**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE COMUNICAÇÕES E ARTES**

SIMONE ALVES DE CARVALHO

**Pastoral da Saúde: uma análise do discurso do sujeito
coletivo na perspectiva do capital social e do reconhecimento**

**SÃO PAULO
2018**

SIMONE ALVES DE CARVALHO

**Pastoral da Saúde: uma análise do discurso do sujeito
coletivo na perspectiva do capital social e do reconhecimento**

Versão Corrigida

(Versão original disponível na Biblioteca da ECA/USP)

Tese apresentada à Escola de Comunicações e Artes da
Universidade de São Paulo como requisito parcial para
obtenção do título de Doutora em Ciências da Comunicação.

Área de Concentração: Interfaces Sociais da Comunicação.
Orientadora Profa. Dra. Heloiza Helena Matos e Nobre.

SÃO PAULO

2018

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catalogação na Publicação
Serviço de Biblioteca e Documentação
Escola de Comunicações e Artes da Universidade de São Paulo
Dados inseridos pelo(a) autor(a)

Carvalho, Simone Alves de

Pastoral da Saúde: uma análise do discurso do sujeito coletivo na perspectiva do capital social e do reconhecimento / Simone Alves de Carvalho. -- São Paulo: S. A. Carvalho, 2018.
208 p.: il.

Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Ciências da Comunicação - Escola de Comunicações e Artes / Universidade de São Paulo.
Orientadora: Heloiza Helena Matos e Nobre
Bibliografia

1. Capital social 2. Reconhecimento 3. Comunicação pública 4. Discurso do sujeito coletivo 5. Pastoral da Saúde I. Matos e Nobre, Heloiza Helena II. Título.

CDD 21.ed. - 302

CARVALHO, Simone Alves de. **Pastoral da Saúde**: uma análise do discurso do sujeito coletivo na perspectiva do capital social e do reconhecimento. 2018. 209 p. Tese (Doutorado em Ciências da Comunicação) – Escola de Comunicações e Artes, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018.

Aprovado em: 22 de março de 2018.

Banca Examinadora

Profa. Dra. Devani Salomão de Moura Reis

Instituição ECA-USP

Julgamento *Aprovada*

Prof. Dr. Ricardo Alexino Ferreira

Instituição ECA-USP

Julgamento *Aprovada*

Prof. Dr. Arquimedes Pessoni

Instituição USCS

Julgamento *Aprovada*

Profa. Dra. Ieda Cristina Borges

Instituição UNIFAE

Julgamento *Aprovada*

Profa. Dra. Vanderli Duarte de Carvalho

Instituição UNIFESP

Julgamento *Aprovada*

Profa. Dra. Heloiza Helena Matos e Nobre (orientadora)

Instituição ECA-USP

Julgamento *Aprovada*

Dedicatória

Para Luiz Fernando Furlan, por seu amor e paciência.

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

Agradecimentos

À minha mãe e ao meu pai,
as duas pessoas mais incríveis do mundo.
Aos meus familiares consanguíneos ou não,
cujo suporte sempre foi inestimável.
À Universidade de São Paulo e à Escola de Comunicações e Artes,
pelo ambiente de estímulo ao intelecto.
Aos docentes,
pelos muitos ensinamentos nesses anos de dedicação à pesquisa.
Aos funcionários da ECA,
cujo apoio foi indispensável.
À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES),
pela bolsa de estudos de Doutorado.
Às amigas e amigos
desta jornada do conhecimento e mudança social.
À minha orientadora, Heloiza Matos e Nobre,
por sua disponibilidade.
Às voluntárias da Pastoral da Saúde,
que tornaram realidade a consecução desta tese,
o meu obrigada mais carinhoso!

“Para ser universal, basta falar de sua aldeia”

Dostoievski

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

Herbert de Souza, o Betinho

RESUMO

CARVALHO, Simone Alves de. **Pastoral da Saúde**: uma análise do discurso do sujeito coletivo na perspectiva do capital social e do reconhecimento. 2018. 208 p. Tese (Doutorado em Ciências da Comunicação) – Escola de Comunicações e Artes, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018.

O objetivo desta tese é demonstrar a existência do capital social e do reconhecimento em uma iniciativa voluntária da comunidade. A organização estudada foi a Pastoral da Saúde, que faz um trabalho de assistência material e espiritual com enfermos de um município paulista. O método utilizado foi a análise do discurso da vertente inglesa sobre o discurso do sujeito coletivo, obtido através de entrevistas com as voluntárias, caracterizadas como mulheres de meia idade com elevado grau de empatia. Como resultados, foram encontrados atos de fala ilocucionários assertivos, expressivos e expositivos. A existência do capital social e do reconhecimento foi constatada nesta iniciativa, no entendimento das voluntárias.

Palavras-chave: Capital social. Reconhecimento. Comunicação pública. Discurso do sujeito coletivo. Pastoral da Saúde.

ABSTRACT

CARVALHO, Simone Alves de. **Pastoral de Saúde**: an analysis of the discourse of the collective subject in the perspective of social capital and recognition. 2018. 208 p. Thesis (PhD in Communication Sciences) – Escola de Comunicações e Artes, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018.

The purpose of this thesis is to demonstrate the existence of social capital and recognition in a voluntary community initiative. The organization studied was the Pastoral of Health, which does a work of material and spiritual assistance with patients in a city of the State of São Paulo. The method used was the English analysis of the discourse about the discourse of the collective subject, obtained through interviews with the volunteers, characterized as middle-aged women with a high degree of empathy. As results, there are assertive, expressive and expository illocutionary acts of speech. The existence of social capital and recognition was evidenced in this initiative, in the understanding of the volunteers.

Keywords: Social capital. Recognition. Public communication. Discourse of collective subject. Health.

Sumário

	Introdução	p. 19
1	Comunicação pública	p. 23
1.1	Comunicação pública e de interesse público	p. 23
1.2	A comunicação pública da saúde pública e coletiva	p. 31
1.3	As campanhas de prevenção a doenças e promoção da saúde	p. 34
1.4	Comunicação pública, capital social e reconhecimento: intersecção fundamental para a atuação do cidadão	p. 39
2	Capital social e reconhecimento	p. 41
2.1	A teoria do capital social	p. 41
2.2	O reconhecimento do cidadão	p. 48
2.3	Política Nacional de Humanização	p. 51
2.4	Teoria do capital social e teoria do reconhecimento: pesquisa empírica	p. 57
3	Saúde pública	p. 59
3.1	Conceituando o objeto saúde pública	p. 59
3.2	História da saúde pública nas Constituições do Brasil	p. 66
3.3	Comunicação pública e saúde pública: a necessária convergência	p. 91
4	Pastoral da Saúde	p. 93
4.1	O cuidado social	p. 93
4.2	O município onde a pesquisa foi realizada	p. 103
5.3	A metodologia do discurso do sujeito coletivo e a Pastoral da Saúde	p. 106
5	Procedimentos metodológicos	p. 107
5.1	A análise do discurso inglesa	p. 107
5.2	O discurso do sujeito coletivo	p. 109
5.3	A pesquisa empírica: a análise do discurso do sujeito coletivo aplicada na Pastoral da Saúde	p. 114
6	Resultados e análises	p. 115
6.1	Roteiro das entrevistas e perfil das entrevistadas	p. 115
6.2	DSC e análises dos discursos na vertente inglesa	p. 116
6.3	À guisa de conclusão da pesquisa empírica	p. 125
	Considerações finais	p. 127
	Referências	p. 133
	Apêndice A – Decupagem das entrevistas	p. 153

Introdução

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

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

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

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

A saúde pública, que originou essa pesquisa, é um tema de grande interesse público, maior que o interesse privado e até mesmo que o interesse da administração pública e de suas necessidades de comunicação (COSTA, 2006a, p. 22), o que mostra a relevância desse trabalho. Os artigos publicados durante os anos de pesquisa do doutorado apresentaram parte dos resultados aqui expostos e os debates gerados por eles indicaram a necessidade de pesquisas inter-relacionando os campos de comunicação e saúde.

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

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

Com todas essas possibilidades de significados, nosso objetivo geral é constatar empiricamente o capital social existente na comunidade, que é a “argamassa que mantém as instituições em contato entre si e as vincula ao cidadão”, nas palavras de D’Araujo (2003, p. 5) e cuja ideia principal “é que redes sociais possuem valor”, segundo Putnam (2000, p. 14), ou seja, as pessoas possuem valor em si próprias, pelas suas atitudes face aos problemas sociais. Nesta tese, será demonstrado como as teorias do capital social e do reconhecimento se

aplicam à realidade da Pastoral da Saúde (PS), nosso objeto de estudo, escolhido por se encaixar nas teorias referenciais, muito embora as pessoas entrevistadas não tenham consciência desse arcabouço teórico. Temos como pressuposto que uma organização possui capital social positivo e pode utilizar a comunicação pública para angariar mais desse capital, ao mesmo tempo em que oferece aos seus públicos de interesse resultados percebidos como de melhor qualidade.

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

A justificativa para a realização desse trabalho é mostrar à população que as atitudes que elas tomam no bairro, as pequenas realizações feitas na vizinhança, todos esses fatos têm repercussão na vida em comunidade, na vida pública. A academia tem o dever de retornar para essa esfera da sociedade estudos que impactem diretamente as vidas dessas pessoas. O método utilizado foi a análise do discurso na vertente inglesa através do discurso do sujeito coletivo, escolhido para dar voz às pessoas, para que o que elas falassem fosse ouvido e interpretado.

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

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

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

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

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

Finalizamos com a criação do discurso do sujeito coletivo; as análises referentes às entrevistas realizadas e as considerações finais. No apêndice estão dispostas as entrevistas decupadas em suas categorias analíticas.

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

Capítulo 1 – Comunicação pública

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

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

1.1 Comunicação pública e de interesse público

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

Putnam (2000, p. 197) relembra que comunicação, comunidade e comunhão estão interligadas por suas raízes etimológicas. A ubiquidade da comunicação vem aumentando nossas possibilidades de interação com os outros, ampliando nossas redes de relações, conceito que será retomado no próximo capítulo. Apesar disso, Castells (1999) adverte que a tecnologia de ponta é oferecida inicialmente às

classes privilegiadas, o que pode reforçar a dominação cultural, social, política e econômica das elites existentes sobre as classes subalternas.

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

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

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

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

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

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

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

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

Consideramos comunicação pública aquela que

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

Costa (2006b, p. 14) é taxativo ao afirmar que “toda vez que a comunicação busca o interesse público, promovendo resultados concretos para o indivíduo e a sociedade, estamos falando de comunicação de interesse público”, ou seja, um dos objetivos da comunicação é a busca do bem comum (figura 1). Esse conceito será retomado nas análises das entrevistas, pois para o autor, a definição de

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

Figura 1 – Níveis do interesse público

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

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

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

J. Duarte (2012, p. 70) explica que a comunicação pública depende da existência de “uma opção política pela cidadania e pelo interesse público” e reforça a necessidade das “oportunidades de diálogo e participação”, o que ele chama de “espírito público”, o que buscamos nesta pesquisa. No quesito comunicação publicitária, Giacomini Filho (2004, p. 145) observa que “há dificuldade em comprovar a real contribuição da publicidade para a qualidade do serviço público e geração de satisfação ao consumidor”, o que nos leva a refletir em alternativas para a comunicação pública em sua interface com a saúde pública.

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

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

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

na era digital, a comunicação pública conta com novos suportes e meios que revolucionam conteúdos, assim como as formas e o processo de produzir as comunicações. As tecnologias de informação surgiram e se desenvolvem para favorecer a comunicação, o relacionamento e a participação dos cidadãos nas questões de interesse coletivo. Mas podem simplesmente ser meras promotoras de maior rapidez de circulação da informação e oferecer serviços de má qualidade. Isto se não vierem acompanhadas de uma profunda reestruturação administrativa no setor público e de um olhar mais atento das organizações para a ascensão da sociedade civil na vida política dos países, se não estiverem sustentadas por estratégias apropriadas de comunicação. (KUNSCH, 2011, p. 16).

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

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

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

Para esta pesquisa, entendemos que a comunicação pública abrange o capital social das iniciativas comunitárias, mesmo que estas não tenham concretizado um planejamento comunicacional formal, pois a comunicação está intrínseca nestes movimentos.

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

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

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

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

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

É importante não confundir os significados de informação e comunicação. A saúde pública possui inúmeros sistemas de coleta de informações, utilizados para mapear situações emergenciais e epidemias, entre outros dados, mas a

comunicação pública deve ter caráter dialógico e caminhar com a educação para a saúde, especialmente para prevenção e tratamento. Essa tríade comunicação, educação e saúde é uma constante na discussão sobre o público e o coletivo dentro da sociedade.

As informações proporcionadas pela mídia de massa, segundo Corcoran (2010, p. 73-4) podem “impactar comportamentos receptivos [...] expressar informações simples [...] aumentar o conhecimento [...] colocar a saúde na agenda pública”, mas ela é ineficaz para “comunicar informação complexa” (idem, p. 75), a situação na qual a saúde pública se encontra: no que tange as doenças, os tratamentos, o acesso aos equipamentos públicos, o financiamento do setor e tantos outros detalhes específicos. Nesse sentido, existe “uma diferença entre a tentativa de se construir adesão e a de fazer da população um ator social crítico, participativo nas decisões tomadas no processo” (GERALDES, 2008, p. 137), pois a pesquisa e a comunicação pública da saúde pública lidam diretamente com a vida e o sentimento de bem-estar próprio da pessoa, que, em momentos de fragilidade, pode aceitar desde medicamentos já consagrados cientificamente até aqueles originários das crendices populares tais como beberagens e simpatias. Geraldes afirma que “o jornalismo deve repensar sua responsabilidade social” (2008, p. 142), o que muitas vezes sobrepõe os interesses comerciais das organizações aos interesses da sociedade.

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

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

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

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

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

A comunicação do Estado ou governamental “entende ser de responsabilidade do Estado e do Governo estabelecer um fluxo informativo e comunicativo com seus cidadãos” (BRANDÃO, 2012, p. 4), ou seja, busca informar os cidadãos com objetivos diversos como proteção, prestação de contas e convocação ao cumprimento de deveres.

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

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

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

Especificamente “na área de saúde pública foram construídas estratégias de aproximação e informação, sobretudo para as populações necessitadas” (BRANDÃO, 2012, p. 4). Nesse sentido, interfere na interpretação dos fatos científicos a cultura popular, costumes, crendices, preconceitos e ainda a necessidade premente de uma cura definitiva e o medo da morte e da invalidez permanente. Além disso, “assuntos científicos de relevância social, política e

econômica, como é o caso de se discutir os alimentos transgênicos, a produção de energia e a aplicação de biotecnologias ligadas à engenharia genética” (NAVAS; CONTIER; MARANDINO, 2007, p. 11-2) devem ser amplamente debatidos no decorrer das pesquisas para atender as necessidades de informação da sociedade.

1.2 A comunicação pública da saúde pública e coletiva

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

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

Figura 2 – Quadro comparativo das definições de saúde

Conceito	Saúde pública	Saúde comunitária	Saúde coletiva
Conceito de saúde e doença	Conceito da OMS Saúde individualizada, preocupada com a causa da doença	Conceito da OMS Saúde idealizada	Conceito da 8ª CNS Processo coletivo
Metodologia de ação	Ação vertical: Estado → profissional → população	Organização comunitária	Ação horizontal: Estado ↔ profissional ↔ população
Enfoque	Estado Programa Indivíduo	Realidade da comunidade	Demandas da população Participação popular Coletivo

Fonte: Elaborado com base em Egry (1996).

A sociedade deve se manifestar em busca de manutenção e melhoria da saúde pública, podendo usar para tais fins ações sociais e coletivas, conforme

previsto pela Constituição Federal de 1988. Já o Estado tem como sua tarefa criar as políticas de saúde que pressupõe sua ação em relação às respostas aos problemas enfrentados pela população e o financiamento relativo à produção, distribuição e regulação dos serviços e produtos ofertados (AGUIAR, 2011), demandando planejamento financeiro e operacional conjunto entre as esferas federal, estadual e municipal.

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

Segundo Matos (2011, p. 45), a comunicação pública exige “a participação da sociedade e de seus segmentos: não apenas como receptores da comunicação do governo, mas principalmente como produtores ativos no processo comunicacional”, ou seja, cada vez mais será cobrado do cidadão que ele participe ativamente da vida política, para que sua voz seja ouvida e seus direitos defendidos, definição que será retomada ao discutirmos o capital social. Para Escudero (2015, p. 59), “a participação da sociedade civil na esfera pública da modernidade é fruto de uma dimensão de cidadania que, a cada dia, incorpora valores sociodemocráticos e de participação pública” e essa necessidade de participação está, inclusive, prevista em lei no que tange a saúde pública.

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

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

mais se aproximam dos princípios genuínos tanto da comunicação pública como da cidadania. (ESCUDEIRO, 2015, p. 56).

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

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

Novelli (2006, p. 85) afirma que comunicação pública é “o processo de comunicação que ocorre entre as instituições públicas e a sociedade e que tem por objetivo promover a troca ou o compartilhamento das informações de interesse público”, ou seja, ela é fundamental para que os cidadãos sejam informados de temas que lhe sejam pertinentes. Segundo a Constituição Federal de 1988, conforme veremos no próximo capítulo, é responsabilidade do SUS oferecer aos usuários de seus serviços informações sérias e atualizadas sobre prevenção de doenças, tratamentos, direitos e deveres do cidadão, de maneira objetiva e fidedigna, para que os cidadãos tenham seu direito à informação de interesse público sanado, assim como respostas assertivas às suas dúvidas e inquietações e as organizações que tratam da saúde possam exercer uma real responsabilidade social, indo ao encontro das sugestões propostas por Matos (2006, p. 65) sobre participação social.

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

importância da comunicação, esta é estudada de maneira multidisciplinar, mas ainda precisa se afirmar como campo científico (idem, p. 83) na interface com a saúde.

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

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

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

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

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

1.3 As campanhas de prevenção a doenças e promoção da saúde

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

da vacinação contra o HPV; são exemplos de como a comunicação pública é fundamental para que a sociedade seja considerada saudável. Além disso, a comunicação pública também deve ser responsável por combater crenças e preconceitos relativos à saúde pública.

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

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

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

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

Nessa época também houve promulgações de leis que proibiam cachorros e vacas nas ruas, manutenção de hortas, de criação de suínos, a venda de bilhetes de loteria, cuspir na rua e urinar em público; leis essas que “eram simples reedições de medidas anteriores que, ao bom estilo brasileiro, não tinham pegado” (CARVALHO, 1987, p. 95) e no Rio de Janeiro, Oswaldo Cruz passou a dirigir o Departamento Nacional de Saúde. Em um contexto de reurbanização, “as práticas adotadas por ele visando resolver o problema da febre amarela e de outras doenças, tomam a forma de campanha. É um termo militar que traduz o caráter organizado, autoritário, do trabalho a ser realizado” (SCLIAR, 1987, p. 48). É com pesar que observamos o ressurgimento da febre amarela nas áreas urbanas do país, um indicativo da ausência de políticas públicas de saúde efetivas.

Conforme Carvalho (1987, p. 95) “neste ambiente, teve início a luta pela implantação da vacina obrigatória contra a varíola, a terceira epidemia no alvo de Oswaldo Cruz”. Na linha de frente contrária à vacina estavam os opositores do

governo e também os órgãos da imprensa, que “não aceitavam qualquer intromissão do governo, poder material, no domínio da saúde pública, reservado ao poder espiritual” (CARVALHO, 1987, p. 97-8), um ótimo exemplo do poder e da necessidade da comunicação pública, como fonte de esclarecimentos e de eliminação de preconceitos e crenças irracionais.

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

A Revolta da Vacina, ocorrida entre 10 e 18 de novembro de 1904, após prisões de manifestantes contra a vacinação obrigatória e outras manifestações de violência urbana, teve o envolvimento do exército e do ministro da Guerra e da Justiça, bondes depredados, iluminação cortada, assaltos, um cenário de horror e desolação, com tiroteios entre manifestantes e policiais. Batalhões de Minas Gerais e de São Paulo foram convocados para apaziguar a situação, até o limite em que se decretou estado de sítio, que encerrou a revolta na sequência.

Os motivos da Revolta da Vacina ainda causa discórdia entre os historiadores, cujo

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

Enquanto Carvalho (1987) acredita que não houve motivação econômica ou relacionada com a reforma urbana, mas sim com “a obrigatoriedade da vacina, Há evidência da grande irritação popular com a atuação do governo na área da saúde pública, de modo especial no que se refere à vistoria e desinfecção das casas” (idem, p. 130) “com a exigência de saída dos moradores para desinfecção, [houve] o dano causado aos utensílios domésticos. Não há como negar também o medo desenvolvido em relação à vacina propriamente dita” (idem, p. 131). Nesse sentido,

o uso da imprensa e das charges que questionavam a moral e os bons costumes vigentes à época, colaborou para a percepção negativa da vacina por parte da população analfabeta e desinformada, ao pensar que “a lei ameaçava a própria honra do lar ao permitir que estranhos vissem e tocassem os braços e as coxas de suas mulheres e filhas” (idem, p. 37), mostrando que as informações estavam sendo distorcidas, uma vez que as vacinas eram aplicadas no braço.

Carvalho observa que “desde o início, e cada vez mais, os principais alvos da ira popular, expressa seja por palavras, seja por ações, foram os serviços públicos e os representantes do governo, de modo especial os componentes das forças de repressão” (idem, p. 133), o que apresenta uma falha que permanece existente na comunicação pública, que deveria buscar uma relação dialógica com a população.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Em atividade empírica para conhecimento do funcionamento do SUS¹, foi verificado que não existe conexão interdisciplinar entre a área de comunicação e a

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

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

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

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

A posição do Estado é consolidada pelas Constituições e pelas leis que “são responsáveis pela regulação das relações entre governantes e governados” (HASWANI, 2013, p. 35). A saúde é um direito de todos, segundo nossa Constituição mais recente, conhecida como Constituição Cidadã. Cidadania é a relação entre o Estado, através de suas instituições, e o cidadão, com especial atenção aos seus deveres e direitos (JANOSKI, 1998), que elenca as associações de bem-estar social e os grupos religiosos dentro de sua concepção de esfera pública, junto com os partidos políticos, grupos de interesse, movimentos sociais, ou seja, alocando o objeto de estudo dessa tese dentro desse conceito.

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

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

pública e saúde pública, o modelo informacional parece ser mais utilizado, e o modelo dialógico precisa ser fortalecido dentro da sociedade.

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

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

Capítulo 2 – Capital social e reconhecimento

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

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

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

2.1 A teoria do capital social

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

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

o capital social é o conjunto de recursos atuais ou potenciais que estão ligados à posse de uma rede durável de relações mais ou menos institucionalizadas de interconhecimento e de inter-reconhecimento ou, em outros termos, à vinculação a um grupo, como conjunto de agentes que não somente são dotados de propriedades comuns (passíveis de serem percebidas pelo

observador, pelos outros ou por eles mesmos), mas também são unidos por ligações permanentes e úteis. (BOURDIEU, 1980, p. 1).

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

O capital social pode ser um bem público ou privado, mas é considerado como um ativo invisível ou intangível (BOURDIEU, 1980; COLEMAN, 1990; HIGGINS, 2005), ao que Higgins (2005, p. 31) critica que o ativo impessoal tende a oferecer “vantagens aos indivíduos, famílias ou grupos que estão melhor relacionados”, o que prolongaria os privilégios já existentes, mas também observa que ele é inalienável e tem valor de uso, mas não tem valor troca, pois “o capital social não é uma propriedade privada de seus beneficiários, pois todos seus componentes funcionais têm o aspecto de um bem público” (idem, p. 90), ou seja, a sociedade tem participação obrigatória na criação e manutenção do capital social.

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

ao capital social, que necessita confiança, compromisso e reciprocidade para florescer.

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

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

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

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

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

No foco de Burt (2001), o capital social é uma espécie de mercado, em que as pessoas podem trocar ideias e bens na busca de seus interesses. Esse capital

social é criado por uma rede fortemente entrelaçada de pessoas e grupos, que tendem a acumular esse tipo de capital conforme sua atuação e habilidades. Para ele, existem lacunas estruturais, que seriam as conexões mais fracas entre os grupos, o que significa que as redes detentoras do capital social têm seus objetivos próprios e estas redes podem estar integradas entre elas ou não.

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

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

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

“O capital social é visto como componente da ação coletiva, ativando e, ao mesmo tempo, sendo produzido por relações e vínculos nas redes sociais” (MATOS, 2011b, p. 53), dessa maneira, podemos entender que a rede de atenção à saúde é composta por essas redes de ligações e por interesses comuns.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

pressão por tempo e dinheiro, disponibilidade de transporte e entretenimento eletrônico doméstico serem alguns dos motivos para essa diminuição.

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

Putnam (2000), D’Araujo (2003), Higgins (2005) e J. Almeida (2012) denunciam os usos negativos do capital social como uso contraditório do conceito, como máfia, gangues e demais associações criminosas, em que o capital social é utilizado de modo a lesar a comunidade em detrimento do ganho de poucas pessoas, utilizando meios ilícitos. Esse uso não pertence ao nosso objeto de estudo, pois, nas palavras de D’Araujo (2003, p. 5), “a ideia de capital social aqui adotada tem a ver com a capacidade de cooperar e de confiar para a produção do bem público, e não para a depredação social”, buscando a melhoria da comunidade e não seus danos.

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

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

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

Podemos constatar em uma rápida visita aos locais de atendimento do SUS todos esses problemas: a falta de instalações e equipamentos adequados, o despreparo dos profissionais, a demora no atendimento aos pacientes, o subfinanciamento do setor, enfim, situações que necessitam de muitas políticas públicas remodeladas. Essa situação dá margem à criação de iniciativas comunitárias e populares que possam ajudar de alguma maneira o cidadão, especialmente o acometido de enfermidades paralisantes e os idosos, com pouca autonomia de deambulação.

2.2 O reconhecimento do cidadão

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

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

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

relações de solidariedade. É nessa esfera que o capital social pode surgir. A teoria do reconhecimento

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

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

No que tange a questão do reconhecimento relacionado ao respeito, “é preciso que os indivíduos se percebam como ‘portadores de direitos’, o que lhes assegura dignidade” (MARQUES, A., 2011, p. 139), palavra chave no tratamento de doentes. Esses direitos levaram à construção da cidadania (VIEIRA, 2001), que segundo Peruzzo (2011, p. 151) “existe, mas não para todos”, ao passo que Salomão (2011, p. 312) questiona se “oprimidos e opressores se sentariam em uma mesma mesa para dialogar a opressão”, ou seja, a comunicação pública se faz novamente presente no intuito de oferecer meios para que possa existir a discussão dos direitos, deveres e outros assuntos. É importante lembrar que, para Bobbio (2004), a cidadania provém da existência das três gerações de direitos, que são os civis, que propiciam o exercício das liberdades; os políticos, que correspondem à participação ativa e passiva no processo político; e os sociais, que garantem os padrões mínimos de bem-estar e segurança sociais.

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

às necessidades básicas, mas de acesso a todos os níveis de existência”, em um entendimento mais filosófico dos direitos de cidadania.

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

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

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

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

Ao tratar da teoria do reconhecimento, Caillé (2011, p. 28-9) pergunta “quem quer e quem deve ser, de fato, reconhecido”; “reconhecidos por quem”; “grau de consistência do conceito de reconhecimento”; e “reconhecimento de quê”, questões que serão abordadas na nossa pesquisa empírica. Nesse sentido, Honneth (2009) afirma que a identidade de um indivíduo está relacionada com a existência do outro, para que exista relação consigo e com a sociedade, ao que Matos (2011a, p. 42) afirma que “na luta por reconhecimento, uma coletividade, ao tomar consciência das injustiças que sofre, dá início a um questionamento para alterar os padrões institucionalizados de julgamento e valorização dos indivíduos e grupos”, ou seja, a coletividade, ao perceber que suas necessidades não estão sendo priorizadas pelo poder público, tem a possibilidade de criar subsídios para enfrentá-las, utilizando seu capital social para isso. Essa mudança fica mais evidente a partir das décadas de

1970 e 1980 (idem, p. 43), com a redemocratização e, no caso da saúde pública, com os movimentos sociais que deram origem ao SUS, como veremos no próximo capítulo. “A luta pelo reconhecimento se constitui como elemento básico para a consolidação e ampliação da democracia” (idem, p. 43), o que nos leva novamente ao campo da comunicação pública.

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

a Humanização na área da Saúde surgiu do legítimo anseio das pessoas, trabalhadores e usuários dos serviços, pela melhoria das práticas de Saúde. Inicialmente voltada às ações de ambiência, acolhimento, cidadania, e reconhecimento do campo da subjetividade no atendimento, foi ganhando consistência prática e conceitual, passando da situação de ações humanizadoras, para a de programa, chegando à condição de política pública do SUS. (RIOS, 2009, p. 168).

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

2.3 Política Nacional de Humanização

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

ser vista como uma política transversal a permear todos os programas e formas de atendimento do sistema” (ARTMANN; RIVERA, 2006, p. 206), o que aponta a amplitude de seus objetivos:

como política, a Humanização deve, portanto, traduzir princípios e modos de operar no conjunto das relações entre profissionais e usuários, entre os diferentes profissionais, entre as diversas unidades e serviços de saúde e entre as instâncias que constituem o SUS. O confronto de ideias, o planejamento, os mecanismos de decisão, as estratégias de implementação e de avaliação, mas principalmente o modo como tais processos se dão, devem confluir para a construção de trocas solidárias e comprometidas com a produção de saúde, tarefa primeira da qual não podemos nos furtar. A Humanização, como um conjunto de estratégias para alcançar a qualificação da atenção e da gestão em saúde no SUS, estabelece-se, portanto, como a construção/ativação de atitudes ético-estético-políticas em sintonia com um projeto de corresponsabilidade e qualificação dos vínculos interprofissionais e entre estes e os usuários na produção de saúde. Éticas porque tomam a defesa da vida como eixo de suas ações. Estéticas porque estão voltadas para a invenção das normas que regulam a vida, para os processos de criação que constituem o mais específico do homem em relação aos demais seres vivos. Políticas porque é na pólis, na relação entre os homens que as relações sociais e de poder se operam, que o mundo se faz. (BRASIL, 2004, p. 7-8).

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

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

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

No Renascimento, “o hospital, até então visto como um depósito de doentes cuidados por religiosos, um lugar para isolamento de contagiosos e para mortes piedosas, muda de função” (SCLIAR, 1987, p. 46). A administração dos hospitais é

transferida das ordens religiosas às prefeituras, visando o possível lucro com serviços de saúde. Já nessa época é notório que os doentes incuráveis, seja pela moléstia ou pela condição social, continuavam dependentes do trabalho voluntário dos abrigos religiosos, a margem das políticas públicas. No Brasil, as modificações ocorrem com algum atraso, por ainda ser colônia:

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

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

A humanização no tratamento é uma preocupação física, material e psicológica e “a ação de humanizar o atendimento, tornando-o sensível às necessidades e desejos dos pacientes e familiares, mediante ações que visam transformar positivamente o ambiente hospitalar” (GODOI, 2008, p. 38) é fundamental para a própria existência do hospital, no que é corroborado por Taraboulsi (2009, p. 18) ao afirmar que “investir na humanização” é importante pois

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

Essa relação pode ser modificada pela humanização, que deve ser uma via de mão dupla, e se preocupar também com a “humanização das condições de trabalho profissional, permitindo que médicos e outros profissionais da saúde exerçam suas atividades de maneira a preservar sua dignidade” (RATTNER, 2005, p. 32). É importante observar que “não se humaniza uma organização com decretos

e regulamentos. Provoca-se primeiro uma mudança nas pessoas para depois se mudarem os métodos e processos” (SILVA, P., 2010, p. 215), assim como não se cria capital social espontaneamente, essas redes devem ser criadas e mantidas pelos cidadãos, ciosos de seus direitos e respeitadores de seus deveres. No SUS, não foi diferente:

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

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

a instituição em que se processa a assistência, seja hospitalar, seja ambulatorial; o sistema de saúde, de que faz parte essa instituição; e o contexto para que ocorra essa assistência, que é nossa sociedade, com seus valores, suas tradições e sua história recente de conquistas constitucionais de saúde como um direito de todos e um dever do Estado. (RATTNER, 2005, p. 24).

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

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

o cuidado humanizado deve apresentar o reconhecimento ao valor da vida humana; saber que cada ser humano é insubstituível; considerar as pessoas na sua integralidade (holístico); liberdade de ação aos pacientes e médicos, igualdade no relacionamento;

compartilhamento na tomada de decisões; empatia e afeto. (DESLANDES, 2006, p. 42).

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

a Humanização tem relação estreita com dois outros conceitos muito fortes em meu percurso como pesquisador e sanitarista: o de defesa da vida e o de Paidéia. A defesa da vida é um ótimo critério para orientar a avaliação de políticas públicas. É também um objetivo permanente, uma meta central a ser buscada por qualquer política ou projeto de saúde. O conceito Paidéia é ainda mais radical, porque nos empurra a pensar modos e maneiras para o desenvolvimento integral dos seres humanos, sejam eles doentes, cidadãos ou trabalhadores de saúde. Sempre que falo em Humanização estou colando nesta palavra-valor o tema de defesa da vida e o de Paidéia. (CAMPOS, 2005, p. 399).

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

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

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

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

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

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

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

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

As organizações voluntárias, quando atuando dentro de hospitais, devem buscar o alinhamento com a equipe de humanização, pois ambos os esforços são para melhorar a qualidade de vida do paciente e de seus acompanhantes.

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

A comunicação proporciona o

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

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

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

devido ao fato de que as redes sociais e suas normas ajudam a manter uma vida mais saudável e evitar comportamentos abusivos.

Figura 3 – Definições selecionadas de capital social

Autores (as)	Foco	Repercussão
Bourdieu	Sinergia gerada pela agregação de recursos e mobilizados por meio das redes sociais	Eficiência e durabilidade das redes de relações sociais institucionalizadas Obrigações, expectativas, canais de informação e normas sociais
Burt	Redes abertas e com lacunas estruturais	Mediação da atuação dos participantes nas redes
Coleman	Redes densas e fechadas	Desenvolvimento da estrutura social e busca do autointeresse Relações intragrupais
Fukuyama	Normas compartilhadas e valores informais	Habilidade das pessoas trabalharem conjuntamente para propósitos comuns Confiança, cooperação e eficiência
Granovetter	Redes sociais, pontes, laços fortes e fracos	Presença e atores viabilizando pontes entre grupos e redes distintas
Lin	Investimentos em relações que geram benefícios	Capital social como propriedade do ator que o detém
Matos	Não pode haver capital social sem comunicação pública	Valorização dos cidadãos e da cidadania, ação coletiva sobre questões de interesse público
Putnam	Confiança, coesão social, participação social, redes, bem comum	Desenvolvimento socioeconômico e aperfeiçoamento institucional Desintegração da vida civil e da atividade política Relações intergrupais
Woolcock e Narayan	Reciprocidade, informações, atitudes e valores	Interações facilitam o desenvolvimento econômico e a democracia

FONTE: baseado em MATOS, 2009, p. 43 e VALE; AMÂNCIO; LAURIA, 2006, p. 50.

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

Capítulo 3 – Saúde pública

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

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

3.1 Conceituando o objeto saúde pública

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

Entender a saúde como um processo social feito pelas pessoas através de escolhas conscientes é a definição da Carta de Ottawa (1986), que engloba “condições e os recursos fundamentais para a saúde são: Paz – Habitação – Educação – Alimentação – Renda - ecossistema estável – recursos sustentáveis – justiça social e equidade” (idem, p. 1), entendendo que as pessoas devem ter a liberdade para escolher uma vida sadia. Entretanto, na nossa realidade

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

socioeconômica, sabemos que isso não é uma escolha pessoal, mas determinada financeiramente.

Sobre o conceito de qualidade de vida, consideramos que este

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

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

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

Minayo (1998, p. 37) apresenta uma compilação de significados, oriundos da língua inglesa, importantes para o entendimento do campo da saúde do ponto de vista antropológico: *disease* é a “manifestação patológica em linguagem biomédica”; *illness* é a “percepção subjetiva expressa em linguagem do senso comum”; *sickness* é a “expressão cultural da doença”. *Illness*, para Sevalho e Castiel (1998, p. 67-8) equivale a transtorno ou moléstia; e para Menéndez (1998, p. 90-92), *illness* é a construção social do padecimento como processo sociocultural e econômico-político que inclui o fenômeno considerado patológico; e *disease* é a construção técnica da enfermidade como problema médico. Essa miríade de nomenclaturas e significados demonstra a dificuldade em criar um conceito único para a saúde.

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

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

A saúde coletiva é um espaço social de conhecimentos e práticas de saúde, com preocupações relativas às interações socioeconômicas da sociedade com o ambiente, além de valores sociais como solidariedade, igualdade, justiça e democracia. O termo saúde coletiva se originou na década de 1950, como contraponto ao preventivismo, modelo baseado na história natural da doença (figura 4), em que são hierarquizadas as formas de prevenção primária, no período pré-patogênico, secundária, no período patogênico e terciária, que é a recuperação máxima da saúde após a doença (LEAVELL, CLARK, 1976; CARVALHEIRO, MARQUES, MOTA, 2013; UENO, NATAL, 2013); porém seu marco histórico está vinculado ao movimento da reforma sanitária e a luta pela democratização da saúde na década de 1970, sendo caracterizado por sua natureza interdisciplinar, especialmente a administração e planejamento, epidemiologia e ciências humanas, sempre com foco na saúde.

Figura 4 – História natural de qualquer doença no homem

(continua na próxima página)

Figura 4 – História natural de qualquer doença no homem (cointinuação)

Fonte: CLARK; LEAVELL (1976, p. 18).

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

Para Almeida Filho, a saúde possui cinco dimensões: física, social, emocional, intelectual e espiritual (figura 5), mas o sentimento de saúde pode ser ilusório, pois a “sensação de bem-estar não implica que a doença esteja efetivamente ausente. O sentimento da doença, este sim, será indubitável e inapelável: sentir-se mal significaria sempre ausência de saúde” (idem, p. 14), e segue:

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

Figura 5 - Dimensões da saúde integral

Fonte: Almeida Filho (2011, p. 7).

A proposta de Almeida Filho para decodificar o significado de saúde explora diferentes dimensões desta, a saber: problema, que discute a própria ciência nesse campo; fenômeno, que define como função orgânica, ausência de doenças e incapacidades; metáfora ou ideia, “representação ideológica, estruturante da visão de mundo de sociedades concretas”; medida, os “indicadores demográficos e epidemiológicos”; valor, “direito social, serviço público ou bem comum, parte da cidadania global contemporânea; práxis, “direito social, serviço público ou bem comum, parte da cidadania global contemporânea [...] conjunto de atos sociais de cuidado e atenção [...] operado em setores de governo e de mercados, em redes sociais e institucionais”; e síntese em “que não se pode falar da saúde no singular, e sim de várias ‘saúde’, a depender das ordens hierárquicas, dos níveis de complexidade e dos planos de emergência considerados” (ALMEIDA FILHO, 2011, p. 96), sendo que pesquisaremos a dimensão da práxis, como conjunto de atos de cuidado e atenção nas redes sociais.

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

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

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

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

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

a ineficácia dos procedimentos mágicos ou religiosos era compensada com a caridade. É na Idade Média que surgem os primeiros hospitais – mais apropriadamente hospícios, ou asilos, nos

quais os pacientes recebiam, se não o tratamento adequado, pelo menos conforto espiritual. Em relação à ciência, aos cuidados médicos e mesmo às medidas higiênicas havia desconfiança e até hostilidade. (SCLIAR, 1987, p. 23-4).

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

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

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

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

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

Já os sistemas de saúde

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

Os sistemas de saúde são estruturados através de atividades distintas, como hospitais, ambulatorios, laboratórios, médicos, enfermeiros e demais profissionais da saúde como psicólogos, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, especializados em

cuidados paliativos, entre outros; demais trabalhadores como atendentes, seguranças, secretários, administradores, comunicadores, enfim, é um sistema complexo para ser administrado e financiado adequadamente. No Brasil, “a saúde é uma das três áreas que integram a seguridade social, que deve ser financiada por toda a sociedade” (SILVA; VIANA, 2011b, p. 188); e esse financiamento e oferta são regulamentados, fiscalizados, controlados, auditados e avaliados (OLIVEIRA; ELIAS, 2011), criando uma teia burocrática e normativa em excesso.

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

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

3.2 História da saúde pública nas Constituições do Brasil

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

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

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

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

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

O modelo médico-assistencial-privatista foi adotado a partir da década de 1920, com a criação de Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) configurava uma “oferta de assistência médica desigual, pois grande parte da população brasileira não estava vinculada a atividades de natureza empresarial, continuando a depender dos programas sanitários esporádicos no Estado” (idem, p. 7); as CAPs foram substituídas a partir da década seguinte por Institutos de Aposentadorias (IAPs), e a população sem vínculos formais de trabalho continuava na dependência

de serviços estatais locais ou serviços particulares e, na década de 1970, os IAPS foram unificados e criou-se o Instituto Nacional da Previdência Social (INPS) e o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (Inamps), que mantinham “o caráter discriminatório e desigual em relação às ações assistenciais” (idem, p. 11), o que é preocupante e perigoso, especialmente em situações de epidemias e pandemias.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ao final do século XVIII (Galvão, 2009) são criados no Rio de Janeiro o Hospital Militar, que inicia o ensino médico, e o Leprosário, entidade assistencial que protege os habitantes do possível contágio da doença; também são tomadas medidas de urbanização diretamente relacionadas à saúde pública, como drenagem

de águas estagnadas e secagem de pântanos: a doença passa a ser percebida como um problema social.

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

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

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

Em 1850, após os primeiros casos registrados de febre amarela no Rio de Janeiro e com o objetivo de unificar os serviços sanitários do Império, foi criada a junta de Higiene Pública, que se manteve até 1885, quando foi “instituído um Conselho Superior de Saúde Pública, que teve função apenas normativa sobre as questões de higiene e salubridade geral” (Galvão, 2009, p. 18). Nesse ano, também os Serviços Sanitários do Império foram divididos em Terrestre e Marítimo. Entretanto, para Galvão (idem, p. 18) essa separação dos serviços era caracterizada “por sua enorme ineficiência, já que correspondia a uma sociedade escravista pouco preocupada com os problemas sanitários da força de trabalho e com as exigências do mercado internacional”, demonstrando pouca preocupação com a saúde pública.

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

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

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

Essa Constituição traz como pontos principais: as competências da União e de seus Estados e municípios; as taxas e impostos; as formações e atribuições dos poderes legislativo, executivo e judiciário; a cidadania, eleitores e elegíveis. A Seção II, “Declaração de Direitos”, em seu Artigo 72 “assegura a brasileiros e a estrangeiros residentes no país a inviolabilidade dos direitos concernentes à liberdade, à segurança individual e à propriedade” (Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil de 1891), mas a palavra “saúde” não aparece nenhuma vez neste texto constitucional.

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

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

Destacam-se ainda nesse período os esforços de Adolfo Lutz, que dirigiu o Instituto de Bacteriologia, que mais tarde receberia seu nome; Emilio Ribas, cujo

nome batiza o Instituto de Epidemiologia em São Paulo, foi fundador do Instituto Butantã e do Sanatório de Campos do Jordão para tratar a tuberculose; Vital Brasil, fundador do Instituto Butantã e do Instituto Vital Brazil e descobridor do soro antiofídico, antitetânico e antidiftérico; e Carlos Chagas, que dedicou suas pesquisas ao estudo e combate da malária, da doença de Chagas e da gripe espanhola e foi Diretor Geral de Saúde Pública a convite do presidente Epitácio Pessoa.

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

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

A comunicação pública da saúde pública é mencionada por Galvão (2009, p. 30) ao afirmar que “o Tenentismo, mais precisamente os revolucionários da Coluna Prestes. Entre 1924 e 1927, a marcha da Coluna pelo interior do país contribuiu para a ideia da reforma social e política definida pelos propagandistas do saneamento”. Consideramos que embora houvesse “uma espécie de não-sistema de saúde, com

certa omissão do poder público” (PAIM, 2009, p. 17), a população começava a ser informada sobre questões de saúde, uma nova preocupação do governo, com a implantação de uma incipiente educação sanitária.

Marcou essa época o personagem criado por Monteiro Lobato, Jeca Tatu, caracterizado pejorativamente por sua pobreza, ignorância e aversão aos hábitos de higiene. Esse personagem foi posteriormente utilizado em campanhas publicitárias (figura 6) como símbolo do atraso e também de superação, ao utilizar determinados medicamentos.

Figura 6 – Propaganda com o personagem Jeca Tatu

Fonte: http://www.miniweb.com.br/literatura/artigos/imagens/jeca_tatu/11f05.jpg

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

A República Velha (1889-1930) teve como características principais o domínio da política café com leite e do coronelismo, tendo como pano de fundo as oligarquias estaduais e a insatisfação com a Constituição anterior. Após a Revolução de 30, Getúlio Vargas assume a presidência e convoca nova assembleia nacional constituinte, cujos principais pontos eram: a organização territorial; as atribuições e

coordenação entre os poderes legislativo, executivo e judiciário; taxas e impostos; concessões estatais; a elaboração do orçamento; a justiça eleitoral e militar; a criação de órgãos de cooperação para as atividades governamentais; a cidadania e direitos de eleitor e elegibilidade; e a inserção de direitos trabalhistas;

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

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

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

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

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

O Artigo 157, embora trate da formação de fundos de educação, estipula em seu Parágrafo 2º que “parte dos mesmos fundos se aplicará em auxílios a alunos necessitados, mediante fornecimento gratuito de material escolar, bolsas de estudo, assistência alimentar, dentária e médica, e para vilegiaturas” (Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil de 1934), de modo que registra-se a preocupação com a saúde dos jovens.

Historicamente,

da instalação da colônia até a década de 1930, as ações eram desenvolvidas sem significativa organização institucional. A partir daí iniciou-se uma série de transformações, ou melhor, foram criados e extintos diversos órgãos de prevenção e controle de doenças,

culminando, em 1991, com a criação da Fundação Nacional de Saúde. (FUNASA, s/d).

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

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

Apenas três anos após a Constituinte anterior, por causa da implantação do Estado Novo de Getúlio Vargas, foi promulgada nova Constituinte em 1937, que mudou o nome oficial do país e ficou conhecida como Polaca, por ter inspiração na Constituição autoritária da Polônia. O objetivo do Estado Novo era combater o modelo comunista adotado por alguns países e no quesito saúde e

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

Essa Constituição concentra os poderes executivo e legislativo na figura do presidente da República; determina atribuições dos poderes e dos Estados e municípios; atribui responsabilidades aos diferentes ramos da produção econômica nacional; organiza a questão orçamentária do país; estabelece o voto feminino; determina o papel da imprensa. O assunto de nosso interesse é contemplado no Art. 16 – “Compete privativamente à União o poder de legislar sobre as seguintes

matérias”, Item “XXVII – normas fundamentais da defesa e proteção da saúde, especialmente da saúde da criança” e posteriormente no Artigo 18 “independentemente de autorização, os Estados podem legislar, [...] para suprir-lhes as deficiências ou atender às peculiaridades locais”, item “C) assistência pública, obras de higiene popular, casas de saúde, clínicas, estações de clima e fontes medicinais”, oferecendo maiores possibilidades de cuidado à saúde da sociedade:

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

Observamos que, no decorrer do século XX, foram criadas novas iniciativas profiláticas e sanitárias no terreno da saúde pública, especialmente nas regiões mais distantes do Rio de Janeiro, então capital do país, mas como podemos observar, a comunicação pública continuava sendo objeto de pouca preocupação, ao mesmo tempo em que aumentava a necessidade de maior profissionalização do setor:

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

Esse período apresentou mudanças significativas no teor de serviços públicos:

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

Especialmente no que se refere à saúde pública:

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

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

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

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

O Presidente Eurico Gaspar Dutra promulgou nova Constituição após o fim do Estado Novo, com os seguintes destaques: cobrança e transferência de impostos e tributos; os poderes e a separação de suas especificidades; a cidadania e direito a voto e elegibilidade; igualdade perante a lei e liberdade para manifestação do pensamento. No que concerne à saúde pública, nas Disposições Preliminares consta no Artigo 5º (Compete à União), dentro do item XV que a União deve legislar sobre “normas gerais de direito financeiro; de seguro e previdência social; de defesa e proteção da saúde; e de regime penitenciário”; no Artigo 157º, sobre legislação do trabalho e previdência social é mencionada que os trabalhadores possuem direito à “assistência sanitária, inclusive hospitalar e médica preventiva, ao trabalhador e à gestante”; o Artigo 164º refere que “é obrigatória, em todo o território nacional, a assistência à maternidade, à infância e à adolescência. A lei instituirá o amparo de famílias de prole numerosa”; e surge novamente no Artigo 186º, sobre a inspeção de saúde para investidura inicial em cargos do funcionalismo público.

Em 1953 é criado o Ministério da Saúde, “com pouca ação executiva, porém tendo por foco os postos de saúde e as campanhas de saúde pública” (ABRAHÃO,

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

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

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

A sexta Constituição do Brasil institucionalizou e legalizou o regime militar, iniciado quando o marechal Castelo Branco assumiu a presidência após o golpe em 1964 que derrubou o governo de João Goulart. Essa Constituição estabelece eleições indiretas; restringe direitos trabalhistas; enfatiza o poder militar; estabelece o orçamento e a fiscalização financeira; regulamenta a organização e funcionamento de partidos políticos; discute o estado de sítio. A assistência à saúde pública é mencionada no Artigo 167º, competências da União “XIV – estabelecer planos nacionais de educação e de saúde; [...] XVII – legislar sobre: [...] c) Normas gerais de direito financeiro; de seguro e previdência social; de defesa e proteção da saúde; de regime penitenciário”. No Artigo 9º “A União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios é vedado: [...] II – estabelecer cultos religiosos ou igrejas; subvencioná-los; embaraçar-lhes o exercício; ou manter com eles ou seus

representantes relações de dependência ou aliança, ressalvada a colaboração de interesse público, notadamente nos setores educacional, assistencial e hospitalar”, o que é complicado, pois, historicamente, grande parte do serviço assistencial à saúde está vinculada com à igreja; os direitos dos trabalhadores à saúde é pontuado no Artigo 158º “A Constituição assegura aos trabalhadores os seguintes direitos, além de outros que, nos termos da lei, visem à melhoria, de sua condição social: [...] XV – assistência sanitária, hospitalar e médica preventiva”; o Artigo 167º “A família é constituída pelo casamento e terá direito à proteção dos Poderes Públicos. [...] § 4º – A lei instituirá a assistência à maternidade, à infância e à adolescência”; e finalmente, no Artigo 178º “Ao ex-combatente [...] que tenha participado efetivamente de operações bélicas na Segunda Guerra Mundial são assegurados os seguintes direitos: [...] f) assistência médica, hospitalar e educacional, se carente de recursos”.

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

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

Esse período histórico foi conturbado na esfera social e política, especialmente pelos problemas oriundos da falta de liberdade de expressão de

pensamento; na esfera econômica, com as constantes dívidas criadas externamente e a dificuldade em lidar com a inflação monetária. Quanto ao setor de saúde pública, destacamos a criação do sistema de notificações de algumas doenças transmissíveis que fossem passíveis de controle por meio de vacinação, o que sugere o uso da comunicação pública com valor estratégico para o governo do país.

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

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

Gil e Matos (2011, p. 95) concluem que os paradigmas da teoria da comunicação de massa “guiaram a concepção dos programas em saúde” e destacam a criação do personagem Sujismundo (figura 7), desorganizado, indisciplinado e desprovido de higiene, antítipo utilizado para justificar a imposição da autoridade do governo. As autoras destacam “o slogan ‘Povo desenvolvido é povo limpo’, [que] reforçava ainda a ordem para o autocuidado do cidadão em higiene, deslocando para o indivíduo a responsabilidade” pela sua saúde.

Figura 7 – O personagem Sujismundo

Fonte: <http://lembradesse.blogspot.com.br/2010/10/o-sujismundo.html>

Destacamos que as campanhas de vacinação (varíola, sarampo, poliomielite, entre outras) também são um marco dessa época, pois a população estava sendo paulatinamente conscientizada sobre algumas medidas profiláticas que evitam o surgimento de algumas doenças infectocontagiosas, sendo que em 1975 a cobertura de pessoas vacinadas subiu para 40% da população (o índice anterior era apenas 25%) e a publicação do Manual de Vigilância Epidemiológica e Imunizações Normas e Instruções em 1977, a partir dessa data são oficializados pelos setores competentes do governo diversos manuais, guias e treinamentos técnicos sobre profilaxia e cuidados, com o objetivo de orientar os profissionais da área espalhados pelo país (FUNASA, s/d). O personagem Zé Gotinha (figura 8), um ícone da comunicação pública voltada para a imunização e prevenção da poliomielite por meio da vacina, é criado em 1987, dentro de um contexto de abertura política.

Figura 8 – O personagem Zé Gotinha

Fonte: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702003000500013

Nas décadas de 1920 e 1930 surgiram várias iniciativas de ordem previdenciária e preocupadas com a saúde pública. Data dessa época os Institutos de Aposentadorias e Pensões, que introduziram serviços de assistência médica (SCLAR, 2003, p. 43) e que deram origem, na década de 1960, ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e, na década seguinte, ao Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) (PERILLO, 2006; LANGBECKER; CASTANHEIRA, 2011), que proporcionava “cobertura de assistência médica a toda a população previdenciária e apenas a ela, ou seja, a

quem estivesse formalmente inserido no mercado de trabalho” (JUNQUEIRA, 2006, p. 256) e nessa época, “o atendimento aos excluídos do mercado formal de trabalho [...] era feito através do Ministério da Saúde e das Secretarias estaduais de saúde” (idem) ou por entidades filantrópicas, que atendiam os “cidadãos excluídos do mercado formal de trabalho, então considerados indigentes” (LAVRAS, 2011, p. 318), configurando um sistema excludente (ZIONI; ALMEIDA; PEREIRA FILHO, 2013; NARVAI; PEDRO, 2013) e pouco eficaz, pois a saúde comunitária sofria com pouco financiamento referente à saúde coletiva.

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

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

as condições de saúde da população se modificavam. Do predomínio das doenças de pobreza (tuberculose, desnutrição, verminoses, doenças sexualmente transmissíveis e outras doenças infecciosas e parasitárias), alcançamos a chamada morbidade moderna (doenças do coração, neoplasias, acidentes e violências). Houve uma redução da mortalidade e da natalidade, assim como um envelhecimento da população. Progressivamente, ocorreram o decréscimo da mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias e o crescimento das doenças crônicas e degenerativas, além dos traumas. (PAIM, 2009, p. 20).

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

no plano mais geral, o início da década de 1980 foi marcado por dois fatos significativos: grave crise econômica mundial e processo de redemocratização política do país. No contexto da crise econômica, verificou-se intenso processo de internacionalização dos mercados, dos sistemas produtivos e da tendência à unificação monetária, cujo resultado foi uma perda considerável de autonomia dos Estados nacionais. Na América Latina, os efeitos da crise financeira, somados à crise da dívida externa, levaram a um reforço do modelo que vinha sendo aplicado em alguns países desde meados da década anterior pelo Banco Mundial, o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o governo norte-americano, no ‘Consenso de Washington’. Esse modelo incluía a proposta de ajuste estrutural, segundo o qual as mudanças deveriam ocorrer através de políticas liberalizantes, privatizantes e de mercado, ou seja, centradas na desregulamentação dos mercados, na abertura comercial e

financeira, na privatização de empresas públicas e na intervenção do Estado na oferta de bens e serviços de natureza social. A gênese do Sistema Único de Saúde no Brasil, por suas peculiaridades, especialmente no que se refere aos princípios da universalidade da atenção à saúde e da participação social, tem sido apontada como um movimento na contracorrente do que ocorreu nos demais países latino-americanos. (SANTOS; BRITO; LIMA; FONSECA, 2004a, I. 1200).

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

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

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser

feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

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

- I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - participação da comunidade.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

§ 4º Os gestores locais do sistema único de saúde poderão admitir agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias por meio de processo seletivo público, de acordo com a natureza e complexidade de suas atribuições e requisitos específicos para sua atuação. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 51, de 2006)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Paim (2009, p. 28) afirma que “pela primeira vez na história do Brasil, foi promulgada uma Constituição que reconhece a saúde como direito social”, mas o fato de observarmos artigos constitucionais em sua totalidade legislando sobre a

questão da saúde pública é um avanço a ser comemorado, pois “as Conferências Nacionais de Saúde vinham sendo desenvolvidas desde os anos 1940” (ZIONI; ALMEIDA; PEREIRA FILHO, 2013, p. 120) e, em 1986, na VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), com a presença de quase dez mil participantes (idem) foi discutida a saúde pública, que posteriormente originou o Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS possui regras para seu funcionamento e

pode-se destacar a promulgação da Lei Orgânica da Saúde [leis 8.080 e 8.142 de 1990], que dispunha sobre as condições para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, definindo os parâmetros para o modelo assistencial, estabelecendo os papéis das três esferas e instituindo o Sistema Único de Saúde (SUS). Foram definidos ainda, como princípios e diretrizes, a universalidade, a equidade e a integralidade, a descentralização com ênfase na municipalização, a regionalização e a participação popular, através do fortalecimento do exercício do controle social por meio dos conselhos municipais, estaduais e nacional de saúde. (SANTOS; BRITO; LIMA; FONSECA, 2004b, l. 1231).

As CNS foram uma demonstração de que

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

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

Com a redemocratização, em 1988 a Constituição apregoou que a saúde é direito de todos e dever do Estado, entretanto, o Sistema Único de Saúde (SUS), que, embora tenha sido criado como política de saúde pública predominante para a população do país, “ainda está bastante distante de ser uma realidade nacional, embora muitos avanços tenham sido feitos e existam ilhas de excelência [...] nos procedimentos mais complexos, como transplantes” (PERILLO, 2006, p. 250), apesar de o país ainda sofrer com surtos de dengue e febre amarela, que poderiam ser evitadas com o controle do vetor dessas doenças. Paim (2009) adverte que mesmo as pessoas que usam as redes privadas de saúde, se utilizam do SUS, pois este é o órgão responsável pela vigilância epidemiológica e pela vigilância sanitária.

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

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

Para avaliar o SUS, o governo analisa o Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS), que não necessariamente corresponde à realidade entendida pelo usuário da saúde pública, por não ser uma pesquisa de satisfação.

Deste modo, é importante ressaltar que o IDSUS não é uma pesquisa ou entrevista direta como usuário do SUS. Trata-se de uma avaliação (IDSUS, 2011, p. 11) que atende aos residentes de cada município brasileiro, com base nos dados dos Sistemas Nacionais de Informação de Saúde, fornecidos pelos gestores do SUS, além de dados de outros Sistemas de Informações Nacionais.

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

A área da saúde se pauta na atualidade por três paradigmas (MARTIN, 2006), a saber: a) benigno-humanitário, que prioriza a dignidade da pessoa e seu bem-estar; b) tecnocientífico, em que predominam o conhecimento científico e a eficiência técnica; e c) comercial-empresarial, que transforma a medicina em negócio que deve ser rentável. Ao tratarmos de hospitais públicos, enfrentamos situações anacrônicas e dificuldades organizacionais profundas, vítimas de uma burocratização ineficaz, o que despenderia muito esforço público e conjunto para corrigi-los, pois no caso específico das organizações públicas, constata-se ainda a centralização do poder, a burocracia elevada, o atendimento insatisfatório e funcionários desinteressados, o que compromete a prestação do serviço público com qualidade e satisfação. Diante disso, torna-se imprescindível uma administração que coloque o ser humano e seu desenvolvimento como início, meio e fim dos objetivos e das práticas organizacionais, em prol de relações de trabalho mais humanas, dignas e éticas. É por meio dessa gestão que a organização pública poderá propiciar uma cultura de valorização, em busca de um serviço público mais qualificado e voltado integralmente para o bem-estar social (SILVA, P. 2010, p. 211-2), levando a melhoria da qualidade de vida em uma sociedade mais ética e justa.

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

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

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

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

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

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

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

Sobre o modelo do SUS,

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

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

A automedicação pode ser um resultado da comunicação mercadológica, pois

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

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

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

2011; CARVALHEIRO, MARQUES, MOTA, 2013), além do surgimento de novas doenças e síndromes.

Nesse sentido, observamos a crítica de Souza (p. 1396), ao “ênfatar que a área de recursos humanos vivencia uma contradição: em termos de discurso é extremamente valorizada, mas na prática é pouco dignificada e tratada sem prioridade política”, o que denuncia a desvalorização dos profissionais do setor e o quanto ainda são necessárias reformas no setor de saúde do país.

3.3 Comunicação pública e saúde pública: a necessária convergência

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

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

Conforme pudemos observar, a saúde pública necessita que os cidadãos estejam bem informados, o que é viável apenas com melhor educação e, principalmente, comunicação pública confiável, compreensível e transparente. Essa pesquisa tem como um dos objetivos mostrar tanto o histórico conjunto dessas áreas como a necessidade de maiores esforços comunicacionais, que devem, inclusive, envolver a própria comunicação institucional dos órgãos relacionados. Para J. Almeida (2012), a saúde dos indivíduos é impactada pelo capital social e pelo

associativismo, pela facilitação do acesso aos serviços de saúde e pelo impacto direto na saúde do detentor do capital social.

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

Capítulo 4 – Pastoral da Saúde

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

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

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

4.1 O cuidado social

A etimologia da “palavra ‘cuidado’ vem do latim e significa cura” (FRACOLLI; ZOBOLI, 2011, p. 762), e tem também, dependendo do contexto, o significado de amor e amizade. Para os autores, cuidado é “um fenômeno existencial, relacional e contextual” (idem, p. 763), porque faz parte do ser, se inter-relaciona com outros seres e depende do contexto em que ocorre. “A ação de cuidar tem sempre uma conotação para prover, favorecer o bem, a vida para outro ser” (idem, p. 764), nesse sentido, o trabalho realizado pelas agentes da Pastoral da Saúde se encaixa como ação integral de relacionamento interpessoal, em que estão inclusos confiança, interesse, respeito, atenção e consideração. Baldessin (2013, p. 15) afirma que

“sempre existiu, é inato na maioria das pessoas, o sentimento de solidariedade humana, seja ou não por princípios religiosos”, pois constituímos uma sociedade.

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

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

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

o simples fato de a mensagem chegar ao receptor não garante que seja compreendida. Para que o processo comunicativo realmente aconteça, é fundamental levar em consideração a participação do destinatário da mensagem na interpretação do seu significado. A comunicação é, portanto, o processo de produzir significados, o que é conseguido por meio de trocas simbólicas entre indivíduos e grupos. O uso de técnicas de comunicação tem como objetivo estimular, sensibilizar e envolver o maior número de pessoas possível. Esses significados têm de ser compreendidos e decodificados da mesma maneira por todos os participantes de um mesmo grupo. (PELICIONI; PELICIONI; TOLEDO, 2013, p. 208).

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

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

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

Putnam (2000, p. 72) descreve que as comunidades baseadas na fé são o mais importante repositório de capital social nos Estados Unidos. Embora Putnam se refira à igreja protestante, maioria naquele país, acreditamos que esse fator não interfira em nossa análise, pois tanto o protestantismo como o catolicismo são religiões cristãs e, segundo o autor, o ato de ir à igreja cria uma conectividade social entre as pessoas e instiga os frequentadores a serem mais proativos em relação à caridade, embora o autor reforce que fazer o bem para outras pessoas não é a definição de capital social.

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

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

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

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

Notamos, por esses objetivos, que a preocupação da PS é o bem-estar do doente, muitas vezes abandonado por sua família, sem esperanças de cura e com crença religiosa. Os agentes da PS fazem treinamentos para realizar as visitas e acompanhamentos e são, em sua maioria, “mulheres, e de certa idade, que tinham

tempo” (BAUTISTA, 2007, p. 50) e, para Baldessin (2007, p. 56), “é muito importante que o agente de pastoral tenha uma personalidade madura e equilibrada, tornando-se sensível e ao mesmo tempo solidário ao problema do outro” o que caracteriza o agente da PS como empático para conseguir se colocar no lugar do necessitado. Além disso, o agente deve tomar cuidado para não sofrer com

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

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

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

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

A pediatra e sanitarista Zilda Arns é uma referência quando pesquisamos a Pastoral, pois ela foi a fundadora da Pastoral da Criança e da Pastoral da Pessoa Idosa, a pedido da Conferência Nacional de Bispos do Brasil (CNBB). Seu trabalho

popularizou a expressão empreendedorismo social ao grande público, o que desvincula a imagem desse trabalho daquele mais voltado ao assistencialismo, no sentido de prestação de socorros, principalmente materiais, em situações emergenciais que necessitam de atuação imediata.

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

Figura 9 – As dimensões da Pastoral da Saúde

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

Perillo afirma que

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

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

A PS também pode ser considerada parte dos

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

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

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

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

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

Outro conceito importante para o entendimento da PS é o conceito de participação, “componente indispensável do processo de construção de cidadania” (DUARTE, M., 2012, p. 101), sendo essa participação tanto do voluntário, como do assistido, que reencontra sua dignidade. Para a autora, “cidadania implica em mobilização, cooperação, e formação de vínculos de corresponsabilidade para com os interesses coletivos” (idem, p. 111) e a comunicação e a cidadania devem estar interligadas, reforçando-se mutuamente. É importante referendar que a cidadania “não é doada nem é dádiva de governantes, que aliás só cedem à ampliação de direitos mediante pressão popular” (PERUZZO, 2004, p. 67), e, conforme vimos anteriormente nessa pesquisa, foi essa luta por direitos que deu origem ao SUS.

Nesse sentido, Chalmers, Martin e Piester (1997) definiram que as redes associativas de representação são capazes de unir atores populares da sociedade com as iniciativas estatais, outro ponto de conexão com as atividades da PS. É importante observar que os cidadãos se engajam em movimentos sociais considerados coerentes (ESCUDERO, 2015, p. 74), mostrando a existência do capital social em movimentos sociais e voluntários, ainda que sem utilizar essa nomenclatura. A autora (idem, p. 123) afirma que “a comunicação possibilita a visibilidade da identidade dos diferentes grupos e de sua inclusão na nova esfera pública”, categorizando assim a intersecção entre os temas estudados nessa pesquisa, entretanto, Bautista (2007, p. 81) afirma que a PS utiliza muito pouco os meios de comunicação para divulgar e incrementar seu trabalho. Corroborar com ele Baldessin (2000, p. 152) ao referir que a PS deve se empenhar em prevenir

“doenças primárias tais como: paralisia infantil, febre amarela e desnutrição. Ou seja, doenças que podem muito bem ser controladas com recursos que não custam tanto”, embora saibamos que para a comunicação ser eficaz ela deve ser planejada de acordo com seus públicos (KUNSCH, 2003), além dos investimentos necessários em comunicação pública. Baldessin (2013) inclusive menciona a necessidade da PS conversar com as ciências humanas, além do diálogo normalmente realizado com profissionais do campo da saúde.

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

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

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

Para Zémor (2012), a comunicação pública deve colaborar na divulgação de ações de interesse geral, apesar dos temores sobre a falência da cultura cívica da

sociedade. Entretanto, observamos que organizações como a PS têm pouca cobertura midiática e fazem uso incipiente das redes sociais digitais. Planejar a comunicação organizacional e pública da PS, com objetivos determinados e públicos escolhidos seria um diferencial estratégico para esta organização.

Peruzzo (2012, p. 166) elenca os objetivos dos processos comunicativos interpessoais e grupais em redes sociais como a PS: mobilização dos beneficiários da ação; promover mudanças; divulgar as organizações sociais; obter recursos; divulgar as ações sociais; motivar voluntários; suprimir conflitos; e prestar contas à sociedade. Para Baldessin (2000, p. 156) a “Pastoral da Saúde deve exercer sua função de conscientizar o povo para reivindicar seus direitos e também assumir suas responsabilidades”, o que promoveria uma sociedade menos apática.

Os agentes da PS lidam com pacientes que

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

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

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

na Antiguidade, por exemplo, a preocupação maior era sempre com a alma do enfermo e não com o seu corpo. O significado da palavra hospital era de uma “casa para hospedar”.
Em 2000 a.C., o hospital era chamado de “casa da morte”, pois era para lá que iam os doentes sem chance de cura com duas

finalidades: serem amparados e, ao mesmo tempo, retirados do convívio social para não haver contaminação e epidemias.

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

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

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

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

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

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

4.2 O município onde a pesquisa foi realizada

A pesquisa foi conduzida no município de Americana, no interior de São Paulo (figura 10), motivada pelo conhecimento do trabalho da Pastoral da Saúde na cidade.

Figura 10 – Localização do município de Americana

Fonte: Blog Rural Pecuária (2010)

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

No Índice Paulista de Responsabilidade Social⁴, o município está em 76º lugar em riqueza, 135º em longevidade e 100º em escolaridade, lembrando que o

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

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

Estado de São Paulo possui 645 municípios e a capital, a título de comparação, está em 18º lugar em riqueza, 222º em longevidade e 568º em escolaridade. A cidade ainda é a 4ª melhor colocada na região metropolitana de Campinas no Índice Firjan de Desenvolvimento Municipal⁵. O Índice de Desenvolvimento Humano⁶ coloca Americana em 11º lugar, sendo que a capital está em 14º lugar. No quadro brasileiro, fica em 69º lugar, dentre 5507 municípios ao total.

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

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

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

Segundo a igreja católica, o município pertence à Província Eclesiástica de Campinas, à Arquidiocese de Campinas e à Diocese de Limeira, composta por 86 paróquias e mais de 300 comunidades. Fazem parte da Diocese de Limeira as seguintes cidades, divididas em regiões: Sul: Americana e Nova Odessa; Norte: Analândia, Descalvado, Pirassununga e Porto Ferreira; Centro-Norte: Araras, Leme e Santa Cruz da Conceição; Leste: Artur Nogueira, Conchal e Cosmópolis, Engenheiro Coelho; Centro: Cordeirópolis, Iracemápolis e Limeira, conforme podemos localizar na figura 12.

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

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

⁷ Dados disponíveis em

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

Figura 12 – Mapa da Diocese de Limeira

Fonte: Diocese de Limeira (2016).

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

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

Para entendermos o perfil dessas cidades, a figura 13 apresenta os dados de forma consolidada, apresentando dados do município de São Paulo (capital) a título de comparação. Apesar de apresentar bons índices de qualidade de vida, isso não significa que não existam pessoas em situações de vulnerabilidade, seja financeira,

social, psicológica ou familiar. Dessa maneira, verificamos que existem idosos e acamados que necessitam da atuação da PS, tanto por não ter como se deslocar, como por não ter apoio emocional. Essas características foram determinantes para a escolha tanto da localidade como da amostra pesquisada.

Figura 13 – Perfil resumido dos municípios pertencentes à Diocese de Limeira

Município	Área (km ²)	Habitantes	IDHM	IDH	IPRS riqueza	IPRS longevidade	IPRS escolaridade	IFDM nacional	IFDM estadual
Americana	133,93	233.868	0,811	11 ^a	76 ^a	135 ^a	100 ^a	49 ^a	34 ^a
Analândia	326,63	4.672	0,754	199 ^a	105 ^a	406 ^a	516 ^a	1254 ^a	408 ^a
Araras	644,831	131.282	0,781	62 ^a	141 ^a	282 ^a	138 ^a	61 ^a	38 ^a
Artur Nogueira	177,752	45.847	0,749	236 ^a	356 ^a	93 ^a	135 ^a	667 ^a	273 ^a
Conchal	183,826	27.345	0,708	546 ^a	441 ^a	154 ^a	144 ^a	341 ^a	155 ^a
Cordeirópolis	137,337	23.517	0,758	177 ^a	22 ^a	262 ^a	123 ^a	212 ^a	115 ^a
Cosmópolis	154,73	69.086	0,769	115 ^a	214 ^a	286 ^a	199 ^a	1061 ^a	358 ^a
Descalvado	755,226	31.056	0,76	164 ^a	106 ^a	53 ^a	385 ^a	196 ^a	102 ^a
Engenheiro Coelho	109,798	15.719	0,732	370 ^a	113 ^a	420 ^a	579 ^a	1332 ^a	420 ^a
Iracemópolis	115,118	20.029	0,776	83 ^a	169 ^a	46 ^a	109 ^a	110 ^a	60 ^a
Leme	403,077	99.388	0,744	274 ^a	263 ^a	478 ^a	274 ^a	208 ^a	109 ^a
Limeira	580,983	294.128	0,775	90 ^a	121 ^a	281 ^a	197 ^a	86 ^a	52 ^a
Nova Odessa	73,298	56.008	0,791	33 ^a	57 ^a	186 ^a	88 ^a	139 ^a	77 ^a
Pirassununga	726,942	70.138	0,801	20 ^a	130 ^a	300 ^a	370 ^a	128 ^a	71 ^a
Porto Ferreira	243,906	55.432	0,751	219 ^a	136 ^a	451 ^a	412 ^a	398 ^a	178 ^a
Santa Cruz da Conceição	149,432	3.998	0,79	35 ^a	387 ^a	468 ^a	277 ^a	118 ^a	66 ^a
São Paulo (capital)	1.521,11	12.106.920	0,805	14 ^a	19 ^a	222 ^a	568 ^a	98 ^a	56 ^a

Fonte: dados oficiais dos municípios.

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

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

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

Capítulo 5 – Procedimentos metodológicos

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

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

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

5.1 A análise do discurso inglesa

A análise do discurso (AD) na vertente inglesa tem entre seus principais autores John Austin, John Searle e Norman Fairclough, para quem o discurso é um campo para a mudança social, um espaço para transformar a realidade. A AD inglesa tem um caráter mais pragmático, objetivando a transformação do discurso em algo prático. A AD inglesa propõe que sejam articuladas a linguagem e a sociedade, sem olvidar o contexto ideológico onde essa interação ocorre e valorizando a fala de cada indivíduo. O discurso é uma maneira de agir sobre o outro e sobre o mundo, sendo uma forma de representação e, dialeticamente, construção e transformação da estrutura social, sendo moldado por esta também. As

identidades sociais, as relações sociais entre os atores e os sistemas ideológicos são aspectos fundamentais para essa análise.

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

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

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

Orlandi (2009, p. 15) afirma que “na análise do discurso, procura-se compreender a língua fazendo sentido, enquanto trabalho simbólico, parte do trabalho social geral, constitutivo do homem e da sua história”, ou seja, há a busca pelo significado através da fala, que é uma representação do sujeito, e a história do falante e suas condições de produção de discurso, além da relação entre ideologia e língua são levadas em consideração. Orlandi (2009) realça que também existe o não-dito na amostra e que este silêncio também deve ser analisado, pois é significativo.

Para realizar a AD inglesa, primeiro identificamos a “pessoa que conduz a narrativa dos acontecimentos” (MANHÃES, 2005, p. 307). Nesse caso, esse indivíduo é o sujeito coletivo, formado por um apanhado de expressões-chave, ideias-chave e ancoragens que respondem às perguntas que foram feitas pela

pesquisadora. Depois, utilizamos como base os mecanismos de conversação, a saber: os pressupostos, a memória coletiva do grupo; e os implícitos, as circunstâncias; os indicadores são de pessoa, tempo e espaço, observando que a relação do entrevistado com o mundo não é neutra.

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

Searle (2000, l. 78) informa que existem cinco tipos de finalidade ilocucionárias, a saber: assertiva ou veriditiva, que são “afirmações, descrições, classificações e explicações”, com o objetivo de “comprometer o ouvinte com a verdade da proposição”; diretiva ou exercitiva, “tentar fazer com que o ouvinte se comporte de tal maneira” conforme desejado pelo interlocutor, tais como “ordens, comandos e pedidos”; compromissiva ou comissiva, “promessas, votos, juramentos, contratos e garantias”, ameaças também, apesar de ser um exemplo negativo; expressiva ou comportamental, “desculpas, agradecimentos, felicitações, boas-vindas e condolências”; e declarações ou expositivas, cuja finalidade “é provocar uma mudança no mundo”; ou seja, os atos ilocucionários estão repletos de intencionalidade do falante sobre o ouvinte. Austin (1990, p. 101) adverte que o ato perlocucionário pode ser ilocucionário, denunciando a subjetividade presente nessa metodologia de análise.

5.2 O discurso do sujeito coletivo

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

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

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

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

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

processo cuja subjetivação é compreendida como estruturante da análise. É importante lembrar que

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

Para obter o pensamento coletivo, é preciso, então, convocar os indivíduos, um a um, o universo ou uma amostra representativa de uma coletividade, para que cada indivíduo possa expor seu pensamento social internalizado, livre da pressão psicossocial do grupo, e para que o conjunto dessas individualidades opinantes possa representar, sociológica e estatisticamente, uma coletividade. (LEFEVRE; LEFEVRE, 2005, p. 20)

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

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

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

Após as transcrições das entrevistas, são criadas as operações para a composição do DSC: E-Ch (expressões-chave), com “trechos selecionados do material verbal de cada depoimento, que melhor descrevem seu conteúdo”; ICs (ideias centrais), que “são fórmulas sintéticas que descrevem o(s) sentido(s) presente(s) nos depoimentos de cada resposta e também nos conjuntos de

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

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

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

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

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

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

Quando uma pessoa emite sua opinião, independente de seu embasamento teórico ou prático, “esse indivíduo já é, do ponto de vista sociológico, o que podemos chamar de ‘eu social ou coletivo inconsciente’” (LEFEVRE; LEFEVRE, 2005, p. 35).

Nesse sentido, o DSC tenta resgatar o “eu social ou coletivo”, tornando-se “um recurso criado para fazer emergir o inconsciente social que fala no indivíduo” (idem, p. 35). A mudança do eu individual para o eu coletivo remete à internalização inconsciente, pelo indivíduo, dos sentidos presentes na coletividade e que não pode ser confundido com senso comum, mas

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Capítulo 6 – Resultados e análises

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

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

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

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

6.1 Roteiro das entrevistas e perfil das entrevistadas

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

- Nome, idade, ocupação e organização familiar
- Como iniciou o trabalho na PS
- Qual a população atendida pela PS e como sabe da existência da PS
- O que é feito pela voluntária da PS durante o atendimento ao enfermo
- Quais as atividades rotineiras na PS

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

- Como é o treinamento para ser voluntário na PS
- Como é o relacionamento da PS com órgãos governamentais
- Quais os benefícios pessoais obtidos pela participação voluntária na PS
- Percepção das agentes dos resultados para o enfermo
- Descrição de algum caso marcante
- A propósito de visitar enfermos que não são católicos
- Outras informações relevantes

Na sequência, individualizamos as entrevistadas⁹. A caracterização do sujeito coletivo é: mulher de meia idade, casada, com filhos, aposentada, empática, solidária, com tempo disponível e com ensino médio completo.

- C.Z., 50 anos, mulher, empreendedora, casada, dois filhos.
- C.F., 61 anos, mulher, do lar, aposentada, viúva, dois filhos.
- C.M., 61 anos, mulher, lojista, aposentada, casada, dois filhos.
- D.T., 49 anos, mulher, fisioterapeuta, solteira, sem filhos.
- I.F., 72 anos, homem, motorista, aposentado, casado, três filhos.
- J.B., 61 anos, mulher, do lar, casada, dois filhos.
- L.C., 71 anos, mulher, fonoaudióloga, aposentada, viúva, um filho.
- M.P., c. 55 anos, mulher, pedagoga, aposentada, solteira, sem filhos.
- S.F., 52 anos, mulher, professora, aposentada, casada, dois filhos.
- V.A., 56 anos, homem, metalúrgico, aposentado, casado, um filho.

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

6.2 DSC e análises dos discursos na vertente inglesa

As expressões-chave, ideias centrais e ancoragens estão decupadas no apêndice A. Como resultados da decupagem analítica das entrevistas,

⁹ N.A.: Observamos que foram mantidas as iniciais dos nomes verdadeiros das entrevistadas, por considerarmos que esta é uma forma de reconhecimento ao trabalho que elas fazem.

apresentamos os seguintes discursos do sujeito coletivo, relativos a cada uma das questões apresentadas, seguidos das respectivas apreciações segundo a análise do discurso inglesa.

Pergunta 1: Como iniciou o trabalho na PS?

Comecei a trabalhar voluntariamente na Pastoral da Saúde há muitos anos, e já trabalhei em outras (Pastoral da Pessoa Idosa, Pastoral Hospitalar, Pastoral do Incentivo, Pastoral da Criança). Eu conheci a Pastoral da Saúde porque sempre frequentei a igreja católica e me envolvi mais depois que me aposentei. No início, oferecíamos chás naturais, feitos de ervas, aos enfermos, mas com o passar dos anos, essa prática acabou. Esse trabalho é muito bonito e tenho saudades do começo, quando era mais simples. Ainda hoje é um trabalho de formiguinha que a gente faz, temos poucos agentes, a maioria é mais velho de idade, gente que tem tempo disponível, que usa seu tempo de descanso pra ajudar outra pessoa. Tenho grande envolvimento, pois me identifico com a causa. Tem que ter afinidade, tem que gostar do outro, ter empatia.

Análise da pergunta 1

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

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

São atendidos os idosos e acamados, vítimas de acidentes ou doenças degenerativas, que não conseguem mais sair de casa, estão com dificuldade de

andar, alguns com depressão. A maioria dos enfermos atendidos são pessoas da comunidade, que frequentavam a igreja, mas também atendemos pessoas de outras religiões. Falta segurança, iluminação nas ruas, acessibilidade e pessoas para se deslocarem adequadamente com os enfermos. As pessoas avisam umas as outras sobre as doenças, os acontecimentos dos amigos e vizinhos. Também trabalhamos com prevenção, dando palestras, ensinando pra família, orientando a procurar o médico, o posto de saúde.

Análise da pergunta 2

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

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

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

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

Análise da pergunta 3

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

Pergunta 4: Quais as atividades rotineiras na PS?

Basicamente é visitar os enfermos, com regularidade mensal, quinzenal ou semanal, e levar a eucaristia. A gente também anota o que os enfermos precisam, tudo é controlado. Conversamos com os enfermos nessas visitas, batemos papo, damos atenção. Têm pessoas que são sozinhas e querem falar, nós ouvimos. Não podemos mais fazer o trabalho com ervas medicinais, nem sugerir remédios, mas orientamos como consegui-los no posto de saúde ou na Secretaria Municipal de Saúde. Nós temos um carnêzinho para arrecadar contribuições financeiras para comprar os materiais que distribuimos. Até o carro da Pastoral da Saúde foi comprado com esse dinheiro, de doações voluntárias. São valores pequenos, um, dois, cinco reais, que fazem a diferença para quem está precisando, é com esse dinheiro que compramos os materiais. E prestamos conta de tudo. A gente anota

todo o material que é doado, emprestado. Esse material é muito caro, cama hospitalar, colchão hospitalar, muitas pessoas não têm condições financeiras. O dinheiro da comunidade que entra, volta para a comunidade.

Análise da pergunta 4

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

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

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

Análise da pergunta 5

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

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

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

Análise da pergunta 6

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

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

A gente faz uma coisa muito boa, isso faz muito bem pra gente, mas não dá pra explicar direito. Faz bem pra nossa autoestima, é um trabalho que me completa, pra mim é uma satisfação. As pessoas me acolhem. A voluntária sai um ser humano melhor das visitas, os enfermos nos ensinam, eu aprendo muito com eles. Eu me sinto realizada, como se eles estivessem me ajudando. É muito gratificante! Nós nos colocamos no lugar do outro, vemos a importância do trabalho comunitário, de nos ajudarmos mutuamente. Hoje ele está precisando, amanhã pode ser eu. Ao ver que

o enfermo está melhorando, as famílias e cuidadores prestam mais atenção ao enfermo, dão mais cuidado, mais carinho. Minhas relações pessoais e profissionais melhoraram muito. As pessoas reconhecem a gente na rua, elogiam nossa atuação, agradecem. Eu não conhecia as pessoas do meu bairro nem meus vizinhos, estava sempre cansada. Com o trabalho na Pastoral da Saúde, cumprimento as pessoas na rua, faço amizades. Minha família também está se envolvendo. Esse trabalho me ajudou a perder preconceitos, orgulhos e medos; me deu humildade de ver que a gente não é nada e somos todos iguais, hoje sou menos egoísta. No começo, eu chegava em casa e chorava muito depois das visitas, hoje é mais tranquilo, hoje percebo que faço um grande bem para o enfermo.

Análise da pergunta 7

Refletir sobre a própria atuação fez a voluntária se transformar em seu próprio sujeito de análise, dessa maneira surgiu nas declarações os atos de fala perlocucionais, sobre a representação social do trabalho realizado e das pessoas que o fazem. Foram declarações bastante emotivas, com atos de fala ilocucionais variando entre o expressivo, ao demonstrar sentimentos e o expositivo, com o objetivo de provocar mudanças positivas no mundo. O reconhecimento pelo outro ficou bem marcado nessa fala, mostrando que a voluntária tem orgulho de fazer parte dessa organização, dos resultados que proporciona e de ser reconhecida pela sua atuação. Esta resposta explicitou que os agentes possuem capital social, reificou a teoria do reconhecimento e demonstrou como os enfermos e as agentes se apropriam dos princípios da PS e se transformam através destes.

Pergunta 8: Percepção das agentes dos resultados para o enfermo

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

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

Análise da pergunta 8

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

Pergunta 9: Descrição de algum caso marcante

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

Análise da pergunta 9

Essa resposta levou o tempo para o passado, para experiências de dor e sofrimento, o que abalou emocionalmente as entrevistadas. O sentimento de

condolência, típico do ato ilocutório expressivo foi o mais atuante. As respostas foram muito diversas, mas a tristeza pela incapacidade, a não aceitação da morte, os pensamentos depressivos foram marcantes, ainda que não inesperados. Essa pergunta trouxe muitos casos diferentes sobre dramas humanos, com dificuldade para a construção do discurso do sujeito coletivo.

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

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

Análise da pergunta 10

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

6.3 À guisa de conclusão da pesquisa empírica

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

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

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

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

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

Em nosso entendimento, a comunicação pública deve abranger de forma integral e contínua a vida social da nova esfera pública. Para que a comunicação

pública aconteça de forma eficiente, agregando os cidadãos na busca do bem comum e cultivando o capital social em suas comunidades, existem melhorias a serem feitas pelas organizações, tanto sociais como governamentais.

Considerações finais

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

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

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

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

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

para que esta seja informada adequadamente sobre os assuntos da área da saúde e qualidade de vida.

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

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

Da mesma maneira, Putnam discutia se seria contraditório falar em capital social virtual. Entendemos que não, pois a virtualidade é uma realidade na contemporaneidade, e as relações líquidas se utilizam dessas tecnologias ubíquas; e esse crescimento das redes pode colaborar para o aumento do capital social, mesmo em comunidades fisicamente distantes.

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

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

O conceito de saúde é muito amplo, mas para nosso objetivo consideramos a definição da OMS que define que uma pessoa saudável é aquela que não apenas não tem uma doença ou incapacidade, mas que possui um estado de bem-estar físico, mental e social. No Brasil, a história da saúde pública foi excludente até a Constituição Federal de 1988, quando foi criado o SUS, resultado da participação da sociedade civil organizada. Unindo os conceitos propostos por Rawls (2008) e Sen (2011), o SUS se pretende universal, igualitário e gratuito. Entretanto, observamos ainda problemas estruturais no SUS que trazem dificuldades para a consecução de todas suas propostas com excelência, conforme publicado em artigo que escrevemos sobre o SUS em 2016.

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

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

O perfil das entrevistadas teve as seguintes características: mulher de meia idade, com renda financeira suficiente para ter tempo disponível para o comprometimento necessário para o trabalho voluntário e empatia para cuidar do outro, são bem articuladas no falar e gentis no trato pessoal, cuja reputação é

importante para a realização do trabalho na PS, e essa caracterização corresponde ao *ethos*, em um perfil compatível com o proposto por Bautista (2007) e Baldessin (2007). Quanto ao *pathos*, todas se mostraram muito emocionadas ao falar das atividades que realizam na PS e esse sentimento transparecia nas entrevistas. No que se refere ao *logos* identificado nas análises, existe coerência entre o discurso do sujeito coletivo, as atitudes demonstradas, as diretrizes da PS e as teorias aqui estudadas.

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

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

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

Putnam (2000) afirma que o capital social nos garante uma vida mais rica e saudável. Pelo discurso do sujeito coletivo analisado, essa é uma verdade, pois a riqueza não precisa ser material e a saúde pode ser o bem-estar consigo próprio, conforme a definição da OMS. O autor assegura que o capital social colabora para que os problemas coletivos sejam resolvidos com mais facilidade, enquanto Coleman (1990) afirma que o capital social é um facilitador para a ação coletiva. Verificamos que a PS possui capital social, conforme os preceitos destes autores, e

este cresce na medida de sua utilização, criando redes mais densas e sentimentos de confiança e reciprocidade, ao explicitar o reconhecimento pelas voluntárias.

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

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

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

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

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

Referências

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

MAGNONI, Antonio; AFFINI, Letícia; AMÉRICO, Marcos. Da mobilidade a ubiquidade da comunicação. **XXX Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação**. São Paulo, 2007. Disponível em

<http://www.intercom.org.br/papers/nacionais/2007/resumos/R0811-2.pdf>. Acesso em 02 mar. 2017.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

NARVAI, Paulo Capel; PEDRO, Paulo Frazão São. Práticas de saúde pública. In: ROCHA, Aristides Almeida; CESAR, Chester; RIBEIRO, Helena (orgs.). **Saúde pública**: bases conceituais. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2013.

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

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

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

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

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

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

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

PAIM, Jairnilson. **O que é SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.
PEDROSA, Tania; COUTO, Renato. Cenários e perspectivas do setor saúde: o Brasil e o mundo. In: PEDROSA, Tania; COUTO, Renato. **Hospital: acreditação e gestão em saúde**. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

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

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

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

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

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

PESSONI, Arquimedes (et al). Pesquisa local sobre o impacto da comunicação na Campanha Nacional da Vacinação de Idosos Contra a Gripe. **XXX Congresso**

Brasileiro de Ciências da Comunicação. 2007. Disponível em https://www.researchgate.net/publication/286914012_Pesquisa_local_sobre_o_impacto_da_comunicacao_na_Campanha_Nacional_da_Vacinacao_de_Idosos_Contra_a_Gripe. Acesso em 10 dez. 2015.

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

PITTA, Áurea. Por uma política pública de comunicação em saúde. **Revista Saúde e Sociedade** 11(1):85-93, jun./ jul. 2002. Disponível em www.revistas.usp.br/sausoc/rt/captureCite/7071/8540. Acesso em 10 dez. 2015.
PORTOCARRERO, Vera. **Arquivos da loucura:** Juliano Moreira e a descontinuidade histórica da psiquiatria [e-book]. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

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

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

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

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

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

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

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

RICHARDSON, Roberto (et al.). **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3 ed. São Paulo: Atlas, 1999.

RIOS, Izabel. **Caminhos da humanização na saúde: prática e reflexão**. São Paulo: Áurea Editora, 2009.

ROCHA, Juan. Os determinantes sociais da saúde. In: IBAÑEZ, Nelson; ELIAS, Paulo; SEIXAS, Paulo (orgs.). **Política e gestão em saúde**. São Paulo: Hucitec: Cealag, 2011.

RODRIGUES, Maria Aparecida da Silva. A importância da comunicação para a implementação da política nacional de humanização no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. **Organicom – Revista Brasileira de Comunicação Organizacional e Relações Públicas: comunicação e saúde**, n.16-17, ano 9, São Paulo, ECA-USP/PPGCom/Gestcorp/ Abrapcorp, 2012.

ROLANDO, Stefano. A dinâmica evolutiva da comunicação pública. In: KUNSCH, Margarida Krohling (org.). **Comunicação pública, sociedade e cidadania**. São Caetano do Sul, SP: Difusão, 2011.

RURAL PECUÁRIA. Blog com as principais informações, tecnologias e manejo do agronegócio. Disponível em <http://blog.ruralpecuaria.com.br/2010/10/mapa-do-estado-de-sao-paulo-dividido-em.html>. Acesso em 15 nov. 2017.

SÁ, Maria; PORTO, Maria. Controle público e o SUS. In: IBAÑEZ, Nelson; ELIAS, Paulo; SEIXAS, Paulo (orgs.). **Política e gestão em saúde**. São Paulo: Hucitec: Cealag, 2011.

SALOMÃO, Devani. Desigualdades sociais na párea da saúde: terceira idade, reconhecimento e capital social. In: MARQUES, Ângela; MATOS, Heloiza (orgs.). **Comunicação e política: capital social, reconhecimento e deliberação política**. São Paulo: Summus, 2011.

SANTOS, Paulo; BRITO, Verônica; LIMA, Nísia; FONSECA, Cristina. A Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca: um laboratório de ideias para a saúde. In: LIMA, Nísia; FONSECA, Cristina; SANTOS, Paulo. **Uma escola para a saúde** [e-book]. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004a.

SANTOS, Paulo; BRITO, Verônica; LIMA, Nísia; FONSECA, Cristina. A ENSP e as transformações na sociedade e no sistema de saúde no Brasil: 1970 a 1985. In:

LIMA, Nísia; FONSECA, Cristina; SANTOS, Paulo. **Uma escola para a saúde** [e-book]. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004b.

SCLIAR, Moacyr. **Do mágico ao social**: a trajetória da saúde pública. Porto Alegre, L&PM: 1987.

SCLIAR, Moacyr. **Um olhar sobre a saúde pública**. São Paulo: Scipione, 2003.

SEARLE, John. **Mente, linguagem e sociedade**: filosofia no mundo real. Rio de Janeiro: Rocco, 2000.

SEN, Amartya. **A ideia de justiça**. Tradução Denise Bottmann. Companhia das Letras: São Paulo, 2011.

SEVALHO, Gil; CASTIEL, Luís. Epidemiologia e antropologia médica: a possibilidade da in(ter)disciplinaridade. In: ALVES, Paulo; RABELO, Miriam (orgs.). **Antropologia da saúde**: traçando identidade e explorando fronteiras [e-book]. Rio de Janeiro: Fiocruz; Relume Dumará, 1998.

SILVA, André. As relações entre a ciência, o sistema brasileiro de pesquisa e o jornalismo científico. In: MOREIRA, Benedito; SILVA, André. **Divulgação científica**: debates, pesquisas e experiências. Cuiabá : EdUFMT, 2017. Disponível em <http://www.editora.ufmt.br/download/15.09_LIVRO_DE_PESQUISA.pdf>. Acesso em 20 jun. 2017.

SILVA, Hélio César. Marketing e a saúde. In: AMORIM, Maria Cristina Sanches; PERILLO, Eduardo Bueno da Fonseca (orgs.). **Para entender a saúde no Brasil**. São Paulo: LCTE, 2006.

SILVA, Patricia dos Santos Caldas. Desafios do desenvolvimento humano na gestão das organizações públicas. In: KUNSCH, Margarida (org.). **A comunicação como fator de humanização das organizações**. São Caetano do Sul, SP: Difusão, 2010.

SONTAG, Susan. **Diante da dor dos outros**. Tradução Rubens Figueiredo. São Paulo: Companhia das Letras, 2003.

SOUZA, Alina. Profissionalização de trabalhadores de saúde de nível médio: problemas e desafios. In: AMÂNCIO FILHO, Antenor; MOREIRA, Maria. (orgs.). **Saúde, trabalho e formação profissional** [e-book]. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

SOUZA, Herbert José de. Informação pela informação não basta. In: LOPES, Boanerges; NASCIMENTO, Josias (orgs.). **Saúde e imprensa: o público que se dane!** Rio de Janeiro: Mauad, 1996.

TABAKMAN, Roxana. **A saúde na mídia: medicina para jornalistas, jornalismo para médicos.** Tradução Lizandra Almeida. São Paulo: Summus, 2013.

TARABOULSI, Fadi Antoine. **Administração de hotelaria hospitalar: serviços aos clientes, humanização do atendimento, departamentalização, gerenciamento, saúde e turismo, hospitalidade, tecnologia de informação.** 4 ed. São Paulo: Atlas, 2009.

UENO, Helena Mariko; NATAL, Delsio. Fundamentos de epidemiologia. In: ROCHA, Aristides Almeida; CESAR, Chester; RIBEIRO, Helena (orgs.). **Saúde pública: bases conceituais.** 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2013.

VALE, Gláucia; AMÂNCIO, Robson; LAURIA, Maria Cristina. Capital social e suas implicações para o estudo das organizações. **O&S** - v.13 - n.36 - Janeiro/Março – 2006. Disponível em www.redalyc.org/pdf/4006/400638285004.pdf Acesso em 02 dez. 2015.

VASCONCELLOS, Miguel. Serviços de saúde: uma revisão de processos de regionalização, análises de padrões espaciais e modelos de localização. In: NAJAR, Alberto; MARQUES, Eduardo. **Saúde e espaço: estudos metodológicos e técnicas de análise.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

VIANA, Ana; SILVA, Hudson. Economia e saúde. In: IBAÑEZ, Nelson; ELIAS, Paulo; SEIXAS, Paulo (orgs.). **Política e gestão em saúde.** São Paulo: Hucitec: Cealag, 2011a.

VIANA, Ana; SILVA, Hudson. O financiamento do sistema de saúde no Brasil, gasto em saúde e as modalidades para sua racionalização. In: IBAÑEZ, Nelson; ELIAS, Paulo; SEIXAS, Paulo (orgs.). **Política e gestão em saúde.** São Paulo: Hucitec: Cealag, 2011b.

VIEIRA, Liszt. **Cidadania e globalização.** Rio de Janeiro: Record, 2009.

VIEIRA, Liszt. **Os argonautas da cidadania: a sociedade civil na globalização.** Rio de Janeiro/ São Paulo: Record, 2001.

VOLPATO, Gilson Luiz. **Ciência**: da filosofia à publicação. 6 ed. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2013.

WESTPHAL, Marcia Faria. Promoção da saúde: uma nova agenda para a saúde. In: ROCHA, Aristides Almeida; CESAR, Chester; RIBEIRO, Helena (orgs.). **Saúde pública**: bases conceituais. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2013.

WOOLCOCK, Michael; NARAYAN, Deepa. Social capital: implications for development theory, research, and policy. **The World Bank Research Observer**; Aug 2000. pp. 225-249. Disponível em http://158.121.110.113/~pubpol/documents/Woolcock-Week11_001.pdf. Acesso em 25 out. 2016.

ZÉMOR, Pierre. As formas da comunicação pública. In: DUARTE, Jorge (org.). **Comunicação pública**: Estado, governo, mercado, sociedade e interesse público. 3 ed. São Paulo: Atlas, 2012.

ZÉMOR, Pierre. **La communication publique**. 3 ed. Paris: PUF, 2005. (tradução livre).

ZIONI, Fabiola; ALMEIDA, Eurivaldo Sampaio de; PEREIRA FILHO, Floriano Nuno de Barros. Políticas públicas e sistemas de saúde: a reforma sanitária e o SUS. In: ROCHA, Aristides Almeida; CESAR, Chester; RIBEIRO, Helena (orgs.). **Saúde pública**: bases conceituais. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2013.

Apêndice A – Decupagem das entrevistas

Quadro síntese das entrevistas, contendo as expressões-chave, que são os excertos selecionados das mesmas, as ideias centrais, baseadas na percepção da pesquisadora e as ancoragens, ou seja, as ideologias identificadas.

M.P., c. 55 anos, mulher, pedagoga (ES), solteira, aposentada, sem filhos	Expressões-chave (excertos das entrevistadas)	Ideias centrais (percepções da pesquisadora)	Ancoragem (ideologias)
<p>Como iniciou o trabalho na PS</p>	<p>Era uma paróquia que trabalhava muito com ervas medicinais. No atendimento, a pessoa chegava lá, falava mais ou menos o que tinha e a pessoa orientava, toma esse chazinho e já levava esse chá para a sua casa. Era um trabalho muito bonito. Desde aquela época, nós nunca mais largô. Estávamos envolvidos com comunidade, plantas medicinais, o trabalho do padre Pedro. Ele tinha um horário na rádio. Então, era muito divulgado. E aí foi começando, e a gente se envolvendo, foi muito lindo aquela época.</p>	<p>30 anos de atuação Saudades da época Envolvimento com a comunidade Aposentadoria Igreja Trabalho bonito Trabalho de formiguinha</p>	<p>Uso de ervas medicinais Envolvimento pessoal Identificação com a causa</p>
<p>Qual a população atendida pela PS e como sabe da existência da PS</p>	<p>Na minha comunidade são mais os idosos que não conseguem mais ir à missa. Eles têm muita saudade. Estão acamados, com muita dificuldade de andar. A rua é muito escura, os horários. Não tem ninguém que leva, que traz. Acessibilidade. Na nossa paróquia é realmente pela igreja porque ele era frequentador da igreja. Aí, alguém fala a pessoa quebrou a perna. Não pode vir a missa. Vai ficar um tempão, depois vai fazer fisioterapia e não sei o quê. Então, um já avisa o outro, liga, entra no Face(book) e já manda recado. Assim um ajuda o outro. Um vizinho já fica sabendo, já comunica. Geralmente, é assim.</p>	<p>Idosos com problema de locomoção Segurança e acessibilidade Solidão Faltam pessoas para levarem e trazerem</p>	<p>Idoso com problema de locomoção Missa Problemas de acessibilidade e segurança</p>
<p>O que é feito pela voluntária da PS durante o atendimento</p>	<p>Quando a gente chega em uma casa, geralmente, tem o cuidador ou alguém da família. Vamos supor, a pessoa apresenta, ela já está sabendo que a gente vai primeiro. Quanto a tocar, a gente só toca, depois que é muito amigo que vai chegar a tocar a pessoa. No começo, não. Quanto ao toque, esse tipo de coisa não. Se a pessoa quer a visita do padre, a gente faz o</p>	<p>Toque físico apenas com consentimento Visita do padre caso haja desejo do enfermo Cuidador ou alguém da família recebe o</p>	<p>Intimidade</p>

	intercâmbio. "O senhor gostaria que o padre viesse?" O padre vem e dá uma benção. (Se é verificado um tratamento inadequado ao enfermo é feita uma orientação) procura o postinho mais próximo da sua casa. Esse tipo de orientação, sim, pode.	agente	
Quais as atividades rotineiras na PS	Agora ele está mais baseado em você visitar, você conversar com o enfermo, em você levar a Santa Eucaristia, né? Orientar coisas assim. Esse trabalho das ervas medicinais a gente não tem mais. Não pode, né? Você não pode orientar remédios, orientar mais nada. Então, é só.	Limitações éticas Conversa	Cuidado com o enfermo Religiosidade Limitações éticas
Como é o treinamento para ser voluntário na PS	Esse treinamento passa de um para o outro. Ele vem, vamos supor, é o meu primeiro dia, eu nunca vou sozinha. Vou com um que já me orienta, que é alguém que já está mais antigo na Pastoral.	Treinamento informal Atividades realizadas em pares	Treinamento Informalidade
Relacionamento da PS com órgãos governamentais	No momento, eu acho que eles ajudam bastante. Por exemplo: orientando com medicamento, se está em falta, se não está. O que deve fazer para conseguir o que eles estão precisando. A parte também da pessoa que irá fazer curativos, ensinar a fazer curativos. Eles são muito ativos.	Órgãos governamentais ajudam	Apoio governamental
Quais os benefícios pessoais obtidos pela participação voluntária na PS	O que a gente sente é uma coisa muito boa. Por esse lado voluntário. Isso faz muito bem para a gente. É uma coisa que não dá para explicar direito. É uma coisa muito boa! Você vê que a pessoa está melhorando, que na casa estão cuidando, prestando mais atenção. Eles dão cuidado, mas com mais carinho. "Presta atenção aqui, presta ali". São orientações que às vezes durante o corre-corre do dia a dia a pessoa esquece.	Ser agente faz muito bem pro agente É uma coisa muito boa Observa a melhoria do outro Cuidado Carinho	Autoestima do agente e do enfermo
Percepção das agentes dos resultados para o enfermo	Traz, traz sim. Geralmente, a pessoa já é idosa, já trabalhou muito, não são pessoas que ficaram a vida toda paradas. São pessoas que eram ativas e agora não podem, não conseguem mais. É uma coisa que, assim, você faz uma visita: "amigo, já está lembrando de mim? Esse meu amigo	Enfermos que eram pessoas ativas e sentem falta da atividade Enfermos são queridos	Carinho pelo enfermo Reconhecimento das atividades realizadas pelo

	<p>está se lembrando de mim”. Então, sabe, eles já deram muito para as igrejas e foram pessoas ativas, não foram pessoas sedentárias. Então, eu falo, eles estão assim agora. Eles sentem muita falta. Eu tinha pessoas idosas que dava oito horas da noite e tinha gente batendo na casa da pessoa. Agora, ninguém vai mais. “Todo mundo esqueceu de mim. Eu não valho mais nada”. Não, tem a paróquia aqui que vem visitar. Vem essa pastoral, vem aquela, aquela outra. Então, eles não esquecidos como um saco que você joga lá. Não, eles são queridos da nossa Igreja. Estão assim nesse momento.</p>	pelas agentes	<p>enfermo quando estava saudável Esquecimento</p>
<p>Descrição de algum caso marcante</p>	<p>Eu acho que o que marca mais é o que dói. É esse sentimento de que antes eu fazia, eu conseguia, era mais útil e agora eu não posso ser mais útil. Eu acho que é isso que pesa para o idoso e essas pessoas que lutaram tanto e que ficam meio que esquecidos. Ficam esquecidos. Se vai ter uma festa, um jantar, a pessoa é cega, já não ouve direito. O que ela vai fazer, sabe? São coisas que você sente que eles ficam chateados. A gente fala vai, vai na festa, mas eles falam: eu não vou conhecer ninguém. Eu não vou ver ninguém. É uma coisa que eles têm que ir aceitando e mudando a sua vida, o seu jeito de ser, mas a Igreja também tem que ir aprendendo a acolher, não esquecer deles. Onze horas da noite você estava atendendo porque um tinha uma dor de barriga, um tinha uma dor de ouvido, outro tinha não sei o quê. Então, você já dava o chazinho, a pessoa ia embora com o chazinho para tomar quinze, vinte dias, sabe? Era tudo separadinho, tudo organizado. Depois a própria Secretaria da Saúde disse vocês não podem atender as pessoas desse jeito, sabe, assim, teve um negócio lá. Acabou tudo esse negócio da Pastoral. Eu fiz curso de natuterapia em São Paulo, eu fui</p>	<p>Frustração com as regras Dificuldade em aceitar a doença, a degeneração e a morte</p>	<p>Dor Conceito de ser útil socialmente Esquecimento social</p>

	<p>em uma igreja lá onde o padre era todo vinculado com isso. Tinha o maior esquema, tinha associação. Ai depois não pode fazer mais nas igrejas. Então, a minha escola em São Paulo era na Vila Mariana, eu fiz o meu estágio em outra região porque o padre aceitava os tratamentos, as massagens, todas essas coisas. A gente aprendia tudo, menina, mas era assim, um leque aberto. Aquelas massagens na orelha, massagem no pé, tudo a gente fez em São Paulo, mas não podia fazer porque não era permitido. Sei lá o quê que eles tinham inventado. Quando a gente trabalhava só com ervas, a gente se “por que tem gente que damos o chazinho e não melhora? Por que isso? Por que aquilo?” Então, às vezes, faltava uma massagem, faltava alguma coisinha, um floral, sabe assim? Tudo, menina, muito bom, foi bom, mas depois não podia. No fim você tinha que fazer uma outra faculdade para poder, mas aí já... eu já ajudei muita gente... vá alguém estudar mais um pouco. Ai a gente ficou mais mesmo com a Pastoral mesmo, de levar a Eucaristia, de fazer uma visita, com essa parte. Você não pode nem falar muda esse Merthiolate aqui.</p>		
A propósito de visitar enfermos que não são católicos	<p>A gente também pode fazer a visita, mas aí eu não levo a Eucaristia. Você vai, você conversa, você orienta. Vamos supor, se ele precisa de uma fralda, se ele precisa de alguma coisa. Você ensina a ele como conseguir uma fralda, um medicamento, que ele esteja com dificuldade, um curativo. É igualzinho, a gente só não leva a Eucaristia.</p>	Orientação para obter itens necessários	Ética Religiosidade Respeito
Outras informações relevantes	<p>Quanto a medicamentos e essas coisas aí é tudo da Saúde. A gente não pode, mas a Pastoral do Idoso, ela pede algumas orientações, que nem assim, a pessoa tem um problema urinário, reincidiu, a pessoa está caindo. Aí a pessoa dar algum tipo de informação, mas quanto ao medicamento, não. Aí é médico, médico mesmo.</p>	Pastoral do Idoso	Separação de atividades Limitações éticas

V. A., 56 anos, homem, metalúrgico (ES), casado, aposentado, 1 filho	Expressões-chave (excertos das entrevistadas)	Ideias centrais (percepções da pesquisadora)	Ancoragem (ideologias)
<p>Como iniciou o trabalho na PS</p>	<p>Trabalhei em outras pastorais, mas especificamente, na Pastoral da Saúde, a cerca de seis meses mais ou menos. Eu ajudava, mas não como nos seis meses para cá que eu aposentei, mas hoje coordenado a Pastoral da região do São Luís.</p> <p>Eu conheci porque eu tenho uma militância de igreja desde a época de grupo de jovens, eu era jovem ainda e sempre frequentei igreja. No caso, a Igreja Católica e tal. Eu admirava muito o trabalho de pastoral porque é um trabalho de formiguinha. É o trabalho de pessoas que às vezes não tem tempo, mas que mobilizam uma parcela do seu tempo, o que seria o tempo de descanso para estar fazendo esse trabalho. Eu sempre gostei. Aí, eu atuei em uma pastoral da Igreja que chamava Juventude Operaria Católica, que tinha uma atuação política de organizar o jovem a nível de movimento sindical para estar reivindicando seus direitos. Depois, eu atuei em outras pastorais ajudando, mas não como militante da pastoral. Depois, casado e com um pouco mais de idade, eu via que essa pastoral, a Pastoral da Saúde, é, teoricamente, dentro das pastorais, uma Pastoral que tem menos gente que ajuda. Normalmente, quem ajuda já é um pessoal mais velho e que precisaria de uma força de um pessoal, não que eu seja tão mais novo assim, mas precisa de sangue novo para estar ajudando, mobilizando</p>	<p>Longa trajetória de trabalho na PS Trabalho de formiguinha Poucos agentes, de mais idade</p>	<p>Envolvimento pessoal Identificação com a causa Agentes de mais idade</p>

	novas pessoas para estarem atuando na pastoral. Aí, que eu, logo após, estava se aposentado, teria um tempo disponível maior. Comecei a atuar na Pastoral da Saúde.		
Qual a população atendida pela PS e como sabe da existência da PS	Basicamente, a gente atende pessoas enfermas, com algum grau de enfermidade. Normalmente, a maior parte dos casos são de pessoas mais idosas, mas também têm casos de pessoas acidentadas, pessoas com doenças degenerativas, pessoas novas ainda. Só para você ter uma ideia só no bairro em que eu moro, lá tem cerca de 7 ou 8 mil pessoas no bairro. A gente presta assistência, assim, rotineira, têm hoje 34 enfermos, que a gente presta algum tipo de serviço. Desde o acompanhamento ao médico, às vezes, a família não tem quem leve, não tem um veículo. Casos de exame com tratamento em outra cidade a gente acompanha. Casos de internação a gente passa a noite no hospital com eles, né? E casos mais rotineiros, quando a família não tem condições de dar banho no doente porque trabalha ou porque a outra pessoa que fica em casa é uma pessoa que também tem algum problema físico. A gente vai e dá o banho. E alguma assistência material como cadeiras de roda; material de auxílio, como bengalas, muletas, cadeira de banho, fraldas, esse tipo de coisas.	Pessoas mais idosas Doenças degenerativas Acompanhamento ao médico / internação Banho no incapacitado Ajuda material	Ajuda Acompanhamento
Quais as atividades rotineiras na PS	A gente tem anotado o endereço de todas essas pessoas que têm algum grau de enfermidade e precisa de alguma ajuda. A gente tem uma escala de visitas, a gente procura pelo menos uma vez por mês estar passando de casa em casa, para estar vendo como está a evolução do tratamento do doente. Não que a gente tenha a função de atuar nessa área, com medicamentos. A gente atua, por exemplo, o médico prescreveu um medicamento. Às vezes é uma família tão carente que não sabe onde comprar e não tem como buscar. A gente auxilia dizendo “que no postinho tal,	Escala de visita Orientação à família	Ajuda

	se você levar a receita lá, lá pode ter esse medicamento”. Caso seja um medicamento de alto custo, a gente direciona para a Secretaria de Saúde que tem o setor que cadastra para dar esse medicamento e tudo mais. É mais nessa área e nos casos mais críticos, que a gente precisa de algum auxílio assim quase que diário, que é dar banho. Nós temos até pessoas com cursos para poder fazer pequenos curativos, a gente faz esse trabalho também.		
Como é o treinamento para ser voluntário na PS	Esses cursos, o pessoal da Pastoral fez porque quando começou a Pastoral na nossa região há 30 anos atrás, tinha uma carência grande. Na época, para você ter ideia nem o hospital municipal funcionava. Então, tinha uma carência muito grande à nível de assistência de pequenas, um curativo, um machucado, um ferimento que a pessoa tem. Então, teve agentes nossos que a unidade pagou cursos para eles. Até na Unicamp teve pessoal nosso que foi fazer curso lá para poder atuar nessa área de dar uma pequena assistência, como desinfetar um pequeno ferimento. Evitar de pegar uma infecção e pequenos curativos.	Cursos pagos Cuidado pessoal	Educação formal
Relacionamento da PS com órgãos governamentais	A gente tem uma relação amistosa, mas sem vínculo de dependência deles. A gente faz mais um trabalho ligado a pastoral de Igreja mesmo. Não dependendo muito da estrutura municipal em termos de ajuda. A gente sabe que o município passa por uma crise difícil, mas a gente procura na medida do possível atuar juntos, como em eventos como esse, coisas que achamos que tem importância para a prevenção ou para divulgar a importância desse trabalho. A gente atua junto.	Relação amistosa Sem vínculo de dependência Crise no município Atuação conjunta	Independência do poder público
Quais os benefícios pessoais obtidos pela participação voluntária na PS	Tem um caso onde eu moro, e eu estou acompanhando de perto, é bem na região da minha casa. Eu e mais um amigo estamos fazendo esse trabalho diário, que é um senhor que pegou uma doença degenerativa, que dentro de um ano ele	Importância do trabalho Solidão Dependência	Pensar no outro Empatia Ajuda Importância do

	<p>ficou enfermo na cama. Ele não consegue tomar um copo d'água. Ele não se movimenta. Ele só perde movimento nas pernas. Ele tem uma filha só, que trabalha e sai seis da manhã e volta seis e meia da tarde. Então, a gente dá todo dia banho, troca, avisa uma outra pessoa lá, que a gente já deu banho para poder dar comida para ele. Alimenta ele. Então, se não tivesse a gente, essa menina não teria nem como trabalhar. É uma família bem carente. Então, não tem como você passar por um processo desse, de estar acompanhando o caso dia a dia e isso não a maneira sua de ver o próximo, de não ver a importância desse trabalho. Não você como cidadão estar lá no seu cantinho e pensar só em você. Você vê a importância do trabalho comunitário, da ajuda de um para o outro. Embora, hoje eu não esteja precisando, eu posso estar precisando de alguém.</p>		trabalho comunitário
Percepção das agentes dos resultados para o enfermo	<p>Eles passam e a gente dá muita ajuda em um nível que quando há muitos doentes na família. Esse doente sofre toda as possíveis sequelas e traumas psicológicos e a família, o cuidador ou cuidadores também. Temos muitos casos do pessoal que tem Alzheimer. Então, é uma coisa que exige muito dos cuidadores, né? Da pessoa que cuida desse doente. A gente procura dar uma força para esse cuidador porque o “causo” do doente em si é um “causo” que é degenerativo, que hoje, infelizmente, não tem cura, só tratamento, mas ela vai piorando no dia a dia. Então, a gente vê até como mais importante dar um assessoramento para o cuidador para ele estar tendo força para cuidar desses doentes porque a gente está atuando direto com esses doentes. Se você conseguir dar uma certa estrutura para o cuidador, a gente sabe que o doente será bem cuidado. Então, a gente procura fazer mais visitas e procura dar um suporte para o cuidador.</p>	<p>Enfermo, cuidador e família com sequelas e traumas Estrutura para o cuidador Bons cuidados ao enfermo</p>	<p>Força psicológica Cuidado Apoio governamental</p>

	<p>Ajuda porque um dos papeis que a gente faz nessa visita é ver se o doente está sendo bem cuidado, se precisa de um suporte mais efetivo nosso ou se só visitas, saber se está precisando de alguma coisa, de bater um papo, descontraí, né? A importância de estar vendo se está sendo bem cuidado, dar esse suporte e de estar dando dicas também. Hoje, tem o pessoal da Secretaria da Saúde que faz visitas se o doente procurar, se a família procurar. Eles vão visitar o doente periodicamente, ver como está, coletar material para exames. Então, ao invés de você estar pegando esse doente e estar levando no postinho de saúde. O que é super trabalhoso. É um doente que tem que levar em cadeira de rodas, em maca, ter que estar pedido auxílio de ambulância e tudo mais. Você tem esse caminho que às vezes a família do doente não conhece. A gente procura só estar direcionando.</p>		
Descrição de algum caso marcante	<p>Ah, têm vários que marcam, né? Já teve caso... eu estava colocando agora a importância da assistência ao cuidador, já teve caso de cuidador que falou em se matar diante da situação que estava passando e ele estava tão estressado, estressada. No caso, era uma mulher. A família dava uma ajuda, não morava junto, mas achava que era só aquela ajuda material, trazer uma coisinha, trazer outra. O trabalho de cuidar do doente ficava só em cima dessa pessoa. Então, chegou em um ponto, em que essa pessoa estava doente também. A gente vê que se não tiver um suporte, uma ajuda, a patologia do paciente começa a provocar problemas de saúde na família.</p>	Desespero Abandono da família	Suicídio Capital financeiro/ material
A propósito de visitar enfermos que não são católicos	<p>Embora a Pastoral esteja ligada à Igreja Católica, a gente faz parte da estrutura, vamos supor da paróquia, que é um pequeno pedaço da Igreja que está lá, pequeno pedaço não, é a Igreja que está lá. A gente atua de maneira</p>	Catolicismo Respeito às outras religiões	Ecumenismo Respeito Aceitação

	ecumênica, não tem religião. Pode ser um evangélico, pode ser um sem religião ou um cara de uma religião afro, não tem problema. A gente atua, empresta cadeira de roda, cama hospitalar, que a gente tem, independente da religião.		
Outras informações relevantes	A minha esposa trabalha, mas não na Pastoral, não atua não. Ela presta auxílio em alguns eventos, mas efetivamente, não.		

I.F., 72 anos, homem, motorista (EB), casado, aposentado, 3 filhos	Expressões-chave (excertos das entrevistadas)	Ideias centrais (percepções da pesquisadora)	Ancoragem (ideologias)
Como iniciou o trabalho na PS	Eu já era da Pastoral da Criança, do Incentivo. Depois, eu fui convidado a entrar na Pastoral da Saúde. Eu entrei e já peguei o cargo. Eu sou o mais novo da turma. Nós somos em 20 mais ou menos. 20 pessoas né? Eu sou o mais novo e já sou o coordenador, já vai para cinco anos.	Longo tempo de atuação Poucos agentes	Envolvimento pessoal Identificação com a causa
Qual a população atendida pela PS e como sabe da existência da PS	Nós atendemos quem é da nossa comunidade. Da Paróquia Nossa Senhora Aparecida. Atendemos só os moradores de lá, de qualquer religião.	Comunidade atendida	Comunidade
O que é feito pela voluntária da PS durante o atendimento	Eu não tenho horário, viu! Eu tenho um cartão de visita, eu atendo de segunda a sexta, mas dez horas da noite, nove horas da noite estão pedindo material. Sabe? Eu procuro um horário meu para... e sábado e domingo não tem atendimento. Às vezes, a Igreja está fechada. O material fica na Igreja. Quando vai pegar uma muleta, um andador, eu falo que tem que perguntar para o médico o que aumenta a melhora, o que se está precisando. Às vezes eles pedem, mas eu	Excesso de procura Dificuldades com disponibilidade de recursos Toque interpessoal Conversação	Limitações da organização Atentar às indicações médicas

	<p>mesmo vejo que não é um andador que precisa, é uma bengalinha. O andador dá mais firmeza. Eu falo: “fala com o médico ou com alguém da família para ver se o andador é melhor que uma bengala”. Eu também não sei se eu estou falando certo ou errado.</p> <p>Tirar ele da cama, por lá assim. Contato físico assim: eu converso né? Batemos um papo, dar atenção. Têm pessoas que são sozinhas e querem falar. Eu fico ouvindo.</p>		
Quais as atividades rotineiras na PS	Eu como coordenador, ligo, peço uma muleta, uma cadeira de rodas, uma cadeira de banho. Eu vou até a pessoa, no endereço, lá eu preencho um folheto, um documento, onde eu pego o nome da pessoa, responsável, número do documento, aí eu pego o nome do paciente, endereço, telefone, marco o que ele pediu, uma cadeira de roda.	Atividades	Coordenação das atividades
Como é o treinamento para ser voluntário na PS	Não, porque eu não atendo o doente. Eu só levo o material. Nós só levamos o material.	Atividades	Falta de treinamento
Relacionamento da PS com órgãos governamentais	Não temos nenhuma. É a Pastoral da Saúde, só.	Inexistente	Inexistente
Quais os benefícios pessoais obtidos pela participação voluntária na PS	Opa, melhorou (as relações pessoais). Todo mundo conhece a gente. “Oh, seu Irineu, como vai?”. Tem elogio. Eu recebo críticas, tem pessoas que até vem ofender a gente pelo telefone, mas eu só atendo a minha comunidade. Tem gente de fora que liga lá, de outro bairro, não é todas as pastorais que têm material. Inclusive, a gente ia expor aqui, tem pastoral que não tem. Minha esposa fala: “Aí nós não podemos ir, tem que procurar a paróquia”. Tem gente que agradece, mas você sabe né?	Melhor relacionamento interpessoal	Reconhecimento
Descrição de algum caso marcante	Ah, traz (dignidade para o enfermo). Eu sou brincalhão, você já notou, né? Teve uma vez que eu fui levar um	Dignidade para o enfermo	Dignidade

	andador para a mulher de um senhor. Eu comecei a brincar. “Agora, a senhora vai pegar o andador e dá até para passear no shopping, fazer caminhada”, brincando com a senhora. Ele começou a rir. A filha deles falou: “Seu Irineu, fazia tempo que eu não via meu pai rir. Hoje ele riu para o senhor”. Para mim foi uma benção.	Mudança de humor da família	
A propósito de visitar enfermos que não são católicos	Quando precisa de um material. Eu, por exemplo, tenho todos os materiais: de bengala até cama hospitalar. Eles ligam lá em casa ou ligam na Igreja. Quando liga na Igreja, a secretária dá o telefone da minha casa. Eles ligam na minha casa, minha esposa anota o endereço, o que precisa e eu vou entregar.	Atende independente da religião	Disponibilidade
Outras informações relevantes	(Sobre a esposa) Não faz parte, ela é meio que minha secretária, minha telefonista (risos). Nós temos um cartão, que a gente recebe todo mês do pessoal que colabora. Com todo esse dinheiro, eu compro fralda. Nesse mês, compramos 40 pacotes de fralda, pacotes grandes. Temos um veículo, uma caminhonete que compramos com o que recebemos, tem manutenção, gasolina. Solda, um pano que rasga, uma muleta que quebra. Eu não pego nenhum tostão da Igreja, do padre, nada.	Preocupação em não ser acusado injustamente Arrecadação de dinheiro	Responsabilidade financeira Capital para manutenção da PS

S.F., 52 anos, mulher, professora (ES), casada, aposentada, 2 filhos	Expressões-chave (excertos das entrevistadas)	Ideias centrais (percepções da pesquisadora)	Ancoragem (ideologias)
Como iniciou o trabalho na PS	Assim, eu sempre trabalhei na Igreja, desde criança. Eu vim de mãe que sempre trabalhava e a gente seguiu essa linha.	Trabalho de longa data Envolvimento com a	Envolvimento pessoal

	<p>Daí um tempo atrás, eu dei uma parada por causa de trabalho. E assim, em 2015, eu me aposentei e sai do trabalho já com esse objetivo: quero voltar para os meus trabalhos voluntários. Foi muito engraçado porque eu havia feito uma viagem com uma menina que é da Pastoral. Na viagem, eu comentei isso com ela. De que eu queria voltar a trabalhar como voluntária em alguma coisa da Igreja. De que eu precisava e estava me fazendo falta. Então, logo que eu sai do emprego, eu liguei para ela. Ela falou: “Oh, venha para a Pastoral da Saúde. Nós estamos precisando de agentes”. Eu fui. Sai em novembro e em dezembro já estava na Pastoral da Saúde. Eu não sou ministra, sou só agente, faço as visitas e acompanho alguma ministra sempre. Lá depois de dois meses, elas precisavam de alguém que representasse a Pastoral da Saúde no Conselho de Saúde. Foi aí que me indicaram. Eu estava começando, mas “tem uma pessoa aqui que é ativa, está voltando ao trabalho. Acho que ela vai dar certo”. Daí eu fui tentar a vaga no conselho e consegui. Comecei a representar a Pastoral da Saúde no Conselho também e acabei indo para a comissão que elas têm, né? Fui me envolvendo com esses trabalhos voluntários. No conselho, passei para ser secretária também. É onde além de visitar os doentes e acompanhar a ministra, que dá a Eucaristia, como conselheira visitei os hospitais e os postinhos. A gente tem as reuniões mensais em que você tem que estar atento a tudo o que acontece na cidade. Questão até de pagamentos de médicos e de funcionários como também de remédios, como estão, a distribuição nas farmácias. Você acaba articulando isso. Vendo quem está precisando de uma fralda ou de um remédio. Se o médico realmente está lá ou se está apenas ganhando o dinheirinho dele, mas não</p>	parte política	Identificação com a causa Representatividade
--	--	----------------	---

	vai. Eu acabei me envolvendo dos dois lados, entendeu?		
O que é feito pela voluntária da PS durante o atendimento	As famílias. Sempre tem alguém para receber. Tem um filho, uma filha ou, às vezes, tem um cuidador, mas sempre tem alguém junto com eles. É difícil a gente ser recebido sozinho, só pelo doente. É difícil. (A visita dura) Uns 30 minutos. A gente faz primeiro a oração da liturgia, a nossa paróquia segue a liturgia diária, na liturgia diária já vem uma parte em que você já faz as orações para os enfermos. Depois, a gente lê o evangelho do dia, dá uma palavrinha ali, serve a Eucaristia e pronto.	Recebida pela família ou cuidador Orações	Religiosidade
Quais as atividades rotineiras na PS	Na nossa Paróquia (Perpétuo do Socorro), que fica no Parque das Nações e nosso pároco é o Padre Amarildo, nós fazemos as visitas nas segundas-feiras, a cada 15 dias, de manhã. Têm alguns acamados, alguns doentes, que só podem receber a tarde, então têm algumas agentes que fazem a visita à tarde, mas são três ou quatro pessoas só. Sempre de manhã. Eu acompanho essas pessoas também. Como eu tenho o meu carro e a grande maioria das agentes, elas não dirigem, são pessoas mais idosas. Eu tenho esse papel, também, de coloca-las no carro e leva-las nas visitas. Entendeu?	Visitas	Normas da PS Agentes de mais idade
Como é o treinamento para ser voluntário na PS	Não, eu pelo menos não fiz. Fui aprendendo com as pessoas que estão lá há mais tempo. Não tivemos. Não sei se antigamente tinha alguma coisa. Nesse um ano que eu estou, não. Foi mesmo acompanhando e vendo como é que elas fazem. Eu vou fazendo igual.	Sem treinamento	Autodidatismo
Relacionamento da PS com órgãos governamentais	Não com a Secretaria. Como nós somos do Conselho de Saúde, o papel do Conselho é fiscalizar o trabalho da Secretaria de Saúde. Então, pra mim, que faço parte das duas instituições, eu acabo tendo essa articulação e essa visão dos dois.	Fiscalizar o trabalho da Secretaria Municipal da Saúde	Fiscalização do setor público
Quais os benefícios	Só como Pastoral, eu aprendi assim, a me despir de alguns	Perder preconceitos	Preconceitos

<p>peçoais obtidos pela participação voluntária na PS</p>	<p>preconceitos e de algumas coisas que eu não conseguia ver. Por exemplo, eu nunca tinha ido visitar um doente, muito doente, que não consegue comer. Eu cuidei da minha mãe, mas era minha mãe. Hoje não. Hoje eu vejo que as pessoas chegam em algum momento da vida que elas precisam de alguém e ela não precisa ser idosa. Ela pode ser um jovem. Eu não fazia isso, eu não tinha coragem para fazer isso. Eu vou te falar que as primeiras visitas minhas foram muito difíceis, eu chegava em casa e chorava. Eu falava assim “nossa, você precisa ter um dom muito grande para fazer isso”. Hoje já é mais tranquilo, sabe? Mas assim, é um serviço importantíssimo sim que, às vezes, há lugares que não dão esse devido valor porque a pessoa que está doente, ela precisa muito dessa visita. Ela precisa muito do Cristo, de receber o Cristo, mas para aquelas religiões que não recebem, elas precisam muito daquela visita. Daquela pessoa que vai lá e pergunta como está. O que está acontecendo. A Pastoral não tem o caráter de ficar fazendo doações, levando nada, dar banho e fazer curativo. A partir do momento, que faz isso, ela faz como voluntária. Mas assim, essa visita, esse ouvir, esse chegar a cada 15 dias, é um bem muito grande. Tanto para quem está acamado, quanto como para a família que está ali cuidando dele. Como eu venho de um trabalho que eu ficava muito dentro de escola. Você acaba só lidando com aquilo. Eu não conhecia mais as pessoas no meu bairro. Não tinha tempo pra isso. Nem ia quase na missa porque eu estava quase sempre cansada. Aí eu percebi que esse ano, eu resgatei tudo aquilo. Eu sou uma pessoa que tem facilidade para fazer amizade, mas eu estava parada vivendo só aquela minha vidinha. Hoje não, eu ando pelas ruas do meu bairro. Cumprimento. Antes, perguntava “quem é fulano?”. Não sei.</p>	<p>Choro por tristeza Conversação Melhores relacionamentos familiares e de amizades</p>	<p>Empatia Aceitação Reconhecimento</p>
---	--	---	---

	<p>Hoje eu já conheço muita gente. Eu consegui resgatar tudo isso, amizades, essa vizinhança, essa amizade lá da Igreja, da pastoral. Porque assim você é de uma pastoral, mas acaba se envolvendo com as outras também. Seu leque de amizade vai aumentando. Por causa disso, já voltei a ajudar de novo na missa, fui para um grupo de bordado, melhorou muito meu leque de amizade e relacionamento. Em casa, também, porque você começa... os filhos também começam “ah, minha mãe está voltando, então também vou começar”. Minha filha quer começar, como fisioterapeuta, ela quer fazer um grupo para dar alongamento para as meninas. Meu marido também voltou, ele também sempre foi muito de Igreja. Tinha parado porque eu não ia, ele também não ia. Hoje já está lá envolvido também. O filho tem voltado. Então, você vê, melhorou tanto o lado dos relacionamentos pessoais como familiar também.</p>		
Percepção das agentes dos resultados para o enfermo	<p>Pelo pouco tempo que estou, mas eu vejo que ajuda. Ele começa a ver que têm pessoas preocupadas com ele. Então, ele começa a ter uma vontade a mais de viver. É muito interessante que eles ficam esperando essa visita. Quando você chega: “ah, eu estava te esperando! Não via a hora que você chegasse”. Isso, você vê, que a pessoa já tem um ânimo a mais ali para poder estar superando aquilo, né?</p>	<p>Preocupação com o outro Vontade de viver do enfermo</p>	Esperança
Descrição de algum caso marcante	<p>Uma visita de uma menina, nem faz tanto tempo que eu fui visitá-la, ela tem 20 anos e está com aquela doença ELA [Esclerose Lateral Amiotrófica]. Então, assim, quando você vê uma pessoa tão jovem com isso... a gente sabe, já ouviu falar, viu na televisão, mas quando você vai visitar e vê que a pessoa tem 20 anos e já está daquele jeito. Isso choca e ao mesmo tempo a você chega em casa e diz “Deus, muito obrigado!”. Eu estou com 52 anos e estou conseguindo</p>	<p>Diferença entre o que vê na TV e na vida real</p>	Limitações humanas

	<p>fazer tanta coisa e eu não sei até quando essa menina vai conseguir viver, quantas coisas ela vai conseguir fazer. Isso me deixou assim... não triste... porque eu acho assim que nada na nossa vida é por acaso. Quando a gente nasce, já nasce com algumas predeterminações, que vão ter que acontecer, porque eu sei que temos o livre arbítrio para procurar um caminho, mas algumas coisas a gente já vêm com elas também. Então, assim, ela tem que passar por isso, a família tem que passar por isso, vai ser um aprendizado para eles, talvez uma evolução espiritual, mas isso me deixou bem chocada no dia que eu vi. Eu cheguei, eu visitei e ela, com tudo isso, ainda é uma menina feliz, alegre, está fazendo faculdade. Sabe? Tem uma força grande aí. De todos os casos, foi esse em que eu fiquei mais impressionada.</p>		
A propósito de visitar enfermos que não são católicos	<p>Para aquelas religiões que não recebem, elas precisam muito daquela visita. Daquela pessoa que vai lá e pergunta como está. O que está acontecendo.</p>	Ecumênico	Ecumênico Respeito
Outras informações relevantes	<p>Eu trabalhei em vários movimentos, né? Curso de noiva, de batizado, curso enquanto casal, não sei o quê, mas daí você vem para uma pastoral que você não consegue imaginar a dimensão. É um trabalho tão de formiguinha que a gente faz e elas muito mais. Eu estou apenas começando. Tem gente que está nessa pastoral há mais de 20, 30 anos. Então, é um trabalho que as vezes elas enfrentam uns padres que não querem a pastoral, elas vão lá com todo aquele cuidado. Não é só a dificuldade de visitar o doente, de levar a Eucaristia, mas a dificuldade dentro da própria paróquia, com os padres. Então, eu admiro isso, sabe? Eu falei "nossa, agora eu estou fazendo uma coisa que é diferente de tudo o que eu já fiz" (risos). Eu acho que é isso,</p>	Trabalho de formiguinha	Dificuldades operacionais

	temos que estar sempre tentando mesmo, ter esse olhar diferenciado para as outras coisas.		
--	---	--	--

J.B., 61 anos, mulher, do lar (EB), casada, 2 filhos	Expressões-chave (excertos das entrevistadas)	Ideias centrais (percepções da pesquisadora)	Ancoragem (ideologias)
Como iniciou o trabalho na PS	Eu moro no bairro São Luís, perto do hospital municipal. Lá tinha um favelão e o padre Pedro, que era da Colina, ele vinha a pé da Colina para o bairro São Luís. Ele vinha fazer as visitas na favela. Eu tinha uma amiga morando na favela e eu fui fazer uma visita pra ela. Vi que ela estava muito ruinzinha. Peguei e falei “vamos tomar um banho”, coloquei uma bacia no chão assim e nisso o padre Pedro entrou. Eu fui dar banho nela. Ele falou: “nossa, menina!”. Eu era mocinha com as crianças pequenas, eu tinha uns 22 anos. Ele falou assim pra mim: “nossa, eu vou sair daqui e nós vamos dar banho em outro senhor ali, que está todo lavado de cocô, você vai me ajudar a dar banho nesse senhor”. Aí, eu dei banho nessa minha amiga. Ele me esperou ali fora do barraco e aí eu fui com ele. Ele falou: “a partir de hoje, você vai ser minha ajudante e vai dar banho em homem!”. Eu falei: “Senhor do Céu” falei para ele, né? “Tem muita gente aqui que precisa de banho, Januária, a saúde é higiene”. Ele pegou, damos banho nesse doente. Pusemos na outra cama, do lado assim. Ele me ensinou a esticar os lençóis, amarrar o lençol na cama para ficar bem esticadinho. Aí, ele falava “Januária, então, todo dia eu venho, às 10 horas, para a gente dar banho no Seu Antônio”. Então, começamos. Comecei a dar banho na favela, junto com ele, todos os dias. Saia da Colina, ele ia a	Grande desprendimento Apoio da prefeitura e da igreja às ações isoladas	Envolvimento pessoal Identificação com a causa Higiene

	<p>pé, menina! Ele ia a pé até o São Luís e começávamos a dar banho. Eu comecei com ele a dar banho em doente. Eu fiz um curso que ele me introduziu dentro do hospital para aprender a fazer curativo. O prefeito era o Tebalte, ele me autorizou a entrar lá dentro e aprender curativo. Eu comecei a fazer curativo nos doentes e eles me davam algum material, a Assistência Social. Eu só chegava lá na porta do hospital e falava “eu vim buscar material”. Ela me dava todo o material e eu fazia curativo nos doentes porque não tinha como tem agora quem vai na casa dos doentes. Naquele tempo não tinha. Aí, aprendi a fazer todos os curativos, dar banho nas feridas, depois eu fiz um curso na Unicamp só de feridas, que a própria Igreja do São Luís Gonzaga me pagou esse curso. Lá em Campinas.</p>		
Qual a população atendida pela PS e como sabe da existência da PS	<p>É doente acamado. Doente assim depressão. A gente fica sabendo, pessoa que está com depressão a agente vai fazer visita. É mais isso. O acamado mesmo. A gente faz a prevenção também, a gente trabalha com prevenção. A prevenção seria... desde que eu comecei na Pastoral da Saúde junto com o padre Pedro em 1992, a gente começou a fazer palestras, procurar a pessoa da área para dar palestra, né? Depois, os agentes da Pastoral ficavam sabendo dessas palestras sobre o que acontecia com problemas cardíacos, problemas vasculares. A gente passava para a família. Então, a gente era um elo para passar para a família. “Seu vizinho, sua mãezinha está assim... o problema é que o médico tal... na palestra”. A gente passava isso para a família, porque a família não vai nessas palestras. A Pastoral ia e depois, de repente, tinha um doente lá que a gente ia fazer visita, com todos aqueles sintomas que nós já ouvimos da palestra. Então, a gente fazia aquele elo, né? Essa era a prevenção nossa.</p>	Idosos e acamados	Solidão Abandono Prevenção

<p>O que é feito pela voluntária da PS durante o atendimento</p>	<p>Normalmente, é a família. Porque ali é um bairro que... faz 32 anos que eu moro ali, então a gente conhece. Conhece todo mundo ali. Eu já cheguei para o padre Pedro acionar o [conselho] tutelar porque a família estava judiando do doente. A gente percebe quando a família está judiando do doente. A gente chama a família e conversa com a família. “Não é por aí”. Aí eu ponho tutelar. “O tutelar existe, é assim”. Quando vem uma reclamação de algum vizinho quando vê o doente gritar, chorar, fala pra mim. Então, eu vou lá, falo devagarzinho. Tiro minhas dúvidas.</p> <p>Nós temos um trabalho muito bonito no bairro São Luís, que aqui em Americana não tem. É a equipe de banho, eu fundei essa equipe com o padre Pedro. Olha só, eu fui em bar, a gente estava dando banho em dois homens, que frequentava bar e teve derrame. Eu passava no bar para dar banho nesse senhor e eu não me conformava que os amigos dele estavam tudo dentro do bar. Um dia, eu cheguei lá no bar e perguntei: você conhece o Seu João? “Oh, conheço, me deu pinga até ontem!”. Então, ele está lá todo cagado e mijado precisando de banho e eu sou moça, mulher, estou lá dando banho nele e vocês não vão me ajudar? Um se prontificou, saiu lá e falou: “eu vou ajudar a senhora, mas tem dia que eu tô meio bebedão”. Falei assim: vamos conversar? O senhor, o senhor, o senhor, três homens, todos amigos dele, precisam ajudar a gente.</p> <p>“Então, no dia que eu tiver meio ruim, vai ele. No dia que eu tiver bão vou eu ajudar a senhora”. Então, eu falei: no dia que o senhor for fazer uma escala, for dar banho, o senhor não bebe um dia antes. Ficou assim, sabe? Eu tinha três homens que bebia muito no bar, mas ele estava me ajudando dar banho no amigo enfartado. Aí comecei, sabe? Aí, esse um já não dá banho mais porque ficou cego. Então,</p>	<p>Recebida pela família Equipe de banho Curativos</p>	<p>Conselho tutelar Diferenças das atuações das PS</p>
--	--	--	--

	<p>ele não dá banho e o outro de tanto beber enfartou, né, mas veio mais dois. Veio mais dois. Sabe aqueles homens que vão muito na Igreja? “Oh, o senhor tem coração!”, conversando e falando com essas pessoas, hoje nós temos quatro homens e eu de mulher. Isso faz 31 anos. A equipe de banho faz 12 anos.</p> <p>Quando tem parte de curativo, eu que faço os curativos. Então, a maior parte dos homens a gente coloca uripen, não sei se você conhece? Uripem é uma camisinha que a gente coloca. A gente rapa o homem e põe essa camisinha nele. Aí, ele faz xixi e o xixi cai dentro de uma bolsinha. Então, o quarto fica cheiroso, não fica cheirando à urina. O homem não assa, né? Se eu ponho fralda, uso uma fralda por dia. E quando o homem está na cama e só usa fralda, usa quatro fraldas por dia. Com o uripen, não, que é essa camisinha. A gente põe esparadrapo aquele micropore para segurar a camisinha no pipi deles. Aí, eles fazem xixi e cai dentro de uma bolsa. A família fica sabendo o quanto esse doente urina. A qualidade da urina, se está opaca, se está clarinha. Pela bolsinha conhece a qualidade da urina e fala para o médico. “Meu pai, meu sogro, está urinando pouco”. Eu levo um caderninho para a família marcar, sabe? Dia tal, dia tal, tudo marcadinho. O quanto de urina por dia para quando levar o doente ao médico dizer “ele está urinando tanto”. Pouca água. Eu fico em cima disso. A gente faz visita e tem que dar água. Não bebe no copo d’água, dá na mamadeira. Compra a mamadeira e leva até a mamadeira para eles terem aquela água, para a urina ficar branquinha. Então, a gente olha tudo isso, a Pastoral da Saúde.</p>		
Quais as atividades rotineiras na PS	Eu visito duas vezes na semana, geralmente, é terça e quinta. Na quarta eu levo Eucaristia para os doentes, mas a visita que a gente vai saber tudo do doente, o passo-a-	Visitas Internações	Preocupação com anotações corretas Ações gratuitas

	<p>passo ali, eu faço duas vezes na semana. Esses homens que tá comigo aí, eles revezam nas visitas. Aí vê se fulano está internado, a gente tem essa equipe que... eu tenho um caderninho que têm as pessoas que ficam no hospital e têm as pessoas que faz doação de sangue. Eu tenho tudo marcadinho, né? Então, quando lá no bairro tem um doente internado. Liga para mim. “Januária, eu preciso de uma pessoa para ficar lá no hospital”. Tudo de graça. Então, as pessoas que eu tenho no caderninho lá é tudo voluntário. Entra às sete da manhã e sai às sete da noite. É assim, combinado. Ninguém cobra nada.</p>		
Como é o treinamento para ser voluntário na PS	<p>Não faz. Na época que eu fiz, que o padre Pedro me colocou nesse curso, era só para enfermeira com diploma. Como eu já fazia esse trabalho, ele já me introduziu lá. “Essa aqui é voluntária e eu quero que ela faça”.</p>	<p>Não tem Fez cursos a parte</p>	Autodidatismo
Relacionamento da PS com órgãos governamentais	<p>Olha, agora como está tendo aquele homecare. Homecare seria do particular, da Unimed e tudo. Que tem o médico que vai na casa, né? Tem outro, que agora eu estou esquecendo o nome, que vem o médico, vem uma fisioterapeuta, você sabe o nome? Quando vem os enfermeiros, também é muito dez, aquele em Americana. É muito dez! Eu acompanho, né? Fulano de tal está doente, está acamado, está com ferida. É preciso saber o procedimento, como é que faz. O próprio médico do postinho tem que levar lá o doente. Eu ajudo a cuidar de um senhor lá e vem tudo, vem gaze. Ele está para amputar, estão vendo se conseguem salvar a perna dele, mas vão amputar. Não amputou ainda por causa da idade dele. Está com a idade muito avançada, mas os curativos, eu ajudo a fazer os curativos lá também, mas é tudo doado. Dá um suporte muito bom.</p>	Melhorou o atendimento público	Suporte às necessidades dos enfermos
Quais os benefícios	No meu ponto, assim, eu não consigo visitar uma pessoa e	Cuidados com o	Desafio aos limites

<p>pessoais obtidos pela participação voluntária na PS</p>	<p>só bater nas costas e “Deus vai...”. Tem muita pessoa que me critica, eu fazer, por a mão na massa. Só que eu aprendi com o padre Pedro que é por a mão na massa. Tem o problema de gente que diz que Pastoral não é isso. Só que em 1976, quando eu ingressei na Pastoral da Saúde, o padre Pedro falava assim “não é só fazer a visita e bater nas costas do doente e falar Deus vai...”. O doente está lá com xixi, com cocô e a pessoa que está cuidando está com depressão. Na verdade, nós começamos a dar banho em doente lá no bairro, depois da favela, eu comecei no bairro, né? Primeiro foi na favela. Porque uma filha batia na mãe. Um dia eu descendo para a favela, estava junto com o padre Pedro, aí a filha gritava, gritava, gritava. O padre Pedro falou assim “quem que mora aqui?”. É uma mocinha, uma filha com a mãe. Aí, ele falou assim “depois que a gente dar banho na favela, nós vamos subir aqui”. Parece que foi Deus que pôs a mão e disse entra nessa casa. Depois que nós entramos, a filha tinha, estava com depressão cuidando da mãe doente na cama, a família não ajudava e essa filha era viúva. Ela arranhou tudo a mãe. A mãe tinha feito cocô e ela tinha arranhado, bateu na mãe. Aí, o padre Pedro falou “a partir de amanhã, essa mocinha aqui, vai te ajudar a cuidar da sua mãe”. Eu falo que tem bastante crítica com isso que eu faço, tem gente que não faz e tem bastante crítica... fala “ah, a família que tem que se virar!”, mas se a família está com o doente há muito tempo. Fica estressado, bate no doente. Por isso que eu comecei. Eu acho assim, pra mim, é uma satisfação. Eu não consigo ver uma pessoa no estado que eu já vi muitas e não fazer nada. Só fazer visita e ir embora. Comentar com a vizinha e ir embora. Comentar com outra. Comentar “fulana está assim, está assado”. Eu não consigo. Então, eu chego,</p>	<p>enfermo e com o cuidador Decência moral Boa índole</p>	<p>Reconhecimento</p>
--	--	---	-----------------------

	<p>vejo a situação e ponho a mão na massa. Os padres que chegaram na minha comunidade lá, todos eles apoiaram. Cada caso é um caso. O bairro meu é muito pobre. Tem muita gente antiga de lá. Tem necessidade dessa ajuda, sabe? Então, pra mim eu me sinto com a estima lá em cima. Sinceramente. Eu sinto assim... em poder ajudar. Um doente liga em casa. Meu marido fala “pô até isso?” Não, calma. Eu tenho as pessoas certas para ficar no hospital. Ligo. Fulano doente da rua tal. A dona Maria, seu José, está precisando... você não pode?. “Pô, Januária, que horas que eu entro?”. Nunca eles falam não pra mim. Por que que eu não vou ajudar? Eu sou o elo. As outras pessoas me acolhe. Pra que que eu vou ficar lá assistindo televisão? Não poder ajudar os outros.</p> <p>Menina, eu falo assim, 99% de tudo o que eu faço, eu devo a ele (ao marido). Ele é um tesouro, me ajuda. O primeiro banho que eu dei na favela foi em um homem e não era um homem assim doente, sabe? Ele tinha uma barriga d’água e não conseguia ficar deitado. Aquela barriga, falta de ar, tudo. O padre Pedro falou “vem aqui Januária, nós vamos dar banho nele”. Mas padre é um senhor? “É um ser humano que está precisando de você, Januária. Eu estou precisando de ajuda. Vamos dar um banho naquele homem”. E dali fui um, foi outro, foi outro. Sabe? Eu cheguei em casa e falei: Ronaldo, você não acredita?! Eu dei banho no seu Antônio com o padre Pedro. Ele falou assim: “Qual seu Antônio?”. O seu Antônio lá da favela. “Nossa, o que ele tem?”. Também não... isso o padre Pedro sempre falava: “você vai dar banho em homem, mas é uma enfermeira. Você precisa ter uma cabeça boa”. Você tem que ter uma índole. Graças a Deus, nesses 15 anos que eu estou no banho, 30 anos de Pastoral, 31 mais 15 de banho, nunca</p>		
--	--	--	--

	<p>saiu uma conversa do bairro e ele sabe. Ele sabe, o povo todo sabe. "Chama a Januária, fulano enfartou, chama a Januária pra ajudar". Eu vou. E meu marido, eu falo, é um fofo. Maravilhoso.</p>		
<p>Percepção das agentes dos resultados para o enfermo</p>	<p>Muitas vezes lá (no posto) eu até levo o doente. Eu vejo que a família fica meio assim em levar. Acha dificuldade. Dificuldade se depois o doente fica no hospital. Eu falo assim "eu levo muito doente ao hospital, depois a gente vê quem vai ficar. Esse doente tem que ir!". Muitas vezes vai bem precarinho, viu? Quando eu fico sabendo, porque eu vou atrás, muitas vezes nem tem jeito porque a família vai deixando. Aí eu fico sabendo. "Januária, Januária, fulano de tal está assim, vai lá ver!". Eu vou ver. Há pouco tempo, eu catei o doente e levei para o hospital e ele amputou a perna. Teve que amputar a perna porque ele estava em um estado deplorável. Então, eu alerto ali a família. "Mas...". Não, eu arrumo uma pessoa pra ficar, não tem problema. A gente vai dar um jeito. E aí a gente leva.</p> <p>Você sabe que quando a gente chega, quando a Pastoral chega, é um sorriso só. Eles ficam muito felizes, gostam da visita. A gente tem um senhor que eu levo para dar banho que é um palhaço. Já chegando lá, sempre em duas pessoas, duas ou três, o padre Pedro falava: "nunca vá sozinha". A Pastoral é uma comunidade, então sempre tem que ir em duas. A gente ia em duas e aí os doentes ficam alegres de ver a gente. Sei lá, tem gente que diz que tem doente que não gosta, mas eles gostam que a gente vai. E sabem que toda terça, quarta-feira a gente está lá.</p>	<p>Dificuldade da família Trabalho em duplas</p>	<p>Reconhecimento</p>
<p>A propósito de visitar enfermos que não são católicos</p>	<p>Eu dei banho em um senhor. Faz dois anos. Ele era Jeová. Aí, eu ia lá e ajudava a esposa dele a dar banho nele. Ele era pobrezinho e eu fazia doce, levava pra ele. Ele comia as coisas que eu fazia. Um dia ele falou assim: "Dona</p>	<p>Lidar com pessoas de diferentes religiões é possível, desde que haja respeito</p>	<p>Ecumenismo Maior dificuldade para trabalhar</p>

	<p>Januária...” e isso já fazia mais de um ano que eu estava dando banho pra ele. “Que religião que a senhora é?” “Eu sou religião do amor” porque eu desconfiei de uma coisa, sabe? “Porque eu sou Jeová”. “Nossa, seu Osvaldo, o senhor é Jeová. Eu trago as coisas para o senhor comer, o senhor come. Dizem que Jeová não come nada de gente católica.” “Dona Januária, a senhora está dando banho em mim, fazendo curativo e eu estou com fome. A senhora viu alguém Jeová aqui na minha casa algum dia?”. “Não, eu não conheço ninguém e também não veio ninguém fazer visita.” “Nesses dois anos que a senhora vem aqui cuidar de mim, a senhora viu alguém da igreja vir aqui?”. Eu falei “não”. Ele falou: “e eu vou comer tudo o que a senhora fizer pra mim”. E ele era Jeová, dei banho nele um tempão, fazia curativo nos pés dele. A doença era nos pés e eu fazia os curativos. “Nossa, dona Januária, eu nunca perguntei da religião da senhora porque eu tinha certeza que se eu falasse que era Jeová...”. “Não! Imagina! O senhor não... a religião pra nós não têm... o senhor está precisando de uma ajuda e nós estamos aqui.” Eu só falava assim na hora do banho. “Que beleza que está seu curativo.” A janela estava aberta. Eu beijava e jogava para o céu. Que lindo, Jesus! Beijava e mandava pra cima, né? E ele toda vez, como não via o pé, e o pé estava tudo assim gangrenando, mas graças a Deus sarou. Pode andar. Toda vez que eu fazia os curativos falava: “Osvaldo, que lindo, que maravilha. Oh, meu Deus!” E só isso que eu fazia. Não fazia oração porque eu estava cismada de alguma coisa. O padre Pedro falava assim “você não precisa fazer oração, faça quando você terminou os banhos, vá para a sua casa rezando”. Eu cismeí alguma coisa e tinha alguma coisa que... não fazia oração, nem nada, só ficava ali. E eu mandava beijo pela</p>		
--	---	--	--

	<p>janela: Jesus, está lindo o pé! Meu senhor! Agora eu tiro foto quando eu pego uma ferida e vou vendo cada semana, sabe? O estágio da ferida. Naquele tempo, não havia nem máquina, não tinha nada. Poderia tirar, né? Pra ver a situação a cada semana. Eu ia lá no hospital e falava para a assistente social. O pé do fulano... aí ele me dava outro remédio para passar. Tudo assim, sabe? Na base do médico. No tempo do doutor Teobaldi. Ele pegava e falava “não, dá esse remédio para passar”. Aí eu passava. “Dez dias, se você não vê que deu resultado, você volta aqui que nós vamos trocar”. Era assim. Antigamente, parece que era mais fácil de trabalhar. Agora tá mais assim...</p>		
Outras informações relevantes	<p>Eu falo que a Pastoral, aqui em Americana... só em São Luís que faz esse trabalho de banho... porque eles falam que o trabalho da Pastoral seria só visitação, mas pra mim fica difícil eu ficar só nessa visitação. Porque cada cidade, cada bairro tem... agora eu estou lá em São Camilo de Lellis... São Camilo de Lellis é um bairro de gente mais poderosa, sabe? Todos têm sua casa, ninguém paga aluguel, têm prédio. Então, é outro jeito, mas o Seu Luís, quando eu peguei e está sendo até agora, é aquele bairro que precisa de colo. Você pegar um Werner Plaas, você conhece? Sabe a Colina, né? O Werner Plaas é só gente rica. É pra cima do hospital municipal. Ali é só gente fina mesmo. Quando eu vou dar um banho lá? Eu até cobraria um banho lá para comprar fraldas para os outros doentinhos. Coisa que a Pastoral não faz. Cobrar. Mas jamais eu iria no Werner Plaas, que é tudo gente rico, para cuidar de doente ali, mas no São Luís, se você for lá. Para começar, nós estamos com 33 doentes no São Luís e no São Camilo, que é o bairro mais assim, têm dois doentes. Você vê... é bastante. Tem muitos ali que paga aluguel, a</p>	Atividades para arrecadar recursos	Luta de classes Diferenças entre as PS

	<p>cama do hospital a gente não aluga, empresta. No São Luís, eu fiz bingo de artesanato, elas conhecem. Eu levo o bordado na casa das vózinhas que sabem fazer, eu compro o tecido, compro tudo e levo. A senhora pinta? “Pinto”. Compro as tintas e levo lá. Quando eu vou ver, tenho bastante coisa e faço o bingo pra comprar fralda, comprar as coisas para os doentes.</p>		
--	--	--	--

D.T., 49 anos, mulher, fisioterapeuta (ES), solteira, sem filhos	Expressões-chave (excertos das entrevistadas)	Ideias centrais (percepções da pesquisadora)	Ancoragem (ideologias)
Como iniciou o trabalho na PS	Foi muito engraçado porque eu fui levar um convite para uma coordenadora. Eu não sabia que ela era coordenadora da Pastoral Hospitalar de São Benedito. Eu participava em outra paróquia. Eu falei a ela: um dia, eu vou participar da sua pastoral. A vida deu voltas e eu acabei participando. Você tem que ter uma afinidade. Gostar do outro. Querer estar junto e um mínimo de empatia para sentir o que o outro está precisando. Para poder suprir a necessidade dele e muito mais a nossa. Toda visita que você faz, você sai melhor do que você foi.	Empatia	Envolvimento pessoal Identificação com a causa
Qual a população atendida pela PS e como sabe da existência da PS	Na nossa pastoral, na paróquia São Benedito, nós atendemos os idosos e pessoas em situação frágil de saúde, mas a nossa realidade na nossa paróquia São Benedito é diferente de outros bairros. É uma população com um certo poder aquisitivo, mesmo assim nós observamos que o braço da Pastoral da Saúde consegue atingir, nesse bairro com certo poder aquisitivo, a gente encontra pessoas que estão em nessa situação e precisam	Idosos Apoio emocional e espiritual	Luta de classes Reconhecimento

	<p>de um apoio seja ele emocional, espiritual e apoio no sentido de dar um suporte para a doença da pessoa. Seja doando fraldas ou emprestando algum equipamento passível de empréstimo, né?</p> <p>Nós, como somos uma comunidade, todo mundo se conhece no bairro. Portanto, um dos modos é esse. A senhora que participa do grupo de oração sabe que o senhorzinho fulano de tal está acamado e precisa de ajuda. Esse é um meio. O outro meio é a Pastoral da Pessoa Idosa, que como faz um levantamento e acompanha pessoas idosas da comunidade. Eles têm acesso a quem está precisando. E as pessoas do bairro, da paróquia, a Pastoral da Saúde é restrita à comunidade. As pastorais se conversam entre elas, mas cada comunidade se organiza de uma maneira. No nosso caso a gente fica sabendo através da Pastoral da Pessoa Idosa e a própria comunidade unida sabe quem está precisando e chega até nós.</p>		
O que é feito pela voluntária da PS durante o atendimento	<p>Eu participo da Pastoral Hospitalar também. No caso da Pastoral Hospitalar, uma das regras quando você está fazendo visita hospitalar é não tocar a pessoa. Quando a gente faz a visita na Pastoral da Saúde, ela tem várias, vamos dizer assim, etapas, né? Tem uma parte que é espiritual, religiosa, que as pessoas que são católicas recebem a Eucaristia e tem um momento de celebração. Não é? Tem a parte social, que conversa porque às vezes o doente não está muito bem. E tem a parte do voluntariado. Antigamente, nossa pastoral se chamava Pastoral do Enfermo. E existia um trabalho voluntariado de dar banho. Hoje, a Pastoral da Saúde tenta criar meios da pessoa chega aos direitos delas, se não vira assistencialismo. O tocar faz parte. No meu caso, particularmente, eu sou</p>	<p>Toque interpessoal Religiosidade Conversação</p>	<p>Religiosidade Assistencialismo Diferentes atuações das diversas Pastorais</p>

	<p>fisioterapeuta, eu tenho um problema grave de ir ao hospital e simplesmente não pôr a mão na pessoa ali que está fragilizada, mas por uma questão de saúde pública. Como você faz visita em vários quartos, na Pastoral Hospitalar, você, de fato, não pode tocar nas pessoas. É mais o fato de ouvir e conversar.</p> <p>Como eu sou da área da Saúde, eu me sinto à vontade para dar orientações. Quando eu vou fazer uma visita em uma casa, eu me sinto à vontade para falar que eu sou fisioterapeuta, mas aí é uma coisa voluntária minha, né? Falar que eu sou fisioterapeuta, pedir para dar uma olhadinha nos exames, pedir: "a senhora aceita que eu ensine a senhora, por exemplo, como pegar o seu esposo de um jeito mais fácil para a senhora e para ele?". Eu tenho essa facilidade. No hospital, de fato, visitas da Pastoral Hospitalar, elas são diferentes das visitas nas casas. São rápidas, são diferentes mesmo.</p>		
Quais as atividades rotineiras na PS	<p>Pela Pastoral da Saúde a gente tem um dia específico que a gente faz visita na nossa paróquia, que é de segunda-feira à tarde. Nós fazemos visitas semanais aos nossos doentes. Levamos Eucaristia. Exceto quando eles pedem que não leve ou algum outro probleminha. Nossas visitas são semanais. Pela Pastoral Hospitalar, que é uma visita diferente, outro esquema, outros agentes. Nós temos uma escala de visitas e intercalamos essas visitas com o pessoal evangélico que também faz visita no hospital. No caso da nossa Pastoral Hospitalar, nós temos visitas ao nosso hospital, todas às quartas, às sextas e aos sábados. Da uma e meia até umas quatro da tarde.</p>	Visitas	Diferenças entre as atuações das diversas Pastorais
Como é o treinamento para ser voluntário na	<p>Tem. A pastoral quando foi implementada lá na Paróquia São Benedito, eu não fazia parte dela, as pessoas que estavam na implantação fizeram um treinamento no</p>	Realizado no HC-FM-USP	Transmissão oral de uma voluntária para outra

PS	Hospital das Clínicas em São Paulo, inclusive no setor de queimados, com o padre Anísio Baldessin. Então, eles fizeram. Conhece ele? Eles fizeram o treinamento com ele, né? Eles passam isso para todos os voluntários que começam a trabalhar. Por exemplo, o iniciante hoje, vamos supor você quer começar hoje a fazer visitas, você vai com pessoas experientes e eles te passam tudo, todo o conhecimento que eles tiveram. A gente tenta de certa forma combinar formações para novos agentes. Estamos pensando, quem sabe para o ano que vem, um agendamento com o nosso assessor diocesano para o hospital de Limeira, lá existe a capelania dentro do hospital. Daí as pessoas iriam para lá passariam por um curso, uma formação, para saber como agir. Porque na ânsia de ajudar, você pode atrapalhar no hospital. Hospital de fato não é, a visita mesmo é de ouvir, um pouco diferente das casas, às vezes.		
Relacionamento da PS com órgãos governamentais	Ficou muito melhor nesse último um ano e meio agora. Não é? Porque nós conseguimos uma representante da Pastoral da Saúde no Conselho Municipal de Saúde. Então, isso abriu portas nós, para nós inclusive conseguirmos realizar essa ação de hoje. Abriu contatos para nós. Está sendo muito boa essa representatividade que a gente tem agora.	Melhorou	Representação no Conselho Municipal de Saúde
Quais os benefícios pessoais obtidos pela participação voluntária na PS	Um ganho. Com certeza. Pessoal, profissional e como ser humano, como cristã. Primeiro, que, às vezes, quando visita a gente se despe do nosso orgulho e se veste com a nossa humildade. A gente vê que a gente não é nada, que somos todos iguais. Se a gente não ajudar o outro, está faltando alguma coisa na vida da gente.	Perda do orgulho Humildade	Empatia
Percepção das agentes dos resultados para o	Melhora não só do enfermo, mas da família dele. Quando você está em uma situação de doença, você fica muito fragilizado. A família, às vezes, não dá conta de suprir	Fragilidade do enfermo e da família	Fragilidade psicológica Dificuldades

enfermo	essas necessidades, inclusive psicológicas do doente, da pessoa que está na casa. A família também fica doente. Você imagina tudo isso aí e imagina você não ter uma condição financeira para você poder tocar alguma coisa no cuidado com o seu enfermo, na sua casa, né?		financeiras
Descrição de algum caso marcante	Olha, a gente sempre acha que não vai encontrar pessoas que a gente conhece. Eu vou falar da Pastoral Hospitalar, que a gente vai encontrar pessoas que a gente não conhece e eu não posso pôr a mão nela (emocionada e voz embargada), mas eu vou visitar o hospital e tem conhecidos lá. Marca. Porque, às vezes, a pessoa está sozinha lá e você é a única referência que ela tem. Ela não pode nem reclamar com quem está do lado que está morrendo. A pessoa que marcou muito foi um moço que estava com câncer e ele não podia falar para a pessoa ao lado porque ela era conhecida dele e estava internado lá. Eu cheguei, comecei a conversar e daí ele usou o termo do que ele tem. “Eu estou aguardando, sabe? Eu fui fazer um exame” e ele falou que “eu posso voltar ao hospital”. Ia morrer e de fato foi o que aconteceu alguns dias depois, mas ele não queria contar para mim porque a pessoa ao lado dele era vizinho dele. Isso me marcou profundamente. Eu era uma das poucas pessoas ali que poderia dizer “fica frio, amigo”. Nesse dia eu pus a mão nele, não teve jeito. A outra pessoa que me marcou foi um senhor muito amigo nosso que nós levamos a última Eucaristia para ele. Nós fizemos a nossa visita na segunda-feira, à tarde. Ele era muito religioso. Ia todo dia rezar na Igreja. Caiu, bateu a cabeça, ficou internado, foi pra casa, ficou extremamente emocionado quando recebeu a comunhão. No outro dia, ele morreu. Nós levamos o viático, a última Eucaristia para ele. Você não tem noção! Ele agradeceu tanto a gente. Na nossa dupla,	Vergonha Morte	Encarar a própria mortalidade Vergonha da doença Reconhecimento

	eu fui escolhida para levar essa última Eucaristia para ele. Tem coisa que marca mesmo porque são pessoas da comunidade. Esse senhor, se a Igreja abria às sete, ele estava lá. Ele rezava o terço da misericórdia e depois ia embora. Todos os dias, todos os dias. Daí um dia ele não foi a missa. “O que aconteceu com ele? O que aconteceu com ele?”. Caiu. Passou uma semana. Caiu, está no hospital, foi para casa. “Vamos levar a comunhão para ele? Vamos!”. Levamos na segunda-feira de manhã, à tarde ele faleceu. É muito gratificante, sem falar que você está em comunidade. São seus amigos, pessoas que te acolheram no seu bairro, pessoas que você ama muito. Tem um envolvimento muito grande. Você fica amigo.		
A propósito de visitar enfermos que não são católicos	O atendimento nosso é ecumênico. Então, a Pastoral da Saúde busca também evangelizar, busca ser uma presença, um alongamento, um braço do nosso pároco que, às vezes, não consegue fazer esse trabalho pastoral pelo tamanho da comunidade. Então, os agentes são essa extensão. Se espelham em Jesus, então a gente tenta levar um conforto, não precisa ser uma palavra de evangelização, mas às vezes um obro amigo e um ouvido para ouvir.	Conforto espiritual Conversação	Ecumenismo

C.M., 61 anos, mulher, lojista (EM), casada, aposentada, 2 filhos	Expressões-chave (excertos das entrevistadas)	Ideias centrais (percepções da pesquisadora)	Ancoragem (ideologias)
Como iniciou o trabalho na PS	É porque eu trabalhava como gerente de loja. Parei de trabalhar, aposentei. Quando eu fiquei em casa, eu sempre trabalhei desde os 14 anos. Não dá para ficar em casa parada, você passa mal, entra em depressão. Acontece de	Envolvimento pessoal Conversação Idosos Acamados	Envolvimento pessoal Identificação com a causa

	<p>tudo né? E aí como eu não tinha tempo, gerente é assim, você tem horário para entrar, mas não tem horário para sair. Principalmente de loja, né? Então, eu não tinha tempo para nada. Ia na Igreja Santo Antônio porque era bem pertinho no horário de almoço ou antes de entrar na loja. Aos domingos, eu ia na minha Igreja, que é a de hoje, mas não tinha tempo de participar dessas coisas. Quando eu parei aí eu comecei, fui para a novena, fui convidada para a Pastoral da Saúde. Faz 10, 11 anos que estou na Pastoral da Saúde. Faz dois anos que minha sogra morreu e ela ficou três anos acamada. Aí eu me afastei um pouco para cuidar dela. Ela ficou com sonda em cima, sonda em baixo. Foi meio complicado. Tinha que ter total... entende... Aí eu fiquei afastada, ela faleceu e eu voltei novamente. Trabalho com paciente. A gente faz visitas aos doentes e estão todas acamadas, de Alzheimer, de AVC. Então, são pessoas que ficam mesmo na cama. Raramente, eu tenho duas que sentam, ficam ali sentadinhas, bonitinhas, mas são todos idosos com problema mesmo. A gente leva fralda, a gente vai todo mês, faz as visitas, leva a Eucaristia para elas. Faz leitura da Bíblia, conversa. Vê se está precisando de alguma coisa porque se o acamado precisar de uma cadeira de rodas para alguma coisa, mas a maioria dos nossos é acamado, precisa mais de uma cadeira de banho. Esse é o trabalho que a gente faz para ver a necessidade de cada um.</p>		
Qual a população atendida pela PS e como sabe da existência da PS	São pessoas acamadas, da Pastoral da Saúde, do Jardim Brasil. (Paróquia) Da Nossa Senhora do Brasil.	Acamados	Necessidade física
O que é feito pela voluntária da PS	Muitos são os familiares, outros estão sozinhos. A gente encontra muito paciente sozinho, que às vezes está	Enfermos que moram sozinhos, sem	Confiança em uma pessoa

durante o atendimento	<p>fechado, que encontra dificuldade para chegar até a porta, não consegue abrir e joga a chave pra gente. Muitas vezes, a gente bate, mas não pode atender porque está sozinho. Entendeu? Mas a gente vai identificado e as pessoas que fazem isso são pessoas que já nos conhece. Porque vai sempre as mesmas pessoas. Normalmente, são dois e sempre visita aquele grupo. A não ser que falte em outro grupo e você vai com uma que já é, mas a outra vai para ajudar, mas sempre tem uma que já é conhecida.</p>	cuidador	desconhecida
Quais as atividades rotineiras na PS	<p>Nós vamos normalmente em dia determinado. Procuramos ir sempre pelo menos uma vez por mês. Sempre que a gente puder ir mais de uma vez por mês, tudo bem, mas se a gente não pode, porque há outros trabalhos na Igreja, uma vez por mês isso é com certeza.</p>	Visitas	Outras atividades concorrentes
Como é o treinamento para ser voluntário na PS	<p>Tem treinamento. Tem curso. Primeiro, a gente faz um curso e diariamente, sempre, assim... uma vez por ano tem um treinamento para a gente estar trabalhando. Tem um livro que a gente estuda. Então, a gente procura estudar para fazer o melhor. Entende? Porque muitas vezes a gente vai na casa e muitos têm Alzheimer, são pessoas que se você for lá dez vezes, são dez vezes aquela mesma pergunta. Pergunta quem você é: "mas você já veio aqui alguma vez?". Já. "Mas você nunca veio? É a primeira vez? Você é evangélica?". Está sempre fazendo a mesma pergunta e muitos pedem pra gente ficar mais. "Ah, meus filhos não têm tempo de conversar comigo". Então, a gente chega lá, a gente vai ouvir o paciente. Então, eles falam tudo o que eles querem. "Está acontecendo isso, isso e isso. Ah, fica mais um pouco porque a gente fica sozinho. Quando a gente vai falar, meu filho não tem tempo". Sai e não dá atenção. A pessoa fica isolada, muitos têm esse problema de ficar isolado e só a gente sabe. Têm uns que</p>	<p>Curso inicial Treinamento anual Livro Conversar Isolamento</p>	<p>Estudar para fazer o melhor Solidão</p>

	cuidam muito bem, mas eu já tive paciente da gente chegar lá e fazer um esforço muito grande, assim, da situação da pessoa como está. Entende? Está lá na cama. Então, difícil viu.		
Relacionamento da PS com órgãos governamentais	Não, é assim, tem uma ficha, tudinho. A gente faz as perguntas, se está indo no médico, se está indo, porque muitas das vezes eles já tem um acompanhamento. A gente vai fazer aquela visita para dar um conforto, dar uma orientação e quando, muitas das vezes, a gente entra um pouquinho mais, a família não gosta. A gente tem que ter aquele respeito pelos familiares. Só que é assim, os pacientes reclamam e, às vezes, a gente fica de mãos atadas porque a gente quer ajudar, mas a gente também não pode. A gente vai lá fazer o possível. Assim, se a pessoa está com um cheiro, a gente não vai dar banho. A família se sente ofendida se a gente vai lá e faz isso. A gente procura orientar tudo, mas têm alguns que nem gostam. É complicado essa nossa vida, viu? A gente tem que saber lidar para ter a oportunidade de ir sempre porque se a gente for de frente, eles não deixam mais entrar. A gente tem que estar lidando, ir conversando, eles vão acostumando e a gente vai vendo para dar um conforto melhor e orientando mesmo que não de muita importância, mas começa a mudar algumas coisinhas. Tanto é que a gente não avisa quando vai fazer visita. A gente tem o costume de não avisar porque a realidade a gente vai ver. Se você avisa, quando você chega, o paciente está lindo e maravilhoso. Cheirosinho, bonitinho, não é verdade?	Dificuldade em lidar com algumas situações familiares	Fiscalização do serviço público Respeito
Quais os benefícios pessoais obtidos pela participação voluntária na PS	Olha, eu faço esse trabalho porque é como se eu tivesse me completando alguma coisa. Eu vou fazer visita, eu vejo que eles passam alguma coisa pra gente. De vez em quando eu falo para as minhas colegas: a gente vai lá, fazer	Aprender com a situação Identificar a pequenez de alguns	Reconhecimento Valorização

	<p>tudo isso, mas eu me sinto realizada, como se eles tivessem me ajudando. Você entendeu? Isso aí é uma experiência e uma pessoa idosa, as pessoas não gostam de conversar com pessoas idosas, mas se você vê você aprende muito mais do que passa. Eu sinto isso. Tem paciente que chega, se a gente não vai por algum motivo, eles estão ali desesperados esperando a gente porque eles gostam da presença da gente. Eu falo que me faz bem a presença deles porque com eles eu estou aprendendo muito mais. Tem pessoas que falam assim, “eu não uso medicamento de nada na minha casa, de dor, de nada”, as pessoas falam assim “oi, como é que você vai?” “Ah, eu não estou muito bem.” “Ah, o que você tem?” “Uma dor de cabeça”. Toma remedinho pra cá, toma remedinho pra lá. A gente visita essas pessoas e a gente não tem nada diante daquelas pessoas e a felicidade que eles ficam. A gente está reclamando da vida que nós temos, do olho que enxerga, da boca que fala, de estar andando e aquela pessoa está ali na cama e está recebendo a gente muito bem. Então, isso pra mim é tudo.</p> <p>Eu me dediquei, sabe assim, na Igreja, na Pastoral. A gente tem alguns altos e baixos, problemas que a gente evita, mas eu falo para você. Eu me completo fazendo esse trabalho, principalmente, com os doentes. Eu não sei... é... eu escolhi, eu gostei, vai ser com os doentes porque a gente valoriza muito mais as coisas, porque a gente reclama de muito pouco, né? Coisa tão pouca e a gente está reclamando quando a gente vai lá ver e ter coisa muito pior.</p>	sofrimentos	
Percepção das agentes dos resultados para o	<p>Eu acho que com a nossa visita, eles mudam muito. A gente chega lá quando começa a fazer essas visitas é um jeito. Conforme a gente vai fazendo a visita... tem uma senhora</p>	Mudança na espiritualidade	Espiritualidade

enfermo	<p>que a gente falava que era ateu, que nunca ia em Igreja, nem nada. Nós fomos fazer a visita para ela, fomos fazer a ficha para ela, ela estava de muleta. Hoje, ela está linda e maravilhosa. Ela fala que depois da nossa visita, fala assim: "vocês me fizeram tão bem que as dores que eu sentia hoje eu não sinto". Nós falamos para ela, "não é nós, é a senhora que acreditou na gente. Não a gente, que vem trazer uma palavrinha muito pequena pra senhora, você confiou Nele, no Santo, em Deus. Pelo menos uma sementinha nós colocamos e a senhora acreditou Nele, que é maior. São Camilo de Lellis e Jesus que curam. A senhora teve fé neles. A gente trazer um pouquinho da palavra Dele. Nós somos todos iguais, né?" Ela fica super feliz, ela falou que ela não ia em Igreja, nem nada. Levamos o padre, ela confessou, chorou muito. Depois, começamos a levar a Eucaristia. Hoje, ela fala que é outra pessoa. "Vocês transformaram a minha vida. Vocês transformaram a minha vida. Bateu um evangélico aqui, eu nem atendi porque igual vocês fizeram... eu tive acolhimento com vocês". Ela não aceitava nada, viu?</p>		
Descrição de algum caso marcante	<p>Que tenha marcado foi esse caso e inclusive ela falou que estava com uma dor, ela quis esperar a gente. Nós passamos uma vez, batemos, ela não estava. Aí não fomos nesse mês. Ela falou que estava no médico. No próximo, ela falou que "estava esperando vocês todos os dias. Vocês não vieram mês passado". Nós passamos aqui e a senhora não estava. Estava tudo fechado, batemos, ela foi ao médico. Ela contou que no dia que nós fizemos a visita para ela, ela estava com muita dor quando chegamos lá, mas não falou nada. Nós fizemos a oração, que a gente lê e escolhe o texto da Bíblia. "Vocês fizeram a tarde e foram embora, quando eu amanheci, eu estava sem nada até</p>	Mudança na espiritualidade	Espiritualidade

	<p>hoje". Ela começou a chorar. "Eu queria falar isso para vocês. Foi uma benção de Deus que vocês fizeram". Foi uma benção de Deus. Ela abraçou a gente, ficou muito feliz e queria compartilhar isso com a gente. Então, foi uma coisa muito forte que a gente sentiu na hora que ela falou. Foi muito bom pra gente. Por isso que eu falo que é mais gratificante pra gente que vai conversar um pouquinho com eles e que muitas vezes não tem com quem converse. Isso é um pouquinho da gente. Por isso a gente aprende muito mais, às vezes, não dá valor para algumas coisas que temos aqui fora, mas quando tem um lá muito pior e está feliz quando a gente chega lá.</p>		
<p>A propósito de visitar enfermos que não são católicos</p>	<p>Nós somos católicos, mas para fazer esse trabalho é ecumênico. Não tem especificação. A gente visita qualquer um. A gente ajuda qualquer um, desde que de oportunidade pra gente entrar, conversar. Eu tenho uma paciente que é católica, mas a filha não é. Então, essa paciente vive sozinha, muito sozinha. É uma dificuldade doida. Na última vez que nós fomos, a penúltima, a filha estava lá. A filha estava lá e por incrível que pareça, ela participou com a gente. Lemos a Bíblia e tudo. Ela falou: "gente, eu não sabia que vocês faziam isso". Entendeu? Perguntamos se ela queria ler. "A impressão que a gente tinha é que católica não faz isso, mas é igualzinho a nossa igreja. As visitas que vocês fazem nas casas é igualzinho". A impressão é que ela ficou muito feliz, agradeceu muito e falou, participou, leu a Bíblia com a gente. Ela gostou de uma coisa que ela não tinha nem ideia. Então, a gente quando for é que tem de fazer, de acolher, qualquer um sem especificação. Por exemplo, se a gente vai na casa de um evangélico, a gente não fala sobre Maria. A gente lê a Bíblia, faz outro tipo de coisa porque eles não concordam. Se a gente lê a Bíblia,</p>	<p>Conversação Respeito Entender as diferentes religiões e suas atuações</p>	<p>Ecumenismo Identificar as semelhanças entre as diferentes religiões</p>

	<p>comenta aquilo e faz. Aí tudo bem. Ele não ignora não, pelo menos comigo sempre tem evangélico no meio. Eles pedem, mas eles gostam de um lado e de outro se reserva. Eles aprenderam a conhecer... a Pastoral da Saúde é bom porque a gente entra nessas casas e mostra uma coisa que eles tinham uma outra ideia, não sei por quê, mas passa uma outra coisa para eles, né? Mas é a mesma coisa.</p>		
Outras informações relevantes	<p>Eu já tive paciente que a gente faz uma ficha. Essa ficha eu trouxe ao posto de saúde para alguém ir lá, mandar um médico lá. Não ia pela dificuldade. Tem lugar, uns lugares que eu fiz visita, que carro pra ir lá, era difícil viu, muito difícil. Tinha médico que chegava a ir, mas deixava depois. Tem a dificuldade de chegar, tem isso também. A gente forçou a barra e eles voltaram a ir porque a situação era precária, precária mesmo. Depois a pessoa veio a falecer, mas era uma coisa que chocava, chocava a gente mesmo. Tem de a pessoa estar amarrada. Essas pessoas com Alzheimer, muitas das vezes, minha sogra, por exemplo, ela ficava amarrada. Ela deu o AVC, mexia um lado e o outro não. Ela não se mexia, se você deixasse ela assim, ela ficava assim por cinco dias do mesmo jeito. Então, na hora do banho, um lado ela mexia um pouco. A hora do banho ela tinha sonda aqui e tinha sonda embaixo. Solta ela pra coisar... foi até orientação do médico mesmo porque toda semana estava indo trocar. Tem que fazer raio-x e não pode fazer sempre. Põe uma faixa, a gente soltava ela, ela tinha puxado. Então, ela não tem noção. O paciente não tem noção e a gente sofre junto porque tem que fazer isso. Entende? Então, acontece. Eu já tive outro paciente que de 14 anos era mais ou menos assim também. Tinha sonda, mas se debate. Não tem jeito e eles preferem que deixe em casa pra não pegar... não ter imunidade. A pessoa se for</p>	<p>Dificuldade de acesso físico a alguns pacientes Dificuldade com alguns pacientes que se debatem fisicamente</p>	<p>Tratamento humanizado ao enfermo</p>

	para o hospital vai pegar de tudo. Pneumonia, de tudo né? Aí a situação é pior.		
--	--	--	--

C.Z., 50 anos, mulher, empreendedora (EM), casada, 2 filhos	Expressões-chave (excertos das entrevistadas)	Ideias centrais (percepções da pesquisadora)	Ancoragem (ideologias)
Qual a população atendida pela PS e como sabe da existência da PS	São pessoas do dia a dia, das casas, do bairro. Ao redor da comunidade que precisam ser assistidas. Normalmente, é uma pessoa que está enferma e dependendo do grau da enfermidade, ela não consegue ir à Igreja. Às vezes é uma enfermidade temporária, às vezes é uma enfermidade que é pra sempre. A pessoa não sai daquele quadro, para sempre em termos, nada é para sempre. É de um período mais longo. Muitas pessoas machucam, quebram o pé. Não pode andar por aquele tempo, depois a pessoa sara e volta a viver. Muitas a gente assiste e fica anos e a gente precisa assistir elas. Muitas são assistidas e logo falecem. Depende da necessidade da pessoa, o que ela está vivendo. Às vezes, ela precisa de ajuda de fralda geriátrica, às vezes com andador, com uma muleta, são diversas... ou simplesmente a pessoa tem condições da família assistir nesse sentido, mas ela quer o auxílio espiritual e nós vamos até ela para levar a Eucaristia, que é o próprio Cristo. Fazer uma visita. Dar uma palavra a cada 15, 20 dias. As nossas agentes estão à serviço de quem precisa e vai atendendo, atendendo, muitas pessoas saram, melhoram e não precisa mais. Assim vai indo o nosso trabalho.	Idosos Acamados Auxílio espiritual	Comunidade Religiosidade
O que é feito pela voluntária da PS	Normalmente, é a família (que recebe o agente). Se a pessoa está muito enferma, ela não consegue nem ir à	Família recebe o agente da PS	Desamparo

durante o atendimento	<p>Igreja. Ela é assistida por uma enfermeira ou por alguém da família. Normalmente, é uma pessoa que está ali no momento e que pode acolher a gente.</p> <p>Medicação a gente não pode fazer isso, é só o médico mesmo. Dependendo da situação a gente pode orientar ou pedir orientação, mas tem que ter muita cautela. Saber o que fala. Nosso olhar não é de médico, mas de alguém que olha a pessoa. Minha mãe mesmo atende um casal de idoso que agora ela está em um hospital para idoso. A minha mãe mesmo chegou para o filho dela e falou "eles estão em uma situação que eu sinto que eles não estão mais em condição de ficar sozinhos ou vocês ficam aqui ou colocam eles em algum lugar. Eu sinto que eles não têm condições de ficar sozinhos". Minha mãe chegava lá e já via que a cabecinha dos dois já não... e eles continuavam sozinhos. "Eu sento e converso com eles e já sinto que a cabecinha deles já não está mais em condições".</p>	Abandono de idoso	
Quais as atividades rotineiras na PS	<p>Normalmente, funciona assim a cada 15 dias nós combinamos com a pessoa, vamos vendo a necessidade. Eu tenho uma senhorinha que ela gosta de manhã. Como eu trabalho, eu tenho que ir logo de manhã. Eu já combinei com ela que a cada 15 dias eu vou a missa, posso chegar um pouco mais tarde no meu trabalho, vou a missa e já levo a Eucaristia para ela. Então, ela já fica esperando. A cada 15 dias eu preciso ir lá, dar um abraço nela, ela está com câncer. Eu sinto já que ela está terminando o tempo dela aqui. Eu venho, eu abraço, eu beijo, converso um pouco com ela. Ela recebe a Eucaristia e fica feliz. Então, assim, tem uma outra que ela também tem câncer, cuida da mãe. É complicado horário, tem que ver um horário mais a noite, um horário em que os filhos estejam na escola, já são tudo adulto, um horário mais tranquilo que eu possa entrar na</p>	<p>Visitas</p> <p>Conversação</p> <p>Religiosidade</p>	Religiosidade

	<p>casa dela. Então, a gente vai combinar com a pessoa o que eu posso e o que ela também pode. Para que aconteça essa celebração, quando a gente vai levar a Eucaristia, a gente faz uma pequena celebração, um rito. É o corpo divino, não é assim. Nós vamos preparando a pessoa para receber a Eucaristia. E vendo a necessidade, a gente dá um jeitinho de providenciar, de ver quem pode ajudar. Então, é mais ou menos isso.</p>		
<p>Como é o treinamento para ser voluntário na PS</p>	<p>A Pastoral da Saúde, ela tem três dimensões: a solidária, a comunitária e a político-institucional. Essa solidária é levar a presença do próprio Jesus, o bom-pastor para com as pessoas que sofrem. Vê a situação física, psíquica e social delas. Na dimensão comunitária é a prevenção. Nós da pastoral temos o dever de dar a parte espiritual e a parte prática, de orientação. Buscando sempre orientações como hoje de manhã nós tivemos a palestra do Dr. Diacov, de orientar, já que essa pessoa vai na casa de muitas pessoas de estar em contato com o dia a dia das pessoas. Tem situações que ela vai ver e ela pode ir orientando, já que ela vai levar a Eucaristia. Dependendo da situação que ela vê, ela tem como orientar. Ela precisa ser orientada. Nós temos isso, sempre tendo palestras, tendo algum profissional que pode orientar nossas agentes, que são pessoas comuns tiradas... muitas vezes donas de casa, que precisam ser orientadas. É na dimensão político-institucional, no caso, nós temos a Silvana, que é do Conselho Municipal de Saúde. Ela está ali fiscalizando as leis, ajudando, cobrando das autoridades e é um trabalho muito complicado, árduo, que são todos voluntários, mas aos poucos vai caminhando.</p>	<p>Religiosidade Orientações</p>	<p>Religiosidade Conselho Municipal de Saúde</p>
<p>Relacionamento da PS com órgãos governamentais</p>	<p>Só está acontecendo esse evento porque nós tivemos o apoio do COMSAÚDE - o Conselho Municipal de Saúde. Como a Silvana é do Conselho, foi solicitado a nós da</p>	<p>Possibilita ações de maior alcance</p>	<p>Conselho Municipal de Saúde</p>

	<p>diocese uma ação comunitária. Nós pensamos a princípio apenas na doação de sangue, mas como ela é do Conselho Municipal de Saúde. Ela trocando ideais com eles. Ela nos falou que precisávamos fazer essa ação. Aí o presidente do Conselho falou "que tal a gente fazer um evento 'Como está a sua saúde?'. Nós nos reunimos e começamos a pôr no papel o que estávamos pensando, um dia de ação comunitária para que todos pudessem de ter um momento de confraternização e poder usufruir dos benefícios da doação de outros.</p>		
Quais os benefícios pessoais obtidos pela participação voluntária na PS	<p>Sou uma voluntária que trabalha muito pela Igreja. Gosto muito do trabalho voluntário, minha mãe é voluntária e eu acho que vale a pena. A gente não só ajuda os outros, a gente se ajuda.</p> <p>A minha mãe tem um trabalho de 40 anos na Pastoral da Saúde. Então, o padre Pedro Maia, que foi o fundador da pastoral, eu lembro que eu era mocinha e ia nas reuniões com a minha mãe. Até então eu acompanhava minha mãe apenas. Eu trabalhei muito com os coroinhas, com os acólitos da basílica, 8 anos e me indicaram para estar à frente da pastoral. Eu acabei aceitando, sem saber direito como funcionava. Eu me encantei com a Pastoral, já tinha a experiência da minha mãe, mas é maravilhoso. É um trabalho que só quem está dentro, que busca, que se encanta mesmo. É muito bom! Muito gratificante.</p> <p>Eu sou mais beneficiada do que beneficio as pessoas. Eu sinto que... eu vejo na minha mãe, ela tem 74 anos, a pessoa dela é uma pessoa muito linda. O desenvolvimento que ela teve, que ela tem nos seus 75 anos ainda é de aprender, de ver que existe vida nela. A minha mãe é um espelho para mim. Ela sempre buscou fazer o bem e eu sinto que o bem vem sobre ela. Eu acho que é um pelo</p>	Gratificação	Reconhecimento

	outro.		
Percepção das agentes dos resultados para o enfermo	A gente vê o sorriso. Tem muitas pessoas que gostam da Igreja, que querem receber a Eucaristia e não podem. Elas se sentem muito contentes, muito felizes em saber que o Cristo veio até elas. Da mesma forma que ela vai até a Igreja, agora a Igreja vai até ela. Eu vou em nome da Igreja. Eu acho que é tudo de bom, é muito bom. É muito bom para o enfermo e muito bom para nós.	Levar alegria ao enfermo	Reconhecimento Felicidade
Descrição de algum caso marcante	Eu estou na Pastoral da Saúde há muito pouco tempo, mas a primeira pessoa que me pediram para levar a Eucaristia me chamou muito a atenção. Uma mulher de 40 anos, o marido tinha ido embora de casa, deixando ela com três crianças pequenas de 10, 11 e 14 anos, pequenos ainda, não estavam na fase da adolescência. Ela naquele desespero todo teve um AVC e ficou paralisado um lado, um lado mexe e o outro não. Uma mulher nova aos 40 anos, travada na cama, sem ninguém. Ela é quem cuidava da mãe enferma, velhinha. A mãe e o pai velhinhos, ela é quem cuidava. Trabalhava, cuidava da casa, dos filhos. E aí? As irmãs ajudaram ela, mas ela na cama, acabou a vida. Ela era telefonista da prefeitura, a língua enrolou tudo e ela não consegue falar. "Ahn...". Só. Não fala. Não pronuncia como nós. Então, a vida acabou aos 40 anos e nós quando íamos visitá-la, ela chorava. Por que eu? Eu sempre fui uma pessoa boa, por que eu estou assim? Chorava, chorava, o que falar para essa pessoa? Tem coisas assim que a gente não sabe o que falar, o que fazer. Então, é muito complicado. A gente nem sempre consegue. Eu sempre peço a Jesus que o Senhor venha até mim e que o Senhor visite junto porque eu mesmo, o que eu posso falar para essa pessoa? A gente acredita na luz do Espírito-Santo. Como eu falava para essa senhora: eu não sei o porquê,	Abandono Política pública ineficiente	Solidão

	<p>mas Deus sabe. Eu não sei o porquê e imagino o quanto você está sofrendo com isso, mas não tem outro jeito a não ser tentar olhar com outros olhos. O porquê disso tudo eu não sei, mas Deus sabe. Tem muita coisa na vida da gente que a gente não sabe.</p> <p>Ela continua, não tem o que fazer. Faz fisioterapia, melhorou um pouquinho, mas não sai desse quadro. Pobre. Não tem condição de nada. Não tem muita evolução. Precisaria de mais fisioterapia, mas a prefeitura que banca tudo e não tem nada. Quando eu visitava ela, eu não estou mais visitando ela, foi o tempo do dinheiro cassado. A prefeitura ficou um caos, ficou muito tempo sem dar assistência de nada.</p>		
A propósito de visitar enfermos que não são católicos	É lógico que a Eucaristia nós providenciamos para quem é católico. Não tem sentido. Tem que querer a Eucaristia. Pra quem é evangélico e está passando uma situação difícil, que precisa de uma fralda geriátrica ou de uma muleta, um andador, não tem problema. As nossas agentes são orientadas também a ajudar quem quer que seja.	Ajudar quem precisa, independente da religião	Ecumenismo
Outras informações relevantes	(Sobre toque físico) Tudo é questão da pessoa, do momento, da pessoa aceitar e de como a pessoa está. Cada caso é um caso. O calor humano, estar junto, o pegar na mão, um abraço, eu acho que isso ajuda muito a pessoa.		

L.C., 71 anos, mulher, fonoaudióloga (ES), viúva, aposentada, 1 filho	Expressões-chave (excertos das entrevistadas)	Ideias centrais (percepções da pesquisadora)	Ancoragem (ideologias)
Como iniciou o	Na época que eu entrei, eu trabalhava. Eu ia nos cursos,	Tempo disponível	Envolvimento

trabalho na PS	nas palestras, mas eu sempre gostei de fazer esse trabalho de ajudar as pessoas. Depois que eu aposentei que eu comecei a fazer visita.		peço Identificação com a causa
Qual a população atendida pela PS e como sabe da existência da PS	Aqui a gente fica sabendo que tem um doente. Eles procuram e a gente vai na casa fazer uma avaliação. Daí que eu e a Célia, a gente direciona para quem mora naquele bairro. Aqui é uma equipe, a gente trabalha sempre de duas em duas. Então, se não é do nosso setor, que eu e a Célia é uma equipe, tem a Maíra, a Claudia e Alayde. Dona Ilde, a Fátima e a Zaíra. Então, tem doente que precisa de material. Eles entram em contato. Por exemplo, agora eu acabei de entregar uma cadeira, que a pessoa está necessitando da cadeira. A gente tem uma ficha, a pessoa traz comprovante de residência, porque a gente faz esse trabalho do material, porque a gente passa um carnêzinho aqui no bairro. Com esse carnêzinho a pessoa dá o quanto ela quer a partir de três, quatro, cinco, dez... o quanto quiser dar, todo mês a gente passa o carnêzinho. É com esse dinheiro que a gente compra os materiais.	Trabalho em duplas	Recursos financeiros Recursos materiais
O que é feito pela voluntária da PS durante o atendimento	É o cuidador (que recebe as agentes), que é uma pessoa da família ou uma pessoa contratada. Então, é ecumênico. A gente atende tanto católico quanto outras religiões, né? Empresta material, tudo. O católico... por isso, que na ficha já tem qual religião. Se é outro a gente já põe evangélico. O católico a gente leva a comunhão. Tem todo um ritual que a gente faz. Um material que a gente leva para fazer essa visita. Às vezes a gente vai fazer quatro ou cinco visitas. Faz uma ou duas. Às vezes, o cuidador está necessitando conversar, falar. Às vezes, enquanto um fica com o doente, o outro está conversando com o cuidador. Ele precisa desabafar, por fora.	Recebido pelo cuidador ou família Conversação	Conversação Religiosidade
Como é o	Assim, foi fundada a pastoral aqui e nós tivemos uma	Livros	Orientação da

treinamento para ser voluntário na PS	formação. É tudo através de livros. Eu costumo comprar todos. A gente segue uma orientação da diocese. Inclusive, a gente faz parte de uma comissão que vai para Araras, lá é a diocese de Limeira. O ponto central é em Araras. As reuniões são lá para que todo mundo facilite o encontro. A cada dois meses. Troca-se experiência. Aqui na cidade é paroquial, aí tem o regional que engloba todas as paróquias de Americana. Tem 22, mas que tem pastoral, 14.		diocese
Relacionamento da PS com órgãos governamentais	Aqui do bairro a gente trabalha aqui só, mas agora com o evento, tendo uma pessoa da Pastoral da Saúde que é conselheira. Então, a gente teria que fazer esse trabalho. Uma ação... que agora eu esqueci o nome. Pra comemorar os 31 anos, a gente teria que fazer alguma coisa e a gente resolveu fazer esse evento. O COMSAÚDE, não seria a Secretaria de Saúde, abraçou junto com a gente. A pessoa lançou lá e daí a Secretaria entrou junto. Antes já teve que a gente ia até aqui no posto de saúde construir uma sala aí. A partir de uma conversa com o secretário a gente conseguiu construir uma sala aí.	Existe	Relacionamento com órgãos governamentais
Quais os benefícios pessoais obtidos pela participação voluntária na PS	Ah, melhora. Por exemplo, quando eu trabalhava, era profissional. Você tinha um paciente ali na sua frente. Agora, o doente é diferente. Tem toda a situação da casa. Às vezes, você chega lá e o doente está sujo. Só que a gente vai embora. Passa, conversa, independente do estado que ele está. Aí para a família a gente eventualmente fala, mas às vezes você chega lá e ele não tomou banho ainda. Então, para a gente não voltar mais tarde, é uma questão de 20 minutos, vamos dizer a cerimônia, para dar a comunhão é rapidinho.	Melhoria	Relacionamentos
Percepção dos agentes dos resultados para o	Melhora, eles esperam a gente. Se chegou lá na casa, eles falam "estava pensando em você" ou "faz tempo que você não vem aqui". Eles cobram. Você falou o tempo, né? Às	Conversação Idoneidade Sigilio	Reconhecimento Idoneidade

enfermo	vezes vai rapidinho. Às vezes o cuidador ou o próprio doente tem essa necessidade de trocar, porque ele não vai reclamar para o parente. A gente é uma pessoa idônea. Temos um sigilo. Eles têm liberdade para falar, contar.		
Descrição de algum caso marcante	O que marcou foi um deficiente que a criança tinha dois anos e apresentou o problema. A mãe até hoje coloca no "Face" a foto dele. Ele morreu com 28 anos. Ele estava assim, ruim mesmo. E ela põe essas fotos, então marca muito.	Morte	Morte
A propósito de visitar enfermos que não são católicos	Se é evangélico a gente lê a Bíblia porque eles... a gente fala: vamos rezar o pai-nosso ecumênico? Eles, geralmente, os idosos, preferem ler a Bíblia um trequinho e discutir, tanto o católico quanto (os outros)	Respeito	Ecumenismo Respeito
Outras informações relevantes	Nem receitar, toma esse cházinho. Normalmente, eles têm um médico ou o postinho. Aqui o PSF faz visitas nas casas. Então, quando a agente vier pede pra ela ver como é que está porque aí ela traz a enfermeira para orientar a família.		PSF Relacionamento com órgãos governamentais

C.F., 61 anos, mulher, do lar (EM), aposentada, viúva, 2 filhos	Expressões-chave (excertos das entrevistadas)	Ideias centrais (percepções da pesquisadora)	Ancoragem (ideologias)
Como iniciou o trabalho na PS	O meu trabalho na pastoral começou com um convite na Igreja, onde uma pessoa ia colocar. Nós não tínhamos Pastoral da Saúde há 23 anos atrás. Porque a Igreja Católica tem a Pastoral da Criança, Pastoral da Saúde, hoje tem a Pastoral da Pessoa Idosa. Naquele tempo nós não tínhamos ainda. Então, eu fui convidada para participar. Nós fomos fazer uma formação e eu me identifiquei muito. Aí começou a nossa pastoral. Começou com poucas pessoas e hoje já estamos em um grupo bem maior. Eu me	Longo tempo de atuação	Envolvimento pessoal Identificação com a causa

	identifiquei com ela.		
O que é feito pela voluntária da PS durante o atendimento	É sempre o cuidador (que recebe o agente). Um membro da família. De como fazer, não, mas de buscar um médico. Nós somos fiscalizadores, mas assim nós não podemos passar medicamentos, não podemos orientar você deve passar essa pomada, passar isso. O que a gente pode fazer é questionar com muita delicadeza. Por exemplo, como você falou um curativo malfeito. Quem fez? Foi você? Vocês que estão fazendo o curativo? A enfermeira já orientou? Ela está passando na casa? Nesses termos, nunca acusando, nem cobrando. Tentando resolver a situação com jogo de cintura muito grande.	Família ou cuidador recebe Polidez no trato	Fiscalização Orientação
Quais as atividades rotineiras na PS	A gente faz as visitas. Uma vez por mês é a nossa regra, mas você independente disso, da sua disponibilidade, se o agente quiser ir toda semana, quiser ir duas vezes por semana e levar a Eucaristia para quem é católico. A Pastoral da Saúde é ecumênica, independente de religião, de credos e de pessoas. Então, nossa visita não é só a Eucaristia. É o ouvir, dar um pouco de dignidade, que a gente tem todo o material hospitalar, a gente oferece. Para a gente conseguir esse material hospitalar é através da própria comunidade. Aqui nós trabalhamos com carnêzinho. Eu falo aqui porque cada lugar, cada paróquia, cada bairro é uma realidade e cada padre. Aqui há muitos anos nós trabalhamos com esse carnêzinho, com uma contribuição espontânea. De dois, três, cinco, 15, 20 reais. A pessoa dá quanto quer. Eles podem pagar na secretaria da Igreja ou no dízimo. Nós, os agentes, vamos nas casas. De casa em casa. Todo mês receber esse carnêzinho. A gente junta todo esse dinheiro para comprar material hospitalar para dar um pouco de dignidade para os nossos enfermos porque a prefeitura não faz esse tipo de trabalho. O doente não tem	Visitas Conversação	Recursos financeiros Recursos materiais Retorno para a comunidade

	nem o dinheiro para comprar remédio, imagina para "emprestar" uma cama, um colchão hospitalar, uma cadeira de rodas. Veja bem, tem um doente nosso com AVC que está há 20 anos com o nosso material. Como é que a pessoa vai pagar isso todo mês? E quando tem para alugar. Existem alguns lugares que alugam, mas é muito caro. Então, esse é o nosso trabalho. Dinheiro entra da comunidade e volta para a comunidade.		
Como é o treinamento para ser voluntário na PS	Existe. Hoje muito mais. Muito mais eficiente, com muito mais experiência. Há 20 anos atrás, a gente tinha que seguir esse manual do agente. Nós fizemos em três meses por aula. Hoje já evoluiu muito do que naquela época, mas existe sim. A pessoa precisa ter aquela formação porque tudo, nós temos que ter para fazer as visitas, para adentrar o lar de uma pessoa, a privacidade. Você tem que ter uma formação para isso.	Treinamentos hoje são melhores	Formação
Relacionamento da PS com órgãos governamentais	Já usamos e nos beneficiamos muito disso. Principalmente, nós aqui. Porque aí depende muito dos coordenadores de região que fazem esse trabalho e que atuam se precisar junto com a Secretaria Municipal. A porta sempre vai estar aberta para a gente se a gente se identificar. Nós tivemos um trabalho intenso há uns sete anos atrás para junto com o PSF aqui e com uma médica que a gente tinha no nosso postinho, na UBS. Então, nós fizemos um trabalho muito grande, que a gente fazia sempre as reuniões. Fazia as coisas para as pessoas que eram diabéticas, hipertensas e até conseguimos juntos com o nosso secretário naquela época, naquele tempo era o doutor Emerson, que muda a cada quatro anos, né? Nós conseguimos até uma sala, com muito custo. Nós conseguimos uma sala porque se fosse pelo município não conseguiria nunca. Porque a gente tinha o quê, a gente tinha naquela época um puxadinho. Tinha	Beneficia a PS Portas abertas Poucas pessoas envolvidas realmente	Relacionamento com órgãos governamentais

	<p>essas reuniões com essas pessoas e com essa médica para instruir e nós achamos que aquilo era desumano. Era sol, era chuva. Nós não tínhamos, assim, nenhum conforto para oferecer. Aí, a gente conseguiu no prazo de um ano, um ano e meio. Conseguimos uma sala que tem até hoje. Tem lá a nossa placa de que foi a Pastoral da Saúde junto com toda a comunidade que conseguiu. Hoje já não. Assim, não por quê? Porque mudou tudo, mudou tudo. O prefeito mudou, o pessoal da UBS. Teve muitas mudanças. Eu parei por quase cinco anos. A gente estava acelerado por causa de um problema com o meu marido. Eu tive que me afastar, quando eu voltei já estavam outras pessoas, mudou tudo. E assim, se você não tomar iniciativa, não vai ter outras pessoas para ir lá procurar. Agora nós estamos em um ponto que não tem como abraçar muita coisa. Na verdade, você abraça e tem que correr praticamente sozinha. Vai contar com duas ou três pessoas. Todo mundo é "eu sou da Pastoral", mas quando tem um trabalho mais intenso assim, você não acha muita gente.</p>		
Quais os benefícios pessoais obtidos pela participação voluntária na PS	<p>Muito! Você acha que vai ajudar o enfermo, que você vai levar alguma coisa e você traz para você o aprendizado. Às vezes você fala nossa eu estou me queixando do quê? Você chega achando que está com um problema tão grande, a gente sempre é egoísta, o nosso problema é o maior de todos. Você chega na casa de um enfermo e vê tanta coisa, tanta coisa, tanto sofrimento ou tanto problema assim, que o da gente se torna tão pequenininho. Você sai se questionando: como eu sou egoísta, estou reclamando do quê? Olha esse enfermo, olha essa família, olha esse problema e eu achando que o meu problema era o maior do mundo.</p>	Aprendizado pessoal	Egoísmo
Percepção das	Principalmente, nessa parte nossa do ombro amigo, do	Conversação	Conversação

agentes dos resultados para o enfermo	<p>ouvir e desses que precisam dos materiais. A gente forma um elo muito grande com esse paciente, com esse enfermo e com a família. Às vezes você vai visitar o enfermo e o cuidador, você precisa ter ouvido para o cuidador, ele está em crise porque você sabe que o enfermo dentro da família no começo todo mundo ajuda, com o passar do tempo, todo mundo tem a sua vida, os seus problemas e os seus trabalhos. Aí começa aquela briga entre família porque a pessoa não ajuda. Então, você ouve muita história, muita coisa. A pessoa desabafa. Por isso que eu falo que você vai visitar o doente e o cuidador está pior que o doente com o passar do tempo. Fica contando toda a história, desabafando. Então, só o ouvir, dele desabafar aquilo. Às vezes você entra e ele está chorando, está bravo. Você sai e está sorrindo, está te dando um abraço. E a acolhida quando a gente chega, você vai as primeiras vezes, como vai todo mês, eles ficam muito na expectativa. É muito gratificante o enfermo porque a gente normalmente vai naqueles que não condições de ir para a Igreja, de fazer um passeio. Essas pessoas que estão assim, ninguém tem tempo para eles. A família, o cuidador faz tudo o que tem que fazer. O banho, o remédio e tem que cuidar da vida. Com o tempo, ele vai ficando abandonado. Abandonado é assim que eu digo: ninguém se disponibiliza esse tempo para chegar lá e "vamos conversar?". Então, eles esperam muito a visita da gente. Ali tem mês que ele está muito contente, contando muita coisa. Tem mês que você chega e ele está triste, calado. A gente também fica calada. Só o fato da presença da gente já é um conforto, às vezes ele fala com os olhos. Tem vez que você chega e o enfermo conta e chora muita coisa que está acontecendo. Eu falo que isso é uma dignidade. Quando a gente fala dos</p>	<p>Ombro amigo Elo Preocupação com o cuidador e com o enfermo</p>	<p>Desabafo Abandono</p>
---------------------------------------	--	---	------------------------------

	<p>materiais, é muito triste quando você chega e a pessoa não tem uma cama hospitalar e ela está naquele colchão todo cheirando a xixi, porque um colchão normal, igual ao nosso, a primeira fralda que vaza, não tem como você limpar. Você põe no sol, aquilo é pior ainda. Ou então a pessoa não se movimenta, como é que vai levantar para poder se alimentar? Entendeu? As pessoas não têm condição, muitas não têm condição. A maioria hoje em dia. Que nem eu falo, é muito difícil. Pela pessoa cuidar, a comodidade da pessoa cuidar, de poder tomar um sol, poder pôr em uma cadeira de rodas, de poder sair para fora, um banho, que põe uma cadeira de banho e pode ir até o banheiro, que é própria e pode dar um banho digno nela. A gente vê pessoas que pegam essas cadeiras de plástico, antigamente. Hoje a gente já orienta muito. Às vezes o doente está com uma doença menor e acontece um acidente ali. Como é que você vai arrastar uma cadeira de plástico para levar até o quarto? Então, é tudo nessa parte que a gente fala.</p>		
Descrição de algum caso marcante	<p>Teve vários, mas teve um que tinha um câncer de boca, faz muito tempo, mas isso ficou assim. Ainda bem que era aquele tempo, se fosse hoje seria muito difícil. O câncer de boca é terrível, comeu toda a face, acho que pegou mais o lado direito. A gente conseguiu leite, que não é o nosso feitiço, mas a gente foi com os vicentinos para arrumar tudo. A família era muito carente. O queixo, o pouquinho que restou, era amarrado com lenço na cabeça para não cair e aquele buraco muito grande. Eles jogavam o leite. Eu não gosto nem de lembrar. Aquilo marcou muito. Eu tinha assim... por isso que eu falo, se fosse hoje, hoje eu já não teria mais... naquela época eu era mais assim com doenças. Essa assim. Hoje, eu acho que uma pessoa</p>	Condições físicas do enfermo	Tristeza

	dessas acaba ficando internada porque é muito difícil, o cheiro, a família e as condições. Aquilo marcou muito para mim. Ficar jogando leite naquele buraco porque não tinha mais boca, sem poder engolir. É muito triste, marca mesmo.		
A propósito de visitar enfermos que não são católicos	A Pastoral da Saúde é ecumênica, independente de religião, de credos e de pessoas. Então, nossa visita não é só a Eucaristia. É o ouvir, dar um pouco de dignidade, que a gente tem todo o material hospitalar, a gente oferece.	Dignidade Recursos materiais	Ecumenismo Respeito