

5.5. Limites e possibilidades de fortalecimento da participação social na saúde pela radiocomunicação comunitária.¹⁰³

Hugo Fanton Ribeiro da Silva

Pós-doutorando em Ciência Política na Universidade de São Paulo
hfanton@gmail.com

Ivan França Junior

Professor titular do Departamento de Saúde Materno-Infantil (2010)
da Faculdade de Saúde Pública da USP. Brasil.
ifjunior@usp.br

Resumo. Este trabalho se propõe a analisar limites e possibilidades da participação social na saúde pela radiocomunicação comunitária, por um estudo de caso realizado em Heliópolis, São Paulo, SP. A partir das “práticas significantes” relacionadas à produção simbólica e material daquele território, do “entre jogo” entre práticas sociais e trajetórias individuais, e entre aquelas e contexto global, foi possível uma formulação teórica acerca do tema.

Na relação estabelecida entre rádio comunitária e campo da saúde em Heliópolis prevalece a lógica de propagação de valores e normas pelo sistema. A importância das ações proporcionadas pela interação entre órgãos administrativos do Estado com as rádios reside fundamentalmente na disponibilização de informações que tornam possível uma melhor fundamentação das escolhas racionalmente motivadas, e isso é reafirmado por locutores e ouvintes.

Há na comunicação em saúde, e isso se reproduz em alguma medida na radiocomunicação comunitária, a forte influência do campo da promoção da saúde que, como parte do discurso científico contemporâneo, toma o indivíduo como livre das determinações econômicas e sociais e coloca em suas mãos a possibilidade e a responsabilidade de, a partir de atitudes educacionalmente formadas, engendram novas relações sociais. Estas acabam por ser, no apelo feito a mudanças de comportamento, desprovidas de historicidade. Pela prescrição

¹⁰³ Este artigo foi apresentado e publicado nos Anais do Grupo Temático 5 Comunicação e Saúde do XI Congresso da Associação LatinoAmericana de Pesquisadores em Comunicação (ALAIC), Montevideo-Uruguay, 2012.

normativa do bom viver, a medicina se estabelece como autoridade na determinação das boas e más condutas, as ditas saudáveis, e induz a processos de interiorização da coerção no indivíduo. Para tanto se vale dos meios de comunicação, passando a influenciar no que devem ou não fazer as pessoas, independente do contexto histórico em que estão inseridas.

Desse modo, a saúde se torna bens que se compram e vendem com base em opções individuais e sua promoção significa ajudar os indivíduos a mudar o próprio estilo de vida. Ainda que haja a busca por legitimar tais ações por discursos que remontem a fatores sociais envolvidos, estes são apenas referência, mero envoltório de uma operacionalização que tem centralidade nos comportamentos individuais. Além disso, o sistema gera demandas a que existem respostas sistêmicas previamente definidas. As deficiências que não têm possibilidade de satisfação na institucionalidade posta acabam por ser ignoradas e tornadas invisíveis na relação entre os distintos grupos sociais e o sistema.

A rádio comunitária, no entanto, é um espaço de produção e divulgação culturais, também de lazer e trabalho, constituído por relações sociais de troca e produção material e simbólica que se expressa enquanto forma e conteúdo, fundamentalmente, na programação musical. Da especificidade da relação entre forma e conteúdo na produção e expressão culturais decorre a possibilidade de emergência diferenciada de necessidades políticas, econômicas e sociais de dado território, de modo que a rádio possibilita a expressão, articulação e mobilização de indivíduos e grupos em busca de anseios ou pela superação de carências em ação política diferenciada daquela que ocorre em espaços institucionalizados. É a partir de tais características que atuação pela rádio comunitária também possibilita a construção histórica de necessidades sociais em sua relação com a saúde, e tem função organizativa de demandas que permitem guiar a satisfação dessas necessidades pela reivindicação frente ao poder público e ao sistema de saúde.

Palavras-chave: democracia; participação; comunicação; rádio comunitária; saúde coletiva.

Introdução

Na segunda metade do século XX, a organização dos serviços de saúde no Brasil passou por profundas mudanças políticas, ideológicas e sociais, decorrentes da crise do Estado brasileiro ao final dos anos 1970, que culminou na transição democrática e na elaboração de uma nova Constituição, superando-se o modelo médico assistencial privatista de atenção à saúde em

direção à sua concepção enquanto direito de todas e todos e dever do Estado. Resulta deste processo de Reforma Sanitária Brasileira (RSB) o Sistema Único de Saúde (SUS).

O SUS é a expressão sistêmica de um projeto amplo de reforma social, em que a participação social consolida-se como princípio, na medida em que é proposta como “conjunto de intervenções que as diferentes forças sociais realizam para influenciar a formulação, a execução e a avaliação das políticas públicas para o setor saúde” (Machado, 1987, p. 299). Trata-se de um projeto reformista que pressupõe como processos constitutivos a democratização da saúde, do Estado e da sociedade, pela relação estabelecida entre saúde, seus determinantes sociais e a justa distribuição de bens e conhecimento, bem como pela necessidade de “garantia de participação social no estabelecimento de políticas e de gestão” e de “descentralização do processo decisório e controle social”, que remetem à transparência das ações e projetos de Estado e governo (Paim, 2008, p. 173).

Assim, o direito à saúde ganha expressão constitucional no Capítulo da Ordem Social, e no decorrer dos anos 1990 se dá a consolidação normativa do SUS, com o objetivo de tornar a formulação e gestão de políticas públicas mais permeáveis às demandas da população. A resposta sistêmica ao princípio da participação social é a consolidação institucional de processos e espaços como as conferências e conselhos de Saúde.

Tal configuração proporciona a incorporação de grupos sociais antes alijados dos processos decisórios na gestão do sistema de saúde (Carvalho, 1997). No entanto, mantém-se a centralidade das decisões e ações na esfera técnico-administrativa, permanecendo limitada a incorporação das demandas de grupos sociais submetidos a situações de exclusão econômica, social e política, e também ao exercício do controle social (Coelho, 2004; Oliveira, 2004; Morita, Guimarães, & Muzio, 2006; Pestana, Vargas, & Cunha, 2007; Wendhausen & Cardoso, 2007; Paim, 2008; Teixeira *et al*, 2009; Côrtes, 2009a; Côrtes, 2009b).

Apesar da institucionalização de processos e espaços participativos, assegurou-se “à burocracia central a preservação de poder”, ainda que com tensões decorrentes do exercício do poder compartilhado entre entes federados e esferas administrativas. Mantém-se a desigual distribuição financeira em favorecimento de “grupos corporativos, impedindo que os ideais da reforma se concretizem e garantam a centralidade do usuário cidadão” (Fleury, 2009b, p. 749). O “êxito da reforma” resultante da luta do movimento sanitário gera, “contraditoriamente, a superação deste caráter de movimento vindo da sociedade civil como crítica ao Estado”, em direção à sua concretização pela institucionalidade estatal, especificamente secretarias municipais e estaduais de saúde, promotores públicos e a burocracia reformadora (Fleury, 2009b, p. 749).

Os limites postos à garantia efetiva de participação social na saúde pela via institucionalizada remetem ao *dilema preventista* (Arouca, 2003), por haver uma tematização de reforma social geral no projeto da RSB, porém num contexto de sociedade capitalista, desigual e de relações autoritárias no Estado, na sociedade e entre Estado e sociedade. “A dura verdade se revela como aprendizagem a partir das dificuldades na implantação do projeto da Reforma Sanitária: NÃO SE CRIA IGUALDADE POR LEI, ainda que não se consolide a igualdade sem a lei” (Fleury, 1997, p. 34 – grifo no original).

As dificuldades encontradas para enfrentar tal conjuntura adversa resultam, em grande medida, da não ampliação das bases políticas e sociais do movimento da Reforma Sanitária, que permaneceram estreitas para além do movimento que consolidou seu projeto. “Fincar o projeto da RSB nas instâncias sócio comunitárias, ampliando sua base de sustentação política, continua como desafio central” (Paim, 2008, p. 310). E isso se faz pela transformação do movimento na recuperação de sua dimensão instituinte, “transcendendo, portanto, o sistema” (Paim, 2008, p. 256).

Ainda que exista hoje um corpo técnico “com grande habilidade no manejo do jogo de poder institucional”, há intolerância aos “processos participativos nos quais a população e os profissionais de nível local se manifestem de modo efetivo e autônomo”, pois a lógica dos “movimentos sociais e das pequenas práticas locais de enfrentamento dos problemas de saúde”, que se manifestam por “fora dos espaços institucionais formais” no embate político, choca-se a lógica sistêmica (Vasconcelos, 2004, p. 76).

Nesse sentido, a gestão democrática se faz pelo desencadeamento de um processo participativo em movimento instituinte, na organização social em torno de questões comuns. Isto ocorre por espaços e práticas sociais que possibilitam “organizar uma demanda popular em políticas de saúde” (Tobar, 1995, p. 105) e alterar relações de poder político e econômico, tais como os meios de comunicação controlados pela “classe ausente”.

Por sua historicidade relacionada à luta social do território onde estão inseridas, à margem do clientelismo político entre grupos dominantes e poder público, espaços como as rádios comunitárias surgem da atuação política de grupos sociais aliçados da institucionalidade posta (Machado *et al*, 1986). É confirmativa e constitutiva da organização social, e espaço de resistência às práticas dos meios de comunicação controlados por poucos grupos que defendem interesses político-econômicos de classes dominantes.

Buscar a ampliação da base social da RSB pela atuação na via sócio comunitária significa atuar pela transformação de relações e valores. A dinâmica social local pode explicitar práticas, saberes, relações e processos próprios do grupo dela constitutivo, engendrando um processo instituinte pela subjetivação de indivíduos integrados socialmente a partir da resistência a determinações de classe, gênero, raça e origem. Neste sentido, busca-se aqui refletir sobre os limites e possibilidades da participação social na saúde pela rádio comunitária, em sua relação com as práticas de integração social, determinações políticas e econômicas, e afirmação da liberdade.

5.5.1 Metodologia

Para a realização desta pesquisa, optou-se por um estudo de caso em Heliópolis, em olhar para o território na sua diversidade de espaços e vivências, e também para os conflitos que lhe são próprios e relacionados às relações sociais daquele espaço constitutivas. Heliópolis é uma favela de São Paulo que possui, de acordo com o censo demográfico de 2000, cerca de 125 mil habitantes, concentrados em uma área de 1,2 milhão de metros quadrados. A ausência de espaços livres leva ao atual processo de verticalização das moradias e concentração populacional (Sampaio & Pereira, 2003, p. 174). Também compõem a paisagem de Heliópolis pequenos estabelecimentos comerciais, tais como bares, padarias, oficinas de automóveis e mercados.

De acordo com a Secretaria de Habitação do Município de São Paulo, em 2009, 83% dos domicílios possuíam abastecimento de água e 62% tinham rede de esgoto. A rede elétrica abrangia 94% das casas e 57% do espaço público. Em 2009 existiam 18.080 imóveis e a renda média familiar era de R\$ 479,48¹⁰⁴.

A principal associação de moradores é a União de Núcleos, Associações e Sociedades dos Moradores de Heliópolis e São João Climaco (UNAS). Sua atuação se dá principalmente por projetos financiados pelo poder público ou empresas. Os principais são: Centro de Educação Infantil (CEI); Centro da Criança e Centro do Adolescente; Centro de Referência da Criança e Adolescente (CRECA); Biblioteca Comunitária; e Prevenção DSTS/AIDS (em parceria com a Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo). Há também atividades do Movimento Sem Teto e a Rádio Comunitária Heliópolis FM.

¹⁰⁴ Informação atribuída à Prefeitura de São Paulo, mas cedida por associação de moradores e diretoria da Escola Municipal de Ensino Fundamental Campos Salles, localizada na região.

A emissora foi criada pela UNAS em 1992 e funcionava por meio de autofalantes ligados a uma central de emissão sonora. Em 1997, torna-se emissora FM, mas é fechada em 2006 pela Polícia Federal. Em março de 2008 recebe autorização para funcionar. O trabalho nela desenvolvido é voluntário, por equipe composta por 36 locutores e locutoras. Cinco deles compõem as coordenações técnica e de programação da rádio. Há também um coordenador geral, ex locutor que faz parte da direção da UNAS. Os serviços de manutenção, limpeza e atendimento ao público são feitos pelos próprios locutores.

A rádio é um Ponto de Cultura (programa do Ministério da Cultura), possui dois estúdios de produção/gravação, cinco computadores, uma impressora, microfones e amplificador, dentre outros equipamentos. A antena tem potência de 25 watts e atinge um raio de 1 km (máximo permitido por lei). A programação pode ser acompanhada pela Internet, na página www.heliopolisfm.com.br.

Foram feitas 39 visitas a Heliópolis entre junho e setembro de 2010 para a realização de observação participante, entrevistas e redação em diário de campo. O material produzido fundamentou a construção de categorias analíticas em diálogo com a formulação inicial do problema, em movimento do particular ao geral. As particularidades da região foram estudadas em sua relação com os conceitos e historicidade de saúde, comunicação e participação social, de modo que o particular possibilitou a construção de generalizações na relação entre observação e questão de pesquisa.

A abordagem inicial dos sujeitos da pesquisa teve início pela rádio comunitária, e desde o primeiro encontro houve a possibilidade de acompanhar a programação e conhecer locutores, a partir dos quais foi possível conhecer ouvintes e lideranças comunitárias, pela técnica de bola-de-neve. Nesse caminhar, foram entrevistadas 79 pessoas, dentre locutores, militantes da UNAS, ouvintes, artistas, conselheiros de saúde e professores de escola pública da região. Destas, 43 foram transcritas e tornaram-se a principal referência na construção do material empírico e na descrição daquele território. Das 19 entrevistas com locutores, optou-se por transcrever as 15 a partir das quais foi possível reconstruir trajetórias de vida. Foram também transcritas as oito entrevistas com ouvintes e as sete com militantes do movimento Hip Hop, considerados artistas locais. Em relação às lideranças – 13 transcrições – foram dois os critérios: possibilidade de reconstrução da trajetória de vida em Heliópolis e importância histórica atribuída pelos sujeitos da pesquisa ao entrevistado¹⁰⁵.

¹⁰⁵ Os nomes dos sujeitos da pesquisa estão mantidos em sigilo (atribuiu-se aleatoriamente nomes fictícios às pessoas para facilitar a leitura), em atenção ao cumprimento das exigências éticas fundamentais, conforme a resolução 196/96 de 10/10/1996 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõem das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos, disponível em http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_96.htm. A pesquisa obedecerá aos

As entrevistas foram semiestruturadas – o próprio entrevistado estrutura seu pensamento, limitado dentro do objetivo do estudo – com plano de entrevista definido a partir da observação participante, quadro teórico e informações prévias sobre o contexto histórico e social do(a) entrevistado(a) (Ruquoy, 1997). Esse material empírico fundamentou a reconstrução de trajetórias de vida dos sujeitos da pesquisa e a descrição de suas práticas e relações sociais. A utilização deste método torna possível a abordagem do coletivo a partir do individual, uma vez que na descrição de suas trajetórias os indivíduos remontam a parâmetros que balizam suas vidas em relação com as “normas sociais presentes nos contextos” em que estão inseridos (Nardi & Yates, 2005, p. 97).

Nesse sentido, optou-se por reconstruir a trajetória de locutores e das principais lideranças de Heliópolis, pelo diálogo com as historicidades de rádio e território. Trata-se da descrição do espaço social que em diferentes momentos ocupam e atribuem significados. Esta construção foi também realizada pela relação entre falas e práticas individuais, e entre estas e as práticas sociais, muitas delas próprias das institucionalidades locais. Ou seja, as práticas da UNAS enquanto associação condicionam e são condicionadas pelas práticas dos sujeitos que dela participam. O mesmo se pode dizer acerca da rádio comunitária.

Assim, o locutor que diz fazer reportagens faz reportagens, e para a construção de sua trajetória de vida as duas ações, falar e agir, foram descritas e relacionadas. Discurso e prática social. Deste “entre jogo” entre práticas significantes e discursos, pôde-se construir os significados em função das “exigências teóricas postas pela definição do objeto de pesquisa” (Magnani, 1997, p. 138-40). Em um passo seguinte, tais práticas sociais foram relacionadas ao contexto geral em que se inserem, de modo a se apreender a totalidade histórica de que conformam e são conformadas.

5.5.2 Resultados e discussão

Conforme exposto inicialmente, o contexto de desigual distribuição de recursos e poder no conjunto de práticas sociais, técnicas e sistêmicas do campo da saúde traz limites à efetivação do direito, o que remonta ao “paradoxo da reforma sanitária brasileira” que em sua expressão institucional a restringe a política pública e, assim, reduz sua “capacidade de ruptura, inovação e construção de uma nova correlação de forças desde a sociedade”. É a

quatro referenciais básicos da bioética: a autonomia; a não maleficência; a beneficência e a justiça. Foram utilizados Termos de Consentimento Livre e Esclarecido da participação dos sujeitos envolvidos.

institucionalidade que se impõe ao instituinte “reduzindo o caráter libertário e transformador da reforma” (Fleury, 2009b, p. 751). O movimento que se organizou inicialmente a partir de experiências não institucionalizadas de resistência a determinações sociais, pela atuação de grupos populares por espaços de que o Estado se fazia ausente, passa a dar centralidade à conformação de uma institucionalidade que satisfizesse as necessidades em saúde (Fleury, 2009a; 2009b).

Estes elementos também são historicamente constitutivos da formação e organização social em Heliópolis. O processo de democratização do Estado brasileiro transformou progressivamente sua relação com aquele território. Anteriormente reconhecido como antagonista do movimento social, passa a ser concebido como espaço de exercício do poder de que diferentes grupos sociais podem fazer parte.

No entanto, esta centralidade do Estado como campo de intervenção e desenvolvimento das lutas políticas é resultante de um amplo processo de organização política e social engendrado pelos moradores daquele território e sua associação. É parte deste processo a criação, pela UNAS, em 8 de maio de 1992, da “Rádio Popular de Heliópolis”. Um dos fundadores, Brandão, descreve a rádio daquele tempo como “popular”, “um serviço de alto-falantes”, que depois foi chamado de rádio corneta. O objetivo era “conversar” com os moradores, numa “área adensada, com povo aglomerado e desinformado”. Criou-se então um “serviço de informação” para que as pessoas “participassem das reuniões” do movimento de moradia, que aconteciam três vezes por semana.

O estúdio foi instalado na Rua da Mina, localizada no centro de Heliópolis, em uma casa com dois andares. “tinha um quatinho bem em cima, e a rádio começou ali”. Era em frente a um poste de madeira, em que foram instaladas “quatro bocas de autofalantes”. Deste poste foram estendidos “uns fios até a Rua São Gregório”, em direção transversal. “Tínhamos 14 bocas de autofalantes. E a gente conversava com os moradores, não tinha poste de cimento”, explica Brandão.

Ex-coordenadora da rádio, Aline conta que seu interesse por ela decorria da importância de se desenvolver mecanismos de comunicação na comunidade. “Nessa época de corneta era interessante porque o pessoal trazia o vinil para tocar. Formava fila aqui na rua. Perdia o papagaio, a gente falava: ‘perdeu o papagaio da dona Maria’”. A criação da rádio foi também importante no processo de consolidação dos núcleos da associação, por possibilitar maior divulgação das reuniões. “Todo mundo vinha aqui, falava, comunicava”.

Os locutores, com duas exceções, apontam atividades relacionadas ao lazer como motivação principal para entrar na rádio. Atualmente, a programação possui duas grades distintas e fixas: uma para os finais de semana, outra referente aos cinco dias da semana. De segunda a sexta-feira, são realizados sete programas com músicas de estilos variados. Há uma programação de uma hora, noticiosa, e a transmissão de A Voz do Brasil. Aos fins-de-semana são oito programas, com músicas de estilos variados.

A programação musical, portanto, tem centralidade, mas as relações de troca entre pessoas e espaço, que possui historicidade própria, a todo momento se refaz, tornam-no repositório de distintas e ao mesmo tempo convergentes expectativas. As pessoas que nele buscaram o entretenimento acreditam que a legitimidade do exercício do direito à comunicação reside na adjetivação da rádio enquanto comunitária, portanto, atribuem a ela a importância de “prestar serviço”.

Nessa dinâmica que perpassa consumo de produto cultural e o lutar por anseios sociais, fraturas e oposições entre aquele grupo social e classes dominantes se explicitam, de modo que em meio a padronizações de gostos musicais, por exemplo, conservam-se “certos valores – espontaneidade, capacidade para diversão e lealdade mútua” (Thompson, 1987, p. 61). Assim compõem-se os momentos de diversão no território como um todo e na rádio: pela conservação e contestação da ordem. Na caracterização da rádio, ganham relevância não apenas as ações que nela se dão e expectativas por ela geradas, mas a relação do espaço com as dinâmicas dos tempos sociais daquele território.

No campo da saúde, locutores, ouvintes e militantes da UNAS se valem da emissora para abordar problemas relacionados à atenção primária na região. Mas a relação entre comunicação e saúde está presente na programação majoritariamente pela lógica de utilização do meio de comunicação para “educação em saúde”. Há vinhetas disponibilizadas pelo Ministério da Saúde acerca, por exemplo, da prevenção ao vírus H1N1. E eventualmente organizações não-governamentais distribuem material informativo relacionado a questões de saúde, com destaque às Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST).

O tema já ganhou programação própria na rádio, de meia hora semanal. Quando questionados sobre a relação entre saúde e a rádio comunitária, os locutores Leandro, Balza, Fábio, Guilherme e Thiago dão ênfase a este programa, que se chamava DST/AIDS – Nas ondas do Rádio. Além das informações sobre prevenção, a equipe responsável realizava exames na própria emissora e distribuía preservativos. O trabalho resultou de parceria entre a rádio e um “posto de saúde” da região do Ipiranga. “Era muito importante para a rádio e a comunidade”, mas a Prefeitura cortou a verba de transporte da equipe parceira e desde então não existe a

programação. “Hoje a gente está em conversa para ver se consegue alguma verba para disponibilizar o transporte”, explica Balza, atual coordenador da emissora.

Ele afirma que a rádio tentará se mobilizar para voltar a tratar da temática, apesar de todos os programas, de alguma forma, falarem de saúde, valendo-se de vinhetas disponíveis na Internet. Conta que a emissora, além desta programação específica, já se mobilizou em “questões de campanha”, como de prevenção à dengue.

E é esta lógica de propagação de valores e normas pelo sistema de saúde para a população que prevalece na produção acadêmica que relaciona radiocomunicação comunitária e saúde. A aproximação, por pessoas e instituições do campo da saúde, das rádios comunitárias se dá por ações, na acepção habermasiana, instrumentais, na medida em que se fundamentam em processos de emissão de enunciados pelo sistema de saúde ou pela comunidade científica a um público específico (este tipo de abordagem está presente em: Bianco, 2000, Gallo, 2001, Figueiredo & Ayres, 2002, Matos *et al*, 2007, Jurberg e Macchiute, 2007, Prado, 2007, Matos *et al*, 2009, Gallo & Espírito Santo, 2009).

Ressalta-se o uso da rádio como instrumento para “divulgação científica” e disponibilização de informações, ou mesmo de educação para a participação social. A importância destas ações proporcionadas pela interação entre órgãos administrativos do Estado, organizações não-governamentais e pesquisadores do campo da saúde com as rádios reside fundamentalmente na disponibilização de informações que tornam possível uma melhor fundamentação das escolhas racionalmente motivadas, e isso é reafirmado por locutores e ouvintes de Heliópolis. Tal processo remonta à lógica da medicina preventiva, que desde seu surgimento propunha uma nova forma de atuação a ser adotada por médicos, para que pudessem garantir a preservação da saúde das pessoas na totalidade das dimensões de suas vidas (Arouca, 2003). Tratava-se de uma nova atitude profissional para propiciar melhoria na qualidade de vida das pessoas, por uma ampliação do conceito de saúde para além de ausência de doença. Atribuir tal função ao médico, no entanto, o faz “livre das determinações”, e o coloca como um indivíduo com a possibilidade de instaurar “novas relações sociais; em que as atitudes educacionalmente formadas transformam as relações sociais; em que estas são determinadas pelos homens e por cada um em particular” (Arouca, 2003, p. 173). Assim, as relações sociais são desprovidas de sua historicidade e descontextualizadas socialmente.

Nos anos recentes, pela proposta de extensão de tais funções do médico a um conjunto maior de profissionais, a promoção da saúde, valendo-se da difusão de conhecimentos científicos de diferentes áreas, “se estabelece como a suprema autoridade sobre o que é bom ou mal para a saúde de cada um e para a própria existência humana, fazendo da noção de risco em saúde o

epicentro em torno do qual gravitam as normas de conduta que prescreve” (Nogueira, 2003, p. 178).

Pela sistematização dos resultados de pesquisas científicas e tradução destas ao público leigo, a medicina promotora “defende e difunde essas normas que passam a influenciar decisivamente o que devem ou não fazer as pessoas, sejam estas pacientes da medicina ou simples leitores de jornais ou usuários da internet”. Justamente para isso, se vale dos meios de comunicação de massa ou destinados a públicos específicos, na concepção instrumental do meio de comunicação.

A medicina promotora busca promover novas atitudes perante a saúde de maneira generalizada na sociedade, e não apenas mudar o comportamento do médico. Em certo sentido, essa é uma forma de medicina que dispensa a figura do médico, porque seus objetivos dependem nada mais do que uma adequada utilização dos canais de comunicação de massa e de alguns meios tecnológicos de educação para a saúde (Nogueira, 2003, p. 178).

É neste cenário que se expressam, nos serviços e meios de comunicação, as “ações educativas extremamente normatizadoras e centradas apenas na inculcação de hábitos individuais considerados saudáveis” (Vasconcelos, 2004, p. 77). A medicina promotora é, assim, *forma* de expressão “dos interesses dos grupos sociais dominantes na política e na economia”, que pela perspectiva liberal enfatizam “a liberdade e a capacidade de o indivíduo controlar os eventos que influenciam sua vida, sendo ele, assim, o grande responsável pelo próprio sucesso ou fracasso”. A saúde se torna um “bem que se compra e vende, se escolhe ou rejeita com base em opções individuais” e sua promoção significa “ajudar os indivíduos a fazer mudanças no estilo próprio de vida” (Vasconcelos, 1999, p. 75).

Ainda que haja a busca por legitimar tais ações por discursos que remontem a fatores sociais envolvidos, estes são apenas referência, mero envoltório de uma operacionalização que tem centralidade nos comportamentos individuais. É a mitificação do social (Barthes, 1972), que tem seu sentido reduzido pela deformação do conceito resultante das ações efetivamente operadas.

Esta proposta de promoção da saúde é orientada pelos estudos epidemiológicos que buscam identificar fatores de risco que estejam associados com os problemas de saúde. Mas os fatores de risco pesquisados são, em geral, comportamentos capazes de ser alterados individualmente. Para o profissional, formado numa perspectiva positivista e, portanto, buscando orientar sua atuação em ações que tenham eficácia comprovada estatisticamente, há poucas opções

legitimadas pela ciência além de buscar alterar os comportamentos individuais identificados como fatores de risco (Vasconcelos, 1999, p. 76).

Esta centralidade no comportamento individual decorre da moldura que condiciona a ação social e exerce uma “manipulação refinada” do reconhecimento das necessidades existentes. Ainda que os determinantes sociais da saúde e da doença em regiões como Heliópolis tenham relação direta com o mundo do trabalho e condições de moradia, por exemplo, o único programa específico sobre saúde de que pessoas ligadas ao sistema de saúde participavam tratava das DSTs/AIDS. A programação é importante e valorizada pela população (não se trata aqui de refutar ações deste tipo), mas resulta da geração, pelo sistema, de demandas a que existem respostas sistêmicas previamente definidas.

No entanto, o processo de associativismo porque os diferentes sujeitos passam naquele território erige-se no reconhecimento e construção sociais de necessidades comuns e na decorrente resistência a um mundo expresso em termos de escassez, o que remonta não apenas a serviços, mas a condições sociais, políticas e econômicas de existência. As práticas que “integram a totalidade do social” são objetivadas em ações políticas. Isto se expressa quando Ester diferencia os diferentes momentos históricos de atuação. Nos anos 1980, afirma, “era só casa, casa, casa... Em 1990, a gente percebe que só a casa mais já não corresponde”. Passam a “perceber” que “precisavam lutar por outras coisas”, como equipamentos culturais, de educação e saúde.

Também diz Lia que “as coisas estavam tão vinculadas à questão da saúde e à vida da comunidade, do povo, que quando a gente discutia moradia não dava para discutir moradia se não falasse de saúde”. Ela explica que a cobrança da responsabilidade do poder público na garantia de moradia digna a todas as pessoas passa a também significar que “a saúde tem que funcionar”.

Durante “um longo tempo”, Lia participou de “um grupo de saúde”, representando Heliópolis em fóruns, tanto regionais quanto municipais. “Em 88 já participava das manifestações na cidade”. Uma das questões debatidas era “a do saneamento básico”, pois se relacionava ao “que estava afetando mais as nossas crianças na comunidade sobre as doenças que existiam”. E este debate surge a partir de uma “parceria” com uma “médica muito preocupada, sanitaria, com essa questão da mortalidade infantil”, pois a população local precisava “ter claro o porquê da mortalidade, e quando faz um pequeno levantamento percebe que uma das questões era o saneamento básico que a gente não tinha”.

As crianças conviviam com a contaminação das próprias fossas, esgoto aberto, e era assim, muitas diarreias, chegou a ter problema de cólera na época. *E a partir de que a gente descobriu, fizemos esse levantamento, fizemos documento e fomos questionar isso ao poder público*: olha, acho que é mais fácil trabalhar prevenção que trabalhar doença, e chamamos até a Prefeitura e falamos: o problema é este. E a gente precisa denunciar tudo isso, e começa toda essa luta, não está desvinculada uma coisa da outra. A moradia é a mesma coisa. Por exemplo, há muitos anos quando discute questão das áreas de risco, os barracos em cima dos córregos, famílias convivendo com ratos, problema grave que ainda tem com nossas crianças, a partir de tudo isso, a gente começa a fazer todo esse levantamento, e vai ao poder público dizer que não pode numa cidade como São Paulo uma criança sendo contaminada com xixi de rato. (Lia)

E Lia se valeu da rádio para este trabalho. “O levantamento que a gente fazia era discutido na rádio com o povo. Se não fizesse esse trabalho, o povo não ia entender e se unir para lutar por esse direito”. Hoje ganha destaque a mobilização relacionada à coleta de lixo, que se dá pela organização de dias e locais de depósito dos dejetos nas calçadas. Há também ações pontuais e igualmente fundamentais.

Uma liderança local, Marcinha, conta que recentemente organizou a retirada de entulhos de um ponto da Estrada das Lágrimas. “Ali era um lixo muito grande”. Órgãos administrativos do Estado não conseguiam evitar o acúmulo de lixo no local. Marcinha passou então a conversar com diferentes pessoas, dentre comerciantes, lideranças populares e moradores, e iniciou uma articulação para tentar resolver o problema. “Comecei a ficar lá na rua conversando com os carroceiros, falando que não era mais para jogar. Eles começaram a implicar comigo, porque ali era o ganha pão deles”.

O fato de o lixo estar em frente a uma escola infantil, atrair ratos para o “parquinho das crianças” e a proximidade do local com uma Unidade Básica de Saúde (UBS) foram os argumentos de Marcinha para que os carroceiros atendessem seu pedido. “Aí entrei em contato com a Subprefeitura, procurei saber quem era o responsável”. No entanto, Subprefeitura, escola e UBS não se responsabilizaram. “Todo mundo falava que eu não ia conseguir, porque ninguém tinha conseguido”.

O desestímulo vindo dos órgãos administrativos, que deveriam assumir a responsabilidade pela limpeza da região, não impediu Marcinha de continuar com sua atuação. A empresa responsável pela retirada do lixo fez, por insistência dela, uma limpeza no local. “Falei: quero que você mande todos os caminhões que forem necessários para tirar tudo, quero que você zere e deixe limpo, porque aí vou tomar conta. Já falei com os moradores, já articulei para não

vir”. Hoje, a questão está resolvida. E nesse processo, a rádio foi utilizada para denunciar a situação e pedir às pessoas que não mais jogassem lixo no local.

Um dos locutores que se envolvem constantemente com a questão é Carlos. Ele conta que pessoas jogavam lixo em frente a uma creche. “Era problema da Subprefeitura, porque estavam tirando as casas, reformando, mas eles não colocavam caçamba para a pessoa colocar o lixo. O material que sobrava era colocado ao lado da creche”. No local, havia também animais mortos, mas a instituição de ensino não conseguia fazer com que alguém se responsabilizasse pela retirada dos dejetos. “Fomos lá, fizemos reportagem, manifesto na rua e com dois, três dias, a Subprefeitura mandou a lixeira, as caçambas e tirou tudo”.

O conjunto de ações políticas e sociais engendradas em ambos os casos se deu em um contexto de negação, pelo Poder Público, de necessidades sociais. Como parte desse processo, a rádio comunitária, pela divulgação, produção de informações e por fazer parte de um trabalho organizativo, se mostrou como espaço propício para a construção histórica de necessidades sociais em sua relação com a saúde, e também para a articulação e mobilização de sujeitos e coletividades pela efetivação deste direito e construção de relações entre moradores, agentes públicos, entidades, empresas prestadoras de serviço e órgãos administrativos do poder público. É a rádio enquanto parte da dinâmica social, e objetivada para fins políticos durante processos organizativos de transformação do território onde está inserida.

E para além de explicitar anseios e carências, uma rádio comunitária deve corresponder à expectativa social decorrente do processo de sua legitimação: é sua função “prestar serviço”. Com isso, locutores se envolvem nas ações coletivas de enfrentamento a mecanismos de coerção e exclusão sociais na perspectiva de transformação da realidade. Na cobrança direta que passa a realizar frente àqueles que deveriam assumir a responsabilidade pela resolução de problemas locais, a rádio se afirma como espaço de mobilização de sujeitos articulados em torno de objetivos comuns. A importância da radiocomunicação comunitária na saúde vai, nesse sentido, muito além da possibilidade de transformação de comportamentos individuais.

A rádio se torna parte de uma cadeia de ações coletivas e ainda promove enfrentamento político com aqueles que se omitiram no exercício de sua responsabilidade, nos casos referidos, órgãos da administração municipal. A luta pelo direito à saúde via rádio comunitária se insere em contexto em que a organização coletiva em torno da emergência de necessidades sociais se dá por espaços e ações sociais instituintes e instituídos. Tais processos apontam para a possibilidade de se construir ações políticas e culturais por formas diferenciadas na resistência à dominação política, econômica e social. O estabelecimento de

laços sociais de solidariedade ganha sentido político nessa dinâmica entre contingência e resistência. Nela inserida, a rádio comunitária se caracteriza enquanto espaço de participação social.

5.5.3 Conclusão

Para caminhar no sentido da concretização do projeto da Reforma Sanitária pela ampliação das bases sociais de seu movimento, é necessário um processo de mudança social que não se esgota na implementação do SUS, mas tem como horizonte a democratização radical da sociedade e do Estado. Com a redução progressiva do *processo reformista* a um *sistema* conformado no interior de uma estrutura estatal patrimonialista, cartorial e fundada pela desigualdade social, há a tendência de se reforçar a seletividade estrutural do Estado capitalista. A transformação desta realidade é conformada por processos políticos, culturais e em relações sociais erigidas sobre laços sociais de solidariedade, que se inserem em uma dinâmica entre determinações econômico-sociais e afirmação da autonomia. É por espaços como uma rádio comunitária, formativos dessas relações, que se podem construir as contra instituições que possibilitarão um advir democratizante da saúde, do Estado e da sociedade.

REFERÊNCIAS

- Arouca, A. S. (2003). *O dilema preventista: contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva*. São Paulo: UNESP. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Barthes, R. (1972). *Mitologias*. São Paulo: Difusão Européia do Livro.
- Bianco, N. R. (2000). Rádio a serviço da comunidade. *Comunicação & Educação*, 18, 22 -35.
- Carvalho, A. I. (1997). Conselhos de saúde, responsabilidade pública e cidadania: a reforma sanitária como reforma de Estado. In: Fleury, S. M. (Ed.) *Saúde e democracia: a luta do Cebes*. Lemos.
- Coelho, V. S. (2004). Conselhos de saúde enquanto instituições políticas: o que está faltando? In: Coelho, V. S., & Nobre, M. *Participação e Deliberação: Teoria Democrática e Experiências Institucionais no Brasil Contemporâneo*, 255-69. São Paulo: Editora 34.

Côrtes, S. M. V. (Org.). (2009a). *Participação e saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Côrtes, S. M. V. (2009b). Conselhos e conferências de saúde: papel institucional e mudança nas relações entre Estado e sociedade. In: Fleury, S., & Lobato, L. V. C. (Orgs.) *Participação, democracia e saúde*. Rio de Janeiro: Cebes.

Figueiredo, R, e Ayres, J. R. C. M. (2002). Intervenção comunitária e redução da vulnerabilidade de mulheres às DST/Aids em São Paulo, SP. *Saúde Pública*, 36 (4), 96-107.

Fleury, S. M. (Org.) (1997). *Saúde e democracia: a luta do Cebes*. São Paulo: Lemos.

Fleury, S. M. (2009a). Construção de sujeitos políticos e cidadãos. In Subirats, J., & Blanco, I. (Orgs) *Respostas locais a inseguranças globais: inovação e mudança no Brasil e Espanha*. Barcelona: CIDOB.

Fleury, S. M. (2009b). Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14 (3). 743-752.

Gallo, P. R. (2001). Radiodifusão comunitária: um recurso a ser valorizado no âmbito da educação em saúde. *Revista Saúde em Debate*, 25 (59), 59-66.

Espírito Santo, S.K.A.M. (2009). A percepção de gestores de saúde sobre a rádio comunitária como instância mediadora para o exercício do controle social do SUS. *Revista Saúde em Debate*, 33, (82).

Jurberg, C., e Macchiute, B. (2007). Câncer nas Ondas do Rádio. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 53 (3), 291-296.

Machado, F. A. (1987). *Participação social em saúde*. Anais da VIII Conferência Nacional de Saúde, Brasília: Centro de documentação do Ministério da Saúde.

Machado, A., Magri, C., e Masagão, M. (1986). *Rádios Livres: a reforma agrária no ar*. São Paulo, Brasiliense.

Magnani, J. G. C. (1997). Em Discurso e representação, ou de como os Baloma de Kiriwina podem reencarnar-se nas atuais pesquisas. In: Cardoso, R (Org). *A aventura antropológica – teoria e pesquisa*. São Paulo: Paz e Terra.

Matos, M. R., Meneguetti, L. C., e Gomes, A. L. Z. (2007). Comunicação, saúde e comunidade: a contribuição das rádios comunitárias. *Anuário Unesco/Metodista de Comunicação Regional*, 11(11), 121-133.

Matos, M. R., Meneguetti, L. C., e Gomes, A. L. Z. (2009). Uma experiência em comunicação e saúde. *Interface*, 13(31), 437-47.

Morita, I, Guimarães, J. F. C., e Muzio, B. P. D. (2006). A Participação de Conselheiros Municipais de Saúde: solução que se transformou em problema? *Saúde e Sociedade*, 15(1). 49-57.

Nardi, H. C., e Yates, D.B. (2005). Transformações contemporâneas do trabalho e processos de subjetivação: os jovens face à nova economia e à economia solidária. *Estudos de Psicologia*, 10(1), 95-103.

Nogueira, R. P. (2003). Da medicina preventiva à medicina promotora. In Arouca, A. S. *O dilema preventista: contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Paim, J. S. (2008). *Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Pestana, C. L. S., Vargas, L. A. V., e Cunha, F. T. S. C. (2007). Contradições surgidas no Conselho Gestor da Unidade Básica de Saúde da Família de Vargem Grande, município de Teresópolis, RJ. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, 17(3), 485-499.

Ruquoy, D. (1997). Situação de entrevista e estratégia do entrevistador. In: Alborello, L. et al. *Práticas e métodos de investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.

Sampaio, M. R. A., e Pereira, P. C. X. (2003). Habitação em São Paulo. *Estudos Avançados*, 17 (48), 167-183.

Teixeira, M. L., et al. (2009). Participação em saúde: do que estamos falando? *Sociologias*, 11(21) 218-251.

Thompson, E. P. (1987). *A formação da classe operária*. Vol. 1. Rio de Janeiro: Paz e Terra..

Tobar, F. (1995). Nova racionalidade técnica. In: Fleury, S. (Org.) *Projeto Montes Claros: a utopia revisitada*. Rio de Janeiro: Abrasco.

Vasconcelos, E. M. (2004). Educação Popular: de uma Prática Alternativa a uma Estratégia de Gestão Participativa das Políticas de Saúde. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, 1 (1), 67-83.

Vasconcelos, E. M. (1999). *Educação popular e a atenção à saúde da família*. São Paulo: Hucitec.

Wendhausen, Á, e Cardoso, S. M. (2007). Processo decisório e Conselhos Gestores de Saúde: aproximações teóricas. *Rev Bras Enferm*, 60(5), 579-84.