

O âmbito da Saúde Coletiva como uma arena discursiva: questões simbólicas e dialógicas nas trocas comunicacionais

The scope of Public Health as an arena for discourse: symbolic and dialogic questions within communicational exchanges

Ricardo Barreto¹

Resumo

A proposta do presente artigo é revisitar alguns conceitos relacionados à Comunicação em Saúde com o intuito de problematizar modelos comunicativos esquemáticos marcados por uma perspectiva pragmática e utilitarista da linguagem. A hipótese central deste texto parte de uma premissa segundo a qual várias das reflexões sobre as interações comunicacionais no campo da Saúde Coletiva privilegiam, em razão de suas escolhas teóricas, uma fundamentação que, muitas vezes, pouco incorpora algumas dimensões fundamentais do processo comunicacional que ultrapassem um sentido linear de transmissão em favor de uma compreensão mais responsiva na influência mútua entre os sujeitos.

Palavras-chave: Discurso; Saúde; Comunicação.

Abstract

The proposal of this article is to revisit some concepts related to health Communication in order to discuss communicative schematic models marked by a pragmatic and utilitarian perspective of language. The central hypothesis of this text presents as starting points a premise under which several of the reflections on communicative interactions in the field of public health oriented, due to their theoretical choices, a rationale that few times incorporates some decisive dimensions of the communicational process beyond a linear sense of transmission in favor of a more responsive understanding on mutual influence between the subjects.

Keywords: Discourse; Public Health; Communication.

¹ Ricardo Barreto (ricardogbarreto@terra.com.br) é Mestre e Doutor em Letras pela Faculdade Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo (FFLCH/USP) e atua como Consultor em Educação.



Introdução

As interfaces e articulações entre *comunicação* e *saúde* dependem, em primeiro lugar, do que entendemos sobre esses dois termos, observando com isso tanto a teorias do conhecimento quanto a ações políticas que justificam sua aproximação. Enquanto temas para os estudiosos e trabalhadores do âmbito da Saúde, esses dois termos talvez pareçam até certo ponto definidos, assim como suas possíveis relações. O senso comum nos dá pistas do que vem a ser a comunicação, ou o ato de comunicar, algo tão presente no cotidiano das pessoas que se confunde com as próprias atividades de interação social em geral. Também no campo do senso comum, a ideia de ser “saudável” induz a uma compreensão básica expressa na fórmula “ausência da doença”.

Distanciando-se, porém, do entendimento mais imediato do que vem a ser a comunicação e a saúde, podemos dizer que há aspectos que

não se evidenciam facilmente quando esses termos são observados com maior empenho analítico: há modos de definirmos comunicação que não podem ser resumidos, como muitas vezes acontece, a esquemas, da mesma maneira que o conceito de saúde não se limita a um estado determinado por um olhar patológico.

Tanto em suas dimensões conceituais quanto em seu entendimento como práticas que envolvem pessoas, comunicação e saúde devem ser definidos como instâncias do mundo social, variando, por essa razão, no tempo e no espaço. Essa variação ocorre de grupo para grupo, de comunidade para comunidade, de perspectiva teórico-científica para perspectiva teórico-científica. Assim como não se pode imaginar uma sociedade sem transformação, não se pode considerar dois dos elementos centrais da vida social, comunicação e saúde, como dimensões estáticas e portadoras de significados que não se alteram ou que não apresentem conflitos ou desajustes.

Nesse sentido, um primeiro aspecto relevante a ser discutido a propósito da relação entre comunicação e saúde se refere à dinamicidade que cada um desses termos possui, ou seja, que representações da vida social incorporam quando passam a cumprir uma função política. Integradas a um projeto amplo que se configura em resposta a um conjunto de necessidades de uma população, comunicação e saúde deixam de ser puros conceitos para se transformarem em espaços vivos e políticos. Isso significa dizer que qualquer modificação na correlação de visões de mundo vigente na sociedade civil tem como contrapartida transformações nos modos de entender e interpretar o que é saúde e como esta deve ser “traduzida”, comunicada à e pela sociedade. Afinal, os agentes sociais envolvidos nas agências da sociedade civil e da sociedade política não se referem à indivíduos ou grupos sociais em abstrato, inscritas magicamente em um Estado etéreo. O vasto e complexo tecido de relações pressuposto nos campos da Comunicação e da Saúde se constrói e reconstrói no cotidiano de suas práticas políticas, no exercício diário de mediação entre as possibilidades do conjunto de ações que fazem parte de uma política de saúde e as maneiras como elas são veiculadas.

Sob o olhar da História, o mundo em que vivemos renasce a cada instante, fazendo surgir novas narrativas que simbolizam as transformações sociais, culturais e políticas e demandando novas análises e novos olhares sobre a matéria da “vida vivida”, ou seja, sobre as possibilidades dialógicas concretas experimentadas pelas pessoas reais. Paradoxalmente, há um movimento contínuo de naturalização (e não de diversidade) que faz com que relações como as da Comunicação e da Saúde se tornem banalizadas.

Uma primeira hipótese pode ser sintetizada da seguinte forma: as interfaces entre Comunicação e Saúde dependem das concepções de

comunicação e de saúde que estejam em jogo. Nesse sentido, não se pode afirmar que realmente ocorra uma compreensão única sobre as interações entre esses dois campos¹¹. Daí poderemos formular uma segunda hipótese: a depender do modo como conceituamos comunicação e/ou saúde, alguns níveis de interação entre esses conceitos não apontam para a possibilidade de formulação de uma política para o setor Saúde que envolva trocas comunicacionais efetivas.

A ineficiência de determinadas iniciativas na mobilização de alguns grupos sociais e de seu engajamento em ações de política de saúde seriam, ao menos em parte, não o resultado da escolha de meios inadequados de comunicação, mas sim, da ausência de sintonia entre concepções de saúde e de comunicação que são mobilizados (e nem sempre explicitados), apontando para fundamentos dissemelhantes, visões de mundo que não dialogam.

Para além da função de “comunicar algo”, ou “informar” a população sobre determinados riscos ou atitudes que devem ter ao se deparar com seus problemas de saúde, é decisivo delinear o que se entende por comunicar, quais são os lugares dos sujeitos na construção do sentido decorrente desse ato e quais devem ser as mudanças, planejadas previamente, dos comportamentos e das concepções de mundo que sustentam os movimentos de transformação (ou conservação) das condições de vida população.

As relações entre Comunicação e Saúde envolvem, em suma, áreas de conhecimento que, por si só, já são inter ou multidisciplinares (só para ficarmos em alguns exemplos: a biologia, a

¹¹ O conceito de campo utilizado neste artigo toma seu sentido da sociologia de Pierre Bourdieu³ que, em linhas gerais, o define como um microcosmo social que possui uma relativa autonomia, com leis e regras específicas, ao mesmo tempo em que é influenciado e se relaciona a um espaço social mais amplo. No campo, trava-se uma luta entre os agentes que o integram e que buscam manter ou alcançar determinadas posições hierárquicas que são obtidas pela aquisição de capitais simbólicos, valorizados de acordo com suas características e regras específicas.

medicina, a epidemiologia, a geografia, a sociologia, de um lado; a linguística, a semiologia, a cibernética, a filosofia da linguagem, a publicidade, de outro). Somado a essa gama de conceitos, noções e definições pertinentes a cada uma dessas áreas do conhecer, há que se pensar em dimensões envolvidas no setor de planejamento, administração e gestão. Talvez mesmo, se possa dizer que é o “tempero” mais ou menos calibrado pelo conjunto de intenções que definem uma política mais ampla de saúde que garante que o binômio comunicação e saúde se integre não apenas no sentido de uma comunicação mecânica ou puramente midiática.

Saúde: breves considerações sobre o campo

Para citar o caso específico da Saúde Pública no Brasil, uma visão positivista, fruto da interação entre Saúde e Ciência, marcou momentos que antecederam a Reforma Sanitária, no início da década de 1970. Essa mudança de paradigma, que passou a considerar as condições de vida da população e as transformações necessárias para atingir a “qualidade de vida” (conceito que, apesar de profuso, incorpora aspectos da realidade social e individual que não se limitam ao estar ou não acometido por uma doença), ultrapassou uma matriz biologizante¹ oriunda do modo de pensar a saúde em voga desde as décadas finais do século XIX. Inserida no contexto da Ditadura Militar, a Reforma Sanitária brasileira pode ser compreendida também como uma resposta à situação política que defendia como projeto nacional um modelo ainda curativo e centrado na assistência médica e nas especialidades, tendo como referência o hospital.

Ainda que se pudesse falar da existência e permanência de uma medicina social como ideal desde os anos de 1940 até os “Anos de Chumbo”, as iniciativas para a transição de uma

concepção de política de saúde pautada pelo atendimento da massa de trabalhadores, que passa a se concentrar nas grandes cidades, para uma visão ampliada dos conflitos que regem as transformações sociais como um todo, não encontra, nos anos da Ditadura, um ambiente favorável. Em um período no qual palavras, como “social”, encontravam um encaixe ideológico gerador de violência e censura, o projeto hegemônico na saúde não admitia a presença efetiva da população como sujeito de demandas, de interesses e de propostas.

Quando pensamos no processo de construção de sentido que decorre de toda a situação comunicacional, as informações que circulam em um determinado contexto sócio-político encontram aquilo que poderíamos chamar de “ancoragem da significação”. A simples omissão de um termo como “social” em discursos sobre a saúde articulados ao Plano Nacional de Desenvolvimento (II PND), em várias ocasiões^{III}, ou mesmo a escolha seletiva pela ocultação de certas palavras, com o intuito fazer parecer que a realidade se encontra destensionada, não rompe o encadeamento de sentido existente na linguagem, base do ato de comunicar. No caso específico da mensagem propagada pelo poder público responsável pela implementação de políticas de saúde durante o Período Militar, pode-se dizer que, ideologicamente, o termo “social” é substituído pelo significado “modernização”, refletindo com isso uma “leitura” da realidade brasileira, realidade considerada

^{III} “Por ocasião do anúncio do II PND, o Ministro da Previdência proferiu discurso na Escola Superior de Guerra, recomendando, como medidas necessárias, a redução das desigualdades sociais e a ampliação da área de atendimento das necessidades sociais da população em termos das escolas, da habitação, dos níveis sanitários básicos, da proteção médica e previdenciária, colocando-as como pressupostos para o processo de distensão política”³⁷ (p.12).

No interior do plano também foram definidos os campos de atuação dos Ministérios da Saúde e da Previdência Social, ficando o primeiro com um “caráter eminentemente normativo, com ação executiva preferencialmente voltada para as medidas e os atendimentos de interesse coletivo, inclusive vigilância sanitária, e o Ministério da Previdência e Assistência Social, com atuação voltada principalmente para o atendimento médico assistencial individualizado”³⁷ (p.239), o que demarcava também o perfil de financiamento governamental e das estruturas prestadoras de atenção à saúde³⁶ (p.12).

pelas elites como “atrasada” (oposta ao “moderno”) e, conseqüentemente, não saudável.

No contexto brasileiro, o Estado ainda desdobrava, nos anos de 1970, uma política atrelada ao desenvolvimentismo orientado pelas ideias da Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL), vinculada a Organização das Nações Unidas (ONU), tendo como pressuposto da ação política o planejamento de intervenções, cujas prioridades eram determinadas de maneira centralizada. A saúde foi considerada, portanto, como mais um fator de impulso econômico, juntamente com outras políticas, correlacionada ao controle estatal subordinador e ao bom andamento da economia: manter a população com saúde significava manter o trabalhador apto para produzir^{IV}.

Enfim, se o período pré-Ditadura (cuja amplitude temporal se prolonga, a grosso modo, de 1945 a 1964) foi marcado por grandes mudanças na área da Saúde no país, a partir da influência norte-americana que levou o Brasil a adotar o modelo de saúde baseado em grandes hospitais, colocando em segundo ou terceiro planos a constituição contínua de uma rede de Atenção Básica com baixo custo; no período posterior (1964 a 1988) observa-se um avanço parcial com a iniciativa de políticas sociais que fomentaram a redemocratização da Saúde^V. Paralelamente, dois ou mais movimentos foram tomando corpo nos anos que antecederam o surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS). De um lado, a estruturação e o funcionamento dos grandes hospitais cada vez mais atende aos interesses e às necessidades

crescentes da indústria farmacêutica e dos equipamentos médicos, que pode ser interpretado como uma reação burguesa ao aprofundamento do capitalismo no contexto nacional.

O papel do Estado redimensiona a implantação de políticas sociais em vários campos, com destaque para a Saúde e a Educação. Uma situação global marcada pela superprodução de bens, em contraponto ao desemprego gerado pelas inovações técnicas, acompanha a retração do comércio mundial e a elevação de preços das matérias-primas, gerando inflação e recessão em países periféricos como o Brasil. O sentimento de estagnação impacta diretamente as políticas públicas de um modo geral, conduzidas pelo Estado ditatorial através de um regime cujo modelo de desenvolvimento se mostra inoperante.

Comunicação: atravessamentos

Para chegar à concepção da saúde como um processo que não pode ser entendido como um fenômeno biológico ou biomédico, mas sim como uma espécie de superposição de camadas que espelham a complexidade da vida social (como se vive e morre; os valores relacionados ao viver ou não dignamente; as experiências do universo do trabalho; as interações entre o indivíduo e o meio social e ambiental; os sentidos vários de qualidade de vida etc.), torna-se fundamental destacar dois campos de conhecimento que passaram a se associar cada vez mais com os novos modos de pensar a Saúde: a Educação e a Comunicação.

Tratando especificamente da Comunicação, não é demais dizer que esse campo não se limita a uma área do conhecimento. Comunicar pode ser entendido como um conjunto de ações que perpassa todos campos de atividade humanas e sociais. Nesse sentido, comunicar algo nunca pode ser entendido como um objeto isolado de um

^{IV} É interessante o paralelo aqui entre a política de Saúde e a de Educação nesse período, especialmente a proposta de formação da massa trabalhadora pelo projeto do Mobaral: alfabetizar para que os trabalhadores sejam capazes de ler manuais de operação de máquinas. A Educação se voltava para o trabalho, assim como em parte a Saúde.

^V “Dessa forma, a fase que se estende por cerca de quinze anos, e que denomino de “pré-saúde coletiva”, foi marcada pela instauração do ‘projeto preventivista’. A segunda fase, até o final dos anos 70, não isola os ideais preventivista, mas reforça a perspectiva de uma ‘medicina social’, e, a partir de 80 até a atualidade, vai se estruturando o campo da Saúde Coletiva”²⁵ (p.5).

meio em que outras ações comunicativas estão ocorrendo em um campo social. Sinteticamente, poderíamos afirmar que uma ação comunicativa sempre se coloca em relação a outra ação comunicativa que, de modo explícito ou não, lhe confere não apenas o contexto em que essa ação se “encaixa”, mas também quais os possíveis sentidos que ela carrega e produz.

O percurso da Saúde, que brevemente indicamos há alguns parágrafos atrás, nos permite entender o alcance das ideias sobre o processo comunicacional de forma bastante didática. A opção por um modelo de Saúde Pública hospitalocêntrico, cujo valor maior é depositado no conhecimento hiperespecializado, em detrimento do atendimento na Atenção Básica, “comunica” por si só uma série de elementos que passam a compor as formas a partir das quais situações comunicativas institucionais passam a ser “decodificadas”, ou seja, valoradas e significadas pela população.

As construções dos conceitos de saúde que desempenharam funções hegemônicas ao longo de vários períodos de nossa história nacional encontraram, em maior ou menor escala, níveis de entendimento que permitiram comunicar à população (nem sempre de modo claro, é bem verdade) o que se considerava possuir ou não saúde, tanto individual quanto coletivamente. Sempre esteve em jogo uma série de conhecimentos e noções sobre os conceitos de saúde e doença que orientava não apenas as tomadas de decisão sobre quais seriam as ações políticas mais adequadas ou desejadas, como também, quais seriam, em uma dimensão mais elementar, as informações que deveriam ser veiculadas para “tornar pública” a ação política levada a termo, educando com isso a população para que ela pudesse se “adequar” ao modelo de saúde em curso.

Ou seja, comunicar nunca foi somente transmitir informações. Ao comunicar algo, seja qual

for o espaço social em que isso ocorra, transmite-se também um modo como um conjunto de informações deve ser compreendido. Os desvios existentes entre a intenção inicial do que se deve informar e como essa informação deve ser “decifrada” e como ela deve ser efetivamente compreendida (aquilo que os comunicólogos chamam de “ruído”) correspondem ao trânsito próprio do processo comunicacional. Muitas vezes, o ruído não é um efeito de uma má decisão daquele que necessita comunicar (muitos insistem em acreditar que, para dialogar com a população, o trabalhador da Saúde deve “facilitar” a exposição dos conceitos, promovendo inclusive uma “tradução” de termos técnicos para seus correspondentes “populares”, infantilizando os sujeitos para lhes sonegar um contato efetivo com sua própria situação de saúde).

Propor simplesmente um diálogo com a população, sem considerar as assimetrias existentes entre senso comum e conhecimento científico, por exemplo, não necessariamente garante que ocorra um nível desejável de compreensão que acarrete em alguma mudança de comportamento que venha a solucionar problemas relacionados à saúde em indivíduos ou em uma coletividade. Isso a própria experiência tem mostrado. As estratégias que pressupõem conversas, trocas e compartilhamentos, baseados em arranjos descentralizados ou horizontalizados, mas que não levam em consideração a natureza própria da linguagem e de seu aspecto comunicacional, derapam em problemas muitas vezes difíceis de dimensionar. Nesses casos, onde se localizam os problemas? Ou ainda, como tornar mais efetiva, democrática e interessada uma ação comunicativa que esteja vinculada a uma política de Saúde?

Não nos propomos, neste texto cujo objetivo é apenas introdutório, a resolver essas questões. Contudo, algumas pistas podem fazer pensar os limites de algumas estratégias comunicacionais

(e, por extensão, educacionais) que circulam em cursos de formação e capacitação de trabalhadores da Saúde. Como afirma Bakhtin²,

“Aquilo que nós falamos é apenas o conteúdo do discurso, o tema de nossas palavras. Um exemplo de um tema que é apenas um tema seria, por exemplo, “a natureza”, o “homem”, “a oração subordinada” (um dos temas da sintaxe). Mas o discurso de outrem constitui mais do que o tema do discurso...” (p.144).

Uma informação, ou “conteúdo do discurso”, não atinge o outro/interlocutor apenas em seu significado determinado a partir de uma intenção inicial daquele que a originou. Uma informação não se limita a uma simples codificação e decodificação mecânica entre emissor e receptor, o que põe por terra a crença em certos modelos mecanicistas que embasam o ato comunicacional. Trata-se de um processo mais complexo no qual é possível destacar a existência implícita de pressuposições, ambiguidades e indeterminações que influenciam na produção dos sentidos e significações dos sujeitos que circulam pelo campo da Saúde.

Podemos dimensionar, ao menos, duas formas de análise referente à recepção de uma informação: uma que reduz o seu significado ao nível de compreensão, referindo-se a um encaixe dessa informação em uma estrutura “pronta”, e outra, que relaciona o uso e significado do termo ao nível interpretativo, referindo-se à construção de sentido em relação ao conteúdo de algo enunciado em que a informação signifique. Para que alguém possa, de fato, se apropriar de algo que ressignifique seu comportamento, o acesso à informação não pode ser mecânico. Por essa razão, o investimento em estratégia de comunicação que faça parte de uma política de saúde não pode ser implementado sem considerar como as pessoas significam a realidade em que vivem.

Cabe à ação comunicacional partir do pressuposto de que o outro, como diz Bakhtin², constitui, com aquilo que é para ele comunicado, uma relação de troca discursiva que é maior do que um simples tema, por mais relevante que ele seja. Ao contrário do que se pensa, não basta apenas comunicar; para que ocorra de fato um impacto nos modos de ser de uma população em relação a sua situação de saúde, a informação deve significar algo cujo valor produza um “ressignificar” de posturas tidas como verdadeiras e/ou cotidianas.

Considerações finais

O ponto de partida para a formulação de estratégias relacionadas à Comunicação em Saúde deve ser, portanto, não o que se quer ou se deve informar, mas sim o que se quer ou que pode transformar o modo de vida das pessoas. Para tanto, admitir as assimetrias e os conflitos que permitem a tomada de consciência dos limites existentes entre o que se comunica e o que é efetivamente comunicado é o (talvez difícil) passo inicial.

Referências

1. Arouca S. O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. [Tese de Doutorado]. Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas. Campinas; 1975.
2. Bakhtin M. Marxismo e filosofia da linguagem. 4ª edição. São Paulo: Hucitec; 1988.
3. Bourdieu P. A gênese dos conceitos de habitus e de campo. In: Bourdieu P. O poder simbólico. Lisboa: Difel; 1989. p.59-73.
4. Donato AF. Trançando redes de comunicação: releitura de uma práxis da educação no contexto da saúde. [tese de Doutorado]. Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo. São Paulo; 2000.
5. Nunes ED. Saúde Coletiva: história de uma ideia e um conceito. Saúde e Sociedade. 1994; 3(2):5-21.

6. Nunes TCM. As políticas de saúde e o ensino da Saúde Pública no Brasil de 1970 a 1989. In: A especialização em saúde pública e os serviços de saúde no Brasil de 1970 a 1989. [tese de Doutorado]. Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro; 1998. p.12-20.

7. Oliveira J, Fleury S. Clímax da crise: Transparência da Estrutura de Poder (1980-1983). In: (Im) Previdência Social. 60 anos da Previdência Social no Brasil.. Rio de Janeiro: Vozes, ABRASCO;1986. pp. 269-335