



Universidad Nacional de Córdoba

Repositorio Digital Universitario

Comunicação, participação e cultura na promoção da saúde: O campo da comunicação em saúde em contextos institucionais a partir da perspectiva construtivista (Estudo de caso na cidade de Córdoba, Argentina)

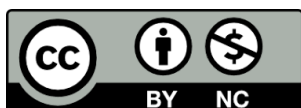
Dionisio Francisco Egidos

Cómo citar el artículo:

Egidos, D. F. (2012). Comunicación, participación e cultura na promoção da saúde: O campo da comunicação em saúde em contextos institucionais a partir da perspectiva construtivista (Estudo de caso na cidade de Córdoba, Argentina). *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde*, vol. 6 (núm. 4). Disponible en: <http://hdl.handle.net/11086/6354>

Licencia:

Creative Commons Atribución-NoComercial 4.0 Internacional



* Artigo Original

Comunicação, participação e cultura na promoção da saúde: O campo da comunicação em saúde em contextos institucionais a partir da perspectiva construtivista (Estudo de caso na cidade de Córdoba, Argentina)^{1 2}

Dionisio Francisco Egidis

Escuela de Ciencias de la Información (ECI) – Universidad Nacional de Córdoba (UNC), Argentina. Doutorando em Comunicação Social (Universidad Nacional de Córdoba). Bacharel em Comunicação e Cultura Contemporânea (UNC). Lic. Com. Social UNC. Professor ECI – UNC: Com. Institucional; Oficina de Metodologia da Pesquisa; Com. e Saúde no Primeiro Nível de Atenção (Diploma em Com. e Saúde). Coordenador Área Com. Institucional e Comunitária; Dir. Atenção Primária de Saúde – Município de Córdoba.
degidos@arnet.com.ar

DOI: 10.3395/reciis.v6i4.668pt

Resumo

Focalizamos este trabalho no campo investigativo da promoção da saúde, rico em suas possibilidades de indagação a partir da articulação entre o social, o cultural e o comunicacional, e – paradoxalmente – pouco explorado através desse cruzamento tridimensional. Pesquisamos as experiências de promoção da saúde desenvolvidas entre 1998 e 2005 por mulheres promotoras da saúde em um centro de saúde municipal de um bairro de setores sociais vulneráveis da cidade de Córdoba, Argentina. Perguntamo-nos se a mudança das práticas comunicativas e de participação entre: equipe de saúde/população, equipe de saúde/promotoras e promotoras/população facilita ou não o surgimento de práticas transformadoras de promoção da saúde. Nosso objetivo geral foi dar conta de tais práticas – a partir de suas condições históricas de produção – bem como de suas transformações na trajetória dos agentes no campo social. A perspectiva Construtivista-Estruturalista de Bourdieu propiciou o enquadramento teórico geral. Complementamo-la com a Teoria da Estruturação de Giddens e a proposta sociológica cultural de Williams. A conceitualização específica originou-se dos estudos culturais da comunicação, da participação e da saúde. Elaboramos

¹ Aos mencionados centros acadêmicos e/ou seus correspondentes portais de internet ou sítios na web, agregamos as bibliotecas da Fac. De Ccias. Médicas, da Esc. De Ccias. De la Información e a Esc. De Trabajo Social da UNC; 8º (Salta) e 9º (Tucumán) Congreso REDCOM Argentina; IV Foro de Investigación e Intervención social (Córdoba); Observatorio de Salud del Ministerio de Salud de la Pvcia. de Córdoba; Dirección de Atención Primaria de la Salud de la Municipalidad de Córdoba; Revistas especializadas en ciencias sociais, comunicação ou saúde: Zigurat (Fac. Cias. Sociales – UBA), Estudios (CEA – UNC), Documentos do CIFYH, Re-presentaciones (Univ. Stgo. De Chile), Revista de Gerenciamiento de Políticas de Salud (Bogotá), Razón y Palabra (México), Diálogos de la Comunicación (FELAFACS –Lima) y Chasqui (CIESPAL – Quito) (entre outros recursos).

² Artigo baseado no trabalho de tese de Egidis, Dionisio (2011) “*Las Prácticas Sociales de Comunicación y de Participación en el Campo de la Promoción de la Salud*” (Estudio de caso en el ámbito de la salud pública municipal en la Ciudad de Córdoba). Tese de Mestrado não publicada. Mestrado em Comunicação e Cultura Contemporânea. Centro de Estudios Avanzados. Universidad Nacional de Córdoba. Argentina.

metodologicamente nosso trabalho no paradigma interpretativo e na pesquisa qualitativa (estudo de caso).

Palavras-chave: Comunicação; Participação; Cultura; Promoção; Saúde.

A título de introdução

No caso da instituição saúde, de suas organizações concretas e dos cidadãos que utilizam seus serviços – especialmente se nos referirmos à atenção primária da saúde (APS) no primeiro nível de atenção – tanto a comunicação como a participação devem ser consideradas dimensões axiais em função do alcance de seus objetivos.

Apresentaremos aqui alguns dos resultados de uma pesquisa dentro do âmbito da saúde pública, focalizada no campo da promoção da saúde em APS. A escolha temática baseia-se no fato de que o referido campo – por sua própria natureza informativa/formativa/comunicativa – é uma área de estudo rica em suas possibilidades de indagação do ponto de vista da articulação entre o social, o cultural e o comunicacional, e – paradoxalmente – pouco explorada a partir da articulação dessas três dimensões.

Cuidaremos das três práticas sociais de comunicação e de participação – a partir de suas condições históricas de produção – desenvolvidas entre 1998 e 2005 por mulheres promotoras de saúde em um centro de saúde municipal de um bairro urbano marginal da cidade de Córdoba, com a finalidade de contribuir para o conhecimento do mencionado campo.

Os propósitos gerais do trabalho são: caracterizar o campo social construído como objeto de estudo; dar conta das práticas sociais de comunicação e participação desenvolvidas nas trajetórias dos agentes intervenientes; e considerar a travessia da dimensão institucional na problemática.

O trabalho de pesquisa está fundamentado na necessidade de analisar experiências comunicacionais e realizar estudos setoriais que permitam gerar propostas de ação e/ou intervenção e que redundem em uma contribuição à eficiência do sistema de saúde e o bem-estar da população.

A realidade argentina demonstra que a educação e a saúde têm sido, sem dúvida, os âmbitos mais castigados pelo modelo econômico neoliberal instaurado no final dos anos 80 e consolidado em sua versão mais ortodoxa durante a década de 90. Um Estado “ausente” em relação a esses aspectos gravitacionais para o desenvolvimento do país produziu uma grave crise, a qual até hoje – apesar da proclamada melhoria da situação macroeconômica – não conseguiu superar.

Nesta situação, em que o setor público em geral e o subsetor da saúde em particular passam por uma etapa de crise, mudanças e redefinições, são escassos os estudos realizados sobre a problemática que contemplam a dimensão comunicacional, seu marco cultural e as condições históricas de produção. Da mesma forma, podemos notar que ainda são escassas, no âmbito da saúde, as experiências que dão ao aspecto comunicacional a importância que este tem, sobretudo no que tange a projetos de promoção de saúde comunitária.

Que problemática e a partir de que alinhamentos teórico-conceituais?

Nossa prática profissional permitiu-nos observar a relação entre a modificação das condições de produção e a mudança nas práticas de comunicação e vice-versa, na dinâmica dialética dos agentes no campo social.

O trabalho com setores sociais vulneráveis permitiu-nos observar como muitas práticas sociais relacionadas à saúde se tornam obsoletas, inúteis, quando não iatrogênicas. Da mesma forma, a população – por desconhecimento de outro tipo de oferta ou como consequência da supremacia do discurso hegemônico em saúde (biologista-assistencialista-baseado na doença) – naturalizou e, inclusive, continua demandando a existência de tais práticas, cujos resultados são visíveis. De outro lado, a distância social e cultural entre os integrantes das equipes de saúde e os usuários dos serviços em geral é muito grande e isso, naturalmente, incide nas possibilidades de acesso à saúde por parte dos setores com menores recursos.

Concordamos com Giddens (1995) quando caracteriza o agente social como competente, ativo, produtor e reproduzidor da estrutura. Não obstante, vale a pena recordar que estamos falando de agentes sociais pertencentes a setores excluídos da população, que apresentam necessidades básicas insatisfeitas. Diante de tal panorama, torna-se útil perguntar até onde as condições históricas de existência desses agentes sociais facilitam ou dificultam o exercício de sua competência em termos de práticas transformadoras. Até onde e como sua posição no campo social lhes permite desenvolver ações de produção ou de reprodução social, cultural ou comunicacional.

Como é fácil imaginar, as condições de carências múltiplas que esses setores sociais apresentam comprometem seriamente sua situação de saúde. À situação objetiva explicitada, soma-se a inacessibilidade simbólica sociocultural, que dificulta o acesso à participação nos diferentes programas de saúde.

A partir da perspectiva de Bourdieu³ (1988b), podemos considerar o campo da saúde como um campo social em que diferentes atores – por suas posições e disposições – levam a cabo práticas sociais (comunicacionais e de participação, neste caso relacionadas com a promoção da saúde) e estabelecem relações de força a partir das quais pugnam cotidianamente por modificá-lo e redefini-lo, negociando com o poder e as instituições.

Formulamos, então, nossa questão problemática em termos de como se articulam as práticas sociais de comunicação e de participação – no campo da promoção da saúde (como parte do sistema social e cultural significativo) e em relação à distribuição do capital específico: o conhecimento para a promoção da saúde – no caso da promoção social de saúde da área de cobertura da Unidade Primária de Atenção da Saúde (UPAS) N° 4 de B° Cárcano – dependente da Direção de Atenção Primária da Saúde (DAPS) do Município de Córdoba – no período delimitado (1998-2005). Assim, questionamo-nos sobre a relação que se estabelece entre as estruturas sociais incorporadas aos agentes sociais (disposições relacionadas com o campo da promoção da saúde) que orientam essas práticas e a estrutura social externa (campo da promoção da saúde).

³ Recordemos que Bourdieu – entre outras formas – define os campos sociais como: “espaços de jogo historicamente constituídos com suas instituições específicas e suas leis d funcionamento próprias” (1986b:108)

Ao propor de forma mais precisa a problemática, perguntamo-nos se a mudança nas práticas comunicativas e de participação na interação equipe de saúde/população, equipe de saúde/promotoras e promotoras/população facilitou ou não o surgimento de práticas transformadoras quanto à promoção da saúde.



Figura 1 – Parte do equipamento de promoção social de saúde da área de cobertura da Unidade Primária de Atenção da Saúde (UPAS) No 4 de Bo Cárcano, Córdoba, Argentina .

Dado que este campo é composto pelas mencionadas instituições de saúde, além dos agentes sociais, consideramos imprescindível incorporar a dimensão institucional à compreensão das referidas práticas e relações.

Torna-se necessário esclarecer aqui que o período assumido no estudo (1998-2005) não é arriscado. Trata-se da etapa em que desenvolvemos – habitantes e integrantes e colaboradores da equipe de saúde de forma conjunta – ações e projetos distintos de intervenção comunitária para a promoção da saúde na área estudada. Ações e projetos que se caracterizam como intenção de mudança de concepções e de práticas socioculturais relacionadas à comunicação e à participação para facilitar a promoção da saúde no referido setor populacional.

Diante da impossibilidade de desenvolver aqui de forma completa o marco teórico da pesquisa, só mencionaremos suas características gerais. A perspectiva sociológica do Construtivismo Estruturalista de Pièrre Bourdieu em sua bibliografia (1988^a, 1988^b, 1990, 1991, 1995), complementada com aspectos da Teoria da Estruturação de Anthony Giddens (1995), bem como com o planejamento sociológico cultural de Raymond Williams (1982), constituiu o marco teórico geral de nosso trabalho.

Por outro lado, buscamos dar conta de nossa conceitualização específica a partir do paradigma interpretativo dos estudos culturais da comunicação. Partimos da perspectiva sociológica cultural na qual se encontram textos de pesquisadores e autores como Héctor Schmulder (1997), Roberto von Sprecher (2005), Jesús Martín Barbero (1989, 1997, 1999, 2004), Stuart Hall (1980a), entre outros. Abordamos ainda, conceitualmente, a problemática da participação e da saúde a partir do enfoque dialético de José Luis Coraggio (2003), Mario Róvere (2000) y Susana Belmartino (1999), entre vários outros autores e pesquisadores.

Que informações a partir de que “estado da questão”?

Com a finalidade de encontrar pesquisas sobre ou relacionadas ao nosso tema, realizamos, primeiramente, uma busca no banco de teses de pós-graduação (mestrado e doutorado) de instituições acadêmicas locais em centros nacionais e, por último, nos âmbitos de produção científica latino-americanos⁴. O recorte feito nos trabalhos desses lugares justifica-se, por um lado, pela hipótese de que o contexto sociocultural de produção investigativa está relacionado com a escolha de temas e problemas, modalidades de abordagens e perspectivas técnicas utilizadas. Por outro lado, limitações idiomáticas (desconhecimento do português e falta de recursos econômicos para traduções) lamentavelmente fizeram com que não pudéssemos trabalhar com produções científicas brasileiras.

Recorremos, ainda, a bibliotecas especializadas, portais ou sítios na web (em espanhol) relacionados com nossa problemática em busca de materiais afins^v. Obtivemos dados sobre o tema em artigos, publicações, ensaios ou textos publicados em revistas virtuais, ou resumos de artigos em eventos científicos, nos quais encontramos a informação mais atualizada e nova a respeito.

A maioria da bibliografia encontrada sobre comunicação e saúde (pelo menos a revelada e produzida em espanhol) pode ser caracterizada como de caráter normativo-prescritivo: numerosos manuais de apresentação de métodos e técnicas para o desenvolvimento de programas de promoção da saúde produzidos por organismos de regulamentação internacional, como OPS ou OMS, ou por Ministérios ou Secretarias afins de jurisdição Nacional, Provincial ou Municipal.

Pudemos reconhecer que, nos países de língua espanhola, foi na última década que começaram a se desenvolver pesquisas em relação à promoção da saúde centradas no vínculo entre a comunicação, a participação e a cultura, a partir de uma visão construtivista, estruturalista ou sócio-semiótica-cultural. As produções que dão conta da preocupação do vínculo entre esses três tipos de práticas sociais são desenvolvidas a partir de sistematizações ou pesquisas de campanhas ou projetos com relativo aprofundamento analítico.

Cabe esclarecer que são escassos os estudos em espanhol que – como este que realizamos – se aprofundam no conhecimento das práticas sociais a partir de estratégias metodológicas qualitativas, tais como as “trajetórias de vida dos atores sociais com relação ao objeto de estudo”.

A partir da pesquisa realizada para este “estado da questão”, surgiu a necessidade de rever as práticas e analisar em que medida foram transformadoras as experiências tanto da comunicação como da participação e das formas de conceber a saúde e sua promoção.

⁴ CEA (Centro de Estudios Avanzados) – UNC; IIFAP (Instituto de Investigación y Formación en Administración Pública) – UNC; Escuela de Salud Pública de la Fac. de Ciencias Médicas – UNC; SeCyT (Secretaría de Ciencia y Tecnología) – UNC; CONICET; Plangesco (Maestría en Planificación y Gestión en Comunicación) UNLP; Fundación Walter Benjamin; Instituto Gino Germani; Fac. Ciencias Sociales – UBA; FLACSO y CLACSO – Felafacs.

Esta pesquisa visou realizar uma aproximação ao complexo emaranhado de práticas socioculturais de comunicação e de participação que interviram em uma experiência concreta de promoção do direito à saúde de setores populares em Córdoba, Argentina.

Objetivos e estratégia metodológica para consegui-los...

Em primeiro lugar, pretendemos identificar e caracterizar o sistema de posições e de relações entre as posições dos agentes sociais intervenientes no campo social construído como objeto de estudo. Foi nossa intenção conhecer as práticas sociais de comunicação e de participação das promotoras no campo social, bem como as transformações que sofrem tais práticas ao longo da trajetória dos referidos agentes sociais no campo. Por último, aproximamo-nos da análise do papel desempenhado pela dimensão institucional (UPAS-DAPS) com relação à produção/reprodução das práticas comunicativas e de participação das promotoras sociais de saúde.

Visando atingir os objetivos mencionados, elaboramos nosso trabalho sob o paradigma interpretativo e a perspectiva de pesquisa qualitativa. A partir dessa perspectiva, trabalhamos com o método de estudo de casos. Através dele, procuramos chegar a um entendimento do grupo objeto de estudo (o das promotoras sociais de saúde), com a intenção de ver "o geral" e não "o particular" e dar, assim, alguma contribuição à teoria.

Dentro dos possíveis tipos de estudo de casos, utilizamos o interpretativo, que contém descrições basicamente, mas no qual as mesmas são utilizadas para desenvolver categorias conceituais. O estudo de casos utiliza procedimentos abertos, flexíveis e adaptáveis. Por isso, nossa coleta de dados é realizada fundamentalmente através de entrevistas não estruturadas, focalizadas em temáticas relacionadas aos problemas e propósitos da pesquisa. Os agentes sociais envolvidos como unidades de observação foram: as promotoras sociais de saúde, os integrantes da equipe de saúde municipal da UPAS e, em particular, a subequipe de projetos comunitários (assistente social, psicóloga comunitária e médico). Com relação a todos eles, foi incluída – como cruzamento institucional – a UPAS, como instância material organizacional em campo, e a DAPS, como nível organizacional central. Para tanto, o estudo inclui especificamente as categorias micro e mesossociais ainda que necessariamente contextualizadas em seu marco macrossocial. A aproximação da dimensão institucional foi realizada a partir da revisão documental e da análise de conteúdo de documentos normativos, informes e programas da DAPS e da UPAS.

Por se tratar de um estudo retrospectivo das práticas sociais de comunicação e participação realizadas no período de 1998 a 2005, a observação das práticas concretas de comunicação interna e externa e a reconstrução de seu marco contextual e temporal-espacial foram recuperadas a partir das entrevistas com os mencionados informantes-chave e dos documentos aos quais tivemos acesso.



Figura 2 – Grupo de promotoras sociais de saúde em reunião de organização de tarefas.

Resultados a partir da análise da informação solicitada

Apresentaremos os resultados a partir de cada uma das perguntas que orientarão nossa pesquisa. Em primeiro lugar, perguntamos:

1. *“As mudanças comunicacionais e de participação facilitaram a substituição de concepções biologistas e assistencialistas por considerações biopsicossociais e de prevenção-promoção da saúde, ou pelo menos a incorporação destas últimas aos esquemas de percepção e sistemas de disposições dos agentes sociais envolvidos?”*

Com relação a esta pergunta, pudemos notar que o processo de construção/apropriação do conhecimento para a promoção da saúde por parte das promotoras produziu nelas um efeito de “ressignificação” do conceito de saúde – começaram a dar-lhe importância e a agir preventivamente – e de sua relação com a UPAS. Por outro lado, entre as promotoras ocorreu uma tensão permanente entre disposições baseadas em perspectivas assistencialistas e tradicionais (modelo médico hegemônico) com relação à saúde e outras disposições contra-hegemônicas e participativas de promoção da saúde.

Entre as “descobertas” (resultados não buscados, mas que apareceram e consideramos significativos) encontramos, com relação a esta questão, que, como correlato das modificações mencionadas, produziram-se mudanças em definições e modelos relacionados a outras instâncias mais gerais, mas também intimamente ligados à saúde em sua concepção integral: os papéis de homem/mulher, esposo/esposa, mãe/pai, trabalhadora, cidadã etc. Da mesma forma, observamos que as práticas de participação nestas experiências ofereceram competências para assumir atitudes ativas no exercício de seus direitos e nos diversos âmbitos de sua vida cotidiana (desde o familiar até o institucional, de bairro e extra bairro).

Finalmente, percebemos que a experiência era valorizada e servia como um processo facilitador da superação de desconfortos psicoafetivos pessoais.



Figura 3 – Promotoras de saúde em Obra Teatral “El Kiosco e la Pochita” (Projeto de Prevenção da HIV AIDS – 2004).

A segunda de nossas perguntas foi:

2. *“Como foram abordadas – segundo suas próprias percepções – as relações de força entre os agentes sociais intervenientes nestes processos de intercâmbios simbólicos relacionados com a promoção da saúde? Que resultados consideram que foram obtidos dessas “contendas” no referido campo social?”*

Os dados apontam que entre as promotoras ocorreram vínculos de dominação/dependência que se produziram por diversos motivos (antiguidade na participação, vínculo pessoal com os integrantes da equipe, nível de estudos alcançado, suposta posse de maior conhecimento para a promoção da saúde por serem mães de vários filhos, posicionamento frente à cobrança de “pecúlio”: “pequena soma de dinheiro que cobraram do Programa Nacional” etc.). Não obstante, houve uma tendência ao equilíbrio de forças e à cooperação entre elas – muitas vezes facilitada pela subequipe de promoção de saúde – e foram possíveis a abordagem e a superação do conflito, a continuidade na produção grupal e a aquisição de diversos capitais por parte das mulheres.

O vínculo das promotoras com os profissionais também sofreu transformações com relação ao surgimento de dinheiro: de uma relação inicial de cooperação, as mulheres redefiniram o vínculo dando-lhe o sentido de patrão/empregada, ou superior político/beneficiária.

Podemos dizer ainda que o “empoderamento” por parte das mulheres participantes ocorreu em diversos graus, segundo as características pessoais delas e os distintos momentos dos projetos.



Figura 4. No grupo de promotoras houve uma tendência ao equilíbrio de forças e à cooperação entre elas.

Na relação entre as promotoras e o restante dos vizinhos, a evolução das práticas sociais – no marco dos projetos de promoção da saúde – passou de uma situação na qual ambos se percebiam como “dominados” com relação à equipe de saúde e à posse do conhecimento para a promoção da saúde, a outra de dominação/dependência, na medida em que as promotoras se apropriavam desse conhecimento.

Finalmente, os resultados da segunda pergunta mostraram que, entre os membros da equipe de saúde, as relações de força constituíram-se, por alguns momentos, em verdadeiros campos de lutas entre disciplinas biológicas e disciplinas sociais. Dessas brigas surgiram redefinições com respeito à saúde e à participação da comunidade nas estratégias para a promoção da saúde.

No que tange aos achados com relação a esta pergunta, notamos, em primeiro lugar, que, para as promotoras, a sensação de pertencer a um grupo (a equipe de saúde) ou a uma instituição (a UPAS), parecia dotá-las de qualidades que as gratificavam – capital social e simbólico –, tornava-se a possibilidade de adquirir visibilidade, de “ser alguém” no bairro.

Por outro lado, encontramos a informação de que as mulheres participantes que puderam “se empoderar” durante o desenvolvimento das experiências registraram mudanças disposicionais, comportamentais e o mencionado “efeito terapêutico” em seus desconfortos psicoafetivos.

A última descoberta importante a respeito foi que, em relação à sua participação nas experiências de promoção da saúde, foram geradas importantes lutas de poder vinculadas ao gênero e à representação social da mulher entre as mulheres participantes e seus pares ou outros familiares varões. Dessas contendas, resultaram novos modos de vinculação e novas práticas, exercidas a partir de posições que já não são de subordinação ao varão, mas que apresentam uma maior simetria.

O terceiro e último dos problemas levantados na pesquisa foi o seguinte:

3. De que maneira as simetrias/assimetrias entre organizações de saúde, profissionais integrantes das mesmas, promotoras e população usuária dos serviços de saúde se relacionam

com a acessibilidade/inacessibilidade cultural dessa população e a oferta institucional e as práticas de promoção da saúde?

Pudemos verificar que se apresentava uma assimetria entre o nível central DAPS e a UPAS, caracterizada por:

- Um organismo de condução baseado em um modelo vertical e unidirecional de comunicação, que sustentava o status quo e a manutenção de vínculos assimétricos baseados no modelo médico hegemônico.
- A UPAS, que desde seus projetos comunitários, estava em um lugar de mudança, da instituição, com uma dinâmica interna ancorada na interdisciplinaridade e um acionar externo sustentado em redes sociais e institucionais, com práticas comunicativas dialógicas, abertas à participação permanente da comunidade. A UPAS assumiu o papel de transgressora da ordem (da DAPS) ao desenvolver "estratégias de heresia" através de seus projetos comunitários de promoção da saúde.

Outro resultado deste estudo foi que existiram diferenças no interior da equipe da UPAS (entre as duas subequipes) que davam conta de disposições distintas que facilitaram ou dificultaram o acesso da população à UPAS e a seus projetos.

Pudemos, da mesma forma, notar que sempre existiu entre promotoras e profissionais algum grau de assimetria, mas o desequilíbrio foi se minimizando até facilitar o acesso das promotoras não apenas aos serviços da UPAS, mas também à tomada de decisões sobre alguns aspectos dos mesmos.

Por outro lado, cabe mencionar que o papel das promotoras como facilitadoras da relação entre a comunidade e a UPAS esteve apoiado pela empatia produzida pelo vínculo mulher-mulher, jovem-jovem ou vizinha-vizinha. O desempenho das promotoras aumentou a confiança do restante da população na oferta de serviços de saúde da UPAS.

Pudemos observar ainda – a partir da informação obtida – que a participação da população nos projetos comunitários facilitou a acessibilidade cultural à UPAS e à sua oferta de saúde ao se dissiparem temores relacionados às práticas preventivas ou assistenciais de saúde.

Com relação às descobertas, verificamos que a incorporação da perspectiva de gênero e de direitos significou impulsionar a acessibilidade cultural das mulheres e as instituições de saúde, verificando-se não apenas um aumento na quantidade, mas na qualidade da participação, empoderando-as no exercício de seus direitos em geral e de saúde em particular. Com respeito à relação entre as instituições de saúde intervenientes, os resultados da UPAS em nível de promoção da saúde são obtidos, em parte, pelas brechas que, por desinteresse ou desvalorização, abandonavam a autodenominada "casa central" DAPS.

Finalmente, apareceu claramente o fato de que, quando a oferta a partir da instituição de saúde começa a se basear em necessidades sentidas pelas pessoas e em seus recursos para enfrentá-las, o acesso e a participação da população estão mais assegurados.



Figura 5. A participação da população nos projetos comunitários facilitou a acessibilidade cultural à UPAS e à sua oferta de saúde.

Principais conclusões

Recordemos que a pergunta principal de nossa pesquisa foi se a mudança nas práticas comunitárias e de participação entre equipe de saúde/população, equipe de saúde/promotoras e promotoras/população facilita ou não o surgimento de práticas transformadoras de promoção da saúde. Dentre as principais conclusões, destacamos que nas promotoras se produziu um efeito de “ressignificação” do conceito de saúde (começaram a outorgar-lhe importância e a proceder preventivamente) e de sua relação com a UPAS.

Igualmente, pudemos notar que as práticas de participação lhes conferiram competências para assumir atitudes ativas no exercício de seus direitos nos diversos âmbitos de sua vida cotidiana. O “empoderamento” por parte das mulheres participantes variou segundo as características pessoais delas e dos distintos momentos dos projetos. Isso gerou para elas certo “efeito terapêutico” nos seus desconfortos psicoafetivos.

As relações de força entre os membros da equipe constituíram-se em campos de lutas entre disciplinas biológicas e disciplinas sociais. Dessas brigas surgiram ressignificações sobre a saúde e a participação da comunidade na promoção da saúde.

Com base nas suas atividades nos projetos de promoção da saúde, foram geradas lutas de poder – entre as participantes e seus pares ou outros familiares varões – vinculadas ao gênero e a representação social da mulher. Dessas contendas, resultaram novos modos de vinculação que já não são de subordinação ao varão, mas de maior simetria.

Quanto à relação institucional, a UPAS – ao desenvolver “estratégias de heresia” com seus projetos comunitários de promoção da saúde – assumiu o papel de transgressora da ordem (da DAPS).

Com relação à comunidade, a posição das promotoras foi de facilitadoras da relação com a UPAS e esteve apoiada pela empatia no vínculo mulher-mulher, jovem-jovem ou vizinha-

vizinha. O desempenho das promotoras aumentou a confiança do restante da população na oferta de serviços de saúde da UPAS.

Finalmente, destacamos a conclusão referente à acessibilidade cultural aos contextos institucionais sanitários: a incorporação da perspectiva de gênero e de direitos facilitou a acessibilidade cultural das mulheres às instituições de saúde, empoderando-as no exercício de seus direitos em geral e de saúde em particular.

Conclusões finais

Trabalhamos com uma perspectiva relativamente pouco explorada ainda no “enfoque comunicacional” da problemática da saúde. Nossa perspectiva não se circunscreve ao estudo dos meios, relaciona-se ao marco cultural e às condições sociais e históricas de produção.

A partir do ponto de vista metodológico, pretendemos que este trabalho sirva de estímulo à valorização do uso de estratégias qualitativas para o estudo das práticas sociais relacionadas à saúde.

Com base nas conclusões da pesquisa, poderíamos propor outras possibilidades de projeção do trabalho. Uma linha possível seria estudar o impacto deste tipo de práticas de promoção da saúde na modificação do sistema de saúde atual. Seria igualmente interessante elucidar a relação entre políticas de Atenção Primária da Saúde e estratégias de comunicação comunitária no campo da saúde pública. Por outro lado, nosso trabalho apresenta algumas bases para continuar analisando as tensões entre posições hegemônicas e contra-hegemônicas com respeito a paradigmas da saúde e sua relação com as práticas de comunicação organizacional em dependências sanitárias do Estado.

A partir do ponto de vista da população usuária dos serviços públicos de saúde, outra linha de indagação futura – a partir de nosso estudo – poderia ser estudar o contexto geral do sistema de saúde atual e as possibilidades de transformação de posições e disposições da população com relação ao exercício do direito à saúde.

Finalmente e com base nas pistas fornecidas por algumas conclusões do trabalho, consideramos que seria interessante aprofundar a relação entre gênero e estratégias de comunicação comunitária para a promoção da saúde.



Figura 6 – Promotoras e profissionais quando de sua apresentação na “Rede Interbarrio pela Saúde Sexual e Reprodutiva” da cidade de Córdoba (Ano 2004).

Com esta pesquisa, acreditamos ter realizado uma contribuição ao estudo das práticas de promoção da saúde no âmbito local a partir de um enfoque tridimensional pouco explorado: a articulação entre o social, o cultural e o comunicacional.

Consideramos ter adicionado algo ao escasso nível de sistematização de experiências comunitárias de promoção da saúde com abordagem interdisciplinar em Córdoba, Argentina.

Nossa intenção foi também colaborar com o conhecimento/reconhecimento do papel profissional do comunicador social em saúde, em contextos comunitários e em abordagens interdisciplinares.

Esperamos ter conseguido...

Bibliografia

BELMARTINO, S. **Nuevas reglas de juego para la atención médica en la Argentina: ¿quién será el árbitro?**. Buenos Aires: Lugar Editorial, 1999.

BOURDIEU, P. **Cosas Dichas**. 1. ed. Buenos Aires: Gedisa, 1988b.

_____. **La distinción: criterios y bases sociales del gusto**. Madrid: Alfaguara, 1988a.

_____. **Sociología y Cultura**. 1. ed. México: Grijalbo, 1990.

_____. **El sentido práctico**. 1. ed. Madrid: Taurus, 1991.

_____.; WACQUANT, L. **Respuestas por una Antropología reflexiva**. 2. ed. México: Grijalbo, 1995.

CORAGGIO, J. L. **De la emergencia a la estrategia**. 2. ed. Buenos Aires: Espacios, 2003.

GIDDENS, A. **La constitución de la sociedad: bases para la teoría de la estructuración**. Buenos Aires: Amorrortu, 1995.

HALL, S. et al. **Culture, Media, Lenguaje**. London: Hutchinson & Co. The centre for contemporary cultural studies, 1980a.

MARTÍN-BARBERO, J. Comunicación y cultura. Unas relaciones complejas. **Revista Telos**, Madrid, n. 19,1989.

_____. **De los medios a las mediaciones**: comunicación, cultura y hegemonía. Barcelona: Gustavo Gilli, 1997.

_____. **Oficio de Cartógrafo**: travesías latinoamericanas de la comunicación en la cultura. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2004.

_____.; SILVA, A. (Compil.) **Proyectar la comunicación**. Bogotá: 3er. Mundo, 1999.

ROVERE, M. **Redes**: hacia la construcción de redes en salud. Rosario: Secretaría de Salud Pública, 2000.

SCHMUCLER, H. **Memorias de la Comunicación**. Buenos Aires: Biblos, 1997.

VON SPRECHER, R. **Concepto de Comunicación Social**: texto de cátedra. [Buenos Aires]: Univ. Católica de Sta. Fe. Argentina, 2005.

WILLIAMS, R. **Cultura**: sociología de la comunicación y del arte. Barcelona: Paidós, 1982.

Recebido em: 31/10/2012

Aceito em: 28/11/2012