

\* Artigo Original

## **Além do informar: a comunicação social a serviço dos processos de promoção em saúde e das redes de gestão e atenção**

### **Anderson dos Santos Machado**

Jornalista, Especialista em Comunicação em Saúde. Assessor de Comunicação da Associação Brasileira da Rede Unida e bolsista-pesquisador da Estação Escola GHC do Observatório de Tecnologias de Informação e Comunicação em Sistemas e Serviço em Saúde (OTICS).

### **Vivian Costa da Silva**

Acadêmica do Bacharelado em Saúde Coletiva - UFRGS e bolsista da Rede Governo Colaborativo em Saúde e Observatório de Tecnologias de Informação e Comunicação em Sistemas e Serviço em Saúde (OTICS).

DOI: 10.3395/receis.v6i2.Sup1.629pt

---

### **Resumo**

O ensaio aborda como o envolvimento dos profissionais de comunicação nos processos referentes à saúde, articulados em rede e num sistema de cooperação interdisciplinar, pode oportunizar a qualificação dos processos comunicativos e o fortalecimento do trabalho integrado na saúde. A experiência da assessoria de comunicação que integra a Rede Unida e outros órgãos parceiros dedicados a promover iniciativas para qualificar o Sistema Único de Saúde demonstra a importância dos comunicadores estarem em contato e usarem a temática da Saúde Coletiva para serem mais ativos no papel da promoção da qualidade da vida da população, da gestão compartilhada, da educação permanente e da participação social mais ativa, seguindo as diretrizes que norteiam o trabalho no SUS.

**Palavras-chave:** Comunicação em Saúde; Saúde Coletiva; Interdisciplinaridade; SUS.

### **Introdução**

A lógica da comunicação nas instituições, inclusive na área da saúde, nem sempre opera no sentido de ampliar a compreensão das pessoas sobre a área onde atuam ou mesmo a inserção da instituição naquela área. Em geral, as assessorias de comunicação estão preocupadas com a imagem da instituição e de seus gestores, desenvolvendo estratégias para melhorar a relação com os públicos internos e externos. O fluxo das informações segue, muito frequentemente, estratégias informacionais de poder, estabelecidas a partir do lugar de fala de quem transfere a informação, que se constituem por meio do próprio discurso, da imagem, do contexto social dentro de um tempo e um espaço histórico. Elas atuam na imposição ou legitimação da informação a partir da perspectiva institucional das organizações e, mesmo, de certa forma, do sistema de saúde como um todo (MORAES, 2008).

Do ponto de vista histórico, a comunicação sempre foi prerrogativa das instituições de saúde, que dela se valeram para apoiar a implantação de suas políticas, divulgando ações e prescrevendo comportamentos. À população não foram facultados meios e canais de expressão, cabendo-lhe o lugar de 'receptores' da comunicação institucional (ARAÚJO *et al.*, 2007, p. 62).

Na administração pública, a comunicação por ser um sistema-meio, esbarra na falta de planejamento em longo prazo, sofrendo com as mudanças decorrentes da troca de gestão e influências das tendências programáticas e políticas. Além disso, sofre consequências das relações políticas entre os poderes, da falta de repartição de recursos e da falta de regulação, que provocam distorções nas estruturas disponíveis, impedindo a consolidação de um trabalho permanente que desenvolva ações mais perenes e efetivas para a instituição e para as temáticas com as quais está envolvida. A consequência é a centralização das falas, a fragmentação das iniciativas e a superficialidade das abordagens e iniciativas com foco na figura dos gestores, chamado por Torquato (2010) de "fulanização comunicativa", que prioriza a pessoa ao invés do fato.

No lado da mídia, os jornalistas mantêm uma postura que também reforça imagens pré-concebidas da saúde. Como procura se referendar em dados repassados pelas fontes como garantia de credibilidade e de respaldo à veracidade da informação, os repórteres e editores dão importância ampla a dados técnicos e estatísticos (MACHADO, 2011, p. 35) e à interpretação técnica e especializada dos mesmos, como se essa fosse a única forma de traduzi-los. É uma forma de autenticar o que está sendo dito e dar um peso maior ao conteúdo.

Mas nem sempre recorrer a esse artifício significa numa transcrição tal foi repassada pela fonte, gerando abalos na relação entre o jornalista com os profissionais de saúde. A área da saúde respeita muito a linguagem e os critérios herdados do rigor científico de tradição contemporânea, para resguardar a precisão no uso dos termos quanto nos parâmetros relativos a cada campo. Já os profissionais de comunicação procuram "traduzir" as informações específicas para uma linguagem mais fácil e simples para um entendimento mais amplo e de forma mais sintética para os espaços disponíveis de tempo e espaço para a publicação da reportagem. O que nem sempre é preciso suficiente, pelo menos aos critérios da saúde. Sobretudo, dificilmente coloca em questão as interpretações técnicas dos dados e dos modos de transformá-los em informação.

## **As lógicas da saúde**

A relação entre os pacientes e os profissionais de saúde foi sendo construída ao longo da história. Foucault (1979) diz que a medicina dos séculos XVII e XVIII era profundamente individualista por parte do médico, qualificado pela própria corporação dos médicos que compreendia conhecimento de textos e transmissão de receitas mais ou menos secretas ou públicas.

Quanto à intervenção do médico na doença, ela era organizada em torno da noção de crise. O médico devia observar o doente e a doença, desde seus primeiros sinais, para descobrir o momento em que a crise apareceria. (...) A ideia de uma longa série de observações no interior do hospital, em que se poderia registrar as constâncias, as generalidades, os elementos particulares, etc., estava excluída da prática médica. Vê-se, assim, que nada na

prática médica desta época permitia a organização de um saber hospitalar, como também nada na organização do hospital permitia intervenção da medicina. As séries hospital e medicina permaneceram, portanto, independentes até meados do séc. XVIII (FOUCAULT, 1979, p. 59).

A mudança para o processo procurou purificar o ambiente hospitalar dos efeitos “nocivos” da desordem, que facilitaria a transmissão de doenças para a população, conforme campo discursivo construído naquele período. Com isso, a figura do médico foi ganhando um maior destaque como centralizador dos processos de saúde e também como detentor do melhor conhecimento sobre a saúde. De acordo com a análise feita por Foucault, da transformação nos conhecimentos, práticas e performances profissionais no interior do hospital:

A partir de então, a forma do claustro, da comunidade religiosa, que tinha servido para organizar o hospital, é banida em proveito de um espaço que deve ser organizado medicamente. Além disso, se o regime alimentar, a ventilação, o ritmo das bebidas, etc., são fatores de cura, o médico, controlando o regime dos doentes, assume, até certo ponto, o funcionamento econômico do hospital, até então privilégio das ordens religiosas. Ao mesmo tempo, a presença do médico se afirma, se multiplica no interior do hospital. O ritmo das visitas aumenta cada vez mais durante o século XVIII (FOUCAULT, 1979, p. 59).

A informação científica de configuração moderna passa, então, a dominar os processos de saúde, num processo hermeticamente fechado que busca a precisão e o controle sobre todos os aspectos do funcionamento biológico do corpo humano e seus mecanismos de adoecimento cura. Esse discurso é tomado como isento de qualquer análise ou questionamento pela mídia, como se fosse único, não estivesse sujeito a interferências com o argumento de ser exato, sem margem para questionamentos.

Tal postura, no entanto, pode resultar na ressonância de discursos hegemônicos da área da saúde por descartar o questionamento quanto ao referencial estritamente biológico, que é insuficiente para compreender e abordar o processo saúde-doença, que segundo CECCIM *et al.* (2008/2009, p. 447-448), ainda vigora no “imaginário de saúde como prestação de serviços altamente tecnificados, com usuários tomados por seus padrões biológicos, como processo saúde-doença constituído por história natural”, onde o hospital ocuparia o topo de uma hierarquia qualitativa de trabalho na saúde. Imaginário esse que, para os autores, é um produto constituído desde a formação e que é embasado em interesses corporativos e particulares.

Mas mesmo sob o ponto de vista formal, a relação entre serviços de saúde e usuários envolve muitos outros aspectos além do encontro físico entre médico e paciente:

Há, entre outros fatores, as políticas de saúde em cada local e as concepções dos indivíduos sobre o que é estar doente. A doença é uma experiência que não se limita à alteração biológica pura, mas esta lhe serve como substrato para uma construção cultural, num processo que lhe é concomitante. Não queremos dizer com isso que exista uma sequência de “primeiro biologia e depois cultura”, mas sim que existem percepções culturais acerca de um fenômeno que também abarca o biológico, mas que o supera. Ou seja, uma determinada pneumonia bacteriana pode ser causada pelo mesmo agente infeccioso em todo o mundo, com alterações fisiopatológicas equivalentes em diversos indivíduos. Mas a forma de tratamento, o sistema de saúde disponível e, sobretudo, a percepção que a pessoa acometida terá sobre a sua doença variarão enormemente (OLIVEIRA, 2002, p. 64-65).

O jornalista precisa estar atento a outras formas de práticas de saúde que não apenas ao apontado pela hegemonia biomédica, procurando dialogar com essa prática médica a partir de uma postura crítica, buscando uma visão holística do processo saúde-doença, como aponta Kucinski (2000). A comunicação tem potência para quebrar esse padrão de assistência à saúde constituído nos últimos séculos.

Akerman *et al.* (2012, p.175) ressaltam que há outras referências a respeito da saúde, da doença, da vida e da morte, também histórica e socialmente constituídas, como as medicinas orientais, o saber popular sobre saúde e os diversos conhecimentos que os diferentes segmentos sociais acumularam a respeito ao longo da existência. O processo saúde e adoecimento e os modos de organizar o cuidado não são apenas acumulações lineares, mas de disputa de projetos de mundo, e a visibilidade das manifestações constitui parte da disputa:

Políticas públicas são decididas num processo de luta por hegemonia, no qual o poder simbólico é um dos elementos centrais. Como aponta Bourdier (1989), é o 'poder de fazer ver e fazer crer' e tem na comunicação um importante vetor. De modo simplificado, quando alguém ou um grupo, por determinadas variáveis, consegue que seu ponto de vista sobre um aspecto da realidade seja mais aceito como verdade do que outros, terá ampliado suas chances de orientar o investimento público no setor, ou seja, influenciar as políticas públicas. Os dispositivos de comunicação mobilizados nesse embate, em qualquer ordem de grandeza ou visibilidade, são um componente ativo do processo, podendo, inclusive, neutralizar componentes outros, como o capital econômico. (ARAÚJO *et al.*, 2007, p.23).

Como a atenção integral à saúde não corresponde somente ao acesso às tecnologias biocientíficas, tampouco a garantia de acesso é igual a todos os setores da população, outros fatores que ampliam as chances de intervenção oportuna, que valorize outras abordagens políticas e científicas e as diferentes práticas terapêuticas. Estes fatores são capazes de auxiliar na escuta, cuidado e tratamento de pessoas e coletivos e na superação das crises setoriais, construindo uma referência social ao pensamento intelectual da área (CECCIM *et al.*, 2008/2009, p.447).

No que se refere à qualificação da capacidade de analisar esses aspectos de forma mais ampla e menos submetida ao "senso científico" (aqui colocado em oposição a um pensamento intelectual capaz de uma leitura mais densa do cotidiano), a área da saúde coletiva vem produzindo conceitos que vale recuperar para essa reflexão. Para garantir uma maior cobertura dos temas pertinentes ao Sistema Único de Saúde, o conceito de 'quadrilátero da formação' procura unir ensino, atenção, gestão e controle social em saúde a partir da educação. "Esse conceito é resultado do processo de reflexão e construção de inovações para uma política nacional de educação permanente, isto é, uma gestão da formação integrante do cotidiano do Sistema de Saúde" (CECCIM *et al.*, 2008/2009, p. 449). Conceito central na política de educação na saúde do SUS, o "quadrilátero" dá visibilidade não exatamente a uma imagem fixa, mas ao processo que constituiu a cena do cuidado ou da gestão que está em análise. Esse conceito contribui com o debate para construir novas lógicas de comunicação na saúde.

## **A aproximação com a Saúde Coletiva**

O movimento para ampliar um espectro maior de atuação de diferentes profissionais em prol da promoção da saúde é um dos temas que se ocupa a Saúde Coletiva, que é definida como

núcleo de saberes e como práticas sociais que tem por objeto o conjunto das necessidades sociais de saúde e que, portanto, "dá suporte às práticas de distintas categorias e atores sociais face às questões de saúde/doença e da organização da assistência" (DONNANGELO, 1983 apud AKERMAN *et al.*, 2012, p.171). A produção intelectual e nas políticas de saúde acerca da promoção da saúde é uma das estratégias utilizadas contemporaneamente para deslocar a lógica biomédica do lugar de hegemonia ocupado na modernidade.

Nunes (2006), por sua vez, compara o campo da Saúde Coletiva a um mosaico - "conjunto de partes separadas, mas que se aproximam quando a compreensão dos problemas ou a proposta de práticas se situam além dos limites de cada 'campo disciplinar', exigindo arranjos interdisciplinares". Um campo de conhecimentos que embasa práticas no cotidiano.

Devido a sua amplitude de atuação, as ações de Saúde Coletiva se refletem nas práticas sociais de saúde das pessoas e grupos sociais como usuários, movimentos como no sistema e nos serviços de saúde, daí a importância das contribuições de várias disciplinas do campo da saúde (AKERMAN *et al.*, 2012, p.173).

No campo da saúde, a lógica proposta inclui a construção integrada multiprofissional e interdisciplinar e a capacidade de estabelecer canais amplos de comunicação entre os profissionais e também com os usuários de garantir uma maior participação. Ceccim (2005) defende que a organização dos processos de trabalho deve seguir uma lógica diferenciada da usada nas empresas em geral e bem absorvida em diversos processos de trabalho contemporâneos na saúde. Para não perder a dimensão complexa desse trabalho, que é singular, os profissionais e também os anseios dos usuários deveriam ser compreendidos como *coletivos organizados*:

A noção de coletivo vem dar conta da disposição em grupo de pessoas interligadas por uma tarefa que constitui finalidade produtiva; a noção de coletivo organizado põe a esse agrupamento de pessoas uma convergência, uma composição de roda, como na já mencionada mandala. Quando nos referimos a um coletivo organizado, não estamos falando dos trabalhadores individualmente e nem da sociedade dos trabalhadores, mas de agrupamentos articulados por um fim. Um coletivo organizado, entretanto, não configura necessariamente uma unidade, ele não é um organismo, mas um dispositivo. Não se propõe como um espírito de corpo ou em um espírito de corpo ou em um fisiologismo, mas em produção de encontro; de intercâmbio de provocações, de alteridade. O que dá organização ao dispositivo coletivo organizado não é a identidade entre seus membros, mas seu objetivo de produção (CECCIM, 2005, p. 170).

Ou seja, a lógica hierárquica e naturalizada que muitas vezes está subjacente às estratégias de comunicação tem efeito mais de fortalecer a imagem constituída do que de potencializar novos arranjos. Merhy (1997, 2007) fala do compromisso efetivo que os trabalhadores de saúde devem assumir com as necessidades dos usuários, que permita explorar de modo exaustivo o que as tecnologias em saúde para um novo modo de operar a gestão do cuidado em saúde. "Mostra como essa passa pela produção de novos coletivos de trabalho comprometidos ético-politicamente com a radical defesa da vida individual e coletiva" (CHAGAS *et al.*, 2009, p. 192).

A importância de diferentes profissionais trabalhando e, mais do que isso, de diferentes formas de organizar o trabalho desses sujeitos, assim como seus efeitos no fortalecimento do SUS ou de outros arranjos tecnoassistenciais, também deve ser levada em consideração pelo

comunicador. Este deve procurar se integrar aos processos da saúde, da mesma forma que este campo também precisa reconhecê-lo como mais um profissional que pode fazer parte do grupo interdisciplinar, especialmente na gestão em saúde, para dar suporte mais qualificado às necessidades comunicacionais da área. Mais do que demanda corporativa, aqui está em destaque a compreensão de que o núcleo de capacidades profissionais da comunicação contribui com a ampliação da capacidade de gerar fluxos comunicacionais mais adequados ao fortalecimento do SUS.

Conforme apontam Araújo *et al.* (2007), no campo da saúde, a comunicação objetiva o aperfeiçoamento de um sistema público de saúde em todas suas dimensões e a participação efetiva das pessoas na construção dessa possibilidade. "O objetivo deve ser, minimamente, estabelecer um debate público sobre temas de interesse e garantir às pessoas informações suficientes para a ampliação de sua participação cidadã nas políticas de saúde" (ARAÚJO *et al.*, 2007, p. 61).

No campo da saúde, a comunicação não se dissocia da noção de direito, é dirigida a 'cidadãos', objetiva o aperfeiçoamento de um sistema público de saúde em todas suas dimensões e a participação efetiva das pessoas na construção dessa possibilidade. Em consequência, não pode se limitar a ter a persuasão como estratégia, nem trabalhar apenas com a ideia de divulgação: o objetivo deve ser, minimamente, estabelecer um debate público sobre temas de interesse e garantir às pessoas informações suficientes para a ampliação de sua participação cidadã nas políticas de saúde (ARAÚJO *et al.*, 2007 p.61).

Ao comunicador não cabe apenas repassar informações ou organizar eventos ou campanhas da área da saúde, sem um envolvimento com as necessidades deste campo que o de apenas agir nos processos comunicativos tradicionais. Um exemplo está nos temas relacionados por Akerman *et al.* (2012, p. 172) que dialogam com as necessidades sociais como o meio ambiente, as condições de trabalho, os hábitos culturais que interferem no modo de viver, a estrutura e oferta dos serviços de saúde, entre outros. Não são objetos de intervenção direta do profissional de comunicação como gestor ou como agente prestador de serviço de assistência, mas estão cotidianamente em pauta nos veículos de comunicação ou fazem parte das ações de divulgação e assessoria daqueles que atuam na comunicação institucional. Há uma potencialidade pedagógica nas ações de comunicação que necessita considerar as dinâmicas do trabalho:

O trabalho das equipes e o das organizações de saúde deve, ainda, contribuir para ampliar a autonomia e a capacidade de intervenção dos usuários das ações e serviços de saúde sobre suas próprias vidas, apoiando as pessoas para que ampliem sua capacidade de pensar-se nos contextos social e cultural. O trabalho não pode tomar como referência apenas a busca eficiente de evidências ao diagnóstico, cuidado, tratamento, prognóstico, etiologia e profilaxia das doenças e agravos; deve, também, buscar o desenvolvimento de condições de atendimento às necessidades de saúde das pessoas e das populações, o desenvolvimento da gestão setorial e o desenvolvimento do controle social em saúde. A construção conceitual e prática do trabalho em equipe decorre do esforço de mudar o trabalho técnico verticalmente hierarquizado para um trabalho com interação social entre os trabalhadores, com possibilidades à autonomia e à criatividade no fazer coletivo. (CECCIM, 2005, p. 168-169)

## Uma comunicação mais atuante

Na área da saúde, a comunicação não se limita a divulgar valores e valorizar um marca ou noticiar um determinado fato. Constitui-se "em direito de todos os cidadãos conhecer os fenômenos do viver, do adoecer, do cuidar-se, e do morrer. Esse conhecimento é indispensável para se ter maior autonomia para produzir/conduzir sua própria saúde" (AKERMAN *et al.*, 2012, p. 175).

Se pensarmos que a maioria das práticas de saúde inclui um forte componente de comunicação, seus profissionais, sejam da atenção básica ou da especializada, da prevenção ou da promoção da saúde, estão diretamente implicados neste campo e desenvolvem estratégias de comunicação, mesmo que não seja de forma planejada e 'autorizada'. E, se é assim, essa comunicação com tantas faces, sujeitos e ambientes não pode ser vista apenas como exclusividade de comunicadores, embora precise do compromisso e conhecimento especializado dos mesmos. Permite compreender a comunicação como espaço da produção social dos sentidos, no qual se verificam a produção, a circulação e a apropriação de bens simbólicos (ARAÚJO *et al.*, 2007, p.73).

Outra preocupação é procurar descentralizar as ações comunicativas de modo a ampliar a participação de mais atores. Para isso, é preciso mudar práticas de gestão que estão naturalizadas e que consolidam a concentração de poder e legitima determinadas vozes em detrimento de outras. "Concentrar comunicação significa concentrar poder. Forças centrípetas se organizam em torno da luta pela democratização das comunicações. Mas, no âmbito da prática comunicativa em saúde, o debate é escasso e ralo" (ARAÚJO *et al.*, 2007, p. 77).

Da mesma forma como se desenvolvem nas redes sociais, os aparatos de comunicação oficiais devem criar condições para que outras vozes sejam ouvidas, mas principalmente valorizadas como discurso legítimo, de modo a trazer à tona conceitos como equidade (dar uma chance ou suporte maior a quem está em desvantagem, de modo a equilibrar as diferenças) e a universalidade (acesso a todos), criam-se condições para que as diversas comunidades discursivas possam, no nível que lhes compete, cumprir adequadamente sua finalidade. Como indicam Araújo *et al.* (2007, p.82), "uma redistribuição dessas capacidades não significa falar de igualdade de competências, mas de criar condições para que a polifonia social seja ouvida e de fato considerada" e possam se apropriar e se apoderar de meios de produção, de canais de circulação, dos conteúdos circulantes, de informações, de processos.

A comunicação tem papel importante a cumprir aí e nos processos mediados, podendo facilitar ou dificultar a participação. Dificultará se a única prática concebida for a produção e circulação de materiais que se destinem a disseminar a voz dos profissionais da saúde, ensinando à população hábitos e condutas promotores de saúde; sem considerar seus conhecimentos ou lhes oferecer interlocução; que apresentem os problemas de saúde como decorrentes do comportamento individual, ocultando seus determinantes sociais, econômicos e políticos. (...) Facilitará se a estratégia principal for desenvolver espaços, processos e práticas que ampliem as vozes mais periféricas, sejam das comunidades discursivas, dos trabalhadores da saúde ou da população, permitindo-lhes disseminar seus interesses e pontos de vista; e de modo complementar, se forem oferecidos a essa população, de forma adequada, conhecimentos sobre seus direitos e outras informações que facilitem sua relação com as instituições e os serviços de saúde, favorecendo que ela se aproprie e potencialize as iniciativas surgidas. (ARAÚJO *et al.*, 2007, p. 84-85).

Ao comunicador em saúde, seja na mídia ou em assessoria, não acabe apenas a responsabilidade de mediar o trânsito de informações com a população, mas o de ser também um agente crítico e participante das políticas públicas de saúde, como espera de todos os cidadãos. Mas desse segmento se espera um maior protagonismo por conta do caráter social de atuação dos comunicadores.

## **Atuando em rede**

A comunicação em saúde, ao facilitar a transferência de informações, utilizando elementos culturais dessa sociedade, colabora na prevenção de doenças e na promoção da saúde, na medida em que estimula uma mudança nos comportamento dos indivíduos. Usar estratégias para captar a atenção dos indivíduos de um grupo a partir do conhecimento da realidade, da vida cotidiana do indivíduo, de suas necessidades, comportamento, interação e expectativa social, demonstra ser uma forma de estimular a promoção da saúde de uma forma mais integrada às necessidades e potencialidades de um determinado grupo.

O desafio de estabelecer um vínculo mais próximo entre os processos da saúde com as estratégias de comunicação tem norteado as ações da assessoria integrada que dá suporte para as divulgações da parceria entre a Associação Brasileira da Rede Unida, Rede Governo Colaborativo em Saúde e Observatório de Tecnologias de Informação e Comunicação em Sistemas e Serviço em Saúde (OTICS). Seguindo o propósito destas entidades de atuar em rede para qualificar os processos de gestão, educação e cuidado na saúde pública, as ações de comunicação desta assessoria também buscam embasar suas atividades numa outra lógica. A proposta é não ser apenas um canal de divulgação institucional, mas atuar ativamente na promoção dos conceitos que são caros ao campo da Saúde Coletiva, buscando trabalhar em conjunto com as estratégias desenvolvidas pelos sanitaristas para qualificar os processos relativos à saúde da população. Para tanto, tem buscado desenvolver iniciativas comunicacionais que fortalecem as parcerias institucionais com órgãos de governo, universidades e entidades representativas de trabalhadores, pesquisadores, estudantes e usuários.

Nas atividades desenvolvidas pela assessoria da Rede Unida/Rede Governo Colaborativo em Saúde/OTICS, as ações integradas procuram dar visibilidade aos projetos e iniciativas desenvolvidas por essas entidades. O objetivo nestas ações tem sido dar destaque também a parceiros estratégicos para o desenvolvimento de ações que visam à qualificação do SUS, reforçando conceitos essenciais à Saúde Coletiva, de modo colaborativo no esforço de educar constantemente para a promoção da saúde, do cuidado para a educação permanente.

Entre as iniciativas, está o suporte ao VER-SUS, Vivência e Estágio na Realidade do Sistema Único de Saúde, oferecido a estudantes universitários para conhecer o cotidiano dos serviços de saúde pública. A assessoria tem coordenado a divulgação das iniciativas, buscando valorizar as experiências vivenciadas, permitindo um espaço de maior protagonismo dos estudantes.

Outro destaque é a Revista Redes Colaborativas em Saúde, planejada para divulgar os diferentes segmentos que a Rede Governo Colaborativo em Saúde. A publicação busca promover boas práticas que qualificam o SUS, além de ações de parceiros e a produção científica dos pesquisadores em rede. A revista é publicada semestralmente em meio impresso e na internet.

Outro recurso que explora as práticas comunicacionais a favor da saúde pública está no canal de vídeos da Rede Unida na internet. O espaço reúne declarações de pesquisadores, gestores, trabalhadores, professores e estudantes envolvidos com a temática da saúde. O acervo está ajudando a preservar e difundir os pensamentos e propostas de diferentes fontes que trabalham com a temática da saúde, com o olhar para o coletivo e qualificação da saúde pública de qualidade.

A construção de estratégias de comunicação tem procurado respeitar a participação de diferentes atores e processos, de modo a ampliar o espaço de fala e aproximar diversos segmentos. Mais que promover aspectos institucionais, o desafio é estabelecer ações comunicacionais que colaborem para estimular mudanças culturais que consolidem o Sistema Único de Saúde, num processo de maior empoderamento das ações em saúde por parte dos usuários e trabalhadores, para qualificar o cuidado, a gestão, a formação e participação social.

### **Considerações Finais**

A experiência de promover as iniciativas em rede em prol da qualificação do Sistema Único de Saúde desenvolvida na Rede Unida e entidades parceiras reforça a necessidade do trabalho interdisciplinar no campo da saúde, envolvendo diferentes profissionais para a promoção da qualidade da vida, do cuidado humanizado, da gestão compartilhada e da participação social mais ativa. Os profissionais de comunicação não devem se restringir à divulgação e organização de ações institucionais restritas às entidades para qual prestam serviço.

O envolvimento, desde o planejamento até a execução das ações pelos profissionais de comunicação, ajuda na construção de estratégias comunicacionais mais eficazes, impulsionando o trabalho interdisciplinar que estimule o fortalecimento das redes que deem suporte ao SUS. Para os profissionais de saúde, esta aproximação também pode ser benéfica, ao poderem contar com um suporte mais especializado para planejar, desenvolver e executar as estratégias comunicativas com os diferentes públicos. Da mesma forma, também é importante trabalhar os temas com os gestores, para que estes também estejam em sintonia com essa postura, de forma que aceitem e incentivem o trabalho integrado entre saúde e comunicação.

Na comunicação em saúde, os valores do trabalho em rede para a educação permanente exigem um maior envolvimento com a temática, de modo a atuar de maneira integrada com a gestão, com a assistência, com a participação e o ensino. O envolvimento desde o planejamento até a execução das ações pelos profissionais de comunicação ajuda na construção de estratégias comunicacionais mais eficazes. Além disso, podem auxiliar na articulação em rede com diferentes instâncias usando as ferramentas de comunicação. Para a cobertura jornalística, essa aproximação com a Saúde Coletiva pode garantir uma visão mais consistente e ampliada a respeito do SUS e da promoção da saúde, de forma a valorizar iniciativas que melhorem a qualidade da vida da população e reduzindo as tensões com o modelo que prega os processos saúde-doença como única forma de saúde.

A participação mais ativa dos comunicadores na saúde pode auxiliar numa qualificação dos processos comunicacionais deste campo, impulsionando o trabalho interdisciplinar que estimule o fortalecimento das redes que deem suporte ao SUS e todos os atores que dele estão integrados. Para os profissionais de saúde, esta aproximação também pode ser benéfica,

ao poderem contar com um suporte mais especializado para planejar, desenvolver e executar as estratégias comunicativas com os diferentes públicos.

O incentivo a cursos de formação e qualificação em comunicação em saúde, com ênfase no SUS, é vital para estimular com que os profissionais da área atuem com essa lógica mais abrangente. Da mesma forma, também é importante trabalhar os temas com os gestores, para que estes também estejam em sintonia com essa postura, de forma que aceitem e incentivem o trabalho integrado entre saúde e comunicação.

## Referências bibliográficas

AKERMAN, M.; FEUERWERKER, L. Estou me formando (ou eu me formei) e quero trabalhar, que oportunidades o sistema de saúde me oferece na saúde coletiva? Onde eu posso atuar e que competências preciso desenvolver?. In: CAMPOS, G. W. S. (org.). **Tratado de Sade Coletiva**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2012. p. 171-188.

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

CECCIM, R. B. Onde se lê "Recursos Humanos da Saúde", leia-se "Coletivos Organizados de Produção da Saúde": Desafios Para a Educação. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.) **Construção Social da Demanda**. Rio de Janeiro: Uerj/IMS/Cepesc/Abrasco, 2005. p. 161-180.

CECCIM, R. B. *et al.* Educação e Saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteira. **Trabalho, Educação e Saúde**. Rio de Janeiro, v.6, n.3, p.443-456, nov. 2008/fev. 2009.

CHAGAS, M. S.; MERHY, E. E. Trabalho vivo em ato na defesa da vida até na hora de morrer. Lugar Comum – Estudos de mídia, cultura e democracia, Rio de Janeiro, n.29, p. 187-204, 2009. Disponível em:

<[http://uninomade.net/wp-content/files\\_mf/111102120447lugarcomum\\_29\\_completa.pdf](http://uninomade.net/wp-content/files_mf/111102120447lugarcomum_29_completa.pdf)>.

Acesso em: 22 ago. 2012.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

KUCINSKI, B. Jornalismo, Saúde e Cidadania. **Interface** - Comunicação, Saúde e Educação. Botucatu, v.4, n.6, p.181-186, 2000 [DOI:10.1590/S1414-32832000000100025].

MACHADO, A. S. **A disputa entre público e privado na cobertura jornalística do Sistema Único de Saúde**. 2011. 64 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Comunicação em Saúde) – Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul e Unisinos, Porto Alegre.

MERHY, E. E. **Gestão da produção do cuidado e clínica do corpo sem órgãos**: novos componentes dos processos de produção do cuidado em saúde, 2007. Disponível em:

<<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-25.pdf>>. Acesso em: 22 ago. 2012.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: HUCITEC, 1997.

MORAES, A. F. Informação Estratégica para as Ações de Intervenção Social na Saúde. **Ciências Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, supl.2, p. 2041-2048, 2008. [DOI:10.1590/S1413-81232008000900008].

NUNES, E. D. Saúde Coletiva: uma história recente de um passado remoto. In: CAMPOS, G. W. S. (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, p.19-40, 2006.

OLIVEIRA, F. A. **Antropologia nos serviços de saúde: integralidade, cultura e comunicação**. **Interface** - Comunicação, Saúde e Educação. Botucatu, v.6, n.10, p.63-74, 2002. [DOI:10.1590/S1414-32832002000100006].

TORQUATO, G. **Tratado de comunicação organizacional e política**. São Paulo: Cengage Learning, 2010.