíam para possibilitar o aumento desse relacionamento com desconhecidos, inclusive sendo utilizadas incipientemente pelas voluntárias da Pastoral da Saúde.

Da mesma maneira, Putnam discutia se seria contraditório falar em capital social virtual. Entendemos que não, pois a virtualidade é

SUMÁRIO



uma realidade na contemporaneidade, e as relações líquidas se utilizam dessas tecnologias ubíquas; e esse crescimento das redes pode colaborar para o aumento do capital social, mesmo em comunidades fisicamente distantes.

O reconhecimento é uma necessidade social e segundo Honneth (2009), Rawls (2008) e Sen (2011), o indivíduo precisa do outro para reconhecer sua identidade dentro das normas de uma sociedade, e esse reconhecimento ocorre nas relações interpessoais. Higgins (2005) completa o pensamento ao descrever que a ação dramática representa aquilo que os atores sociais constituem uns para os outros, com alto grau de subjetividade nos relacionamentos e Moscovici (2013) conclui que as representações sociais permitem ao indivíduo o reconhecimento dentro de seu próprio grupo. Esses conceitos foram verificados nas entrevistas e análises com as voluntárias da PS, e não só o reconhecimento social obtido para elas, mas também a recuperação da dignidade e do reconhecimento do enfermo, promovido pelo trabalho realizado pelas agentes.

O próprio conceito de cidadania traz embutido o reconhecimento, pois o cidadão é aquele que é reconhecido como tal pelos seus pares. Peruzzo (2011) questiona se todos são realmente cidadãos, dadas as disparidades sociais e econômicas do país e Salomão (2011) interroga se todas as pessoas conseguiriam discutir o que significa opressão. Dessa maneira, inferimos que a comunicação pública é essencial para garantir direitos a todos ao mesmo tempo em que é um processo que exige os deveres do cidadão. A humanização nos serviços públicos de saúde depende deste reconhecimento do sujeito como cidadão, assim como dos conceitos de justiça, equidade e respeito.

O conceito de saúde é muito amplo, mas para nosso objetivo consideramos a definição da OMS que define que uma pessoa saudável é aquela que não apenas não tem uma doença ou incapacidade



dade, mas que possui um estado de bem-estar físico, mental e social. No Brasil, a história da saúde pública foi excludente até a Constituição Federal de 1988, quando foi criado o SUS, resultado da participação da sociedade civil organizada. Unindo os conceitos propostos por Rawls (2008) e Sen (2011), o SUS se pretende universal, igualitário e gratuito. Entretanto, observamos ainda problemas estruturais no SUS que trazem dificuldades para a consecução de todas suas propostas com excelência, conforme publicado em artigo que escrevemos sobre o SUS em 2016.

A PS, ligada à igreja católica, é uma rede associativa voluntária, com caráter ecumênico que busca levar assistência, dignidade e atenção ao enfermo; e é um trabalho que requer empatia e disponibilidade, pois lida com situações de vulnerabilidade tanto econômica como social e psicológica. A PS se enquadra no conceito de nova esfera pública, ao permitir que movimentos sociais de defesa dos interesses públicos tenham maior espaço de atuação social. Observamos também que a PS tem pouca cobertura midiática, o que pode afetar seus resultados e reconhecimento pela sociedade.

Para Putnam (2000), tradicionalmente as mulheres participam de forma mais ativa de redes sociais; e na pesquisa que realizamos com as voluntárias da PS a maioria das entrevistadas era de mulheres.

O perfil das entrevistadas teve as seguintes características: mulher de meia idade, com renda financeira suficiente para ter tempo disponível para o comprometimento necessário para o trabalho voluntário e empatia para cuidar do outro, são bem articuladas no falar e gentis no trato pessoal, cuja reputação é importante para a realização do trabalho na PS, e essa caracterização corresponde ao *ethos*, em um perfil compatível com o proposto por Bautista (2007) e Baldessin (2007). Quanto ao *pathos*, todas se mostraram muito emocionadas ao falar das atividades que realizam na PS e esse sentimento transparecia nas entrevistas. No que se refere ao *logos* identificado nas análises,

SUMÁRIO

existe coerência entre o discurso do sujeito coletivo, as atitudes demonstradas, as diretrizes da PS e as teorias aqui estudadas.

Esta pesquisa utilizou como procedimentos metodológicos a análise de discurso da vertente inglesa associada ao discurso do sujeito coletivo. Segundo Fairclough (2001), o discurso pode ser entendido como um espaço para transformar a realidade e partimos dessa acepção para entender como as voluntárias percebem seu papel na PS e analisar a existência do capital social e do reconhecimento no trabalho desenvolvido por elas. O autor destaca que não existe procedimento fixo para fazer essa análise, pois é importante ter liberdade e subjetividade para trabalhar com o discurso, conforme a natureza do projeto.

O discurso do sujeito coletivo foi introduzido como metodologia científica por Lefevre e Lefevre (2005; 2012). Nesta tese, trabalhamos o DSC a partir da decupagem das entrevistas transcritas, separamos as expressões-chave, excertos das falas das entrevistadas; selecionamos as ideias centrais e identificamos as ancoragens, que são as ideologias encontradas nas declarações. O DSC foi a síntese desses passos e, com a criação deste, realizamos a análise do discurso propriamente dita.

Os resultados da análise do discurso da vertente inglesa sobre o discurso do sujeito coletivo das voluntárias da Pastoral da Saúde demonstraram que os atos de fala ilocucionários foram assertivos, expressivos e expositivos, sobressaindo os conteúdos de memória, veracidade, emoção e o desejo de provocar mudança positiva na sociedade, além do reconhecimento social das voluntárias.

Putnam (2000) afirma que o capital social nos garante uma vida mais rica e saudável. Pelo discurso do sujeito coletivo analisado, essa é uma verdade, pois a riqueza não precisa ser material e a saúde pode ser o bem-estar consigo próprio, conforme a definição da OMS. O autor assegura que o capital social colabora para que os problemas coletivos

SUMÁRIO



sejam resolvidos com mais facilidade, enquanto Coleman (1990) afirma que o capital social é um facilitador para a ação coletiva. Verificamos que a PS possui capital social, conforme os preceitos destes autores, e este cresce na medida de sua utilização, criando redes mais densas e sentimentos de confiança e reciprocidade, ao explicitar o reconhecimento pelas voluntárias.

Quanto aos demais autores utilizados para compor o entendimento de capital social da PS, Bourdieu aponta a presença de uma sinergia mobilizada pelas redes sociais; Burt, Coleman e Granovetter mencionam a existência de redes sociais e os laços que as mantém; Fukuyama lembra a necessidade da confiança interpessoal e normas compartilhadas; Lin aborda o investimento em relações que geram benefícios; Matos valoriza a ação coletiva sobre questões de interesse público; e Woolcock e Narayan discorrem sobre a reciprocidade. Estes conceitos foram verificados empiricamente nas entrevistas com as voluntárias da PS.

Para Putnam (2000), as pessoas que têm bons relacionamentos são mais felizes, e observamos na pesquisa empírica que as voluntárias da PS possuem reconhecimento social, o que permite inferir a concordância com a citação do autor; e verificamos pelos conceitos de J. Almeida (2012), que a PS promove a integração social e reforça a colaboração entre diferentes grupos, o que caracteriza a existência do capital social nessa associação.

Arantes (2016) afirma existir muitas opções de trabalho humanizado a ser feito no cuidado de pacientes em situação de cuidados paliativos. Constatamos que o trabalho da PS oferece ao enfermo reconhecimento e dignidade, um ombro amigo e uma companhia, mesmo que breve, concordando com a autora.

O reconhecimento da honestidade nas atitudes e caráter das voluntárias da PS indica preocupação com a ética e legalidade na condução do trabalho, aspectos marcantes nas entrevistas.

SUMÁRIO



A ideia de que o capital social pode criar um ambiente favorável para as relações comunitárias positivas foi o ponto de partida desse estudo. Acreditar que esse mundo pode ser um lugar melhor para viver é o que nos move. E colocar a comunicação pública como lugar de fala privilegiado dessa teoria é o que podemos devolver para a sociedade após a conclusão dessa tese.

SUMÁRIO



REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, José Carlos de Souza. A Confederação Nacional de Saúde no Brasil (CNS) e o sistema de saúde. In: AMORIM, Maria Cristina Sanches; PERILLO, Eduardo Bueno da Fonseca (orgs.). *Para entender a saúde no Brasil*. São Paulo: LCTE, 2006.

ADORNO, Rubens de Camargo Ferreira; VASCONCELLOS, Maria da Penha Costa; ALVARENGA, Augusta Thereza de. Saúde pública, ciências sociais e as chamadas populações vulneráveis. In: ROCHA, Aristides Almeida; CESAR, Chester; RIBEIRO, Helena (orgs.). *Saúde pública: bases conceituais*. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2013.

ALMEIDA, Jorge. *O essencial sobre o capital social*. Lisboa: Leya, 2012.

ALMEIDA, Marta. Emílio Ribas e os desafios para sanear São Paulo. In: MONTEIRO, Yara (org.). *História da saúde: olhares e veredas*. São Paulo: Instituto de Saúde, 2010.

ALMEIDA FILHO, Naomar de. *O que é saúde?* 22 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

AGUIAR, Zenaide. Antecedentes históricos do Sistema Único de Saúde: breve história da política de saúde no Brasil. In: AGUIAR, Zenaide. *SUS Sistema Único de Saúde: antecedentes, percurso, perspectivas e desafios*. São Paulo: Martinari, 2011.

ARANTES, Ana Claudia de Lima Quintana. *A morte é um dia que vale a pena viver*. Rio de Janeiro: Casa da Palavra, 2016.

ARAÚJO, Inesita. Pesquisa em comunicação e saúde: um cenário desenhado nos grupos de trabalho em congressos. In: PESSONI, Arquimedes. *Comunicação, saúde e pluralidade: novos olhares e abordagens em pauta* [recurso eletrônico]. São Caetano do Sul: USCS, 2015. Série Comunicação e Inovação, v. 6.

ARAÚJO, Inesita; CARDOSO, Janine. *Comunicação e saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

ARENDT, Hannah. *A dignidade da política: ensaios e conferências*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993.

ARISTOTLE. Rhetoric. In: CRAIG, Robert; MULLER, Heidi (orgs.). *Theorizing communication: reading across traditions*. California: Sage, 2007.

SUMÁRIO



ARTMANN, Elizabeth; RIVERA, Francisco. Humanização no atendimento em saúde e gestão comunicativa. In: DESLANDES, Suely (org.). *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

AUSTIN, John. *Quando dizer é fazer: palavras e ação*, Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

AVRITZER, Leonardo. Um desenho institucional para o novo associativismo. *Lua Nova*, nº 39, 1997. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-64451997000100009&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em 08 ago. 2017.

AYRES, José. Cuidado e humanização das práticas de saúde. In: DESLANDES, Suely (org.). *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

BALDESSIN, Anísio. *Como fazer pastoral da saúde*. São Paulo, Loyola, 2000.

BALDESSIN, Anísio. *Como organizar a pastoral da saúde*. São Paulo: Loyola, 2007.

BALDESSIN, Anísio. *Pastoral da saúde: orientações práticas*. 3 ed. São Paulo: Loyola, 2013.

BAQUERO, Marcello; BAQUERO, Rute. Capital social e empoderamento como construtores de cidadania plena em sociedades em desenvolvimento. In: MARQUES, Ângela; MATOS, Heloiza (orgs.). *Comunicação e política: capital social, reconhecimento e deliberação pública*. São Paulo: Summus, 2011.

BARATA, Luiz Roberto Barradas; MENDES, José Vaz. As organizações sociais de saúde: a experiência de parceria pública/ privada do Estado de São Paulo. In: AMORIM, Maria Cristina Sanches; PERILLO, Eduardo Bueno da Fonseca (orgs.). *Para entender a saúde no Brasil*. São Paulo: LCTE, 2006.

BARROS, José. *Políticas farmacêuticas: a serviço dos interesses da saúde?* Brasília: Unesco, 2004.

BAUTISTA, Mateo. *O que é pastoral da saúde?* Trad. Júlio Munaro. 2 ed. São Paulo: Paulinas, 2007.

BAUMAN, Zygmunt. *Modernidade líquida*. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.

BENHABIB, Seyla. *The claims of culture: equality and diversity in the global era*. New Jersey: Princeton, 2002.

BERLO, David Kenneth. *O processo da comunicação: introdução à teoria e à prática*. 9 ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

SUMÁRIO



BOBBIO, Norberto. *A era dos direitos*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

BOURDIEU, Pierre. *A economia das trocas simbólicas*. São Paulo: Perspectiva, 1992.

BOURDIEU, Pierre. Capital social: notas provisórias. *Actes de la recherche en sciences sociales*. Paris, n. 31, janeiro de 1980, p. 2-3. Disponível em <https://edisciplinas.usp.br/mod/resource/view.php?id=1577870>. Acesso em 03 mar. 2014.

BRAGA, Nina. Redes sociais de suporte e humanização dos cuidados em saúde. In: DESLANDES, Suely (org.). *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

BRANDÃO, Elizabeth Pazito. Conceito de comunicação pública. In: DUARTE, Jorge. (org.). *Comunicação pública: Estado, mercado, sociedade e interesse público*. 3 ed. São Paulo: Atlas, 2012.

BRASIL. *Constituição Política do Império do Brasil de 25 de Março de 1824*. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao24.htm. Acesso em 30 jun. 2014.

BRASIL. *Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil de 24 de Fevereiro de 1891*. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao91.htm. Acesso em 30 jun. 2014.

BRASIL. *Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil de 16 de Julho de 1934*. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao34.htm. Acesso em 30 jun. 2014.

BRASIL. *Constituição dos Estados Unidos do Brasil de 10 de Novembro de 1937*. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao37.htm. Acesso em 30 jun. 2014.

BRASIL. *Constituição dos Estados Unidos do Brasil de 18 de Setembro de 1946*. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao46.htm. Acesso em 30 jun. 2014.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil de 24 de Janeiro de 1967*. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao67.htm. Acesso em 30 jun. 2014.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil – Redação dada pela Emenda Constitucional nº 1 de 17 de Outubro de 1969*. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao67EMC69.htm. Acesso em 30 jun. 2014.

SUMÁRIO

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil de 05 de Outubro de 1988*. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em 30 jun. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. *HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. Disponível em www.saude.gov.br/humanizasus. Acesso em 16 jan. 2016.

BURKETT, Warren. *Jornalismo científico: como escrever sobre ciência, medicina e alta tecnologia para os meios de comunicação*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1990.

BURT, Ronald. Structural holes versus network closure as social capital. In: LIN, Nan; COOK, Karen; BURT, Ronald. *Social capital: theory and research*. Nova York: Aldine de Gruyter, 2001.

CAILLÉ, Alain. Capital social, reconhecimento e dívida. In: MARQUES, Ângela; MATOS, Heloiza (orgs.). *Comunicação e política: capital social, reconhecimento e deliberação política*. São Paulo: Summus, 2011.

CALLAHAN, Daniel. *The WHO definition of health*. Stud Hastings Center; vol 1, n 3, 1973. Disponível em: http://www.jstor.org/stable/3527467?seq=1#page_scan_tab_contents. Acesso em 28 dez. 2014.

CAMPOS, Gastão. Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida? *Interface Comunicação, Saúde, Educação*. v. 9, n.17, p.389-406, mar/ago 2005. Disponível em www.scielo.org/pdf/icse/v9n17/v9n17a16.pdf Acesso em 02 dez. 2015.

CARTA DE OTTAWA. Primeira conferência internacional sobre promoção da saúde. Ottawa, Nov. 1986. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf. Acesso em 07 jul. 2016.

CARVALHEIRO, José da Rocha; MARQUES, Maria Cristina Costa; MOTA, André. A construção da saúde pública no Brasil no século XX e início do século XXI. In: ROCHA, Aristides Almeida; CESAR, Chester; RIBEIRO, Helena (orgs.). *Saúde pública: bases conceituais*. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2013.

CARVALHO, José. *Os bestializados: o Rio de Janeiro e a república que não foi*. São Paulo: Companhia das Letras, 1987.

SUMÁRIO



CARVALHO, Vanderli. *A ressignificação da linguagem na relação multiprofissional da saúde: relatos pessoais de mulheres com câncer de mama*. Tese de doutorado. Universidade Metodista de São Paulo, São Paulo: 2011. Disponível em http://tede.metodista.br/jspui/bitstream/tede/614/1/Vanderli%20Duarte%20de%20Carvalho%201_194.pdf. Acesso em 15 fev. 2016.

CASTELLS, Manuel. *A sociedade em rede*. 6 ed. São Paulo: Paz e Terra, 1999.

CHALMERS, Douglas; MARTIN, Scott; PIESTER, Kerianne. Associative networks: a new structure of representation for the popular sectors? In: CHALMERS, Douglas; VILAS, Carlos; HITE, Katherine; MARTIN, Scott; PIESTER, Kerianne; SEGARRA, Monique (orgs.). *The new politics of inequality in Latin America: rethinking participation and representation*. London: Oxford University, 1997.

CLARK, Edwin; LEAVELL, Hugh. Níveis de aplicação da medicina preventiva. In: LEAVELL, Hugh; CLARK, Edwin. *Medicina preventiva*. São Paulo, McGraw-Hill, 1976.

COLEMAN, James. *Foundations of social theory*. Cambridge, Massachussets: Harvard University Press, 1990. Disponível em <https://sisphd.wikispaces.com/file/view/Coleman-Foundations+of+Social+Theory-ch+12.PDF>. Acesso em 03 abr. 2014.

COSTA, João. A comunicação de interesse público. In: COSTA, João. *Comunicação de interesse público: ideias que movem pessoas e fazem um mundo melhor*. São Paulo: Jaboticaba, 2006(a).

COSTA, João. A hora da comunicação de interesse público. In: COSTA, João. *Comunicação de interesse público: ideias que movem pessoas e fazem um mundo melhor*. São Paulo: Jaboticaba, 2006(b).

CORCORAN, Nova. Mídia de massa na comunicação em saúde. In: CORCORAN, Nova. *Comunicação em saúde: estratégias para promoção de saúde*. São Paulo: Roca, 2010.

CORCORAN, Nova; CORCORAN, Sue. Fatores sociais e psicológicos na comunicação. In: CORCORAN, Nova. *Comunicação em saúde: estratégias para promoção de saúde*. São Paulo: Roca, 2010.

CREMONESE, Dejalma. Insolidarismo e cordialidade: uma análise das mazelas políticas do Brasil. In: BAQUERO, Marcello e CREMONESE, Dejalma. *Capital social: teoria e prática*. Ijuí, RS: Unijuí, 2006.

D'ARAUJO, Maria Celina. *Capital social*. 2 ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2003.

SUMÁRIO



DESLANDES, Suely. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 9(1):7-14, 2004. Disponível em www.redalyc.org/pdf/630/63013499002.pdf. Acesso em 22 nov. 2015.

DESLANDES, Suely. Humanização: revisitando o conceito a partir das contribuições da sociologia médica. In: DESLANDES, Suely (org.). *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

DIOCESE DE LIMEIRA. Site da Diocese de Limeira. Disponível em <http://diocesedelimeira.org.br/conteudo.php>. Acesso em 15 nov. 2017.

DUARTE, Jorge. Instrumentos de comunicação pública. In: DUARTE, Jorge (org.). *Comunicação pública: Estado, governo, mercado, sociedade e interesse público*. 3 ed. São Paulo: Atlas, 2012.

DUARTE, Marcia. Comunicação e cidadania. In: DUARTE, Jorge (org.). *Comunicação pública: Estado, governo, mercado, sociedade e interesse público*. 3 ed. São Paulo: Atlas, 2012.

DURKHEIM, Émile. *As formas elementares de vida religiosa*. São Paulo, Paulinas, 1989.

EGRY, E.Y. *Saúde coletiva: construindo um novo método para a enfermagem*. São Paulo, Ícone, 1996.

ELIAS, Paulo; DOURADO, Daniel. Sistema de saúde e SUS: saúde como política social e sua trajetória no Brasil. In: IBÁÑEZ, Nelson; ELIAS, Paulo; SEIXAS, Paulo (orgs.). *Política e gestão em saúde*. São Paulo: Hucitec: Cealag, 2011.

ESCUADERO, Regina. *Comunicação pública: a voz do cidadão na esfera pública construindo um novo paradigma profissional*. Curitiba: Appris, 2015.

FACCIOLI, F. *Comunicação pública e cultura do serviço: modelos, atores, percursos*. 3 ed. Roma: Carocci, 2002. (tradução livre).

FAIRCLOUGH, Norman. *Discurso e mudança social*. Brasília: Editora UnB, 2001.

FARIA, Regina. Avaliação de programas sociais: conceituação e abordagens metodológicas. In: IBÁÑEZ, Nelson; ELIAS, Paulo; SEIXAS, Paulo (orgs.). *Política e gestão em saúde*. São Paulo: Hucitec: Cealag, 2011.

FERNANDES, Mirta. Capital social e o reconhecimento na saúde. In: MARQUES, Ângela; MATOS, Heloiza (orgs.). *Comunicação e política: capital social, reconhecimento e deliberação política*. São Paulo: Summus, 2011.

SUMÁRIO



FONSECA, Cristina. A criação da ENSP: integração e diversidade na formação em saúde pública. In: LIMA, Nísia; FONSECA, Cristina; SANTOS, Paulo. *Uma escola para a saúde* [e-book]. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

FONSECA JÚNIOR, Wilson. Análise do conteúdo. In: DUARTE, Jorge; BARROS, Antonio (orgs.). *Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação*. São Paulo: Atlas, 2005.

FORTES, Paulo Antonio de Carvalho; ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone. Ética na saúde pública. In: ROCHA, Aristides Almeida; CESAR, Chester; RIBEIRO, Helena (orgs.). *Saúde pública: bases conceituais*. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2013.

FRACOLLI, Lislaine; ZOBOLI, Elma. Desafios presentes na qualificação do cuidado em saúde e humanização: conceitos e reflexões. In: IBÁÑEZ, Nelson; ELIAS, Paulo; SEIXAS, Paulo (orgs.). *Política e gestão em saúde*. São Paulo: Hucitec: Cealag, 2011.

FRANZESE, Cibele. Administração pública em contexto de mudança: desafios para o gestor de políticas públicas. In: IBÁÑEZ, Nelson; ELIAS, Paulo; SEIXAS, Paulo (orgs.). *Política e gestão em saúde*. São Paulo: Hucitec: Cealag, 2011.

FUKUYAMA, Francis. Social capital and civil society. In: *IMF Conference on Second Generation Reforms*. The Institute of Public Policy. George Mason University. October 1, 1999. Disponível em <https://www.imf.org/external/pubs/ft/seminar/1999/reforms/fukuyama.htm>. Acesso em 14 set. 2016.

FUNASA. *Cronologia histórica da saúde pública*. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/site/museu-da-funasa/cronologia-historica-da-saude-publica/>. Acesso em 10 jul. 2014.

GALVÃO, Márcio. Origem das políticas de saúde pública no Brasil: do Brasil-Colônia a 1930. *Caderno de Textos do Departamento de Ciências Médicas da Escola de Farmácia da Universidade Federal de Ouro Preto*. Ouro Preto: UFOP, 2009. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/origem_politicas_saude_publica_brasil.pdf. Acesso em 15 jul. 2014.

GASTALDO, Denise. Humanização como processo conflitivo, coletivo e contextual. *Interface Comunicação, Saúde, Educação*. v.9, n.17, p.389-406, mar/ago 2005. Disponível em www.redalyc.org/pdf/1801/180114100015.pdf. Acesso em 22 nov. 2015.

GERALDES, Elen. *Comunicação científica na sociedade de risco*. Brasília: Universa, 2008.

SUMÁRIO



GIACOMINI FILHO, Gino. Percepções sociais sobre a publicidade de entidades públicas. In: OLIVEIRA, Maria José da Costa (org.). *Comunicação pública*. Campinas, SP: Alínea, 2004.

GIL, Patricia; MATOS, Heloiza. Quem é o cidadão na comunicação pública? Uma retrospectiva sobre a forma de interpelação da sociedade pelo Estado em campanhas de saúde. In: MATOS, Heloiza (org.). *Comunicação pública: interlocuções, interlocutores e perspectivas*. São Paulo: ECA/USP, 2013.

GIOVANNINI, Giovanni. *Evolução na comunicação: do sílex ao silício*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1987.

GODOI, Adalto Felix de. *Hotelaria hospitalar e humanização no atendimento hospitalar*. 2 ed. São Paulo: Ícone, 2008.

GRANOVETTER, Mark. Economic action and social structure: the problem of embeddedness. *American Journal of Sociology*. Volume 91, Issue 3, Nov., 1985. pp. 481-510. Disponível em https://sociology.stanford.edu/sites/default/files/publications/economic_action_and_social_structure.pdf. Acesso em 22 set. 2016.

GRANOVETTER, Mark. The strength of weak ties. *American Journal of Sociology*. Volume 78, Issue 6, May., 1973. p. 1360-1380. Disponível em https://sociology.stanford.edu/sites/default/files/publications/the_strength_of_weak_ties_and_exch_w-gans.pdf. Acesso em 22 set. 2016.

HANIFAN, Lyda. The rural school community center. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, Vol. 67, New Possibilities in Education, 1916. pp. 130-138. Disponível em <http://www.jstor.org/stable/pdf/1013498.pdf>. Acesso em 05 mar. 2014.

HASWANI, Mariângela. *Comunicação pública: bases e abrangências*. São Paulo: Saraiva, 2013.

HIGGINS, Silvio. *Fundamentos teóricos do capital social*. Chapecó: Argos, 2005.

HONNETH, Axel. *Luta por reconhecimento: a gramática moral dos conflitos sociais*. 2 ed. São Paulo: Ed 34, 2009.

IBAÑEZ, Nelson. Análise comparada de sistema de saúde. In: IBAÑEZ, Nelson; ELIAS, Paulo; SEIXAS, Paulo (orgs.). *Política e gestão em saúde*. São Paulo: Hucitec: Cealag, 2011.

IDSUS. Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde 2011. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/IDSUS_29-09-12.pdf. Acesso em 09 jun. 2013.

SUMÁRIO



INCA. *Consumo de cigarros per capita*. Rio de Janeiro: c. 2015. Disponível em http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/observatorio_controle_tabaco/site/home/dados_numeros/consumo_per_capita Acesso em 15 fev. 2016.

JANOSKI, Thomas. *Citizenship and civil society*. Cambridge: Cambridge University Press, 1998.

JARAMILLO LÓPEZ, Juan. Proposta geral de comunicação pública. In: DUARTE, Jorge (org.). *Comunicação pública: Estado, governo, mercado, sociedade e interesse público*. 3 ed. São Paulo: Atlas, 2012.

JODELET, Denise. Representações sociais: um domínio em expansão. In: JODELET, Denise (org.). *As representações sociais*. Rio de Janeiro: EDUERJ, 2001.

JUNQUEIRA, Luciano Prates. A gestão da política de saúde e a conformação do Sistema Único de Saúde. In: AMORIM, Maria Cristina Sanches; PERILLO, Eduardo Bueno da Fonseca (orgs.). *Para entender a saúde no Brasil*. São Paulo: LCTE, 2006.

KAUCHAKJE, Samira; DELAZARI, Luciene; PENNA, Manoel. Sistema de informação da política de assistência social, redes sociais e rede socioassistencial: inclusão e controle social. In: BATTINI, Odária (org.). *SUAS: Sistema Único de Assistência Social em debate*. São Paulo: Veras, 2007.

KHOURY, Yara. No silêncio de seus arquivos, as misericórdias nos falam. In: MONTEIRO, Yara (org.). *História da saúde: olhares e veredas*. São Paulo: Instituto de Saúde, 2010.

KUNSCH, Margarida. Introdução. In: KUNSCH, Margarida (org.). *Comunicação pública, sociedade e cidadania*. São Caetano do Sul, SP: Difusão, 2011.

KUNSCH, Margarida Maria Krohling. *Planejamento de relações públicas na comunicação integrada*. 4 ed. São Paulo: Summus, 2003.

LACAZ, Francisco; SATO, Leny. Humanização qualidade do processo de trabalho em saúde. In: DESLANDES, Suely (org.). *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

LANGBECKER, Andrea; CASTANHEIRA, Elen. Saúde pública e história: os modelos tecnoassistenciais em São Paulo. In: IBÁÑEZ, Nelson; ELIAS, Paulo; SEIXAS, Paulo (orgs.). *Política e gestão em saúde*. São Paulo: Hucitec: Cealag, 2011.

LAVRAS, Carmem. Descentralização, regionalização e estruturação de redes regionais de atenção à saúde no SUS. In: IBÁÑEZ, Nelson; ELIAS, Paulo; SEIXAS, Paulo (orgs.). *Política e gestão em saúde*. São Paulo: Hucitec: Cealag, 2011.

SUMÁRIO



LEAVELL, H.; CLARK, E. O que é medicina preventiva? In: LEAVELL, Hugh; CLARK, Edwin. *Medicina preventiva*. São Paulo, McGraw-Hill, 1976.

LERNER, Katia. Doença, mídia e subjetividade: algumas aproximações teóricas. In: LERNER, Katia (org.). *Saúde e jornalismo: interfaces contemporâneas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014.

LEFEVRE, Fernando; LEFEVRE, Ana. *Depoimentos e discursos: uma proposta de análise em pesquisa social*. Brasília: Liber, 2005.

LEFEVRE, Fernando; LEFEVRE, Ana. *Pesquisa de representação social: um enfoque qualitativo – a metodologia do discurso do sujeito coletivo*. 2 ed. Brasília: Liber, 2012.

LIMA, Nísia; FONSECA, Cristina. História da especialização em saúde pública no Brasil: nota introdutória. In: LIMA, Nísia; FONSECA, Cristina; SANTOS, Paulo. *Uma escola para a saúde* [e-book]. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

LIN, Nan. Building a network theory of social capital. *Connections*. 22(1): 28-51. S/I, 1999. Disponível em <http://www.insna.org/PDF/Keynote/1999.pdf>. Acesso em 18 dez. 2016.

MAGNONI, Antonio; AFFINI, Letícia; AMÉRICO, Marcos. Da mobilidade a ubiquidade da comunicação. *XXX Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação*. São Paulo, 2007. Disponível em <http://www.intercom.org.br/papers/nacionais/2007/resumos/R0811-2.pdf>. Acesso em 02 mar. 2017.

MANHÃES, Eduardo. Análise do discurso. In: DUARTE, Jorge; BARROS, Antonio (orgs.). *Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação*. São Paulo: Atlas, 2005.

MANZINI-COVRE, Maria de Lourdes. *O que é cidadania*. 3 ed. São Paulo: Brasiliense, 2006.

MARQUES, Ângela. A ausência de reconhecimento social de cidadãos destituídos no Brasil e na França. In: MARQUES, Ângela; MATOS, Heloiza (orgs.). *Comunicação e política: capital social, reconhecimento e deliberação política*. São Paulo: Summus, 2011.

MARQUES, Eduardo. Os modelos espaciais como instrumento para o estudo de fenômenos urbanos. In: NAJAR, Alberto; MARQUES, Eduardo. *Saúde e espaço: estudos metodológicos e técnicas de análise*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

MARTIN, Leonard. *A ética e a humanização hospitalar*. In: PESSINI, Leo e BERTACHINI, Luciana. *Humanização e cuidados paliativos*. 3 ed. Loyola: São Paulo, 2006.

SUMÁRIO

MATOS, Heloiza. A comunicação pública na perspectiva da teoria do reconhecimento. In: KUNSCH, Margarida (org.). *Comunicação pública, sociedade e cidadania*. São Caetano do Sul, SP: Difusão, 2011a.

MATOS, Heloiza. *Capital social e comunicação: interfaces e articulações*. São Paulo: Summus, 2009.

MATOS, Heloiza. Comunicação política e comunicação pública. *Organicom* – Revista Brasileira de Comunicação Organizacional e Relações Públicas: comunicação e saúde, n.4, ano 3, São Paulo: ECA-USP/PPGCom/Gestcorp/Abrapcorp, 2006.

MATOS, Heloiza. Comunicação pública, esfera pública e capital social. In: DUARTE, Jorge (org.). *Comunicação pública: Estado, governo, mercado, sociedade e interesse público*. 3 ed. São Paulo: Atlas, 2012.

MATOS, Heloiza. O declínio do capital social e comunicacional na terceira idade e a ausência de reconhecimento de idosos. In: MARQUES, Ângela; MATOS, Heloiza (orgs.). *Comunicação e política: capital social, reconhecimento e deliberação política*. São Paulo: Summus, 2011b.

MEAD, George. The social foundations and functions of thought and communication. In: CRAIG, Robert; MULLER, Heidi (orgs.). *Theorizing communication: reading across traditions*. California: Sage, 2007.

MEDEIROS, Daniela. *Tabagismo e futuros profissionais da saúde: uma análise das representações sociais no Brasil e na Espanha*. Tese de doutorado. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo: 2015. Disponível em <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-05032015-125106/en.php>. Acesso em 15 fev. 2016.

MENDES, Áquilas; MARQUES, Rosa Maria. A economia e a saúde pública. In: ROCHA, Aristides Almeida; CESAR, Chester; RIBEIRO, Helena (orgs.). *Saúde pública: bases conceituais*. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2013.

MENDONÇA, Ricardo. A dimensão intersubjetiva da autorrealização: em defesa da teoria do reconhecimento. In: MARQUES, Ângela; MATOS, Heloiza (orgs.). *Comunicação e política: capital social, reconhecimento e deliberação política*. São Paulo: Summus, 2011.

MENÉNDEZ, Eduardo. Antropologia médica e epidemiologia: processo de convergência ou processo de medicalização? In: ALVES, Paulo; RABELO, Miriam (orgs.). *Antropologia da saúde: traçando identidade e explorando fronteiras* [e-book]. Rio de Janeiro: Fiocruz; Relume Dumará, 1998.

MEZZOMO, Augusto. *Humanização hospitalar: fundamentos antropológicos e tecnológicos*. São Paulo: Loyola, 2010.

SUMÁRIO



MINAYO, Maria Cecília. Construção da identidade da antropologia na área de saúde: o caso brasileiro. In: ALVES, Paulo; RABELO, Miriam (orgs.). *Antropologia da saúde: traçando identidade e explorando fronteiras* [e-book]. Rio de Janeiro: Fiocruz; Relume Dumará, 1998.

MINAYO, Maria Cecília. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14 ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MONTEIRO, Graça. A singularidade da comunicação pública. In: DUARTE, Jorge (org.). *Comunicação pública: Estado, governo, mercado, sociedade e interesse público*. 3 ed. São Paulo: Atlas, 2012.

MOSCOVICI, Serge. *Representações sociais: investigações em psicologia social*. Trad. Pedrinho Guareschi. 10 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013.

MUMBY, Dennis. Reflexões críticas sobre comunicação e humanização nas organizações. In: KUNSCH, Margarida (org.). *A comunicação como fator de humanização das organizações*. São Caetano do Sul, SP: Difusão, 2010.

NARDOCCI, Adelaide Cássia; ROCHA, Aristides Almeida; RIBEIRO, Helena; ASSUNÇÃO, João Vicente de; MUCCI, José Luiz Negrão; COLACIOPPO, Sérgio; GÜNTHER, Wanda Maria Rizzo; PAGANINI, Wanderley da Silva. Saúde ambiental e ocupacional. In: ROCHA, Aristides Almeida; CESAR, Chester; RIBEIRO, Helena (orgs.). *Saúde pública: bases conceituais*. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2013.

NARVAI, Paulo Capel; PEDRO, Paulo Frazão São. Práticas de saúde pública.

In: ROCHA, Aristides Almeida; CESAR, Chester; RIBEIRO, Helena (orgs.). *Saúde pública: bases conceituais*. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2013.

NAVAS, Ana; CONTIER, Djana; MARANDINO, Martha. Controvérsia científica, comunicação pública da ciência e museus no bojo do movimento CTS. *Ciência e Ensino* vol 1, número especial, novembro de 2007. Disponível em <http://prc.ifsp.edu.br/ojs/index.php/cienciaeensino/article/viewFile/127/102>. Acesso em 20 mar. 2016.

NOVELLI, Ana Lucia. O papel institucional da comunicação pública para o sucesso da governança. *Organicom – Revista Brasileira de Comunicação Organizacional e Relações Públicas: comunicação e saúde*, n.4, ano 3, São Paulo: ECA-USP/PPGCom/Gestcorp/ Abrapcorp, 2006.

NUNES, Tânia. A valorização do 'instituinte' na construção do modelo de escola nacional: a ENSP de 1970 a 1989. In: LIMA, Nísia; FONSECA, Cristina; SANTOS, Paulo. *Uma escola para a saúde* [e-book]. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

SUMÁRIO



OLIVEIRA, Maria José. Comunicação pública e os setores não-estatais. In: OLIVEIRA, Maria José. *Comunicação pública*. Campinas, SP: Alínea, 2004.

OLIVEIRA, Robson; ELIAS, Paulo. Regulação em saúde. In: IBÁÑEZ, Nelson; ELIAS, Paulo; SEIXAS, Paulo (orgs.). *Política e gestão em saúde*. São Paulo: Hucitec: Cealag, 2011.

ORLANDI, Eni. *Análise de discurso: princípios e procedimentos*. 8 ed. Campinas: Pontes, 2009.

OSMO, Alan; SCHRAIBER, Lília. O campo da saúde coletiva no Brasil: definições e debates em sua constituição. *Saúde Soc.* São Paulo, v.24, supl.1, p.205-218, 2015. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24s1/0104-1290-sausoc-24-s1-00205.pdf>. Acesso em 22 nov 2017.

PAIM, Jairnilson. *O que é SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

PEDROSA, Tania; COUTO, Renato. Cenários e perspectivas do setor saúde: o Brasil e o mundo. In: PEDROSA, Tania; COUTO, Renato. *Hospital: acreditação e gestão em saúde*. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

PELICIONI, Maria Cecília Focesi; PELICIONI, Andréa Focesi; TOLEDO, Renata Ferraz de. A educação e a comunicação para a promoção da saúde. In: ROCHA, Aristides Almeida; CESAR, Chester; RIBEIRO, Helena (orgs.). *Saúde pública: bases conceituais*. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2013.

PERILLO, Eduardo. Sistema de saúde no Brasil: história, estrutura e problemas. In: AMORIM, Maria Cristina; PERILLO, Eduardo (orgs.). *Para entender a saúde no Brasil*. São Paulo: LTC, 2006.

PERUZZO, Cicilia. Comunicação e terceiro setor. In: DUARTE, Jorge (org.). *Comunicação pública: Estado, governo, mercado, sociedade e interesse público*. 3 ed. São Paulo: Atlas, 2012.

PERUZZO, Cicilia. Direito à comunicação comunitária, participação popular e cidadania. In: OLIVEIRA, Maria José da Costa (org.). *Comunicação pública*. Campinas, SP: Alínea, 2004.

PERUZZO, Cicilia. Movimentos, sociais, cidadania e o direito à comunicação comunitária nas políticas públicas. In: MARQUES, Angela; MATOS, Heloiza (orgs.). *Comunicação e política: capital social, reconhecimento e deliberação pública*. São Paulo: Summus, 2011.

PESSONI, Arquimedes (et al). Pesquisa local sobre o impacto da comunicação na Campanha Nacional da Vacinação de Idosos Contra a Gripe. *XXX Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação*. 2007. Disponível em https://www.researchgate.net/publication/286914012_Pesquisa_local_sobre_o_impacto_da_

SUMÁRIO

comunicacao_na_Campanha_Nacional_da_Vacinacao_de_Idosos_Contra_a_Gripe. Acesso em 10 dez. 2015.

PINHEIRO, Thiago. *Camisinha, homoerotismo e os discursos de prevenção de HIV/aids*. Tese de doutorado. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo: 2015. Disponível em www.teses.usp.br/teses/.../5/.../ThiagoFelixPinheiroVersaoCorrigida.pdf . Acesso em 15 fev. 2016.

PITTA, Áurea. Por uma política pública de comunicação em saúde. *Revista Saúde e Sociedade* 11(1):85-93, jun./ jul. 2002. Disponível em www.revistas.usp.br/sausoc/rt/captureCite/7071/8540. Acesso em 10 dez. 2015.

PORTOCARRERO, Vera. *Arquivos da loucura: Juliano Moreira e a descontinuidade histórica da psiquiatria* [e-book]. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

PRIORE, Mary del; VENANCIO, Renato. *Uma breve história do Brasil*. São Paulo: Planeta, 2010.

PUTNAM, Robert. *Bowling alone: the collapse and revival of american community*. Nova York: Simon & Schuster, 2000.

PUTNAM, Robert. *Making democracy work: civic traditions in modern Italy*. New Jersey: Princeton University Press, 1993.

RAWLS, John. *Uma teoria da justiça*. Tradução de Jussara Simões. 3 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

RATTNER, Daphne. Reflexões sobre qualidade e humanização. In: RATTNER, Daphne; TRENCH, Belkis (orgs.). *Humanizando nascimentos e partos*. São Paulo: SENAC, 2005.

REGO, Francisco. *Tratado de comunicação organizacional e política*. São Paulo, Thomson Learning, 2004.

REIS, Bruno. Capital social e confiança: questões de teoria e método. *Revista de Sociologia e Política* nº 21: 35-49 nov. 2003. Disponível em www.scielo.br/pdf/rsocp/n21/a04n21.pdf Acesso em 02 dez. 2015.

RICHARDSON, Roberto (et al.). *Pesquisa social: métodos e técnicas*. 3 ed. São Paulo: Atlas, 1999.

RIOS, Izabel. *Caminhos da humanização na saúde: prática e reflexão*. São Paulo: Áurea Editora, 2009.

ROCHA, Juan. Os determinantes sociais da saúde. In: IBAÑEZ, Nelson; ELIAS, Paulo; SEIXAS, Paulo (orgs.). *Política e gestão em saúde*. São Paulo: Hucitec: Cealag, 2011.

SUMÁRIO

RODRIGUES, Maria Aparecida da Silva. A importância da comunicação para a implementação da política nacional de humanização no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. *Organicom* – Revista Brasileira de Comunicação Organizacional e Relações Públicas: comunicação e saúde, n.16-17, ano 9, São Paulo, ECA-USP/PPGCom/Gestcorp/ Abrapcorp, 2012.

ROLANDO, Stefano. A dinâmica evolutiva da comunicação pública. In: KUNSCH, Margarida Krohling (org.). *Comunicação pública, sociedade e cidadania*. São Caetano do Sul, SP: Difusão, 2011.

RURAL PECUÁRIA. Blog com as principais informações, tecnologias e manejo do agronegócio. Disponível em <http://blog.ruralpecuaria.com.br/2010/10/mapa-do-estado-de-sao-paulo-dividido-em.html>. Acesso em 15 nov. 2017.

SÁ, Maria; PORTO, Maria. Controle público e o SUS. In: IBÁÑEZ, Nelson; ELIAS, Paulo; SEIXAS, Paulo (orgs.). *Política e gestão em saúde*. São Paulo: Hucitec: Cealag, 2011.

SALOMÃO, Devani. Desigualdades sociais na párea da saúde: terceira idade, reconhecimento e capital social. In: MARQUES, Ângela; MATOS, Heloiza (orgs.). *Comunicação e política: capital social, reconhecimento e deliberação política*. São Paulo: Summus, 2011.

SANTOS, Paulo; BRITO, Verônica; LIMA, Nísia; FONSECA, Cristina. A Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca: um laboratório de ideias para a saúde. In: LIMA, Nísia; FONSECA, Cristina; SANTOS, Paulo. *Uma escola para a saúde* [e-book]. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004a.

SANTOS, Paulo; BRITO, Verônica; LIMA, Nísia; FONSECA, Cristina. A ENSP e as transformações na sociedade e no sistema de saúde no Brasil: 1970 a 1985. In: LIMA, Nísia; FONSECA, Cristina; SANTOS, Paulo. *Uma escola para a saúde* [e-book]. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004b.

SCLIAR, Moacyr. *Do mágico ao social: a trajetória da saúde pública*. Porto Alegre, L&PM: 1987.

SCLIAR, Moacyr. *Um olhar sobre a saúde pública*. São Paulo: Scipione, 2003.

SEARLE, John. *Mente, linguagem e sociedade: filosofia no mundo real*. Rio de Janeiro: Rocco, 2000.

SEN, Amartya. *A ideia de justiça*. Tradução Denise Bottmann. Companhia das Letras: São Paulo, 2011.

SEVALHO, Gil; CASTIEL, Luís. Epidemiologia e antropologia médica: a possibilidade da in(ter)disciplinaridade. In: ALVES, Paulo; RABELO, Miriam

SUMÁRIO



(orgs.). *Antropologia da saúde*: traçando identidade e explorando fronteiras [e-book]. Rio de Janeiro: Fiocruz; Relume Dumará, 1998.

SILVA, André. As relações entre a ciência, o sistema brasileiro de pesquisa e o jornalismo científico. In: MOREIRA, Benedito; SILVA, André. *Divulgação científica*: debates, pesquisas e experiências. Cuiabá : EdUFMT, 2017. Disponível em <http://www.editora.ufmt.br/download/15.09_LIVRO_DE_PESQUISA.pdf>. Acesso em 20 jun. 2017.

SILVA, Hélio César. Marketing e a saúde. In: AMORIM, Maria Cristina Sanches; PERILLO, Eduardo Bueno da Fonseca (orgs.). *Para entender a saúde no Brasil*. São Paulo: LCTE, 2006.

SILVA, Patricia dos Santos Caldas. Desafios do desenvolvimento humano na gestão das organizações públicas. In: KUNSCH, Margarida (org.). *A comunicação como fator de humanização das organizações*. São Caetano do Sul, SP: Difusão, 2010.

SONTAG, Susan. *Diante da dor dos outros*. Tradução Rubens Figueiredo. São Paulo: Companhia das Letras, 2003.

SOUZA, Alina. Profissionalização de trabalhadores de saúde de nível médio: problemas e desafios. In: AMÂNCIO FILHO, Antenor; MOREIRA, Maria. (orgs.). *Saúde, trabalho e formação profissional* [e-book]. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

SOUZA, Herbert José de. Informação pela informação não basta. In: LOPES, Boanerges; NASCIMENTO, Josias (orgs.). *Saúde e imprensa*: o público que se dane! Rio de Janeiro: Mauad, 1996.

TABAKMAN, Roxana. *A saúde na mídia*: medicina para jornalistas, jornalismo para médicos. Tradução Lizandra Almeida. São Paulo: Summus, 2013.

TARABOULSI, Fadi Antoine. *Administração de hotelaria hospitalar*: serviços aos clientes, humanização do atendimento, departamentalização, gerenciamento, saúde e turismo, hospitalidade, tecnologia de informação. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2009.

UENO, Helena Mariko; NATAL, Delsio. Fundamentos de epidemiologia. In: ROCHA, Aristides Almeida; CESAR, Chester; RIBEIRO, Helena (orgs.). *Saúde pública*: bases conceituais. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2013.

VALE, Gláucia; AMÂNCIO, Robson; LAURIA, Maria Cristina. Capital social e suas implicações para o estudo das organizações. O&S - v.13 - n.36 - Janeiro/Março – 2006. Disponível em www.redalyc.org/pdf/4006/400638285004.pdf Acesso em 02 dez. 2015.

SUMÁRIO

VASCONCELLOS, Miguel. Serviços de saúde: uma revisão de processos de regionalização, análises de padrões espaciais e modelos de localização. In: NAJAR, Alberto; MARQUES, Eduardo. *Saúde e espaço: estudos metodológicos e técnicas de análise*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

VIANA, Ana; SILVA, Hudson. Economia e saúde. In: IBAÑEZ, Nelson; ELIAS, Paulo; SEIXAS, Paulo (orgs.). *Política e gestão em saúde*. São Paulo: Hucitec: Cealag, 2011a.

VIANA, Ana; SILVA, Hudson. O financiamento do sistema de saúde no Brasil, gasto em saúde e as modalidades para sua racionalização. In: IBAÑEZ, Nelson; ELIAS, Paulo; SEIXAS, Paulo (orgs.). *Política e gestão em saúde*. São Paulo: Hucitec: Cealag, 2011b.

VIEIRA, Liszt. *Cidadania e globalização*. Rio de Janeiro: Record, 2009.

VIEIRA, Liszt. *Os argonautas da cidadania: a sociedade civil na globalização*. Rio de Janeiro/ São Paulo: Record, 2001.

VOLPATO, Gilson Luiz. *Ciência: da filosofia à publicação*. 6 ed. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2013.

WESTPHAL, Marcia Faria. Promoção da saúde: uma nova agenda para a saúde. In: ROCHA, Aristides Almeida; CESAR, Chester; RIBEIRO, Helena (orgs.). *Saúde pública: bases conceituais*. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2013.

WOOLCOCK, Michael; NARAYAN, Deepa. Social capital: implications for development theory, research, and policy. *The World Bank Research Observer*, Aug 2000. pp. 225-249. Disponível em http://158.121.110.113/~pubpol/documents/Woolcock-Week11_001.pdf. Acesso em 25 out. 2016.

ZÉMOR, Pierre. As formas da comunicação pública. In: DUARTE, Jorge (org.). *Comunicação pública: Estado, governo, mercado, sociedade e interesse público*. 3 ed. São Paulo: Atlas, 2012.

ZÉMOR, Pierre. *La communication publique*. 3 ed. Paris: PUF, 2005. (tradução livre).

ZIONI, Fabiola; ALMEIDA, Eurivaldo Sampaio de; PEREIRA FILHO, Floriano Nuno de Barros. Políticas públicas e sistemas de saúde: a reforma sanitária e o SUS. In: ROCHA, Aristides Almeida; CESAR, Chester; RIBEIRO, Helena (orgs.). *Saúde pública: bases conceituais*. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2013.

SUMÁRIO



ÍNDICE REMISSIVO

A

Americana 116, 117, 118, 132

análise 14, 40, 61, 106, 121, 122,
123, 124, 125, 129, 130, 134, 139,
140, 144, 151, 158, 163, 164, 170

B

Brasil 14, 26, 35, 37, 48, 55, 64, 70,
71, 73, 74, 75, 76, 77, 79, 80, 81, 84,
86, 89, 90, 94, 97, 99, 101, 106, 108,
113, 115, 150, 154, 155, 156, 157,
158, 159, 160, 162, 163, 164, 166,
167, 168, 169, 170

C

campanhas 22, 28, 31, 35, 64, 77,
78, 79, 85, 88, 95, 147, 161

capital 12, 13, 14, 15, 22, 29, 32, 35,
38, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48,
50, 52, 56, 57, 59, 60, 61, 62, 66, 83,
101, 102, 104, 106, 107, 109, 111,
112, 114, 116, 117, 118, 119, 130,
135, 136, 138, 139, 140, 141, 142,
143, 144, 145, 147, 148, 149, 151,
152, 153, 154, 155, 157, 159, 160,
161, 163, 164, 166, 168, 170

capitalismo 12

capital social 12, 13, 14, 15, 22, 29,
35, 38, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47,
48, 50, 52, 56, 57, 59, 60, 61, 62, 66,
101, 102, 104, 106, 107, 109, 112,
114, 116, 118, 119, 130, 135, 136,
138, 139, 140, 141, 142, 143, 144,
145, 147, 148, 149, 151, 152, 153,
154, 155, 157, 159, 161, 163, 164,
166, 168

cidadania 20, 21, 28, 29, 40, 45, 48,
50, 51, 52, 62, 66, 68, 69, 73, 77, 79,
84, 91, 110, 111, 113, 147, 149, 155,
159, 162, 163, 164, 166, 168, 170

cidadão 13, 20, 22, 23, 24, 28, 29,
30, 31, 35, 37, 38, 49, 50, 51, 64, 66,
76, 80, 81, 85, 88, 95, 101, 102, 111,
139, 149, 159, 161

ciências sociais 11, 154

coletiva 22, 27, 37, 41, 44, 45, 46, 62,
66, 67, 72, 85, 89, 123, 127, 128, 147,
152, 159, 166

comunicação 11, 12, 13, 14, 17, 18,
19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28,
29, 30, 31, 32, 33, 35, 36, 37, 38, 40,
42, 46, 50, 52, 58, 59, 60, 62, 64, 70,
73, 75, 76, 78, 79, 81, 83, 85, 87, 88,
90, 95, 100, 101, 102, 104, 105, 106,
110, 111, 112, 113, 122, 123, 127,
129, 130, 136, 145, 147, 148, 149,
153, 154, 155, 156, 157, 158, 159,
160, 161, 162, 163, 164, 165, 166,
167, 168, 169, 170

comunidade 13, 17, 22, 27, 28, 40,
41, 44, 46, 48, 50, 61, 73, 91, 101,
105, 106, 109, 114, 135, 138, 144, 147

Constituição 28, 30, 37, 53, 64, 73,
74, 76, 77, 79, 80, 81, 82, 84, 86,
87, 89, 90, 91, 93, 94, 95, 99, 150,
156, 157

Constituições 37, 64, 70, 71

consumo 12, 31, 35, 94, 110, 162

D

desigualdade 12, 71, 111

SUMÁRIO



SUMÁRIO



direitos 17, 21, 28, 29, 30, 31, 38, 40, 49, 50, 51, 54, 56, 64, 69, 73, 77, 79, 86, 87, 90, 91, 96, 107, 110, 111, 112, 114, 149, 156

discurso 14, 23, 29, 58, 61, 100, 101, 119, 121, 122, 123, 124, 125, 127, 129, 130, 132, 134, 142, 144, 151, 159, 163, 166

doenças 11, 24, 25, 28, 30, 31, 33, 34, 35, 36, 53, 61, 65, 67, 68, 69, 70, 72, 74, 78, 80, 81, 84, 87, 88, 89, 90, 96, 99, 100, 111, 112, 114, 135

doentes 11, 32, 50, 54, 55, 58, 68, 69, 71, 78, 108, 115

E

educação 12, 19, 24, 27, 36, 42, 43, 44, 51, 78, 79, 80, 86, 87, 88, 100, 101, 105, 108, 113, 116, 166

enfermos 69, 71, 111, 133, 134, 135, 137, 139, 140, 141, 142, 143

entrevistas 14, 20, 61, 104, 122, 126, 129, 130, 132, 134, 144, 149, 150, 151, 152

F

fé 27, 106

G

governo 18, 22, 28, 33, 34, 44, 47, 51, 68, 73, 75, 76, 79, 80, 81, 82, 83, 85, 86, 87, 88, 90, 91, 97, 99, 159, 162, 164, 165, 166, 170

grupos sociais 111, 114

I

igreja 86, 104, 106, 107, 117, 134, 135, 137, 143, 150

igreja católica 104, 107, 117, 134, 143, 150

igrejas 42, 86, 87

interesse 12, 13, 14, 17, 19, 20, 21, 22, 23, 30, 31, 38, 61, 62, 77, 82, 86, 93, 98, 104, 105, 106, 110, 113, 140, 147, 152, 156, 158, 159, 162, 164, 165, 166, 170

interesse público 12, 14, 17, 19, 20, 21, 30, 31, 62, 86, 104, 113, 140, 147, 152, 156, 158, 159, 162, 164, 165, 166, 170

M

município 14, 97, 98, 116, 117, 118, 132

O

organizações 13, 19, 21, 22, 25, 30, 36, 42, 46, 48, 59, 98, 106, 110, 113, 114, 119, 145, 148, 155, 165, 169

P

paróquias 117

Pastoral 7, 13, 14, 15, 38, 51, 60, 62, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 108, 109, 114, 116, 119, 130, 132, 134, 136, 137, 138, 140, 141, 148, 151, 155

Pastoral da Saúde 7, 13, 14, 15, 38, 51, 60, 62, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 109, 114, 116, 119, 130, 132, 134, 136, 137, 138, 140, 141, 148, 151

perfil 112, 117, 118, 132, 144, 150

pesquisa 7, 11, 12, 13, 14, 15, 18, 20, 21, 22, 24, 25, 35, 38, 40, 44, 51, 52, 57, 60, 62, 67, 93, 97, 100, 101, 104, 106, 112, 116, 121, 126, 127, 128, 129, 130, 132, 136, 143, 144, 145,



SUMÁRIO



148, 150, 151, 152, 160, 163, 165, 169

pesquisa empírica 14, 40, 52, 60, 62, 130, 143, 152

poder 26, 29, 33, 36, 51, 52, 54, 58, 59, 62, 69, 74, 79, 82, 83, 86, 98, 100, 101, 107, 110, 118, 139

população 8, 13, 20, 22, 24, 27, 28, 34, 35, 36, 37, 53, 65, 67, 72, 73, 74, 77, 79, 88, 89, 90, 95, 96, 98, 99, 100, 110, 114, 116, 117, 118, 129, 133, 135, 139, 147

prevenção 22, 24, 25, 28, 30, 31, 35, 65, 66, 70, 75, 81, 88, 89, 108, 135, 167

produção 12, 17, 26, 28, 30, 48, 54, 58, 60, 73, 82, 84, 93, 94, 110, 111, 123, 124

propriedade 12, 41, 43, 62, 73, 74, 77

R

realidade 7, 13, 24, 59, 65, 74, 82, 95, 96, 97, 121, 124, 129, 149, 151

reconhecimento 13, 14, 18, 38, 39, 40, 41, 44, 49, 50, 51, 52, 53, 57, 59, 60, 61, 62, 101, 104, 108, 111, 115, 130, 137, 138, 140, 141, 142, 144, 147, 149, 150, 151, 152, 155, 157, 159, 161, 163, 164, 166, 168

relações públicas 11, 30, 31, 162

repressão 34

S

saúde 11, 12, 13, 14, 15, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 42, 44, 45, 47, 48,

51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 112, 113, 114, 115, 117, 121, 136, 137, 139, 142, 147, 148, 149, 150, 151, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 170

saúde coletiva 66, 67, 85, 89, 166

saúde pública 11, 12, 21, 22, 23, 24, 26, 27, 28, 29, 30, 32, 33, 34, 35, 36, 38, 44, 47, 52, 53, 57, 64, 66, 68, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 78, 79, 80, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 89, 90, 91, 94, 95, 96, 97, 98, 100, 101, 106, 108, 114, 117, 147, 150, 157, 160, 163, 164, 165, 168

serviços 15, 19, 20, 22, 28, 30, 34, 48, 52, 54, 55, 56, 58, 65, 69, 70, 72, 75, 76, 77, 80, 82, 83, 84, 88, 89, 90, 91, 92, 94, 96, 98, 100, 102, 112, 113, 114, 117, 149, 169

sociedade 6, 12, 13, 15, 17, 18, 19, 20, 22, 23, 24, 25, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 36, 37, 38, 41, 42, 43, 45, 46, 47, 49, 50, 52, 56, 59, 66, 70, 71, 73, 74, 76, 77, 82, 98, 99, 101, 104, 105, 106, 108, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 118, 121, 126, 128, 129, 130, 138, 144, 147, 148, 149, 150, 151, 153, 156, 158, 159, 160, 161, 162, 164, 165, 166, 168, 170

solidariedade 42, 50, 65, 66, 105

SUS 30, 35, 36, 37, 47, 48, 49, 52,



53, 54, 55, 56, 57, 89, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 112, 117, 148, 150, 154, 157, 159, 162, 166, 168, 170	V
T	vida pública 13, 18, 46, 101
tratamento 23, 24, 28, 35, 50, 54, 55, 58, 59, 69, 71, 76, 78, 93, 136	visibilidade 101, 111, 112
U	voluntárias 7, 15, 59, 104, 106, 130, 132, 134, 138, 144, 148, 149, 150, 151, 152
usuários 30, 31, 36, 52, 54, 57, 69	

SOBRE A AUTORA

Simone Alves de Carvalho

é graduada em Relações Públicas (ECA-USP); Mestre e Doutora em Ciências da Comunicação (PPGCOM-USP); especialista em Propaganda & Marketing e em Gestão e Inovação em EAD; MBA em Gestão Empresarial; tecnóloga em Design Educacional e Ouvidora certificada.

profasimonealvesdecarvalho@gmail.com

SUMÁRIO



www.pimentacultural.com

CAPITAL SOCIAL E RECONHECIMENTO

análise do trabalho da Pastoral da Saúde