



Universitat Autònoma de Barcelona

ADVERTIMENT. L'accés als continguts d'aquesta tesi doctoral i la seva utilització ha de respectar els drets de la persona autora. Pot ser utilitzada per a consulta o estudi personal, així com en activitats o materials d'investigació i docència en els termes establerts a l'art. 32 del Text Refós de la Llei de Propietat Intel·lectual (RDL 1/1996). Per altres utilitzacions es requereix l'autorització prèvia i expressa de la persona autora. En qualsevol cas, en la utilització dels seus continguts caldrà indicar de forma clara el nom i cognoms de la persona autora i el títol de la tesi doctoral. No s'autoritza la seva reproducció o altres formes d'explotació efectuades amb finalitats de lucre ni la seva comunicació pública des d'un lloc aliè al servei TDX. Tampoc s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant als continguts de la tesi com als seus resums i índexs.

ADVERTENCIA. El acceso a los contenidos de esta tesis doctoral y su utilización debe respetar los derechos de la persona autora. Puede ser utilizada para consulta o estudio personal, así como en actividades o materiales de investigación y docencia en los términos establecidos en el art. 32 del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual (RDL 1/1996). Para otros usos se requiere la autorización previa y expresa de la persona autora. En cualquier caso, en la utilización de sus contenidos se deberá indicar de forma clara el nombre y apellidos de la persona autora y el título de la tesis doctoral. No se autoriza su reproducción u otras formas de explotación efectuadas con fines lucrativos ni su comunicación pública desde un sitio ajeno al servicio TDR. Tampoco se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al contenido de la tesis como a sus resúmenes e índices.

WARNING. The access to the contents of this doctoral thesis and its use must respect the rights of the author. It can be used for reference or private study, as well as research and learning activities or materials in the terms established by the 32nd article of the Spanish Consolidated Copyright Act (RDL 1/1996). Express and previous authorization of the author is required for any other uses. In any case, when using its content, full name of the author and title of the thesis must be clearly indicated. Reproduction or other forms of for profit use or public communication from outside TDX service is not allowed. Presentation of its content in a window or frame external to TDX (framing) is not authorized either. These rights affect both the content of the thesis and its abstracts and indexes.



Universitat Autònoma de Barcelona

Facultat de Ciències de la Comunicació

Departament de Periodisme i Ciències de la Comunicació

Doctorado en Investigación en Comunicación y Periodismo

ESALUD Y PARTICIPACIÓN: ANÁLISIS DEL CAMPO DE LA COMUNICACIÓN Y SALUD EN BRASIL

Tesis Doctoral

Presentada por: Nathália Silva Fontana Rosa

Directores: Dr. Marcial Murciano y Dra. Carmina Crusafon

Diciembre 2015

Agradecimientos

Agradecer é um momento singular. Vem da língua dos afetos. E esta língua, em meio a tantas fronteiras que tenho percorrido, fala em mim em português. E é por esta razão que produzo aqui uma interferência lingüística na tese.

Gostaria de agradecer a tantas pessoas e movimentos que me atravessaram nestes quase três anos de empreitada e que me modificaram, me acolheram, me indagaram, me desterritorializaram, que produziram inquietudes, fraquezas e potências. Produziram muita vida em mim. Foram movimentos intensos, que encheram de potência esse meu transitar pelos muitos caminhos que decidi percorrer. Entretanto, difícil de nomear a todos neste momento.

Agradeço ao meu orientador, professor Marcial Murciano, quem acreditou que eu poderia chegar até aqui. Assumi o risco da distância, de um país que era outro, do tema que era outro, da língua que era outra. Tantas outras coisas, e que foram cruciais para chegar neste comum que apresento na tese. Obrigada pela possibilidade de concretizar esta produção.

Agradeço ao Emerson. Pessoa essencial na minha vida. Atravessa caminhos múltiplos: afetivo, acadêmico, profissional. Como multiplicidade que é, foi um dos grandes incentivadores desta vida multidão que está em produção. Que luto a cada dia para mantê-la e entendê-la, mas que adoro cada vez mais. Não teria conseguido sem ele.

E por falar em multidão, agradeço à sorte de uma incrível duplicidade em minha vida: as gêmeas Esther e Mina, minha mãe e minha madrinha. São duas pessoas incríveis que me afetam em multiplicidade.

À minha família, meu pai, meus tios, primos, e minha linda avó. Obrigada por tudo.

Agradeço à Marga, minha amiga. Pessoa brilhante que me acolheu em um momento muito especial e me ajudou a encher de sentidos meus caminhos na

reta final desta tese. Obrigada pelas conversas, pelas risadas, pelas comidas, pela parceria.

Como intercessores fundamentais, agradeço ao coletivo de micropolítica do trabalho e o cuidado em saúde, do qual com muita alegria faço parte. Uma linha a céu aberto, que é responsável por linhas de intensidades nesta produção e na minha vida. Uma linha que acolhe e potencializa, e que é intensamente responsável por muitas das questões que tomei como fundamentais para percorrer. Que também me produziram dificuldades e embates, diferenças entre fronteiras que tive que resolver. Mas, que ao final produziram uma grande potência em mim: paixões alegres que fomos cativando ao longo do tempo.

E ao final, dedico muita atenção a um agradecimento especial. Meu companheiro de tantos caminhos, Felipe. Fizemos uma aventura juntos, rompemos fronteiras. E ele segue em um investimento diário em minha empreitada além muros, incentivando e dedicando um cuidado amoroso nestes tempos difíceis de produção da tese. E seguimos juntos, produzindo mais vida um para o outro.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	11
CAPÍTULO I	
LA PERSPECTIVA TEÓRICO-METODOLÓGICA DE LA INVESTIGACIÓN	25
1.1. Hacia una perspectiva relacional de la comunicación.....	27
1.2. Los estudios de caso: <i>Rádio Maluco Beleza</i> y <i>Telessaúde Brasil Redes</i>	45
CAPÍTULO II	
EVOLUCIÓN DEL CAMPO DE LA COMUNICACIÓN Y SALUD: LA TENSION DE LA PARTICIPACIÓN EN LAS PERSPECTIVAS INFORMACIONAL Y RELACIONAL	61
2.1. La comunicación para la salud: De la perspectiva desarrollista a la producción social de sentidos.....	63
2.1.1. La comunicación para el desarrollo y el modelo informacional de la comunicación.....	64
2.1.2. El paradigma participativo y la comunicación dialógica.....	79
2.1.3. La circulación de la comunicación en dos pasos (<i>two step flows</i>).....	92
2.1.4. La perspectiva relacional de la comunicación.....	94
2.2. eSalud: La comunicación para la salud en la Sociedad de la Información.....	107
2.2.1. La salud y la información: breve contextualización del campo de la comunicación y salud en la sociedad de información.....	107
2.2.2. Los discursos sobre la eSalud: un recorrido histórico desde los organismos internacionales.....	116
2.2.3. Más allá de los aparatos tecnológicos: la e-salud a partir de la perspectiva relacional de la comunicación.....	128
2.3. Comunicación y participación en el campo de la salud.....	139
2.3.1. Principales abordajes de la participación en salud.....	139
2.3.2. La participación en el contexto de las posibilidades de la eSalud.....	145
2.3.3. La tensión de la participación en las perspectivas informacional y relacional de la comunicación.....	150
CAPÍTULO III	
LA COMUNICACIÓN Y LA PARTICIPACIÓN EN BRASIL EN EL CONTEXTO DE LA ESALUD: APROXIMACIÓN A LOS CAMPOS DE ANÁLISIS	159
3.1. Hacia una comprensión de las singularidades brasileñas: la formación de las políticas públicas y el contexto de la participación en la salud en Brasil.....	161
3.1.1. Contextualización de la formación de las políticas públicas en Brasil en el campo de la salud.....	163
3.2. La comunicación en el contexto del Sistema Único de Salud: la problemática de la participación.....	170
3.2.1. La comunicación en la salud en Brasil.....	171
3.2.2. La participación en el contexto del Sistema Único de Salud.....	186
3.2.3. Comunicación y participación en el Sistema Único de Salud.....	197

3.3. El debate de la eSalud en Brasil.....	209
3.4. Aproximación a los dos campos de análisis: la Atención Básica y la Salud Mental.....	230
3.4.1. La Atención Básica: un campo de tematización de la salud.....	231
3.4.2. La salud mental: la relación con las singularidades.....	235
CAPÍTULO IV	
RESULTADOS Y DISCUSIÓN: PRESENTACIÓN, CONTEXTUALIZACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS CASOS DE ESTUDIO	241
4.1. La producción del desigual uso de las TIC.....	243
4.1.1. Las TIC y la Salud: otras prácticas.....	243
4.1.2. La <i>Radio Maluco Beleza</i>	246
4.1.2.1. El Servicio de Salud Dr. Cândido Ferreira: breve contextualización.....	248
4.1.2.2. Los <i>Pontos de cultura</i> como política pública en Brasil.....	250
4.1.3. <i>Telessaúde Brasil Redes</i>	253
4.1.3.1. Análisis de los materiales educativos del programa Telessaúde Brasil Redes.....	258
4.1.3.2. Presentación del Núcleo <i>Telessaúde Bahia</i>	261
4.2. Elección de las categorías analíticas: producción de sentido en el análisis de los casos de estudio.....	264
4.2.1. Un primer nivel de análisis: ordenando la mirada al objeto de estudio.....	265
4.2.2. Las categorías centrales: los sentidos y la participación en el centro del debate.....	266
4.3. Las categorías analíticas: actualizando el análisis en las prácticas.....	269
4.3.1. Categorías situadas en el caso <i>Radio Maluco Beleza</i>	273
4.3.2. Categorías situadas en el caso <i>Telessaúde Brasil Redes</i> : Núcleo Bahia.....	302
4.4. Consideraciones finales.....	340
CONCLUSIONES.....	349
BIBLIOGRAFÍA.....	367
ANEXOS.....	385
Entrevistas transcritas – Rádio Maluco Beleza.....	387
Entrevistas transcritas – Telessaúde Brasil Redes: Núcleo Bahia.....	415

Lista de abreviaturas

AB – Atención Básica en Salud

ACS - Agentes Comunitarios de Salud

ALPRO - Progreso en América Latina

APS - Atención Primaria en Salud

CEPAL - Comisión Económica para América Latina y el Caribe

CICIS - Comisión Intersectorial de Comunicación e Información en Salud

CNS - Conferencias Nacionales de Salud

CS - Consejos de Salud

DATASUS - Departamento de Informática del SUS

DNERU - Dirección Nacional de Enfermedades Endémicas Rurales

EAD - Educación a Distancia

EEUU - Estados Unidos de América

ESF - Estrategia Salud de la Familia

IEC - Información, Educación y Comunicación

INPES - Instituto Nacional de Prevención y Educación para la Salud (Francia)

MMH - Modelo Médico Hegemónico

MS - Ministerio de Salud (Brasil)

NOEI - Nuevo Orden Económico Internacional

NOMIC - Nuevo Orden Mundial de la Información y la Comunicación

ODM - Objetivos de Desarrollo del Milenio

OHCHR - Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos

OMS - Organización Mundial de la Salud

ONU - Organización de las Naciones Unidas

OPS - Organización Panamericana de Salud

PNAB - Política Nacional de Atención Básica

PNIIS - Política Nacional de Información y la Informática de Salud

PNUD - Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo

RAS - Red de Atención a la Salud

RNP - Red Nacional de Educación e Investigación

RUTE - Red Universitaria de Telemedicina

SAMU - Servicio de Atención Móvil de Urgencia

SCOT - Social Construction of Technology

SGEP - Secretaria de Gestión Estratégica y Participativa

SIAB - Sistema de Información de Atención Básica

SIDA - Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

SUS - Sistema Único de Salud

TIC - Tecnologías de la Información y de la Comunicación

UNESCO - Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura

El diálogo fue difícil, con trampas y puertas falsas surgiendo a cada paso, el más pequeño desliz podría haberlo arrastrado a una confesión completa, si no fuese porque su espíritu estaba atento a los múltiples sentidos de las palabras que cautelosamente iba pronunciando, sobre todo aquellas que parecen tener un único sentido, con ellas es necesario tener mucho cuidado. Al contrario de lo que se cree, sentido y significado nunca han sido lo mismo, el significado se queda aquí, es directo, literal, explícito, cerrado en sí mismo, unívoco, podríamos decir, mientras que el sentido no es capaz de permanecer quieto, hierve de segundos sentidos, terceros y cuartos, de direcciones radicales que se van dividiendo y subdividiendo en ramas y ramajes hasta que se pierden de vista, el sentido de cada palabra se parece a una estrella cuando se pone a proyectar mareas vivas por el espacio, vientos cósmicos, perturbaciones magnéticas, aflicciones.

(Saramago, Todos los Nombres, 2010)

INTRODUCCIÓN

Esta investigación explora el tema de la participación en el campo de la comunicación en salud, orientada por una parte a los fundamentos formales y conceptuales a partir del debate de los usos de las TIC –Tecnologías de la Información y de la Comunicación– en el campo, denominado internacionalmente como eSalud. Por otra parte, de manera complementaria, la investigación está orientada a analizar los enfoques participativos en el ámbito de la comunicación y salud, a partir de una perspectiva relacional de la comunicación que la define como un proceso de producción social de sentido en el marco de un contexto social y cultural.

Importante señalar que he elegido trabajar a partir del enunciado "comunicación y salud", pues comprendo que este campo de conocimiento es una composición de elementos de cada campo –la comunicación y la salud– en su interfaz. En tal sentido, no se trata de una perspectiva que considera la comunicación como un conjunto de instrumentos al servicio de los objetivos de la salud. Denominaciones como "comunicación en la salud", "comunicación para la salud", ampliamente utilizadas, reflejan, en general, esta visión instrumental de la comunicación, la más recurrente en las instituciones de salud (Araújo y Cardoso, 2007).

Los procesos comunicativos en el ámbito de la salud comprenden un campo complejo, influenciados por prácticas y teorías que a lo largo del tiempo son replanteadas por los actores en sus acciones. El modelo difusionista, muy utilizado a partir de la década de los 50 con las teorías de la modernización, sigue influenciando los procesos comunicativos en la salud en la actualidad. Esta perspectiva está alineada con una matriz del pensamiento que considera los problemas de salud desde un carácter meramente individual y, de esta manera, objeto de una intervención de cambios de comportamientos a partir de la información adecuada.

Sin embargo, otras propuestas y perspectivas de la comunicación disputan este territorio, donde la propia representación de la salud se desplaza para una visión más amplia y múltiple. La comunicación, bajo esta mirada, alcanza procesos más horizontales y dialógicos de producción social de sentidos, en especial, a partir de

una perspectiva relacional, que plantea la comunicación como un espacio privilegiado de construcción de los sentidos, considerando las especificidades culturales, sociales, regionales, económicas, entre otras singularidades de los variados contextos sociales.

En consecuencia, entre los diferentes conceptos que se mueven el campo de la comunicación y la salud, subrayo, siguiendo a Araújo y Cardoso (2007), aquellos que entienden la comunicación como un proceso permanente y disputado por asignar sentidos a los acontecimientos, fenómenos, experiencias y discursos sobre el mundo y la sociedad.

Estas cuestiones adquieren especial relevancia en el ámbito de la salud donde también se plantea desde hace mucho tiempo una ampliación de perspectivas para la clásica dualidad salud/enfermedad, a partir de la noción de que este es un campo matizado por la relación entre las personas, en una permanente interacción comunicativa donde circulan un sinnúmero de sentidos para la salud y la vida.

Como resultado, me permite mirar para el campo de la comunicación y de la salud como un espacio de interacción. Desde las perspectivas teóricas del ámbito de la salud, Merhy (2006) define que este espacio es caracterizado por un proceso agenciado por los sujetos, y que trae en sí el atributo de la libertad, de la creación, de la inventiva.

(...) el cambio en la producción del cuidado está marcado por nuevas subjetividades activas en la producción del cuidado, *de un modo de trabajar en salud que tiene como centro el campo relacional, abriendo el encuentro con los usuarios a espacios de habla, escucha, miradas y signos que tienen sentido para ambos, trabajador y usuario, y forman el centro del proceso de trabajo* (Franco y Merhy, 2011:18, los grifos son míos).

Así, trabajo con el presupuesto de que el campo de la salud tiene características relacionales y acontece en el encuentro de las personas, sean de trabajadores con trabajadores, o de usuarios y trabajadores. Esta perspectiva, en

consecuencia, supone una otra mirada hacia los procesos de participación de esos actores: son también procesos comunicativos, combinados y atravesados por distintas perspectivas de la comunicación con las cuales he trabajado y establecido las conexiones para esta investigación.

Igualmente, implica afirmar que es imposible disociar los procesos y cambios que sufrieron el campo de la comunicación y el campo de la salud. En efecto, no existe un antes o después, una causa y una consecuencia; más bien, son matices de paradigmas del pensamiento que influyen el campo de la comunicación y salud, y que por lo tanto interesan a la presente investigación.

Las reformas que sufrieron los sistemas de salud en Latinoamérica, aún dentro de su diversidad debido a las características específicas de cada país, comparten una serie de elementos comunes, entre ellos cabe destacar la promoción de la participación social (Vazquez et al, 2002). En este contexto, desde los años 80, el sector de salud en Brasil ha expresado la necesidad de nuevos conceptos y prácticas comunicativas para su sistema público de salud, el Sistema Único de Salud (SUS), con el objetivo de superar las formas más tradicionales de comunicación y educación para la salud. Las nuevas exigencias están especialmente relacionadas con la participación pública a favor de la aplicación, en la comunicación, de los principios del SUS: universalidad, equidad e integridad.

De igual manera, hablar sobre las transformaciones en el campo de la comunicación y salud hoy día requiere necesariamente hablar de las TIC – Tecnologías de la Información y de la Comunicación – y del contexto donde todo esto se ubica: la denominada Sociedad de la Información. Las TIC son una importante fuente de generación de información y de conocimiento en la sociedad actual, y de esta manera están vinculadas directamente con el desarrollo económico y social. El avance y la innovación tienen un potencial no solamente económico, sino también de inclusión social y de fomento a la participación ciudadana, al mismo tiempo que facilitan la prestación de servicios como educación, salud y gestión gubernamental, siempre y cuando haya equidad en el acceso a las mismas (CEPAL, 2010). Esto supone algunos retos para la

formulación de políticas y estrategias públicas, entre los que se destaca la incorporación de las TIC por su potencial de contribución a mejorar el acceso a la salud de vastos sectores de la población y a aumentar la eficiencia del sector.

El proceso de convergencia de las TIC en el ámbito de la salud está dando lugar al concepto de *eSalud*, que engloba las aplicaciones TIC a todos los sujetos que conforman el sector, desde las instituciones, los trabajadores de la salud, hasta los ciudadanos. Las posibles aplicaciones de estas tecnologías abarcan gran parte de las actividades relacionadas con la atención, administración, educación y comunicación para la salud, y ofrecen oportunidades para incrementar la cobertura y mejorar la calidad del sistema.

No obstante sea una realidad los aportes y beneficios que pueden proporcionar las TIC al cumplimiento de las funciones de la salud pública, cualquier proyecto en este ámbito no puede abstraerse de la realidad económica y social en que tienen lugar las políticas y acciones sanitarias (Llanusa Ruiz et al, 2005). Además, los discursos que envuelven el tema de las TIC, por lo general, están cargados de promesas de ampliación de las posibilidades de participación de las personas, determinados ahora por los nuevos espacios interactivos de la Web 2.0, y por lo tanto se hace necesario mirar críticamente hacia tales enunciados.

En consecuencia, aunque el contexto de la *eSalud* influya directamente en el campo de la comunicación y salud, llegando a ser definido por algunos autores como un nuevo paradigma de la información y comunicación, la perspectiva de la comunicación por donde camino demanda cuidado al trabajar con el tema de las nuevas tecnologías. Por esta razón, he profundizado críticamente estas cuestiones para poder ampliar el debate y aportar elementos para pensar las TIC en el campo de la salud.

En este orden de ideas, y partiendo de una perspectiva relacional hacia el uso de las TIC en el ámbito de la salud, se forja una reflexión sobre las tecnologías para ampliar el debate en esta investigación. Trabajo con la premisa de que el uso de las TIC en el campo sea también entendido y manejado a partir de una

perspectiva relacional y de producción de sentidos sociales; y no solamente desde una mirada vertical y que esté reflejada en un uso informacional, bajo la lógica instrumental del uso de las tecnologías. Tanto el desarrollo como el uso de la tecnología son socialmente determinados e impregnan la conciencia, el lenguaje y los significados sociales de los sujetos.

En Brasil, se empieza a desarrollar con más fuerza una política pública centralizada, desde el gobierno federal, que aborda el uso de las TIC en la salud, y se observa una proliferación de iniciativas de promoción de las TIC y de adopción de innovaciones tecnológicas. También, se observan acciones desde la propia comunidad, en algunos casos con el apoyo de los servicios públicos de salud, en los que los sujetos organizados en el espacio colectivo se apropian de las herramientas de la comunicación para la producción de sus propios medios (radio, televisión, prensa, Internet). Vale resaltar que este último no es un proceso novedoso, aunque el uso de las TIC esté fomentando y facilitando la creación y ampliación de estos espacios. Esta comunicación puede ampliar las posibilidades de expresión de las demandas en materia de salud y promover la participación en el ámbito.

La participación, a su vez, también tiene implicaciones importantes que he tenido el cuidado de observar y trabajar: que es una pretensión, es decir, algo que se persigue como objetivo fundamental pero no dado de antemano. El uso de las TIC, a su vez, es una herramienta importante en este proceso de fomentar la participación, pero no es la única. Esto porque las TIC son ellas mismas un campo de disputas, y no están libres de la coerción de diferentes sistemas que regulan las relaciones en la sociedad. Significa decir que el poder de hablar y de escuchar también están distribuidos de manera desigual en esta instancia.

Tal como he podido observar, a lo largo de los procesos de eSalud cambian tanto el contexto y las relaciones entre los actores, como también los artefactos. Esta afirmación es relevante para ampliar el debate de la eSalud en el contexto de la comunicación, considerando que su aplicación no se da de manera igual en todos

los lugares y, por consiguiente, tales singularidades deben ser consideradas en el proceso, en especial para las políticas públicas en el ámbito.

En consecuencia, el problema de investigación reside en la necesidad de potenciar teórica y metodológicamente el campo de la comunicación y salud en Brasil, orientado a fortalecer los mecanismos de participación e incorporación de las voces de todos los actores implicados en el sistema sanitario como sujetos activos, a la luz del uso de las TIC en el ámbito. Desde esta perspectiva, el esfuerzo por construir referentes analíticos que permitan comprender críticamente las acciones comunicativas en el campo de la salud en Brasil es fundamental para buscar la incorporación de las distintas voces en este proceso desde una perspectiva relacional, hecho que lograría procesos que permitirían la participación social de manera más horizontal y dialógica.

Hechas las consideraciones anteriores, **el objetivo principal de la tesis** ha sido el de *describir y analizar* los usos de las Tecnologías de la Información y de la Comunicación (TIC) en el campo de la salud y los efectos en los procesos participativos en dos dispositivos específicos del sistema público de salud brasileño, entre los años 2014-2015, desde una perspectiva relacional de la comunicación, que la entiende como un proceso de producción social de sentidos en el marco de un contexto social y cultural.

Para lograr este objetivo, me ha tocado la tarea de *construir* una aproximación teórico-metodológica conectada con el campo de la investigación desde arriba-abajo y de abajo-arriba (top-down y bottom-up). También, *establecer* los dos dispositivos de elegibilidad y *construirlos* como estudios de casos múltiples.

En coherencia con lo anterior, interesaba *señalar* la convivencia y la disputa entre los diferentes modelos de la comunicación que emergen de esos dos casos y proponer cambios para incorporar a todos los actores como sujetos activos.

A partir de todo el cruce teórico-metodológico-empírico que se ha podido establecer con el recorrido emprendido en la investigación, he podido *analizar* los usos de las TIC como dispositivos/herramientas que van más allá de aparatos

tecnológicos, valorando sus singularidades como espacios de prácticas y cambios sociales. Luego, he podido *observar* cómo se incorporan las singularidades del contexto de los actores en el uso de las TIC en las estrategias comunicativas en el campo de la salud a partir de los casos.

Por fin, y a partir de todo el material recogido y reflexiones establecidas en cada etapa de investigación, ha sido posible *proponer* formulas de ampliación y mejora de los procesos participativos a partir de incorporar las TIC desde una perspectiva relacional.

Por las consideraciones anteriores, fue posible analizar el escenario del estudio a partir de las cuestiones que fundamentaron y nortearon esta investigación:

¿En qué medida los usos de las TIC en el ámbito de la salud promueven la participación de los actores involucrados en los procesos de comunicación y salud?

¿La interacción que proporcionan las aplicaciones TIC logra romper con el carácter instrumental de la comunicación de mera transmisión de información desde un emisor a un receptor?

¿El uso de las aplicaciones TIC en salud en Brasil considera el proceso de producción social de sentidos en el marco de un contexto social y cultural necesario para enfrentar las cuestiones de salud?

¿Qué tipos de diálogo y de participación la mediación de las TIC proporcionan a las estrategias comunicativas en el campo de la salud?

La **hipótesis fundamental** que he planteado en esa investigación es que el desarrollo de la perspectiva relacional de la comunicación a través de los usos de las TIC en el campo de la salud tiene efectos significativos en la extensión de la participación tanto de los personas usuarias de los servicios de salud, y en sus procesos de mejora, como de los trabajadores de la salud y sus cotidianos, bien como en la relación que se establece entre ellos, ampliando la percepción del

complejo proceso de atención, más allá de la dualidad salud/enfermedad tradicional.

Además, otra hipótesis que he proyectado es que en ese momento hay un uso de las TIC que viene de patrones que han quedado superados y la perspectiva relacional logra romper con el carácter difusionista e instrumental de la comunicación en este campo de actividad y por lo que debería tener especial importancia en la definición de las políticas públicas en el ámbito.

Para finalizar esta introducción, de manera a presentar lo que sigue y en conexión con lo expuesto anteriormente, señalo que esta investigación está organizada en cuatro capítulos, que tienen su sentido atribuido a las apuestas teórico-metodológicas que serán presentadas a continuación, en especial a partir de la idea irrefutable que teoría y práctica son inseparables. Por lo anterior, la estructura de la tesis fue pensada para describir qué estaba pasando y las tensiones encontradas a partir de mi objetivo principal.

En el **primer capítulo**, “La perspectiva teórico-metodológica de la investigación”, planteo cómo se enmarca esa tesis en su contexto, a partir de la justificación del interés de debatir el campo de la comunicación y la salud, como también de la presentación de la perspectiva teórico-metodológica que ha orientado todo mi trabajo.

En el **segundo capítulo**, “Evolución del campo de la comunicación y salud: la tensión de la participación en las perspectivas informacional y relacional”, he trazado un panorama general de la comunicación para la salud, llegando a sus perspectivas más recientes y bajo el contexto de la Sociedad de la Información.

Representa un marco de contextualización de las teorías y enfoques que han influenciado el campo de la comunicación y salud, en especial a partir de la tensión establecida en el campo de la salud entre *la perspectiva informacional* y las perspectivas más recientes con las cuales he trabajado, *la perspectiva relacional de la comunicación*. Esto se ha hecho a partir de un recorrido desde la perspectiva desarrollista, momento histórico importante de la comunicación

también para el campo de la salud y que ha influenciado los países de América Latina en sus acciones; llegando a perspectivas que defienden la comunicación como un proceso de producción social de sentido en el marco de un contexto social y cultural.

Todavía en el segundo capítulo, presento el proceso de convergencia de las TIC en el ámbito de la salud, que está dando lugar al concepto de eSalud, a partir de las teorías, enfoques y retos que este movimiento presupone tanto para el campo de la comunicación y salud, como también para la formulación de políticas y estrategias públicas, llegando a ser considerado por algunos autores como un nuevo paradigma de la información y comunicación en salud, en consecuencia relevantes para entender y contextualizar la investigación.

Por fin, en el segundo capítulo dedico especial atención al tercer grande eje de la investigación, los procesos participativos en la salud y las estrategias comunicativas establecidas según los distintos modelos de participación, considerando que los conceptos de participación en salud han evolucionado paralelamente a las transformaciones de las políticas y sistemas de salud.

Son cuestiones consideradas fundamentales para la presente investigación, pues contribuyen a enfrentar de manera crítica temas actuales de la comunicación en salud, tales como: la superación de la visión instrumental de la comunicación y de las prácticas de divulgación en salud; la ampliación de la comunicación en el sistema de salud brasileño con el objetivo de promover una acción descentralizada, inclusiva y plural; y, finalmente, democratizar el acceso a las nuevas tecnologías de la información y de la comunicación.

En el **tercer capítulo**, “La Comunicación y la participación en Brasil en el contexto de la eSalud: Aproximación a los campos de análisis”, he desarrollado un análisis del campo de la comunicación y salud en Brasil, donde se contextualiza mi investigación. Así, fue necesaria una profundización capaz de enmarcar los dos estudios de caso en la realidad en la cual se sitúan.

En este propósito, he contextualizado el proceso de formación de las políticas públicas en Brasil como un proceso singular, de manera a reunir herramientas para presentar los problemas de la comunicación que emergen actualmente en el ámbito de la salud en Brasil y seguir con el debate en los estudios de caso en el último capítulo, planteando cuestiones con la finalidad de dar soporte teórico y metodológico a las políticas públicas de salud y sus estrategias comunicativas en el contexto de la Sociedad de la Información.

También en este capítulo, he contextualizado la participación en la política pública de salud en Brasil, el SUS – Sistema Único de Salud, territorio donde se ubican los estudios de caso que he desarrollado. Hecha la presentación anterior, he podido emprender el análisis de la comunicación en el contexto del SUS y trabajar a partir de la problemática de la participación en este campo, realizando un recorrido histórico de la comunicación para la salud en Brasil hasta llegar al tema de la comunicación y de la participación en el contexto del SUS. Por fin, he presentado el debate de la eSalud en Brasil, acercándome de esa manera al análisis de la comunicación y salud en Brasil a partir del debate de los usos de las TIC. Para finalizar el tercer capítulo, presento con más profundidad las singularidades de los dos territorios de la salud donde se ubican los casos que he elegido para presentar en la investigación.

Finalmente, para el **cuarto y último capítulo de la tesis**, presento los resultados de los análisis de los dos casos elegidos, que serán presentados en detalle en el próximo apartado: el programa gubernamental *Telessaúde Brasil Redes* y la *Radio Maluco Beleza*. Es el resultado no solamente del trabajo de campo que he emprendido, sino a partir del cruce de todo el material, datos, enfoques y teorías que he tenido contacto y presentado en los capítulos previos.

Todo el recorrido en la investigación, por lo tanto, fue considerado como campo de estudio, siendo que cada apartado de los capítulos anteriores fueron también elementos analizadores definidos a partir del cruce y análisis de la información recogida, sea de la revisión documental o de los estudios de casos. Todo el material tiene una coherencia a partir de la perspectiva relacional de la

comunicación que se busca para comprender y avanzar en el análisis de la participación en el campo de la comunicación y salud a partir del debate de los usos de las TIC.

La experiencia brasileña en el campo de la salud presenta singularidades, rasgos de la propia construcción de las políticas públicas. Son cuestiones constitutivas que emergen en este campo y que van a influenciar las distintas experiencias comunicativas, aparentemente opuestas, dentro de las grandes experiencias gubernamentales que he tenido contacto. Dentro del mismo campo de la salud, la Atención Básica en Salud (AB), donde se ubica el *Telessaúde Brasil Redes*, y la Salud Mental, territorio de la *Radio Maluco Beleza*, enuncian prácticas de cuidado distintas y construyen, como consecuencia, relaciones casi que opuestas entre los procesos comunicativos y la participación. Son distintos paradigmas en la organización del estado nacional que he podido observar dentro del Sistema Único de Salud brasileño (SUS) y presentar en esta investigación.

El territorio de la AB prevé diseños clásicos de participación en espacios determinados como el control social, con consecuencias para sus ofertas comunicativas, como el Programa *Telessaúde Brasil Redes*, que en la lógica de la comunicación tiene por objeto de la recepción una intervención técnica y unidireccional. En cambio, el campo de la salud mental, con influencias de la lucha por una manera distinta de mirar al sufrimiento de las personas y de rompimiento con los componentes clásicos de la intervención médica, como los manicomios o la psiquiatría medicalizante, abre espacios para que otras miradas sean incorporadas a los procesos comunicativos, como en el caso de la *Rádio Maluco Beleza*. Desde una perspectiva relacional, pone en circulación otros sentidos para los discursos sobre la locura y la enfermedad, como también hace un giro en la propia producción de la comunicación, toda producida por usuarios, trabajadores, comunicadores.

CAPÍTULO I

LA PERSPECTIVA TEÓRICO-METODOLÓGICA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. Hacia una perspectiva relacional de la comunicación

En este apartado expondré las principales teorías y conceptos que delinearon el diálogo establecido con la diversidad que representa los temas abordados en esta tesis, como también orientaron el eje metodológico de esta investigación. Son elementos teóricos del campo de la comunicación, de la sociología, de los estudios del lenguaje y del propio ámbito de la salud que funcionaron como dispositivos para pensar la práctica.

Resulta oportuno entonces, explicitar que he trabajado con algunos planteamientos de la teoría desde una idea fundamentada (Gibbs, 2012), en otras palabras, no he explicado la práctica partir de la teoría, sino que la teoría ha estado conectada con el campo de la investigación de arriba-abajo y de abajo-arriba (*top-down* y *bottom-up*), utilizando diferentes conceptos para comprender el campo de la comunicación y salud en Brasil.

Esta apuesta teórico-metodológica representa la comprensión de que el conocimiento no es resultado de una lógica cientificista y exclusiva, circunscrita a una única producción del pensamiento de la comunicación o de la salud, y ocultando otras lógicas de conocimiento que están en producción en lo cotidiano de las personas. Teniendo como presupuesto que la comunicación y la salud son procesos relacionales, de ahí emerge una multiplicidad de situaciones y contextos singulares, resultado de una negociación permanente de los muchos sentidos presentes en lo cotidiano.

En consecuencia, implica un posicionamiento sobre la comprensión de la relación entre teoría y práctica, considerando que he elegido como diseño metodológico el estudio de caso de dos experiencias del uso de las TIC en el ámbito de la salud en Brasil, que serán detalladas más adelante. Partiendo de un *paradigma más interpretativo*, donde la teoría y la práctica están en el mismo nivel, entiendo que la teoría es interactiva con la práctica, y no anterior a ella. Como resultado del diálogo entre teoría y práctica, he encontrado teorías formales, no formales y distintos niveles de conceptos, considerando que las personas tienen también

distintas miradas respecto a lo que está pasando a partir de una mirada *no representacionista* de la realidad.

Como es un estudio de caso, enfatizo no sólo la construcción de teorías, sino que incorporo también las teorías existentes, en una *mezcla de la inducción con la deducción* (Carazo, 2006). Así, trabajo la teoría en diferentes niveles y dimensiones, como un bricolaje, para dialogar con las cuestiones que emergieron de la práctica: herramientas teóricas, conceptuales, metodológicas y relacionales, en un proceso inductivo y emergente de la relación con el campo.

No obstante lo presentado anteriormente, y consciente de mis caminos previos como una especie de gafas que llevamos respecto del mundo a partir de elementos teóricos y conceptuales, también fruto de esa interacción permanente con la práctica, algunos planteamientos preliminares me hicieron interaccionar con el campo de estudio.

Como consecuencia de eso, desde el punto de vista más epistemológico de creación de conocimiento, me sitúo como investigadora que a pesar de ser consciente de estas gafas, también he buscado otras tantas para leer lo que estaba pasando, reiterando la idea de que no existe una idea jerárquica del conocimiento respecto de la teoría y de la práctica. Así, lo presentado en ese momento son cuestiones planteadas por mí a partir de una mirada inicial hacia el campo. Son autores o teorías que desde algunas perspectivas me influyeron en la investigación y que presento a continuación.

Partiendo de un análisis de los enfoques actuales en el campo de la comunicación y salud, se considera que los sentidos atribuidos a los objetos se construyen de manera intersubjetiva, negociada en el contexto de las relaciones y de las instituciones, y fundamentan las relaciones entre las personas y entre éstas y la naturaleza, la salud, la enfermedad (Pitta, 1995). La comunicación, en suma, es vista como un proceso complejo y dinámico de tensión y negociación de significados.

Por lo anterior, he trabajado la comunicación como una práctica social y como un

espacio de producción de los sentidos en lo cotidiano, atravesado a su vez por una cantidad de elementos que influyen y producen nuevas y distintas maneras de ver y comprender lo que he investigado: la salud, el cuidado, la comunicación, las TIC, la participación.

Una comunicación que no puede ser percibida por la salud solamente como técnica sin relación con los procesos y prácticas sociales, o solamente yuxtapuesta a éstos, en el sentido estricto del ejercicio de su dimensión instrumental. Pero, una comunicación comprendida como *inherente* a los procesos de determinación de la enfermedad, de construcción de los modelos de atención a la salud, a las relaciones entre servicios y la población, inherente a las maneras contemporáneas de construcción de los actores y de las identidades sociales, de organización de las demandas al campo gubernamental, y a los procesos de conocimiento y de la propia realidad social (Pitta, 1995:258).

Precisamente con el objetivo de responder a estas cuestiones, en las últimas décadas del siglo XX se empezó a desarrollar un pensamiento más complejo para el abordaje de la realidad social desde la comunicación. Los estudios culturales, las teorías del discurso y las teorías de la recepción aportaron los fundamentos conceptuales para el surgimiento de una nueva perspectiva que puso el foco en las relaciones a través de las cuales se construye el sentido en una sociedad (Díaz, 2011; Araújo y Cardoso, 2007). Tales abordajes intentan ampliar el sentido del lenguaje no sólo como un conjunto de códigos, sino como un lugar donde la gente manifiesta su presencia, establece vínculos, direccionan sus acciones y la trayectoria de los acontecimientos.

Los autores latinoamericanos empezaron a ser reconocidos y la teoría de las mediaciones ha ganado fuerza, trayendo al centro de la escena teórica la cultura, lo cotidiano y las tácticas y estrategias de la apropiación de la comunicación mediática e institucional. Los estudios de recepción, a su vez, demandaran mayor conocimiento de los grupos sociales y sus contextos. Las nuevas tecnologías de la comunicación e información, las TIC, y las perspectivas de la sociedad de la información y del conocimiento ampliaron la discusión sobre la relación entre

comunicación y poder. La teoría social de los discursos, que trata de la producción social de los sentidos, ha conquistado adeptos entre aquellos dedicados a la reflexión de la práctica social, incluso en el campo de la salud (Araújo y Cardoso, 2007).

Desde los estudios culturales, interesa rescatar que fue un movimiento teórico que trae al debate la cultura como el intrincado conjunto de todas las prácticas sociales y estas prácticas como una forma común de la actividad humana que configura el curso de la historia. Hartley (2004, apud Sousa, 2003:110) expresa que los estudios culturales buscaron “explicar las diferencias y las prácticas culturales no por referencia a los valores intrínsecos o eternos (¿en qué medida son buenos?), pero en relación con el mapa global de las relaciones sociales (¿en cuyo interés?)”. Por lo tanto, el poder y las relaciones de poder y dominación se convirtieron en un objeto de los estudios culturales. A partir de influencias de la obra del filósofo marxista italiano Antonio Gramsci sobre la hegemonía y el poder de los grupos sociales, el análisis del poder introduce la necesidad de considerar las negociaciones, los compromisos y las mediaciones (Sousa, 2003; Mattelart y Mattelart, 2005).

Sin embargo, he avanzado en el tema de las relaciones de poder que plantearon los estudios culturales para lograr comprender el campo de la comunicación y salud actualmente, superando también las definiciones más clásicas de cultura. Eso porque, considerar la comunicación desde una perspectiva relacional implica reconocer una disputa por el poder de hacer ver y hacer creer, constitutivo de las relaciones y de la práctica comunicativa, es decir, de las disputas de sentidos que se dan en los procesos comunicativos en el campo de la salud: qué las personas tienen que saber, cuáles las conductas saludables, cuáles son las necesidades de salud, entre otros temas.

En tal sentido, el paradigma de poder que propone Foucault (1995, 2001, 2007) rompe con las concepciones más clásicas al afirmar que el poder no puede ser localizado en una institución o en el Estado, no es considerado como un objeto que el individuo cede al soberano (concepción contractual jurídico-política), sino

una relación de fuerzas, una situación estratégica en una sociedad en un momento determinado. En suma, el poder no es vertical y descendente, más bien es el resultado de relaciones múltiples que se encuentran en todas partes. El sujeto, por lo tanto, está atravesado por relaciones de poder y no puede ser considerado independientemente de ellas. El poder, para Foucault, no sólo reprime, sino que también produce: produce efectos de verdad y produce saber, en el sentido de conocimiento.

Iriart, Franco y Merhy (2011), en ese camino, también ofrecen reflexiones interesantes para el campo específico de la salud al dislocar las cuestiones del poder, y de cómo los usuarios son construidos e influenciados actualmente por el sistema capitalista y neoliberal en la salud. Los autores traen al debate la presencia de un intenso proceso de control y regulación de los cuerpos al convertir pacientes en consumidores, y que las informaciones operan como mecanismos para capacitar a tales consumidores. Tal perspectiva me ha ayudado a avanzar en las cuestiones más actuales en referencia a la idea foucaultiana del biopoder, a partir de un sinfín de técnicas empleadas como instrumento del control del cuerpo social.

Según Foucault (1980, 2007), dos técnicas de biopoder surgen en los siglos XVII y XVIII: la primera es la llamada técnica disciplinaria o anatomía política, que tiene por objetivo producir a los sujetos de acuerdo con intereses determinados, a partir de prácticas investigativas de sus comportamientos y de sus cuerpos. La disciplina, como afirma el autor, es el instrumento principal del control del cuerpo social para la producción de cuerpos dóciles y fragmentados. Esta disciplina, a su vez, opera a partir de distintas técnicas, como la vigilancia o el control, por ejemplo, siendo caracterizada por el Foucault como una disciplina anatomopolítica.

La biopolítica caracteriza el segundo grupo de técnicas, que centra sus esfuerzos en las poblaciones y grupos de personas regidos por cantidad de informaciones evaluables y calculables: tasas de natalidad, mortalidad, movilidad, entre otras. Este conocimiento es transformado en grupos de informaciones tratadas e

interpretadas, posibilitando el control más eficaz de la población según distintos intereses. El poder, por lo tanto, adquiere un sentido en el cuerpo y en la vida de las personas a partir de distintas técnicas, llamado entonces de bipoder.

Esta idea de poder afecta también al campo de la comunicación y salud, y si bien la disputa de un modelo relacional de la comunicación apuesta por espacios más participativos y por una ruptura en la matriz lineal de la comunicación, interesa razonar que el poder de “tener voz” y de “participar” no establece necesariamente una relación de libertad de los individuos, relaciones también enmarcadas en campos de poder y disputas. Las propias TIC en el campo de la salud, si bien favorecen la participación, son también espacios que ofertan temas, discursos, conductas de usos, en una disputa interesada de capturar el “querer” y el “hacer” de las personas.

La superación de las teorías conductivistas, del clásico receptor-emisor, introduce la idea de la tematización, relacionada con los planteamientos anteriores y de interés para esta investigación. Badia (1992), al trabajar el tema de la comunicación política, y recorriendo a las ideas de Niklas Luhmann¹, trae al debate la construcción interesada de una agenda de temas en la llamada opinión pública, una construcción de diferentes sentidos y realidades por medio de la selección y del tratamiento de las informaciones. Desde esta mirada, es posible reflexionar sobre los temas de salud considerados necesarios tematizar, es decir, los temas trabajados en el espacio público e identificados como interés de los colectivos y segmentados por categorías como enfermedades, clases sociales, etc. La pregunta, por ejemplo, *¿de qué vamos hablar?*, tiene cantidad de contenidos predeterminados que no proporcionan necesariamente a los individuos la posibilidad de hablar desde sus propias miradas.

Lo planteado anteriormente está relacionado con los estudios de recepción, que

¹ Para este autor, la tematización define lo que es importante para la opinión pública con el objetivo principal de simplificar los mecanismos sociales y conseguir de esta manera la estabilidad del sistema y del “status quo” dominante. Por tanto, la ciudadanía es eliminada del debate racional sobre los aspectos públicos, limitándose a ser una espectadora pasiva que comprende los aspectos que los medios consideran prioritarios, dando lugar a una estructura común de sentido, que evita la desintegración del sistema social. Así, la tematización es utilizada en el sistema social, económico y político, para simplificar la complejidad de las sociedades actuales y permite una auto asimilación de los estereotipos presentes en las mismas, con la consecuente pérdida de calidad democrática (Simelio, 2006:61).

superan el hecho de que el receptor viene determinado por la información que recibe. Al contrario, el digiere, revisa o comprende la información, los *inputs* que le vienen del entorno a través de sus propias interpretaciones, relaciones e intersubjetividades a partir de múltiples mediaciones que actúan en el entorno (Berrio, 1989). Esta cuestión tensiona incluso la propia capacidad de pensar y producir sus propios contenidos, una mirada que interesa a la perspectiva relacional de la comunicación.

Como se señala Gómez (1997:113-128):

Esta perspectiva está mediada por diferentes elementos que deriva del propio receptor y de las instituciones de las que el receptor es parte en la cultura, la política, la economía, la clase social, el género, la edad, el origen étnico, las condiciones situacionales y contextuales, en las instituciones, los movimientos sociales, así como en la mente de las personas, en sus emociones.

Siguiendo por ese camino, y también ampliando el tema de la cultura, desde Martín-Barbero (1991) rescato la aproximación que se hace entre cultura y comunicación, liberando la comunicación del espacio restringido de los medios al espacio de la cultura. Señala, de esa manera, que las mediaciones tienen una relación directa, no necesariamente sólo con los medios de comunicación, pero con el proceso de comunicación. Una vez que la comunicación no se establece lineal y simétrica, lo que existe es una relación mediada por los contextos en los que se establece el proceso comunicativo.

Sin embargo, y de manera a avanzar en tales perspectivas, los estudios más recientes de la comunicación, en especial en el campo de la salud donde el objeto son las interacciones que se establecen entre los sujetos, han superado a los estudios de recepción, pues analizan no solamente la apropiación de los mensajes en el polo receptor (receptores o públicos de los mensajes), sino que miran hacia el sentido de la experiencia como un todo, incluyendo la perspectiva del polo emisor en el contexto y situación de la interlocución (Rozemberg, 2006; Spink, 2013).

Así, entre los diferentes conceptos que se mueven el campo de la comunicación y la salud, destacamos, siguiendo a Araújo y Cardoso (2007), aquellos que entienden la comunicación como un proceso permanente y disputado por asignar sentidos a los acontecimientos, fenómenos, experiencias y discursos sobre el mundo y la sociedad. Existen muchas ramificaciones de este punto de vista, entre los que se señala la recusa de establecer un significado predeterminado y terminado en cada palabra, que puede ser transferido y comprendido por el "receptor" tal y como imaginaba el "emisor".

La figura de un receptor se disuelve bajo esa mirada, y pasa a configurarse en una multitud, que recibe y a su vez produce cantidad de significados para la salud, el bienestar, el cuidado, la vida. Para las teorías más positivistas de la comunicación, esta multitud se convierte en ruidos que deberían ser eliminados de la escena comunicativa. Sin embargo, desde una perspectiva relacional, horizontal y dialógica, estos ruidos deben estar en negociación, y configuran los muchos sentidos y significados, procesos, actitudes que puedan relacionarse con temas de la salud.

Desde el universo de la salud, algunas teorías me han ayudado a comprender y reflexionar sobre los procesos comunicativos en el ámbito a partir de una perspectiva más relacional de la comunicación. En especial, las teorías de Merhy (2006) sobre el cuidado y el trabajo en salud, la relación entre trabajadores, trabajadores y usuarios, como una interacción comunicativa donde circulan un sinfín de sentidos para la salud y la vida. Segundo el autor, tal interacción es caracterizada por un proceso agenciado por los sujetos, y que trae en sí el atributo de la libertad, de la creación, de la inventiva. Significa que el trabajo en salud se procesa en acto, en las relaciones que subyacen el cuidado en la salud.

Este proceso relacional es impulsado por la libertad inmanente al "trabajo vivo en acto", y va operando relaciones en flujos de alta intensidad al interior del proceso de trabajo. Estos flujos producen una conexión entre trabajadores, usuarios, personas y cosas, que se encuentran en el plano del proceso de producción del cuidado y son partes constitutivas del mismo. (Merhy, 2006:13, los grifos son míos)

Tal perspectiva conduce a una reflexión sobre los procesos comunicativos en el campo de la salud como un lugar de interacción, de producción de sentidos, pero también de disputas e intereses. Para enfrentar este proceso, Franco y Merhy (2011) defienden que

(..) el cambio en la producción del cuidado está marcado por nuevas subjetividades activas en la producción del cuidado, de un modo de trabajar en salud que tiene como *centro el campo relacional, abriendo el encuentro con los usuarios a espacios de habla, escucha, miradas y signos que tienen sentido para ambos*, trabajador y usuario, y forman el centro del proceso de trabajo” (Franco y Merhy, 2011:18, los grifos son míos).

En tal sentido, el encuentro entre los actores, sean trabajadores o usuarios, es comprendido como un espacio privilegiado de circulación y producción de sentidos en el cuidado en salud, por lo que la comunicación debería dedicar especial atención, validando los contenidos que ahí emergen. Por esta razón, se hace necesario poner el foco en estos espacios como objeto de interés, para lograr contraponer las cuestiones predeterminadas por interlocutores y discursos históricamente legitimados en el campo de la salud. Trabajadores y usuarios no son “cajas vacías”, sino llenos de concepciones sobre la salud.

En ese sentido, lo que plantea Latour (2012) con respecto a las relaciones de simetría me ayudan a reflexionar sobre la legitimidad de las voces en el campo de la salud, espacio de disputa de aquellos que fueron, a lo largo del tiempo y bajo múltiples influencias, legitimados a hablar, y de esa manera potenciar la discusión de lo relacional en los procesos comunicativos. El autor defiende que relaciones simétricas superan la discusión de un lugar de igualdad o desigualdad en los saberes que, en mi caso, conciernen al campo de la salud: qué es bueno o malo, cuales son las actitudes correctas, qué es el bien estar o las necesidades de salud, entre tantos otros tema.

Lo que se plantea es que son todos productores legítimos de conocimiento, y que por lo tanto detectores de una legitimidad para hablar en el campo de la salud desde su propia experiencia. La cuestión de la simetría aparece en el campo de

las ciencias humanas y sociales como también en el campo de la salud en el sentido de que reconocer a los procesos sociales y culturales como procesos asimétricos significa sacarlos de una eterna condición de desigualdad.

Reconocer la simetría, y por consecuencia, la asimetría, es reconocer las singularidades que hacen de cada uno diferentes entre sí (Latour, 2012). Sin embargo, lo que han hecho los procesos sociales, las prácticas discursivas, y los juegos saber y de poder, es convertir las diferencias en desigualdades, en ruidos, sin margen para emerger las resistencias, los conocimientos de las personas como sujetos activos de los procesos. Desafortunadamente, las prácticas de salud y sus estrategias comunicativas reproducen estos modelos de desigualdad.

Siguiendo en ese camino, y a partir de una concepción del lenguaje como el lenguaje en uso, más precisamente, comprendiendo el lenguaje también como práctica social, tratamos de trabajar la interrelación entre los aspectos performativos de la comunicación y las condiciones de producción, entendidas tanto como contexto social e interaccional, en el sentido foucaultiano de las construcciones históricas. Utilizamos, por lo tanto, terminologías diferentes para trabajar en diferentes niveles de análisis.

Cualquier fenómeno social se puede ver a la luz de regularidades, como es el caso por ejemplo de la Epidemiología en relación con los fenómenos en el campo de la salud. Sin embargo, si buscamos comprender los sentidos que una enfermedad asume en la vida diaria, empezamos a centrarse en el lenguaje en uso. La mirada, de esa manera, cae sobre la no-regularidad y la polisemia (diversidad) de las prácticas discursivas (Spink, 2013).

Por lo anterior, la teoría de la polifonía social de Mikhail Bakhtin ha influenciado en las prácticas comunicativas más recientes en materia de salud como un lugar de producción social de sentidos. Como propone Bakhtin (1992), cada palabra tiene múltiples significados y está habitada por diferentes voces, lo que configura una polifonía anclada en la alteridad como principio ontológico, pero también en la estructura social desigual.

Según Bakhtin (1992), en cada habla, enunciado o texto, está expresada una multiplicidad de voces, aunque la mayoría no sea consciente por quien habla. Las voces representan distintos intereses y posiciones en la estructura social, haciendo con que el lenguaje sea un campo de disputas sociales, en el cual son propuestas, negociadas y ratificadas o rechazadas las relaciones de poder.

El autor trabaja a partir de un presupuesto importante para la comunicación, el contexto, cuando afirma que el lenguaje es indisociable de su contexto de producción sociocultural. Defiende que el papel principal del lenguaje es la comunicación, siempre considerada en su contexto socio-histórico-cultural. Sostiene que comunicarse implica actuar dialógicamente con interlocutores que están situados socio-históricamente. El dialogismo aquí remete hacia la diferencia de intereses y los embates sociales, tal como esos ocurren en el plano de la lengua, comprendida como una fuerza viva y constituyente de los sentidos sociales y de las relaciones de poder.

En este enfoque, los diferentes contextos - históricos, económicos, políticos, institucionales, y también textuales, intertextuales, existenciales y situacionales juegan un papel decisivo en los procesos de comunicación (Araújo y Cardoso, 2007). El proceso de comunicación no se limita a la transmisión de contenidos predeterminados, pero se entiende desde una perspectiva de producción de sentidos, en la cual se toma en consideración no solamente los signos y los códigos empleados en un discurso, sino más bien la propia realidad (referente) de la comunicación (Pintos, 2001), es decir, el contexto en el cual están actuando los sujetos que participan en el proceso comunicativo.

Del sentido, materializado en un discurso que circula de un emisor a un receptor, no se puede dar cuenta con un modelo determinista. Esto quiere decir que un discurso, producido por un emisor determinado en una situación determinada, no produce jamás un efecto solo y uno solo. Un discurso genera al ser producido en un contexto social dado, lo que podemos llamar un campo de efectos de sentido posibles. (Verón y Sigal, 1986:15)

Así, en lugar del esquema lineal de emisor-estímulo-respuesta, *la perspectiva relacional* contempla un circuito constituido por las instancias de **producción, circulación y reconocimiento**. Estas instancias no son consideradas como estáticas, sino que se enmarcan en un conjunto de condiciones de tiempo, espacio y relaciones sociales dinámicas. En suma, condiciones de producción, circulación y reconocimiento que configuran, en la trama discursiva, una determinada realidad socio-cultural.

Lo que esta perspectiva hace es incorporar dos elementos claves que permiten entender mejor lo que sucede en los fenómenos sociales en tanto procesos de producción de sentido: las mediaciones a través de las cuales se construyen las relaciones sociales y la cultura como terreno que abona (y condiciona) estas relaciones. (Díaz, 2003:39-40)

La comunicación en el campo de la salud dentro de este razonamiento, en lugar de valorar solamente a los discursos tradicionalmente autorizados, tales como las instituciones y servicios/equipos de salud, reconoce la existencia de una polifonía social, con una capacidad de acoger y amplificar las muchas voces que contienen cantidad de significados posibles para la salud, y no marcada únicamente por la ausencia de enfermedades. Es también una comunicación que entiende que el conocimiento sobre la salud no se produce solamente a partir de los conocimientos técnicos y científicos, sino que se da a través de la articulación de un conjunto de prácticas, conocimientos, recuerdos, expectativas, emociones, etc., constituidos por las voces que emanan de todos los actores implicados en el proceso de salud: las instituciones, los trabajadores y la población.

Los “significados”, aunque tengan la propiedad de estar siempre relacionados con la cultura, designa algo que sería inmanente a las palabras y a los objetos, algo concreto y dado de antemano, sin depender de los contextos. En teoría, un significado podría transferirse de una persona a otra y, en ese caso, la lengua sería solamente un medio de expresión de un contenido predeterminado (lo que sería una visión instrumental de la lengua). Los “sentidos”, en cambio, tienen los atributos de la pluralidad y del dinamismo, y designa algo en permanente construcción. Los sentidos son producidos en situación, en un acto comunicativo,

y de ser así, son mutables y negociables, lo que confiere a los sentidos una característica importante para la comunicación (Araújo y Cardoso, 2007; Spink, 2013).

Hechas las consideraciones anteriores, destaco también, como perspectiva relevante para mi investigación, la necesidad de desplazar y ampliar el concepto y los sentidos de la eSalud, superando el uso de las TIC como artefactos tecnológicos para la comunicación a distancia, la telemedicina, o la inclusión de programas y software en los servicios de salud. Importante aquí, desde una perspectiva relacional de la comunicación, considerar de manera crítica los problemas y cuestiones que emergen en el campo de las TIC en la salud, para que se reconozca la existencia de una polifonía social, con la capacidad de acoger y ampliar las muchas voces que contienen una multiplicidad de posibles significados para la salud y la vida.

Considerando que la discusión en el campo de comunicación y salud debe tener como presupuesto las singularidades de contextos a partir de una perspectiva de construcción de sentidos, tampoco se puede emprender una mirada sencilla hacia los usos de las tecnologías en el campo. En tal sentido, la perspectiva de la construcción social de las tecnologías me ha ayudado a reflexionar sobre este campo de interés. Tal perspectiva defiende que solamente por el uso y por la perspectiva del usuario una tecnología es absorbida en el social y reconocida en su calidad y meritos (Guimarães, Silva y Noronha, 2009). También, resalta la importancia de una mirada más cautelosa sobre los contextos institucionales y culturales cuando pensamos el proceso de la eSalud, hecho que va de encuentro con la perspectiva de la comunicación que he buscado comprender en la investigación.

El campo de investigación de la "construcción social de la tecnología" (*Social Construction of Technology – SCOT*) (Pinch; Bijker, 1984) forma parte de un conjunto de enfoques teóricos y metodológicos que se encuentran bajo el paraguas del movimiento de *Shaping of Technology – SST* (William; Edge, 1996), que sostiene que una tecnología no es ni puramente tecnológica, tampoco emana

directamente de una estructura o demanda social. Más bien, ha sido diseñada, desarrollada y alcanza su estabilización tejida en una compleja y mezclada red de actores, intereses, estrategias y actividades. El punto central es entender que son realizadas elecciones, y que cualquier perspectiva de imperativos o determinismos (tecnológico, científico, político, económico o social) es impotente para describir cómo las tecnologías llegaron a su forma final. Es, después de todo, no una tecnología, sino un dispositivo socio-técnico (Guimarães, Silva y Noronha, 2009).

En común, estas perspectivas comparten que:

- El proceso de desarrollo de la tecnología es siempre contingente;
- Las tecnologías nacen bajo el conflicto, la diferencia y la resistencia;
- Las tecnologías están involucradas en las estrategias de los actores, y sólo cuando el acuerdo es posible es que las tecnologías toman forma y el sentido social más amplio;
- Tanto las estrategias como sus consecuencias son un fenómeno emergente en las relaciones entre el sistema de actores. Es decir, que nacen en el curso de la acción y, de forma recursiva, se influyen.

Con los años, la perspectiva teórica SCOT resultó ser muy productiva para analizar el desarrollo y apropiación de las TIC en los diferentes contextos sociales. En resumen, y para el interés de esta discusión, el enfoque SCOT defiende que el proceso de innovación que conduce a la apropiación y al uso de la tecnología es complejo, colectivo y sometido a intensas negociaciones de sentido, enmarcadas e informadas por el contexto en el cual los actores se posicionan.

Eso implica afirmar, tal como he podido observar, que a lo largo del proceso de la eSalud cambian tanto el contexto y las relaciones entre los actores, como también los artefactos. Esta afirmación es relevante para lo que busco alcanzar, es decir, ampliar el debate de la eSalud en el contexto de la comunicación, considerando que su aplicación no se da de la misma manera en todos los lugares y, por consiguiente, tales singularidades deben ser consideradas en el proceso, en

especial para las políticas públicas en el ámbito.

La participación, como uno de los ejes fundamentales de esa investigación, está atravesada por todas esas cuestiones que he tratado hasta el momento. Las perspectivas y prácticas de la comunicación, de la salud, de los usos de las TIC afectan a las estrategias de participación. En tal sentido, he podido entrar en contacto con una gran cantidad de conceptos, definiciones, prácticas y enunciados de la participación en salud, que tuve el cuidado de traer al debate en la investigación. Estoy de acuerdo con Araújo (2007) cuando afirma que los procesos comunicativos en el campo de la salud tiene un papel que desempeñar en las acciones que implican la participación de las personas y, según cómo se haga, puede fomentar dicha participación, o ponerle trabas.

La comunicación puede favorecer la participación cuando son desarrollados procedimientos y prácticas que amplifican las voces de la población, por lo general amortiguado por las voces de las instituciones; cuando se ofrecen a esta población conocimiento adecuado de sus derechos y otra información para facilitar su relación con las instituciones y servicios de salud; y cuando facilite que las comunidades produzcan su propia comunicación, o sea, en un lugar donde se reconozca y circule sus intereses y puntos de vista.

Sin embargo, fue importante realizar un giro en la propia idea de participación, y pensarla no como un concepto abstracto o algo que se supone dado de antemano, sino como una práctica social, y como tal enmarcada en distintos movimientos, teorías, discursos. Además, me ha interesado contextualizarla en los caminos que he recogido en la investigación. Comprendo que la participación existe en los distintos abordajes de la comunicación que he tratado con más relevancia, por observar que son los más destacados en el campo de la comunicación y salud actualmente: la matriz informacional y la perspectiva relacional, tal como será presentado con más detalle en el segundo capítulo de esta tesis. Tales perspectivas influyen en la manera como cada grupo piensa la participación, y consecuentemente, influyen en los proyectos, en las políticas, en las acciones, etc.

La vertiente de la comunicación participativa, que no llega a ser un modelo de comunicación propiamente dicho, pero que ha influenciado de manera importante el campo a partir de las ofertas del educador brasileño Paulo Freire (1973, 2004, 2005), enuncia una promesa de participación. Las corrientes más recientes de lo que es la comunicación para el desarrollo tienen como propuestas metodologías participativas. La política pública brasileña en el campo de la salud establece como uno de sus principales ejes la participación social, tal como lo proponen los organismos internacionales del ámbito. También, las TIC vienen acompañadas de la promesa de que su efecto en los usuarios es la ampliación de la participación, casi como una consecuencia natural de sus posibilidades.

He rastreado una comprensión de la participación que va más allá de la discursividad, considerando que el hecho de enunciar la participación no conduce necesariamente a que las personas participen en los procesos dichos “participativos”. Por lo tanto, he realizado una búsqueda en distintas perspectivas teóricas de las ciencias sociales para componer este pensamiento más complejo de la participación en los procesos comunicativos en salud. En especial, a partir de la perspectiva relacional que me interesa observar.

En muchos casos, la participación se presenta, recogiendo la idea de Foucault (2007), como una conformación de “universales”, es decir, aquello que sería ideal para toda una sociedad. Sin embargo, tal y como sostiene el autor, existe una producción interesada de la verdad que engendra una captura práctica y conceptual, bajo la cual están enmarcadas distintas perspectivas de enunciar la realidad social. Al quitar de la escena la participación como un universal la pregunta que se plantea es, ¿con qué participación quedamos?

Montero (2009, 2010) relaciona la participación de las personas con el fortalecimiento de los colectivos, desarrollando controles y dominios sobre las circunstancias de vida, sobre el entorno y sobre los recursos necesarios para que esa vida sea considerada buena, pilar fundamental en cualquier actividad. Eso porque, la participación de los colectivos es el elemento que permite visibilizar las

necesidades y los recursos de esos espacios, para así promover y generar discusiones que tengan sentido para las personas y colectivos.

Esto implica que la participación no sea simplemente un acceso a la información o consultas de opinión, como afirma Villasante (1997), pero envuelve tomas de decisiones compartidas después de un conocimiento, con tiempo suficiente y mecanismos claros, de los problemas y de las alternativas. Así, no se trata solamente de repetir acciones bien sucedidas, modelos determinados, sino que construir colectivamente estrategias singulares y negociadas de acuerdo con las particularidades y necesidades de cada espacio de acción.

De ser así, he podido comprender a lo largo de la investigación que la participación no tiene en sí misma un carácter positivo o negativo, no existe bajo valores como la verdadera o la genuina participación, como también no está dada de antemano según prevé ciertas estrategias o herramientas. Esto implica el reconocimiento de que no existe una relación dicotómica entre el plano discursivo de ciertas intencionalidades y su efectiva concreción en las prácticas, es decir, no necesariamente aquel que enuncia la participación la realiza.

Profundizando desde la perspectiva relacional, a partir de las instancias de producción, circulación y reconocimiento, como también de los muchos campos de sentido que he buscado, *comprendo que la participación está relacionada a la posibilidad de circulación y negociación de la multiplicidad de sentidos sociales que existen en los procesos comunicativos*, más allá de los medios de comunicación. Se refiere *al espacio en el que uno puede tomar una posición para hablar de los objetos de los que se ocupa en su discurso*², por ejemplo, sus conocimientos sobre su salud, sobre su bienestar, sobre su cuerpo y su vida, sobre su trabajo en interacción con los usuarios, y no se refiere necesariamente a los discursos oficiales de las instituciones de salud, los científicos, manuales, expertos, entre otros.

² Recojo a la idea del saber que oferta Foucault (2002), precisamente en su obra *la Arqueología del Saber*, que entiende que el saber comprende el dominio compuesto por diferentes objetos, que pueden o no adquirir un estatus científico. El autor define el saber cómo las posibilidades de uso y apropiación ofrecidas por el discurso.

Reconocer la multiplicidad y legitimar otras voces en la escena comunicativa en el campo de la salud son principios importantes previstos en la perspectiva relacional, y puede caracterizar procesos participativos más equitativos y democráticos.

1.2. Los estudios de caso: *Rádio Maluco Beleza* y *Telessaúde Brasil Redes*

Para acercarme y comprender la realidad de las interacciones que el uso de las TIC generan en el campo de la salud, a partir de la perspectiva teórico-metodológica de la investigación, he elegido presentar un estudio de casos a partir de la inmersión en dos experiencias significativas en Brasil: la *Radio Maluco Beleza*, protagonizado por los usuarios de la Red de Salud Mental de Campinas (municipio del Estado de São Paulo); y el programa *Telessaúde Brasil Redes*, una acción nacional que busca mejorar la calidad de la atención en el Sistema Único de Salud (SUS), con inserción a partir de un núcleo específico localizado en el estado brasileño de Bahia.

El estudio de casos, contruidos *como casos múltiples de análisis* (Yin, 1989, 1998, apud Carazo, 2006)³, representa una inmersión en el campo de la comunicación y salud en Brasil orientada a descubrir, captar y comprender las dinámicas presentes en contextos singulares a partir de los espacios que he recorrido, destacando la importancia de comprender los distintos procesos de aplicación de las TIC en salud, y teniendo como presupuesto la idea de que tales contextos no representan una relación de causa o consecuencia de determinadas teorías, sino que interactúan con los múltiples sentidos sociales. De esa manera, me ha permitido profundizar en el debate de los distintos usos de las TIC y la tensión que establece para la participación de los actores a partir de una mirada hacia los procesos comunicativos.

Por lo anterior, he considerado cuestiones vinculadas a la práctica profesional y la relación con y entre los usuarios, y que pueden ser encontradas en las experiencias cotidianas de las acciones comunicativas en el campo de la salud.

³ (..) Para Yin (1989, 1998), la cuestión de generalizar a partir del estudio de casos no consiste en una “*generalización estadística*” (desde una muestra o grupo de sujetos hasta un universo), como en las encuestas y en los experimentos, sino que se trata de una “*generalización analítica*” utilizar el estudio de caso único o múltiple para ilustrar, representar o generalizar a una teoría sí, incluso los resultados del estudio de un caso pueden generalizarse a otros que representen condiciones teóricas similares. Los estudios de casos múltiples refuerzan estas generalizaciones analíticas al diseñar evidencia corroborada a partir de dos o más casos (“*replicación literal*”) o, alternativamente, para cubrir diferentes condiciones teóricas que dieran lugar, aunque por razones predecibles, a resultados opuestos (“*replicación teórica*”).

De esa manera proporcionaron elementos para discutir la participación a partir de uso de las TIC en el campo de la comunicación y salud.

Me aproximé de cada espacio, por un lado, a partir de la *combinación de distintas herramientas metodológicas y conceptuales, de carácter más cualitativo, y de diferentes fuentes de datos*. De otra parte, con *intenciones distintas*, siempre de acuerdo con las singularidades y necesidades de los encuentros, considerando la característica multimétodo de los estudios de caso (Carazo, 2006; Valles, 1999). Eso me ha posibilitado *captar la diversidad que refleja la realidad de los procesos comunicativos en el campo, considerando que no existen prácticas homogéneas de cuidado en salud*. También, me ha permitido estudiar el fenómeno del uso de las TIC y la participación en el campo de la salud desde múltiples perspectivas y no desde la influencia de una sola variable (Chetty, 1996, apud Carazo, 2006).

En los estudios de casos emprendidos, he profundizado en aspectos concretos de análisis que me permitieron cubrir distintos planteamientos analíticos de interés de la presente investigación (Yin, 1989, 1998, apud Carazo, 2006), a partir de un *muestreo de carácter intencional*, que ha emergido tanto a partir del contacto con los contextos y sus singularidades, como a partir de la reflexión que se daba con la documentación e investigación bibliográfica realizada.

En tal sentido, he buscado dialogar con los distintos discursos que componen los procesos comunicativos en el campo de la salud, permitiendo conocer cuáles son los elementos que se relacionan en cada uno de los problemas investigados. Tomando la perspectiva relacional como eje para pensar la participación en el ámbito a partir de los diferentes usos de las TIC, he centrado la investigación en una multiplicidad de voces, sea de los usuarios, de los trabajadores, de datos secundarios, posicionando la propia investigación en un lugar de rompimiento con modelos de análisis que no logran cambiar la dicotomía salud/enfermedad, o bien la linealidad de la comunicación emisor/mensaje/canal/receptor.

Por un lado, he buscado comprender las relaciones y la producción social de sentidos en el ámbito, además de promover la escucha y conocer las distintas

miradas desde aquellos que por lo general se quedan al margen de los procesos de construcción de políticas de salud, como los usuarios. Por otro lado, entiendo que comprender, desde la mirada de los trabajadores de salud, cómo se da la participación en los procesos comunicativos también es objeto de estudio de esta investigación. *Al contemplar tanto los usuarios como los trabajadores, y solamente en esta condición, tendría las bases para una visión más global del tema*, donde los informantes que componen los servicios han podido elaborar una narrativa de lo qué y cómo está sucediendo la participación en los procesos comunicativos en salud a partir del uso de las TIC en los espacios analizados.

Trabajar desde una perspectiva relacional de la comunicación me ha demandado no solamente una multiplicidad de abordajes teórica y conceptual, pero también un *posicionamiento múltiple* frente al estudio de caso, *caminando por métodos deductivos y inductivos de investigación, pero también de manera abductiva*. He analizado los procesos comunicativos en el campo de la salud no solamente como resultado de determinadas intervenciones (Conde y Pérez Andrés, 1995), sino explorándolos a partir de la captación de sentidos de las personas que participaron en las entrevistas o en los grupos focales, como también desde los propios sentidos que se han producido en mí y que forjaron un lenguaje singular para narrarlos.

La captación de sentidos, de esa manera, tiene que ver con múltiples elementos a la vez, que no tienen solamente la pretensión de desarrollar una descripción radical de los procesos narrados.

Partimos del presupuesto que lo presentado en términos de teorías y perspectivas no representa un campo conceptual desconectado de la práctica, es a su vez un campo de prácticas y perspectivas, que constituye y es constituido por las distintas prácticas en lo cotidiano de las estrategias comunicativas en los servicios de salud. Eso comprende afirmar que en la investigación no he estado alejada del campo de prácticas de la comunicación y salud, como un lugar separado del campo teórico.

Lo anterior se refleja en el recorrido metodológico que se ha buscado en la presente investigación. En lugar de comenzar con algunas teorías y conceptos que se tengan que someter a prueba o examinar, he buscado un enfoque en el que las teorías y los conceptos se desarrollan conjuntamente con la recogida de datos para producir y justificar nuevas generalizaciones y crear así nuevos conocimientos y formas de comprensión (Gibbs, 2012).

En tal sentido, y me ayuda en parte lo que propone Latour (2012) en su teoría del actor-red, la lógica que presupone toda la estructura de la investigación no es crear protocolos de casos bien sucedidos o apuntar aquellos que se pueden considerar negativos en el tema de la participación en los procesos comunicativos en la salud a partir del debate del uso de las TIC. Tal postura se opone a la lógica de la ciencia clásica que prevé describir exhaustivamente una dada situación hasta llegar a un presupuesto de que tal hecho ocurre en todos los lugares y, entonces, crear protocolos que visan reproducirlo positivamente en distintas situaciones y contextos. Lo que defiende el autor, y que he buscado en mis análisis, fue identificar dimensiones, expresadas a partir de las categorías analíticas, que se puedan tener como orientadoras de las condiciones específicas de contexto y de los actores involucrados, y que puedan ser consideradas como delineamientos para futuras acciones en el campo.

Al pensar la participación en el campo de la comunicación y salud a partir del uso de las TIC, y tomando como perspectiva el abordaje teórico-metodológico delineado hasta ahora, la apuesta está en pensar los desplazamientos provocados por esas condiciones, es decir, la aplicación de las TIC en determinadas situaciones generan nuevas asociaciones entre los grupos y re-significan sus actuaciones y discursos (Latour, 2012).

La intención en asumir estas perspectivas como orientadoras de la investigación a partir de los estudios de caso fue pensar las TIC también como sujetos en la acción, y no solamente una proyección simbólica, es decir, un objeto a parte de la sociedad. Las TIC son parte de nuestra realidad, son construidas socialmente e interfieren como las leyes, los actores, las estrategias, las políticas. De esa

manera, he buscado entender los procesos, las innovaciones, las nuevas asociaciones y actitudes establecidas a partir del uso de las TIC en los procesos comunicativos en el campo de la salud, hecho que me ha permitido analizar la participación de los actores en esos procesos.

Son casos distintos de análisis y relevantes para la investigación, tomados a partir de diferentes realidades, hecho que ha contribuido sobremanera a conocer con profundidad la realidad del objeto de estudio, ofertando claves relevantes para describir y comprender la participación en el ámbito de la salud a partir de los usos de las TIC. Con esta elección, se asume en esta investigación que las experiencias de producción de la atención en salud no se repiten de la misma manera de un lugar a otro, sino que adquieren contornos específicos según cada realidad y a partir de la interacción de los equipos de trabajo de estos programas y de la comunidad. Esta diversidad que se construye alrededor de la práctica es fundamental para analizar los procesos de participación y construcción de discursos en el ámbito de la salud.

El estudio de caso, *desde una mirada de la metodología situada*, me ha proporcionado, en un primer momento, acercarme de las dos realidades a través de bibliografías, de documentos, de los cruces que hacía a partir de las reflexiones, como también desde la propia mirada de las personas que estuve en contacto. En los momentos posteriores, a medida que iba comprendiendo más el contexto, he podido utilizar de todas las herramientas que tenía a mi alcance a partir de la *triangulación* de lo que me inspiraban los elementos de los diseños metodológicos de los estudios de casos tanto del campo de la salud, como del campo de las ciencias sociales de una manera en general, como también a partir de procedimientos emergentes y creativos que fueron pertinentes en cada situación o que fueron lo más relevantes para las personas que estuvieron involucradas en la investigación.

La utilización de fuentes de datos y el cumplimiento del principio de triangulación es recomendado para garantizar la validez interna de la investigación (Yin, 1989; Minayo, 1993; Carazo, 2006), y me ha permitido verificar si los datos obtenidos a

través de las diferentes fuentes de información guardaban relación entre sí, es decir, si desde diferentes perspectivas convergen los efectos explorados en el fenómeno objeto de estudio (Carazo, 2006:185).

Fueron caminos construidos a partir de los sentidos de las personas y de mi interacción como investigadora, que demandaron ciertos posicionamientos en relación con lo que emergía en campo. “Posicionar-se implica navegar pelas múltiples narrativas com que entramos em contato e que se articulam nas práticas discursivas” (Spink, 2013:36)

Así, en coherencia con la apuesta teórico-metodológica de la investigación, con el soporte de las técnicas del estudio de caso, he emprendido un momento de *análisis y triangulación de la información* de las categorías y subcategorías apriorísticas y emergentes, que permitieron organizar y guiar el estudio que está detallado en el cuarto capítulo de esa tesis. Con eso, ha sido posible valorar las aportaciones que pueden extraerse de esas experiencias para futuras acciones del uso de las TIC en la salud, último objetivo específico planteado en esta investigación.

La información recogida ha sido analizada a partir de referenciales de las metodologías cualitativas, en especial de la *acción de triangulación hermenéutica*⁴, que no determina técnicas de tratamiento de datos, sino su autocomprensión, siendo el propio investigador quién le otorga significado a los resultados de su investigación. Con esta estrategia, que en si misma contempla una serie de herramientas que pude construir a lo largo de la investigación, ha sido posible reunir y cruzar toda la información pertinente al objeto de estudio que ha emergido en la investigación, sea mediante la recopilación de información en el trabajo de campo o mediante la revisión bibliográfica (Minayo, 1993; Cisterna, 2005).

⁴ La adjetivación de “hermenéutica” expresa que es un proceso inspirado en una racionalidad interpretativa, donde es el investigador quién le otorga significado a los resultados de su investigación, a partir de la distinción de categorías y subcategorías construidas para agrupar la información, las que pueden ser apriorísticas, es decir construidas antes del proceso recopilatorio de la información, o emergentes, es decir, aquellas que surgen desde el levantamiento de referenciales significativos a partir de la propia indagación (Cisterna, 2005).

Con este acercamiento he podido aproximarme a una interpretación de la realidad, pues sitúa la narrativa de los interlocutores en su contexto, para entenderla a partir de su interior y en el campo de la especificidad en que es producida. “As tendências hermenêuticas estão voltadas para o conteúdo dos significados, focalizando a situação, o contexto social em que as interpretações são expressas e aceitas socialmente” (Alves y Rabelo, 1995:220).

Rádio Maluco Beleza

La *Rádio Maluco Beleza* es parte un de un proyecto más amplio, con el mismo nombre, del núcleo de comunicación del Servicio de Salud Dr. Cândido Ferreira⁵, un servicio público de la Red de Salud Mental de Campinas (Municipio del Estado de São Paulo). La *Rádio*, una de las primeras acciones del proyecto con trece años de existencia, es protagonizada por usuarios de la red de salud mental del municipio, personas que ya estuvieron en servicios de salud mental o bien miembros de la comunidad en general, que descubrieron en la radio un lugar de creación de redes, de inserción, de espacio de creatividad.

Inicialmente, el programa producido por este colectivo, con una hora de duración, era transmitido una vez al mes en una radio local. Sin embargo, desde hace cuatro años, el proyecto ha inaugurado su *plataforma online*, posibilitando una ampliación de posibilidades de programas vehiculados, consecuentemente, una mayor participación y periodicidad de las personas.

Desde su creación en 2002, el objetivo del proyecto es reducir el prejuicio sobre la locura, revelando nuevas posibilidades para el tratamiento y la convivencia con las diferencias y con los diferentes. El proyecto cuenta también con cursos de capacitación para los usuarios de salud mental y la comunidad, un estudio y una sala de inclusión digital y producción audiovisual. Actualmente, la página web *Maluco Beleza* (www.radiomalucobezeza.org.br) transmite 28 programas

⁵ El Servicio de Salud Dr. Cândido Ferreira (SSCF), situado en el municipio de Campinas (São Paulo – Brasil), es una organización caritativa fundada 24 de abril de 1924. Es una referencia en el tratamiento de la salud mental en Brasil desde 1993 por la Organización Mundial de la Salud (OMS). El objetivo principal de la institución es la desinstitucionalización, la participación social de los usuarios y el respeto al derecho de la coexistencia de los diferentes. Hoy día, Cândido Ferreira ofrece servicio a más de mil usuarios por mes.

presentados y producidos por los usuarios, los trabajadores, las familias y otras iniciativas sociales del municipio.

Basado en técnicas de comunicación comunitaria, los participantes de la radio tienen la oportunidad de revelar sus puntos de vista a toda la sociedad. El objetivo es reducir el sesgo que aún existe en la población con respecto a las personas con enfermedad mental y locura⁶.

Por lo descrito anteriormente, este caso me ha proporcionado la posibilidad de acompañar en la práctica un proceso de participación en el campo de la salud en el cual se articulan en todas las etapas los saberes y miradas de los diversos actores, trabajadores y usuarios, además de la propia comunidad alrededor, disputando otras maneras de concebir la comunicación y de pensar la salud. Asimismo, proporciona a las personas involucradas un proceso de educación e inclusión social a través del trabajo en la radio. Es un espacio de construcción de diálogo en el cual se promueve la participación, siendo el referente de las acciones y programas las necesidades de los usuarios y trabajadores del local, hecho que ha contribuido con la formulación de claves analíticas para pensar el campo de la comunicación y salud, como también los procesos de participación en la mejora del cuidado en salud a partir de los distintos usos de las TIC.

Así, partiendo del presupuesto de que para lograr resultados positivos en las políticas de salud es necesario ampliar y calificar la escucha de las demandas de salud de los sujetos, movimiento generado por la participación de los mismos, este caso me ha proporcionado visibilizar un proceso en el cual se utilizan las herramientas de la comunicación para propiciar un incremento en la posibilidad de participación y expresión de los sujetos, en un espacio comunicativo creado por los propios usuarios en una institución de salud mental. La interpretación de los usuarios de salud sobre los fatos del cotidiano, incluso su enfermedad, es una producción de saberes que no está contemplada en el espacio hegemónico de los medios de comunicación o de las estrategias comunicativas oficiales del campo de la salud, los cuales privilegian el discurso científico oficial. La comunicación y

⁶ Informaciones obtenidas a partir de la página web del programa - www.radiomalucobeza.org.br

salud, de esa manera, pueden encontrarse tanto en la producción de saberes, cuanto en lo cotidiano de los servicios (Oliveira Neto y Pinheiro, 2013).

Para acercarme a la realidad que comprendía todas las etapas colectivas o individuales de elaboración de los programas, he acompañado semanalmente las reuniones realizadas para esta producción: la definición de las pautas, la elección de músicas, la grabación, la audición de los programas. También, he acompañado a los locutores en actividades realizadas fuera de la radio, como también las producciones individuales de los programas online. Estuve en esta actividad de manera más intensa por casi un año.

La aproximación inicial se dio a partir de tres personas que fueron fundamentales en todo el proceso: el comunicador que ha empezado el proyecto, pero que lo había dejado cuando empecé con mi investigación en la radio; la comunicadora responsable tanto el proyecto, como por toda el área de comunicación del servicio de salud actualmente; y por fin una de las locutoras, que está desde el inicio del proyecto, trabaja actualmente en la comunicación del servicio, y fue en su momento también una usuaria de la red de salud mental. Estas personas, más que informantes claves⁷, fueron participantes activos de mi investigación en este local.

En este período, algunos elementos de la observación participante, como la estrategia de recogida de datos, fueron relevantes para profundizar el conocimiento sobre el contexto cotidiano en el cual estaba inserida: primero, como estrategia auxiliar en la recogida de datos sobre el campo, añadido al conocimiento que iba realizando a través de la información secundaria recogida. Segundo, para registrar las percepciones sobre el campo, de manera que ninguna información que pudiera ser relevante para la investigación fuese perdida. De ser así, he utilizado en ese espacio un “diario de campo”, y las pautas de observación estuvieron alineadas con los objetivos e hipótesis de la investigación, y a partir de

⁷ El concepto de informante clave proviene de la observación participante, estrategia que a menudo es complementar a la generación de información de otras fuentes como las entrevistas. Desde esta perspectiva, se define un informante clave como una persona que posee conocimientos y destrezas comunicativas y que está dispuesta a cooperar con la investigación. Por lo tanto, son personas que pueden aportar una comprensión profunda de la realidad social que se estudia. También son personas vinculadas a diferentes colectivos estudiados con un amplio conocimiento de ellos (Prieto Rodríguez y March Cerdá, 2002).

esta estrategia otras cuestiones y problema emergieron para la investigación.

A partir de estos contactos, se ha evidenciado la necesidad de realizar conversas individuales con algunas personas que pudiesen profundizar tanto en las cuestiones que emergían en el campo, como en las reflexiones iniciales propuestas para la investigación. Así, fueron tomados como colaboradores de la investigación, con entrevistas individuales y semiestructuradas, 2 locutores que participaban del programa desde el inicio de la radio, con el objetivo de conocer la trayectoria de los mismos en el proceso comunicativo efectuado por la institución. Además, fue considerado su producción y participación a partir del dispositivo de la radio online. También fueron entrevistados trabajadores de la institución presentes desde la creación del programa de radio y que están en contacto con los usuarios en su cotidiano, a saber: una psicóloga de la institución y la comunicadora responsable por el programa.

La opción por la entrevista semiestructurada, en ese caso, está relacionada con las apuestas teóricas-metodológicas que me he planteado para la investigación, y también fruto de la propia interacción con las personas en este contexto, considerando que tal estrategia, de carácter más “abierto”, funciona como un dispositivo facilitador para la apertura, ampliación y profundización de la comunicación y diálogo (Minayo, 1993)⁸. Así, fue posible captar los distintos puntos de vistas de los actores, a partir de un guión con pocas preguntas y mencionando las distintas áreas temáticas que me interesaban, pero a la vez estando abierta para otros sentidos e informaciones que pudiesen emerger de la conversación, y no previsto inicialmente.

Como resultado, he podido analizar los distintos puntos de vistas sobre los temas que interesan a la investigación como la participación, la salud, la comunicación,

⁸ La entrevista semiestructurada, en ese sentido, se diferencia del sentido tradicional del cuestionario. Mientras el cuestionario presupone hipótesis y preguntas muy cerradas, cuyo punto de partida es la referencia del investigador, el guión de la entrevista tiene otras características. El marco incluye solamente algunos elementos que se convierten en indispensables para el diseño del objeto en relación con la realidad empírica y debe cumplir con las siguientes condiciones: (a) todas las preguntas que se plantea sea parte del diseño del objeto y se encamine a dar forma y contenido al mismo, (b) permite ampliar y profundizar la comunicación y no ponerle trabas; (c) contribuye a hacer emerger la visión, los juicios y las relevancias acerca de los hechos y de las relaciones que constituyen el objeto desde el punto de vista de los interlocutores (Minayo, 1993).

el uso de las TIC en el ámbito de la salud, entre otros, y además confrontarlos entre sí.

Este espacio también ha posibilitado la apertura para emerger las narrativas⁹ de las personas, profundizando en la descripción y acercamiento de los casos, permitiendo a los entrevistados expresarse más libremente, hecho que aportó a la conversación elementos de análisis relevantes para la investigación.

En el proyecto trazado inicialmente para la investigación, tenía previsto realizar un grupo focal con los participantes de la *Radio Maluco Beleza*, con la intención de entrar en contacto con las distintas narrativas sobre los temas que me interesaban conocer, de una manera menos estructurada de lo que aparece en una entrevista, como sugieren las definiciones de la estrategia de los grupos focales (Prieto Rodríguez y March Cerdá, 2002). Sin embargo, a lo largo del tiempo en que estuve con ellos, compartiendo mis reflexiones sobre los temas de la investigación y las cuestiones que surgían de este encuentro, los participantes de la radio me propusieron producir un programa especial con los temas que me interesaba conocer desde sus propias narrativas: la participación en la radio, los usos de las TIC, sus miradas sobre el campo de la comunicación y salud, los discursos sobre la locura y la enfermedad, entre otros temas.

Esta invitación ha sido un disparador de una producción colectiva de un programa con tres mesas de debate distintas, elaborado en cuatro encuentros para: definición de las pautas, de los entrevistados, de la programación, de las músicas, viñetas, es decir, toda la concepción de los programas. Este movimiento se conecta a una apuesta relacional de la comunicación emprendida en ese trabajo, una vez que los participantes se reconocen en la potencia de comunicadores, de locutores, y el proceso de producir un programa como manera de fabricar sus propias narrativas fue un medio de reconocerlos también como productores legítimos de conocimiento en mi tesis.

⁹ Las narraciones que se tomaron de los informantes (trabajadores y usuarios de los servicios de salud analizados), permitieron a los entrevistados expresarse más libremente, hecho que puede aportar a la entrevista elementos de análisis relevantes para la investigación. La narrativa es una opción de acercarse a los mundos individuales de experiencia y que permiten al investigador acercarse al mundo experiencial del entrevistado de un modo más amplio, pues este mundo está estructurado en sí mismo (Flick, 2007).

Este proceso me ha proporcionado una larga discusión colectiva de sus opiniones. En total, participaron nueve personas, usuarios o no de la red de salud mental, que participan con frecuencia del programa de radio o también que no son constantes en la radio, pero que están en contacto con la misma.

Telessaúde Brasil Redes

El segundo caso de análisis, el Programa *Telessaúde Brasil Redes*, es una acción nacional que busca mejorar la calidad del cuidado en la Atención Básica¹⁰ en el Sistema Único de Salud (SUS), a partir de la integración de la enseñanza y el servicio a través de herramientas de tecnologías de la información, ofreciendo condiciones para promover la Teleasistencia y la Teleducación.

La ejecución del programa empezó en 2007 con el Proyecto Piloto en apoyo a los Centros de Atención Básica, involucrando nueve Centros de Telesalud ubicados en universidades de nueve estados brasileños, con la meta de calificar aproximadamente 2.700 equipos de salud en todo el país y la consecución de los siguientes objetivos: la mejora de la calidad del cuidado en los centros de Atención Básica del SUS, con resultados positivos en la solución del primer nivel de atención; significativa reducción de costes y de tiempo de desplazamientos; la adherencia de los profesionales de salud en las zonas de difícil acceso; mejor agilidad en el cuidado; optimización de los recursos dentro del sistema en su conjunto¹¹.

Este estudio de caso tiene relación con los procesos de eSalud definidos como más administrativos, es decir, aquellos que engloban las aplicaciones TIC a todos los sujetos que conforman el sector de la salud –instituciones, trabajadores y ciudadanía– en las actividades relacionadas con la atención, administración y educación en salud, que tienen como objetivo ampliar la cobertura y mejorar la calidad del sistema.

¹⁰ En Brasil, la Atención Primaria en Salud es preferencialmente llamada de Atención Básica, diferente de lo que pasa con los organismos internacionales, como la OPS y la OMS. Por ese motivo, y respetando la manera como la propia política pública es nombrada en Brasil, he optado por dejar en el texto el nombre Atención Básica.

¹¹ Datos obtenidos a partir de la pagina web de la institución - <http://www.telessaudebrasil.org.br/>

En este caso, mi interés investigativo estuvo centrado en la manera en que se da la aplicación de estos proyectos, es decir, cuáles las perspectivas de la comunicación y salud son ofertadas, como también si existe en alguna instancia el fomento a la participación, una de las directrices establecida en el mismo sistema de salud brasileño. Esto significa, por lo tanto, un cambio de actitud en el personal de salud, no siempre fácil de conseguir, una vez que los procesos de participación social en salud deberán acompañarse de un desarrollo institucional que incluya cambios en su estructura y formas de trabajar, que le permita responder a las necesidades cambiantes de la población (Vazquez et al, 2002).

Este fue un espacio donde he encontrado dos realidades distintas en lo que respecta mi aproximación al campo: por un lado, he encontrado más dificultades en las estrategias de acercarme al campo a partir de las personas involucradas en los programas debido a múltiples factores como, por ejemplo, la cantidad de iniciativas, sin embargo algunas todavía poco operativas. Por otro lado, este es un proyecto más clásico de eSalud, y por lo tanto objeto de mucho estudio en mi propio proceso investigador. Así, si bien inicialmente no estuve directamente en un contexto específico de prácticas, estuve inmersa en cantidad de documentos, bibliografía, páginas web, informes, leyes, en efecto, un vasto campo de prácticas que representan los procesos de telesalud en Brasil. Eso me ha proporcionado buscar otras entradas para mi estudio de caso, definido en conjunto con mis directores como relevantes para la propuesta de esa tesis.

La primera estrategia que ha sido visibilizada como inmersión para la recogida de datos en el proyecto *Telessaúde* fue un análisis en profundidad de los materiales comunicativos a partir de diversos proyectos de educación para la salud, con el objetivo de rastrear y analizar los espacios de diálogo ofrecidos por el programa y, de esa manera, producir un cruce con las demás informaciones recogidas y profundizar en referentes analíticos para la comprensión del objeto de estudio. Son proyectos que tienen un tema de salud de relevancia nacional, como la diabetes, las drogas, la sexualidad, por ejemplo, y a partir de estos temas son generadas estrategias comunicativas para los profesionales de salud. Los materiales están disponibles para que sean utilizados por todos los municipios

que constituyen los núcleos de Telesalud, con el objetivo de mejorar la calidad del sistema sanitario y fomentar la educación en salud.

Tal actividad me ha permitido analizar las matrices comunicativas utilizadas en dichos materiales, buscando referentes para la comprensión de la influencia de los modelos de comunicación en los programas y políticas de comunicación para la salud en Brasil a partir del uso de las TIC. En consecuencia, ha sido posible analizar si los materiales comunicativos logran romper con el carácter lineal de la comunicación, relacionado con los mensajes formulados a partir de un carácter lineal de la salud como salud-enfermedad. También, me ha proporcionado elementos para pensar los espacios de participación ofrecidos, considerando en tales materiales las realidades y particularidades de los actores involucrados en los procesos de comunicación y salud (trabajadores y usuarios) y los vínculos y mediaciones existentes.

Posteriormente, he podido entrar en contacto con uno de los núcleos del proyecto en el estado brasileño de Bahia, ubicado en el nordeste del país, posibilitando acercarme a un grupo de profesionales en su cotidiano de trabajo. Esta interacción con el núcleo de *Telessaúde* me ha posibilitado construir dos estrategias: he utilizado como fuente de datos una disertación de maestría de un investigador brasileño que ha recogido entrevistas de médicos del mismo núcleo de *Telessaúde* que he estado investigando, lo que ha configurado un relevante aporte de datos primarios para la investigación. También, he realizado entrevistas individuales y semiestructuradas a 3 profesionales del núcleo: 1 médico telerregulador, 1 psicólogo que trabaja en la gestión institucional del núcleo y 1 comunicadora del proyecto. Las entrevistas semiestructuradas, como en el caso anterior, también fueron utilizadas en la perspectiva de ser disparadoras de la conversación, facilitando la apertura, ampliación y profundización de la comunicación, y abriendo la posibilidad para otros sentidos e informaciones no previstos inicialmente.

Es un espacio que me ha proporcionado también el análisis del desarrollo de capacidades y la construcción de espacios de reflexión sobre el uso de las TIC

por parte de esos trabajadores del campo de la salud, considerando que son ellos también analizadores de la participación.

CAPÍTULO II

EVOLUCIÓN DEL CAMPO DE LA COMUNICACIÓN Y SALUD: LA TENSIÓN DE LA PARTICIPACIÓN EN LAS PERSPECTIVAS INFORMACIONAL Y RELACIONAL

2.1. La comunicación para la salud: De la perspectiva desarrollista a la producción social de sentidos

Los procesos comunicativos en el ámbito de la salud comprenden un campo complejo, influenciados por prácticas y teorías que a lo largo del tiempo fueron y son replanteadas por los actores en sus acciones. El modelo difusionista, muy utilizado a partir de la década de los 50 con las teorías de la modernización, sigue afectando a los procesos comunicativos en la salud bajo una perspectiva informacional de la pensar la comunicación. Esa perspectiva considera la comunicación como la transmisión de informaciones desde un emisor que detiene el conocimiento, hacia un receptor que recibe unidireccionalmente las informaciones consideradas necesarias. Los problemas de salud y las estrategias comunicativas, bajo tal perspectiva, son considerados desde un carácter meramente individual y, de esta manera, objeto de una intervención de cambios de comportamientos a partir de las informaciones correctas.

Sin embargo, propuestas más participativas de la comunicación disputan ese territorio, donde la propia concepción de la salud se desplaza para una visión más amplia y múltiple. La idea de que la salud no tiene un único significado y está influenciada por múltiples factores juega un papel importante en esa perspectiva. La comunicación, bajo esa mirada, alcanza procesos más horizontales y dialógicos de producción social de sentidos, considerando las especificidades culturales y sociales, en especial, a partir de una perspectiva relacional de la comunicación, que la define como el proceso de producción social de sentidos en el marco de un contexto social y cultural.

Lo que presento a continuación, de esa manera, es un recorrido de los caminos del campo de la comunicación y la salud, haciendo un cruce entre los conceptos y prácticas que fueron teniendo lugar en especial a partir de lo que fue conocido como la comunicación para el desarrollo, la cual va establecer una importante matriz para las acciones comunicativas de una manera general. También, presento la relación establecida entre los discursos que se han venido realizando en el campo de la salud, para señalar la relación entre las perspectivas y modelos

practicados entre esos dos campos. Más que una idea de causa y efecto, la intención es comprender que existen elementos comunes para pensar la sociedad, y una relación de fuerzas que van perfilando los discursos y las prácticas en el campo de la comunicación y salud.

2.1.1. La comunicación para el desarrollo y el modelo informacional de la comunicación

La trayectoria de la comunicación para la salud está intrínsecamente relacionada con el recorrido histórico de lo que es conocido como la *comunicación para el desarrollo*. Inicialmente, recibe muchas influencias de los procesos comunicativos de la modernización y difusión de innovaciones, siendo que las estrategias y los mensajes eran gestados principalmente en los Estados Unidos de América (EEUU) y aplicados de manera vertical en los países subdesarrollados. Los mismos enfoques que eran trabajados para combatir los problemas de salud fueron adoptados para “solucionar” los problemas que enfrentaban los países de Tercer Mundo.

Tal como el subdesarrollo era considerado un problema de carácter individual, los problemas de salud seguían la misma línea, es decir, las estrategias de la promoción de la salud, que ganan fuerza en ese período, estaba dominada por discursos que defendían que las conductas individuales eran en gran parte responsables por los problemas de salud y, de esta manera, las intervenciones deberían centrarse únicamente en cambiar este comportamiento considerado no adecuado. El individuo, por lo tanto, es tanto el responsable por su problema como también es el único que tiene la posibilidad de cambiar esta realidad. Factores como el contexto social no eran considerados, mucho menos de qué manera elementos como la pobreza, edad o género, por ejemplo, podían afectar a la salud de las personas.

Esta perspectiva, vale resaltar, guarda relación con la propia idea que se todavía se tiene de la salud, o sea, considerada solamente como la ausencia de

enfermedades y no a partir de una visión más integral de la salud en general. Y por lo tanto, sigue influenciando las estrategias comunicativas en el ámbito.

Esta perspectiva empieza a ganar cuerpo en el contexto de la construcción del “desarrollo” en cuanto concepto económico, que surge, como discurso histórico, con más fuerza en el período posterior a la Segunda Guerra Mundial, aunque sus raíces se encuentran en procesos históricos más profundos. Fue en este período, en particular entre 1945-1960, que todo tipo de “expertos” del campo del “desarrollo”, de cuño económico, se concentraron de manera masiva en Asia, África y América Latina, abriendo espacio para la construcción de lo que hasta hoy es conocido como el Tercer Mundo.

La economía del desarrollo estaba, en estos primeros años, dedicada a obtener medidas para resolver la situación del subdesarrollo. Este compromiso hacia los problemas económicos de los países menos favorecidos encontraba raíces en un contexto histórico marcado por fenómenos y acontecimientos importantes que emergen en el escenario internacional. El primer factor que señalo, de carácter más político, son los procesos de descolonización que supuso el surgimiento de nuevas naciones y, por consecuencia, un reto para la estrategia política de los países occidentales industrializados (Murciano, 1979).

Estos procesos de emancipación coincidían con la conversión de los EEUU en la nueva potencia hegemónica tras la guerra y sus intereses políticos y económicos de estrategia externa, bajo un escenario de polarización debido a la guerra fría, donde los EEUU, con un sistema económico basado en la libertad de intervención del capital hacía frente a la Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS), “desgajada del sistema financiero internacional desde la década de los veinte, que ofrecía un modelo de sociedad corrector de la injusticia económica y social nacida con el anterior” (Murciano, 1979:81).

Era necesario, de esta manera, por un lado contener la expansión comunista, y por otro lado ofrecer a estos “nuevos” países condiciones adecuadas para mantenerlos en la esfera de dominación norteamericana. La nueva potencia

económica debería entonces promover e imponer modelos de organización que estuviesen de acuerdo con sus estrategias de dominación económica. Así, bajo la hegemonía de los Estados Unidos, los antiguos imperios ofrecieran a los líderes nacionales modelos que pudieran orientar la planificación económica, política y social de los estados postcoloniales. Además, el dominio de estas regiones representaba a los EEUU apertura de mercados donde colocar los excedentes de capital y mercancías acumulados durante el conflicto.

En ese contexto emerge la llamada teoría de la modernización, la cual para muchos teóricos y élites mundiales ha inaugurado un período en lo cual se actuaba “bajo la premisa de los efectos benéficos del capital, la ciencia y la tecnología” (Escobar, 2005). Las teorías de la modernización y el sistema de Bretton Woods dominaban el panorama del período comprendido entre 1945 y 1965, tanto en el plano teórico, como también en las políticas internacionales de ayuda al desarrollo, más específicamente con el Plano Marshal en Europa y más tarde la Alianza para el Progreso en América Latina (ALPRO)¹².

Las características fundamentales de la teoría de la modernización, bajo esa perspectiva, son: la identificación del desarrollo con desarrollo económico, y éste con el crecimiento económico; que el fenómeno del subdesarrollo es un problema de atraso relativo debido a la existencia de círculos viciosos que mantienen los países pobres en una situación de estancamiento permanente; la importancia de la industrialización como aspecto imprescindible del desarrollo; el papel del Estado y de la planificación como elementos esenciales de la política de desarrollo y la defensa del ahorro externo, en forma de ayuda, créditos o inversiones directas, como activador del proceso de crecimiento a través de la inversión (Hidalgo Capitán, 1998).

Según Marques de Melo (2007), el modelo de desarrollo que se pretendía alcanzar tenía como punto de referencia el modelo occidental ampliamente difundido a partir de la Revolución Industrial por los países del occidente y por los Estados Unidos. Eso significaba, tal como señala el autor, que las

¹² Programa de ayuda económica, política y social de EEUU para América Latina efectuado entre 1961 y 1970.

transformaciones se basaban en dos importantes factores económicos, el capital y la tecnología. De ahí que el diagnóstico en esos términos era que los países más atrasados no disponían de ningún de estos dos requisitos de manera razonable para soportar su propio desarrollo, y de esta manera necesitaban ser ayudados y modernizados por las naciones desarrolladas.

Las sociedades, de esa manera, podrían ser vistas a partir de sistemas de conductas determinados, como ha detectado Murciano (1979), y que va a influenciar sobremanera la matriz de las estrategias comunicativas, en especial en el campo de la salud.

En efecto, se parte del convencimiento que la sociedad puede ser estudiada como un sistema de conducta, aunque de una extraordinaria complejidad interna, motivado por necesidades, objetivos y valores con respecto a su entorno, resulta teóricamente posible interaccionar con perfecto control sobre esas motivaciones, cuando son conocidos sus procesos, obteniéndose los resultados buscados, es decir, los del cambio rápido o al menos planificado (Murciano, 1979:85-86, grifo del autor).

Así, el debate de la comunicación internacional guarda relación con los procesos disparados a partir de los efectos impuestos por las teorías económicas del desarrollo, es decir, tiene un carácter contemporáneo y esencialmente político. Tiene su período de gestación con la evolución de la segunda guerra mundial, se desarrolla a partir de la estrategia política y económica de los países que han salido victoriosos a partir de la nueva fuerza hegemónica que son los EEUU, tiene su período de crecimiento durante el posguerra en un contexto marcado por la guerra fría y los procesos de descolonización, y es influenciada por las crisis de los años setenta que emergen principalmente en América Latina.

Partiendo de la lógica de las teorías económicas de la modernización, donde el progreso consistía en sustituir la organización social tradicional por la modernidad, los procesos comunicativos del período deberían difundir los valores modernos a las élites del Tercer Mundo mediante la enseñanza de alto nivel y la transferencia de técnicas avanzadas (Bustelo, 1998:140).

Como consecuencia de esta visión, en el ámbito de la comunicación para el desarrollo, se entendía la necesidad de una “información modernizadora” hacia estos países denominados subdesarrollados. En este contexto, las culturas locales eran consideradas una importante barrera para el desarrollo y la modernización, siendo necesario y eficaz difundir de manera masiva los mismos mensajes homogéneos y unificadores para cualquier contexto social y cultural.

En tal sentido, si la sociedad podría ser considerada como un “sistema de conductas” planificable, donde los procesos sociales pasaban a ser analizados en términos de conductas sociales, era necesario un conjunto de ideas y nuevas teorías de la comunicación que posibilitase esta nueva perspectiva de la actividad social (Murciano, 1979).

Interesa, en ese sentido, ver que la tensión que se establece en términos de las estrategias comunicativas propias de ese período dialoga con la racionalidad informativa que se está estableciendo en el campo de la salud, enmarcada en la ruptura de una medicina clásica para una medicina moderna, fundada en el pensamiento anátomo-clínica y en los principios de la patología entre en final del siglo XVIII y el principio del XIX, y que refleja en la actual praxis informacional (Moraes, 2002).

Así, el sistema de conductas planificables que las estrategias comunicativas del período del desarrollo establecen en distintos campos, como el de la salud, encuentra un solo fértil de diálogo con una estructura de poder sobre el individuo, la vida y la salud, el cual Foucault define como un biopoder¹³. La construcción de valores como la salud, la higiene, la vitalidad, entre otros temas, pasa también por esa manera de concebir las estrategias comunicativas, enmarcadas en una transmisión interesada y unidireccional de ciertos “universales” que representarían lo bueno y lo mejor para toda una sociedad, sin considerar sus contextos y

¹³ Según Michel Foucault, nuestra sociedad cruza el umbral "de la modernidad biológica" en el paso del siglo XVIII al XIX, cuando el individuo y la especie fueron introducidas en las estrategias y los cálculos del poder política. La vida biológica y la salud de la nación se han convertido en objetivos clave de un poder sobre la vida. Estaba atado históricamente a creación y el fortalecimiento del Estado nacional, la afirmación de burguesía, así como la formación de un dispositivo médico-legal por la búsqueda de la medicalización y la normalización de la sociedad (Foucault, 1980, 2007).

singularidades. Así, la producción de verdades, que objetiva la producción de los sujetos, tiene que ver con disputas de poder en la sociedad.

La enfermedad, considerada anteriormente como portadora de una sustancia abstracta, pasa a tener su significación corporificada en el individuo, que pasa a ser el portador del cuerpo enfermo, y por lo tanto, objeto de estrategias y campañas informativas de cambio de comportamientos. Eso implica la constitución de saberes específicos, clasificatorios, que facilitan la base para la categorización de las enfermedades y la consecuente posibilidad de construcción de acervos estadísticos, comparables en el tiempo y en el espacio (Moraes, 2002).

El circunscrito a nivel económico o social que interpreta la salud como ausencia de enfermedad o como un estado deseable de bienestar, cuya imagen se obtiene de eventos epidemiológicos crea un proceso, que interesa en ese momento, de la constitución de un saber técnico propio y una construcción de una red de instituciones de prácticas profesionales en salud que terminaba por reforzar aún más el estudio del unitario, del caso en particular (Foucault, 1980). Eso va estableciendo los discursos autorizados, aquellos legitimados a hablar en el campo de la salud, en detrimento de aquellos que poco o nada saben sobre los temas de salud y que deben recibir la información adecuada.

Así, en ese momento, sobre la base de los hallazgos de la epidemiología y de las técnicas experimentales en la gestión moderna taylorista, el modelo médico-sanitario reconducía el eje de la salud pública del medio ambiente para el individuo y, por lo tanto, se refería a la necesidad de cambiar el comportamiento y hábitos, vistos como la causa de la enfermedad, por lo tanto, la salud no deseable. Este modelo ignora los otros elementos sociales y confía a la educación de las personas la superación del retraso y de la instalación de las condiciones más favorables para el progreso (Araújo y Cardoso, 2007:41).

Esa construcción de la racionalidad médica¹⁴ va a concretar una relación muy arraigada en la salud: la relación salud-enfermedad, sin considerar otros atributos y elementos en las singularidades de las personas, de los colectivos, de los países, etc. Tal perspectiva encuentra en la perspectiva informacional de la comunicación una importante vinculación para la difusión de informaciones en el campo de la salud.

La perspectiva informacional de la comunicación tiene sus raíces en el modelo lineal "fuente-transmisor-canal-receptor-destinatario", propuesto por los autores Shannon y Weaver, los cuales paradójicamente provenía no de las ciencias sociales y las humanidades sino de la ingeniería de la información. Conocido también por modelo informacional, los modelos de comunicación que vinieron a la luz a partir de lo que propusieron Shannon y Weaver tenían tres características fundamentales: identificaban a la comunicación como transferencia de información (el estímulo); enfocaban a la eficiencia o a los efectos de la comunicación (la respuesta) relacionando la consecuente posibilidad de manipulación o control de los receptores, y por fin estos modelos se desarrollaban en comunión con los mecanismos de comunicación masiva que emergía como una importante fuerza en el período (Servaes, 2000).

Bajo ese contexto y marcando el inicio de los estudios en este ámbito, los autores norteamericanos Daniel Lerner (1956, 1972), Wilbur Schramm (1964, 1967) y Everett Rogers (1976) constituyeron la denominada corriente difusionista de la comunicación, que consideraba que la comunicación debería cumplir estrategias de transferencia de información y difusión de innovaciones tecnológicas a través de mecanismos de persuasión operados de manera unidireccional desde un emisor centralizado hacia las audiencias.

¹⁴ Según la investigadora brasileña Madel Luz, la "racionalidad médica" es una categoría analítica que designa el sistema médico complejo, simbólico y empíricamente inspirado, y se divide en cinco dimensiones: una morfología humana, una dinámica vital, una doctrina médica o de concepción de la salud y la enfermedad, un sistema de diagnóstico y un sistema de intervención terapéutica. En las primeras publicaciones relacionadas, la autora afirma que esta categoría creada basa en el tipo ideal weberiano, por lo que es siempre construida a posteriori - a través de una operación inductiva - de trazos o dimensiones fundamentales de lo que se está analizando. Según la autora, la racionalidad médica, bajo la construcción lógica y empírica de esas dimensiones, tiende a construir o pretende constituirse en un sistema de proposiciones verdaderas (verificables de acuerdo con los procedimientos de la racionalidad médica) y de intervenciones eficaces frente las enfermedades humanas (Luz, 2004, 2005; Tesser y Luz, 2008).

La teoría de la modernización presentada por el sociólogo Daniel Lerner en 1958 ha sido considerada una de las más significativas del período y ha influenciado directamente el campo de la comunicación para el desarrollo. Al estudiar la extinción de las sociedades tradicionales para llegar a la modernización, Lerner ha verificado la estrecha relación que existe entre el desarrollo nacional y la comunicación social.

Otro importante autor que tuvo lugar dentro del pensamiento de la modernización fue el comunicólogo de la Universidad de Stanford, Wilbur Schramm, que en 1964 publica la obra *“El papel de la información en el desarrollo nacional”*. El investigador hizo una relación entre las “precondiciones” de Rostow¹⁵ para el desarrollo económico de los países subdesarrollados con el modelo de Lerner sobre el “proceso de modernización” (Murciano, 1979).

Sosteniendo que la esencia del desarrollo consistía en un rápido aumento de la productividad económica de la sociedad, y para alcanzar esta condición se debería modernizar tanto la infraestructura nacional como los recursos humanos, Schramm (1967) defiende el papel fundamental que tenía la comunicación como medio para lograr el deseado cambio social, creando un clima favorable para el desarrollo nacional, principalmente para “acelerar y allanar la tarea de la movilización de los recursos humanos que hace viable el esfuerzo nacional” (Schramm, 1967:6).

Schramm (1967) al tratar de las campañas de salud en el contexto de la modernización y el cambio social, defendía la utilización de la información en las campañas de salud a través una amplia variedad de mensajes y a partir de diferentes canales de comunicación, para lograr un cambio de comportamientos individuales y alcanzar así lo que consideraba una “actitud moderna”, es decir, lograr el desarrollo.

¹⁵ A partir de un análisis de los elementos comunes que han marcado el proceso de industrialización, Rostow ha definido las cinco etapas por las cuales todos los países deberían pasar para alcanzar el desarrollo: 1) La sociedad tradicional; 2) Precondiciones para el despegue; 3) Despegue (Take-off); 4) Madurez industrial y 5) Etapa de consumo de masas. Para muchos autores, esta teoría se ha convertido en uno de los elementos centrales del paradigma de la modernización debido a que Rostow sostenía que el desarrollo era un proceso regido por un orden natural, es decir, que se darían las condiciones naturales para pasar de una etapa a otra (Rostow, 1960).

En las campañas de salubridad, luego, como en los programas de mejoramiento agrícola, en tanto nos interesemos en hacer algo por la gente, la tarea nos es demasiado difícil, y una campaña informativa, si bien es útil, no es decisiva. Pero tan pronto como llegamos al punto en que es preciso que el aldeano adopte una decisión y cambie su comportamiento, una campaña efectiva de información es decisiva (Schramm, 1967:38).

Los proyectos efectuados, de esa manera, utilizaban la información y la propaganda de una manera instrumental, con el fin de promover la modernización de las sociedades subdesarrolladas teniendo como base la transferencia de conocimiento y el cambio de comportamientos individuales, con la finalidad de obtener de esta manera una transición del subdesarrollo al desarrollo con base en la imitación de las teorías y prácticas establecidas en las regiones más desarrolladas (Marques de Melo, 2007).

Así, la teoría de la *difusión de innovaciones* fue una de las más utilizadas en los programas de comunicación para el desarrollo entre los años 50 y 70 en América Latina y también fue empleada en el campo de la promoción de la salud. La teoría aborda la manera en que las nuevas ideas, productos y prácticas sociales se difunden dentro de una sociedad o de una sociedad a otra. En la salud pública, ha proporcionado la difusión de nuevos métodos de prevención, detección temprana y tratamiento, y de los programas y planes de estudios exitosos.

Divulgada en 1962 por el sociólogo Everett Rogers, esta teoría defendía que la innovación, percibida como algo nuevo por un individuo -una idea, práctica u objeto-, debería ser comunicada a los demás miembros de un sistema social. La comunicación, de esa manera, sería indispensable para alcanzar el cambio social, proceso éste que según Rogers y Shoemaker (1974:7) consta de tres pasos sucesivos: 1) *Inventar*, que es el proceso de crear o desarrollar ideas nuevas, 2) *Difundir*, que consiste en comunicar las ideas nuevas a los miembros de un sistema social y 3) *Consecuencias*, que son las modificaciones producidas en el sistema social como resultado de adoptar o rechazar la innovación.

Esa innovación, además de ser comunicada, debería lograr cambios de conductas en la sociedad, y para esto el individuo tendría que pasar por las siguientes etapas: 1) *Conocer* (ocurre cuando el individuo se ve expuesto a la existencia de la innovación y se entera un poco sobre su funcionamiento, 2) *Persuadirse* (corresponde a la formación en el individuo de una actitud favorable o desfavorable hacia la novedad); 3) *Decidir* (consiste en realizar actividades conducentes a una elección de adoptar o rechazar la innovación) y 4) *Confirmar* (se realiza cuando el individuo busca reforzar la decisión de innovar o rechazar que ha adoptado, aunque podrá retroceder en su juicio anterior si recibe mensajes conflictivos sobre la idea nueva) (Rogers y Shoemaker, 1974:26). La mayor o menor tasa de adopción sería, entonces, la medición del éxito o fracaso de la difusión de innovaciones.

En el contexto de la teoría de la difusión de informaciones, Rogers y Shoemaker (1974) hablan de la sociología médica, una escuela de difusión que se inició en los años cincuenta y que investigaba las innovaciones principalmente en 1) Medicinas o técnicas nuevas, donde los adoptantes eran exclusivamente los médicos, o 2) La vacuna poliomielítica, métodos de planificación familiar y otras innovaciones médicas, donde los innovadores serían los clientes o pacientes.

En efecto, se demuestra que tanto para los médicos, como para la población en general, el foco era el de difundir innovaciones que tenían lugar en los países desarrollados, siendo necesario su aplicación en los demás países como solución para los problemas de salud de los países subdesarrollados. Además, medicinas, tecnologías y vacunas están relacionadas con las soluciones adecuadas para planificar y controlar una sociedad analizada a partir de un sistema de conductas propio de la modernización, sin conocer sus especificidades y la complejidad que puede motivar la infinidad de significados que puede tener la salud.

La premisa subyacente de los programas de comunicación para el desarrollo en la modernización, influenciados por las teorías del desarrollo que tenían espacio en este contexto, consideraban la cultura como el obstáculo al crecimiento. De esta manera, las personalidades tradicionales eran opuestas a aquellas modernas y,

en consecuencia, antidesarrollistas, y de esta manera necesitaban cambiarla para actitudes y comportamientos modernos, a luz de lo que pasaba en los países de Europa o en Estados Unidos. Para la comunicación que se establecía en este período, las ideas eran la variable independiente que explicaban resultados específicos.

Los modelos de comunicación para el cambio de comportamiento, por consiguiente, fueron la estrategia más utilizada en el paradigma de la modernización para lograr definitivamente lo que era considerado la premisa de los problemas de desarrollo, y encuentra un espacio amplio en la divulgación de temas relacionados con la salud: a la falta de conocimiento adecuado, las intervenciones deberían proporcionar información para que las personas pudiesen cambiar sus comportamientos individuales.

Esa orientación individualista del desarrollo, como defiende Marques de Melo (2007), sitúa el individuo aislado de su entorno social, siendo que sus decisiones son el camino que conduce al desarrollo. De esta manera, todos los mecanismos de comunicación se dirigían a un cambio de conducta y todos los éxitos o fracasos son atribuidos a resistencias individuales.

La comunicación para el cambio de comportamiento tiene sus orígenes y se basa en las teorías y modelos de cambio de comportamiento de los años 70 con fuerte influencia de los razonamientos que se hacía sobre la salud de las personas, tales como: *Modelos de Creencias de la Salud*, *Teoría de la Acción Razonada*, *Teoría de las Etapas de Cambio*, entre otras. En general, estas líneas proponían la responsabilidad total del individuo sobre su comportamiento y en consecuencia su responsabilidad en el cambio.

Uno de los modelos más conocidos en las teorías del cambio de comportamiento y que ha influenciado las estrategias de comunicación en el campo de la salud del período es el modelo de etapas del cambio: Precontemplación, contemplación, decisión/determinación, acción, mantenimiento (Becker y cols., 1977, apud OPS 2001), que está relacionada con la disposición de los individuos al cambio o al

intento de cambiar hacia comportamientos considerados adecuados. Otros autores han desarrollado modelos a partir de ahí con más o menos etapas, pero el elemento que coincide en las distintas propuestas es que la adquisición de conocimientos a través de distintas fuentes de informaciones o medios de difusión hacen con que el individuo pueda evolucionar de una etapa a otra hasta lograr el cambio de conducta adecuado. Aunque el modelo en algunos momentos contemple la influencia del entorno en el proceso del cambio, es de mayor responsabilidad la actitud individual para lograr o no el cambio de comportamiento (OPS, 2001).

Los modelos de creencias de salud examinan la conducta de las personas en relación con las enfermedades y el uso del sistema de salud. Considera que la conducta del individuo es determinada por la representación que el mismo tiene de: la percepción de la severidad de la enfermedad, la percepción de la susceptibilidad a la enfermedad o condición, la creencia de que una acción es eficaz para reducir la severidad de una enfermedad o su susceptibilidad a la enfermedad o condición, y avisos para tomar acción.

Utilizada muy fuertemente en programas de salud, las principales estrategias utilizadas en la comunicación para el cambio de comportamiento fueron el marketing social, o mercadeo social, que consistía en poner en práctica técnicas estándar del marketing para promover el comportamiento pro social; la promoción de la salud y educación para la salud, que en general era adoptaba por las intervenciones norteamericanas para hábitos saludables y que tenía como perspectiva predominante generar cambios en comportamientos individuales para tener una población más sana; y el entretenimiento educativo, estrategia comunicativa para difundir información a través de los medios combinando entretenimiento y educación.

La educación para la salud siempre estuvo próxima a la comunicación para la salud, considerada como un importante elemento de la promoción de la salud, y su evolución refleja mucho de los cambios que marcan el campo de la comunicación para el desarrollo. En principio, se enfatizaba más la difusión de

innovaciones y la modernización, influenciadas en la salud por las teorías de cambios de comportamientos individuales que resaltaban la transmisión y adquisición de conocimientos y los cambios en el conocimiento, las actitudes y las creencias. En las actividades de educación para la salud y de promoción de la salud, el modelo informacional sigue tensionando en la actualidad las estrategias en el campo, siendo una importante matriz para pensar las acciones en salud, sean ellas gubernamentales o no.

El mercadeo social también se hace presente en las estrategias en el campo de la salud, donde los mensajes producidos no tienen por misión dialogar, sino persuadir y cambiar actitudes y comportamientos individuales. Según Gumucio Dragon (s.f.), tal como la difusión de innovaciones fue importante en los programas agrícolas en el período del desarrollo, el mercadeo social se ha enraizado en las estrategias del área de la salud, muy vinculado a la preocupación de las grandes potencias por el crecimiento poblacional de los países pobres.

Ya antes de la irrupción del SIDA como calamidad mundial, Estados Unidos invertía cuantiosas sumas en programas de control de la natalidad, posteriormente denominados “planificación familiar”. La explosión demográfica se consideró una catástrofe para el planeta, incapaz de alimentar a tantos millones de personas, particularmente en los países más pobres. Era además una amenaza para los países ricos, que muy pronto verían sus fronteras invadidas por el exceso de mano de obra desempleada llegada de los países del sur (Gumucio Dragon, s.f:11).

Actualmente, se pone de relieve estrategias de movilización social como importante factor para mejorar las condiciones generales de salud. Sin embargo, se observa que tales acciones no tienen como objetivo olvidar la presencia del cambio de comportamiento que subyacen los programas de promoción de salud. Lo que interesa es incorporar en los modelos de cambio de comportamiento las necesidades de las poblaciones foco de los programas, teniendo en cuenta qué papel desempeña en las sociedades en la cual va a intervenir (Waisbord, 2001).

La modernización desarrollista, defiende Martín Barbero (1992), ha convertido la comunicación en un campo esencial de la difusión de innovaciones, que opera traduciendo la sociedad a comunicación, una vez que ésta constituía el motor y el contenido último de la acción social, y de esta manera reducía la comunicación a los medios, a sus dispositivos tecnológicos, sus lenguajes y sus saberes.

Por el recorrido anterior, es posible afirmar que el modelo informacional, siendo funcional, operacional y apropiado, ha permitido organizar la práctica comunicativa con facilidad (Araújo y Cardoso, 2007). De esa manera, el modelo ha ganado un status de matriz, donde gran parte de las acciones comunicativas en el ámbito de la salud son hasta hoy producidas bajo su lógica, afectando la configuración del campo de las políticas públicas de salud.

Así, importante aquí destacar las principales características del modelo informacional, basado en distintos autores, y sintetizadas por las autoras brasileñas Inesita Soares de Araújo y Janine Miranda Cardoso (2007:45-46).

En primer lugar, la *linealidad* es una característica importante de esa perspectiva, puesto que el modelo describe la comunicación como un proceso lineal, que atraviesa un camino sin variantes (este es su objetivo). Como resultado de ello, contempla sólo una de sus dimensiones, la tecnológica, cuando en la comunicación también son movilizadas dimensiones afectivas, cognitivas, políticas, económicas, etc.

También, en este modelo la comunicación es tiene un carácter *unidireccional*, de un polo a otro sin posibilidad de revertir el sentido establecido (emisor-receptor). El feedback, o sea, el retorno del mensaje, elemento que fue incorporado más adelante por algunos autores, no cambia esa característica en su esencia, pues no permite al receptor alterar las reglas de la comunicación: él solamente da una respuesta en cuanto a la posibilidad y el modo de apropiación del mensaje, lo que permite solamente al emisor rehacer sus estrategias.

Otra característica es la *bipolaridad*, pues el modelo cierra la comunicación entre los polos de la relación, dejando de lado las otras voces que componen la escena

comunicativa. Considerando esta propiedad con las características anteriores, encontramos un modelo fuertemente centralizado, reservando a unos, los emisores, el derecho a hablar y a otros, los receptores, la asignación de "decodificar" los mensajes recibidos. El receptor, como resultado, se percibe en la situación de interlocución como uno que no tiene nada que decir.

Importante también es que tal modelo busca la *eliminación de ruidos*. Esta característica resulta, y a su vez mejora, la propiedad anterior, es decir, basta con quitar toda la interferencia en la comunicación y volver la escena comunicativa aséptica, para garantizar el éxito de la transmisión de la información que se busca.

Luego, el modelo plantea la *lengua como un conjunto de códigos con significados preestablecidos y estables*, por lo tanto, susceptible de ser transferido. Esta característica hace que sea difícil comprender los significados que no estén presentes en las palabras, pero que son dinámicos y se producen en la relación comunicativa entre los interlocutores y que dependen de numerosos factores: conocimientos previos, expectativas, legitimidad, intereses. Por fin, y relacionado con todo lo anterior, el modelo informacional *prevé un planteamiento instrumental del lenguaje*, tenida solamente como un instrumento para la realización de las intenciones comunicativas del emisor.

Las definiciones más recientes de la comunicación para el desarrollo cambiaron, en especial desde los organismos internacionales tales como ONU y sus instituciones, las cuales sostienen que este debería ser un proceso social basado en el dialogo y centrado en las personas, con el objetivo de mejorar la calidad de vida de las mismas. Sin embargo, no logran romper con el carácter lineal del modelo informacional de la comunicación, trabajan con principios universales como la calidad de vida, la participación, el empoderamiento o el dialogo, conceptos claves que fueron capturados con las perspectivas más críticas de la comunicación que trataremos más adelante. De esa manera, siguen sin tener en cuenta que el proceso de significación de esos conceptos es singular, específico en cada colectivo, y debe ser considerado en su singularidad, y no a partir de

nociones preestablecidas. Así, no dan cuenta de las distintas perspectivas que coexisten en los diversos colectivos.

Por lo tanto, un modelo producido en el contexto de una teoría basada en el cálculo de probabilidad y en la estadística, cuya intención era de ahorrar tiempo y energía en la transmisión de la información, minimizando las interferencias, ha afectado la comprensión y la práctica de la comunicación en el campo de la salud. También, como un producto de todo tipo, que cuando preparado y en circulación es visto de manera aislada de las condiciones sociales que se formaron, el modelo informacional no revela sus propias condiciones de producción, lo que lo hace más fuerte. Como cualquier modelo, silencia lo que no fue contemplado, lo que impide una comprensión más completa de la realidad (Araújo y Cardoso, 2007).

2.1.2. El paradigma participativo y la comunicación dialógica

Otra perspectiva en el campo de la comunicación y salud que ha influenciado y tensionado las teorías y estrategias comunicativas en el ámbito es lo que fue conocido por paradigma participativo. Este movimiento empieza sus planteamientos en los años 60, en especial en América Latina, para enfrentar el paradigma de la modernización que operaba en especial en los países en desarrollo.

Los elementos de esa perspectiva siguen influenciando hasta hoy el campo de la salud y sus estrategias comunicativas, interesando en ese momento traer un breve recorrido a partir de autores y apuestas en el campo de las intervenciones participativas. También, ver cómo se pensaba la relación de la participación en el campo de la salud y las estrategias realizadas en el período, en especial la promoción de la salud.

Por un lado, es relevante el papel de tal perspectiva en denunciar el modelo desarrollista y la perspectiva informacional, y tensionar el campo de la comunicación y salud al defender la necesidad de considerar las singularidades, los contextos y la participación de las personas en los diversos campos de

intervenciones sociales. Por otro lado, se observa una producción interesada de intervenciones unidireccionales en la salud, con el respaldo del discurso y de elementos de la participación.

Pese a los distintos planteamientos y la variedad de experiencias y prácticas que subyacen lo que es conocido por comunicación participativa, el enfoque principal aceptado como sentido común por las estrategias llevadas a cabo es la *perspectiva freiriana* de la comunicación (Freire, 1977) y su pedagogía dialógica, la cual equipara los polos de relación comunicativa como detenedores de saber y productores de conocimiento. Eso implica considerar que la población tiene conocimientos pertinentes que no deben ser desconsiderados de la práctica comunicativa (Servaes, 2000; Araújo y Cardoso, 2007).

Freire (1970) defiende la comunicación dialógica como el camino para que los sujetos hasta entonces dominados sean tratados como sujetos activos, participativos y con poder de actuación en cualquier proceso político. Esta proposición coloca al sujeto en condiciones de replantear críticamente su mundo y de esta manera incidir sobre él a través de la palabra y el diálogo. “Si diciendo la palabra con que al pronunciar el mundo los hombres lo transforman, el diálogo se impone como el camino mediante el cual los hombres ganan significación en cuanto tales” (Freire, 2005:101).

Este modelo ha recibido distintas denominaciones como comunicación alternativa, comunicación popular, comunicación radical, comunicación horizontal, comunicación dialógica, comunicación endógena (Gumucio Dragon, 2004). En general, comparten la idea de articular canales de expresión y representación, con la premisa de la participación ciudadana, para aquellos colectivos que hasta entonces habían vivido bajo la dominación de la “cultura del silencio” que difundía Freire (2005), sin derecho a voz y, consecuentemente, sin considerar la diversidad cultural de contextos que existe en los distintos países, colectivos, grupos.

Barranquero (2009) resume estos sentidos comunes que han dibujado los planteamientos de la comunicación participativa como

(...) la necesidad de situar la participación y el diálogo en el centro del paradigma a fin de facilitar procesos endógenos; el horizonte de la democratización real (no fáctica) como universo último del desarrollo; la importancia de la comunicación para el fomento de la autonomía individual y colectiva; el carácter intrínsecamente político – emancipador o conservador- de toda práctica comunicativa; la necesidad de un cambio integral en todos los órdenes, situando como centro al hombre y a su capacidad de expresión y de lenguaje; la praxis como base central para la reflexión y la actuación; y una concepción horizontal y compleja del proceso comunicativo (Barranquero, 2009:8).

Esas ideas emergen en un contexto de conflictos generados a partir de los procesos de la modernización descritos anteriormente. Para principios de los años 60, se podía percibir la inoperancia de aquel paradigma ya que, finalmente, el desarrollo no había llegado a los países más pobres del mundo, sino más bien al revés, es decir, muchos habían aumentado sus problemas estructurales de desigualdad y pobreza. La propia historia ha probado que el desarrollo, los problemas sociales y las cuestiones singulares de los colectivos y de los países no dependían de más informaciones, más bien era fruto de problemas estructurales como la propiedad de la tierra, la vulneración de los derechos humanos, entre otros tantos factores.

También, se constataba que este modelo de desarrollo impuesto no funcionaba para la realidad de América Latina, pues los patrones de comodidad y bienestar que divulgaban los medios de comunicación no tenían correspondencia en esta región debido a que gran parte de la población no podía acceder a ellos (Beltrán, 2005; Marques de Melo, 2007). Los proyectos practicados en este momento que solamente utilizaban la información y la propaganda de una manera instrumental, con el fin de “estimular la modernización” de las regiones en base a la transferencia de conocimiento y el cambio de comportamientos individuales sin la consideración del contexto social, desde una perspectiva unidireccional y lineal de transmisión comunicación, sufría críticas.

Freire (1973), en su obra “*¿Extensión o comunicación?*”, denunciaba el problema de la modernización:

En la modernización, de carácter puramente mecánico, tecnicista, manipulador, el centro que decide el cambio no se encuentra dentro del área en transformación, sino fuera de él. La estructura que se transforma, no es sujeto de su transformación. En el desarrollo, por el contrario, el centro de decisión se encuentra en el ser que se transforma y su proceso no se verifica mecánicamente. De esta manera, si bien todo desarrollo es modernización, no toda modernización es desarrollo (Freire, 1973:65).

Las teorías del enfoque participativo de la comunicación acusaban que las estrategias y proyectos de desarrollo habían sido diseñados e implementados “desde arriba hacia abajo”, a través de modelos predeterminados y sin la participación de los propios interesados en el proceso de desarrollo. Díaz Bordenave y Martins de Carvalho (1978) afirmaban en ese momento que no existía una fórmula preconcebida para el llamado “desarrollo auténtico”, y que para trazar caminos diferentes era necesario esfuerzo y una buena dosis de innovación en el proceso. Al no existir esta fórmula inicial, los autores constataban que muchos de los procesos se dispersaran en el tiempo, y que por esto se quedaba el modelo de desarrollo occidental capitalista, que durante siglos se desarrollaba y aplicaba su fórmula de manera sistemática en el mercado global.

Lo que fue elaborado como modelo participativo destacaba la importancia de la identidad cultural de los colectivos locales y de la democratización y participación en todos los niveles —internacional, nacional, local e individual. “Esto apunta a una estrategia no meramente inclusiva sino ampliamente originada en los tradicionales ‘receptores’ de la comunicación” (Servaes, 2000:20). La participación era así considerada como uno de los principales elementos en el proceso de toma de decisiones, para que fuera considerado válido cualquier proyecto realizado por los colectivos.

Tal movimiento estaba entonces enmarcado en el contexto de la emergencia de las teorías de la dependencia¹⁶, que defendían que el problema del subdesarrollo se situaba en la conexión entre “dependencia externa y explotación interna, no en una supuesta carencia de capital, tecnología o valores modernos” (Escobar, 2005:18). Como se decía en este momento, desarrollo y subdesarrollo eran dos caras de una misma moneda.

Los límites económicos, sociales y políticos que enfrentaba la región fue una de las razones que explican la aparición de tal enfoque, con aportaciones de Aníbal Pinto y Pedro Vuskovic (sobre el estilo de desarrollo latinoamericano), de Fernando Henrique Cardoso y Enzo Faletto (sobre el desarrollo dependiente asociado), de Osvaldo Sunkel y Pedro Paz (sobre la dependencia histórico-estructural), de Raúl Prebisch, Celso Furtado y Osvaldo Sunkel (sobre la dependencia cultural, intelectual y tecnológica), y de Francisco Oliveira (sobre el desarrollo desigual y combinado)¹⁷. Autores como G. Frank, S. Amin, T. dos Santos, entre otros, negaban la posibilidad de crecimiento económico sostenido en la periferia capitalista.

Estas teorías tuvieron una importante repercusión en la década de 70 en el contexto de las discusiones de lo que fue conocido como el Nuevo Orden Económico Internacional (NOEI) y también por la diplomacia de los países periféricos, en todos los foros internacionales. El Movimiento de los Países no Alineados¹⁸, creado en el período de 1955 a 1961, impulsó el NOEI, que proponía establecer un nuevo diseño para el desarrollo mundial, en favor de la introducción de cambios profundos en las relaciones internacionales que favorecieran el logro

¹⁶ El enfoque de la dependencia surgió, a nivel teórico, a partir del encuentro del pensamiento neomarxista o estructuralista latinoamericano con otra tradición intelectual formulada en la tradición de la CEPAL, originada a partir de la evolución de estos debates sobre el desarrollo (Servaes, 1999). Estos análisis, que se hicieron populares en los años sesenta y setenta, especialmente en América Latina, planteaban buscar las raíces del desarrollo en los contextos sociales y en la dependencia que se ha establecido en las relaciones entre el Norte y el Sur. La teoría de la dependencia viene influenciada por el economista estadounidense Paul A. Baran, que en 1957 publica la obra *“La economía política del crecimiento”*, en la cual defiende tres principales ideas: que el subdesarrollo no es una fase previa o una etapa anterior del desarrollo, sino un producto histórico; que la dependencia es una condición propia de los países capitalistas subdesarrollados, siendo un importante freno a su desarrollo; y que el capitalismo había se convertido en obstáculo al progreso del Tercer Mundo.

¹⁷ Tal enfoque será mejor trabajado en el segundo capítulo, en el contexto brasileño.

¹⁸ El movimiento luchaba contra las relaciones desiguales existentes entre los países del mundo, teniendo como su principal bandera la independencia política y económica de Asia, África y América Latina.

del desarrollo y teniendo a todos los países como interlocutores válidos en este proceso.

Así, el paradigma de la dependencia y la propuesta del NOEI, jugaron un importante papel en el movimiento hacia un Nuevo Orden Mundial de la Información y la Comunicación (NOMIC), desde finales de los años 60 hasta el comienzo de los 80, culminando en la publicación, en 1980, del Informe *“Un solo mundo, voces múltiples”*, conocido por Informe McBride. El informe fue impulsado por la UNESCO con el objetivo de realizar un diagnóstico de la comunicación en el mundo. Con el objetivo de cambiar la realidad desigual a que estaban sometidos, las discusiones han considerado que no solo la información estaba en desequilibrio, sino que la comunicación en y entre los países era fruto de un proceso desigual en el mundo.

Los Países No Alineados, en el contexto de este movimiento, defendían: la descolonización de la información, la necesidad urgente de establecer una circulación de la información equilibrada y objetiva, y el desarrollo de infraestructuras de comunicación adecuadas, que no favorecieran nuevas formas de dependencia (Murciano, 1985:30).

En América Latina, movimientos de intervención de la propia ciudadanía, como radios y televisiones comunitarias, proyectos de educación informal, entre otros, establecen otros marcos teóricos y paradigmas distintos de los mencionados anteriormente. Es con esta mirada que se plantea un giro frente a lo que proponía los modelos clásicos de programas de comunicación para el desarrollo, sosteniendo la incorporación de los distintos actores en la propia acción de los proyectos de comunicación. Las nuevas teorías defendían la comunicación como un mecanismo de participación, siendo más que un medio para el desarrollo un fin en sí mismo.

Vale aquí destacar algunos planteamientos de lo que fue defendido en el modelo participativo, y que sigue presente en las intervenciones actualmente. Esta perspectiva ha propuesto trabajar a partir de la idea de la multiplicidad y plantea

un cambio en la perspectiva de la comunicación que se practicaba, poniendo un mayor énfasis en el proceso de la comunicación como un todo en lugar de la transmisión del mensaje únicamente: el intercambio de significados, la significación de este proceso, las relaciones sociales creadas por la comunicación y las instituciones y el contexto que resultan de estas relaciones. “Como resultado, el enfoque ha cambiado desde el ‘comunicador’ hacia una orientación más centrada en el ‘receptor’, lo cual trae como consecuencia un énfasis sobre el significado buscado y adscrito más que sobre la información transmitida” (Servaes y Malikhao, 2007:56).

Algunos autores, entre ellos Servaes (2000), han defendido que la participación está directamente relacionada con el poder y su consecuente distribución en la sociedad. “Por lo tanto el desarrollo y la participación están íntimamente relacionados. La participación implica una más equitativa distribución del poder económico y político, lo que a menudo disminuye las ventajas de ciertos grupos. El cambio estructural supone la redistribución del poder” (Servaes, 2000:21). Además, se señalaba que la participación es el ingrediente importante que puede llevar a un desarrollo alternativo al capitalista. “En el sistema capitalista naturalmente, no se ve con buenos ojos la participación del pueblo en las decisiones políticas y económicas de la sociedad por la simple razón de que su primera decisión sensata sería la de modificar las estructuras vigentes” (Díaz Bordenave y Martins de Carvalho, 1978:40).

De esta manera, el modelo participativo ha puesto de relieve que las estrategias comunicativas deberían no solamente incluir a los receptores en la comunicación, sino más bien fomentar una comunicación desde los propios receptores. De esa manera, involucrar las personas en su propio proceso de transformación a través del diálogo y la participación.

Este contexto es relevante pues influencia no solo las teorías económicas o el pensamiento comunicacional del período, sino también las ciencias sociales en la salud, y la relación con el uso de la comunicación en el campo. El reconocimiento de la importancia de la participación popular como requisito para la transformación

de su condición de vida y cómo se puede producir condiciones sociales y de salud que correspondan a un nivel adecuado de vida, bien como las prioridades y maneras de intervención, son cuestiones que emergen en ese contexto, y que interesa traer al debate. Son cuestiones donde se observa la emergencia de la tensión entre los modelos de comunicación en las estrategias comunicativas en el campo, que a su vez están enmarcadas en matrices y concepciones propias del campo de la salud que ha implicado una manera de actuar en el ámbito.

Desde el campo de la salud, se observa un punto de encuentro de estos enfoques, basados en la preocupación con la participación de los colectivos: lo que es conocido por la determinación social de la salud y el paradigma de la promoción de la salud (Zioni y Westphal, 2007).

Según definición de la OMS, los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas. Nancy Krieger (2001, apud Buss y Pellegrini Filho, 2007) introduce un elemento de intervención, al definirlos como los factores y mecanismos a través de los cuales las condiciones sociales afectan a la salud y que potencialmente pueden ser alterados a través de acciones basadas en informaciones.

La promoción de la salud, de esa manera, pone de relieve la necesidad de llevar informaciones relevantes y necesarias enfrentar los problemas de salud de las personas según sus necesidades, es decir, promover la salud según patrones establecidos por un conjunto de expertos, organismos internacionales, instituciones de salud, gobiernos locales, entre otros¹⁹.

¹⁹ Beltrán (2001), al trazar la evolución del concepto de la promoción de la salud, explica que las primeras aproximaciones al concepto tal como se conoce actualmente remontan al siglo XIX, momento en el cual un médico escocés, William Alison, y un médico francés, Louis René Villerme, entre los años de 1820 y 1840 hallaron relaciones causales entre pobreza y enfermedad. Uno de los más fieles seguidores de esta idea fue el Rudolf Virchow, médico y activista político, quien, al evaluar una epidemia de fiebre tifoidea ocurrida en 1847, la atribuyó fundamentalmente a factores socioeconómicos y, por tanto, desahució la utilidad del tratamiento médico. Considerando el problema una intercesión entre lo social y lo biológico, propuso

Desde los organismos internacionales, en especial la Organización Mundial de la Salud (OMS), dos eventos marcan los discursos sobre la promoción de la salud y la relación directa que intentan establecer entre la participación de las personas y sus procesos de salud, hecho que tensiona las necesidades comunicativas en el campo.

El primero es la “Declaración de Alma-Ata”²⁰, de 1978, la cual pone en destaque los determinantes sociales en la promoción de la salud, y defendía que “el pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención en salud” (OMS, 1978:3).

La clave para alcanzar lo que señalaron en la ocasión, “salud para todos en el año 2000”, tenía como estrategia básica la atención primaria en salud, que según la declaración consiste en un conjunto de servicios indispensables para la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación necesarios para la salud. Además, subraya la importancia de la intervención activa de las personas:

Exige y fomenta en grado máximo la autorresponsabilidad y la participación de la comunidad y del individuo en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la atención primaria de salud, sacando el mayor partido posible de los recursos locales y nacionales y de otros recursos disponibles, y con tal fin desarrolla mediante la educación apropiada la capacidad de las comunidades para participar (OMS, 1978:5).

entonces reformas amplias y profundas para asegurar libertad, seguridad y prosperidad para todos, y defendió que en una democracia, todos deberían tener igual derecho al bienestar y reclamaba al Estado el deber de mantener y promover las condiciones para llegar a este bienestar a través de la salud y la educación. Según Beltrán (2001), de estas reflexiones presentadas por Virchow, se derivaron tres premisas: 1) Que la salud pública concierne a toda la sociedad y que el Estado está obligado a velar por ella; 2) Que las condiciones sociales y económicas tienen un efecto importante en la salud y en la enfermedad y que esas relaciones deben someterse a la investigación científica, y 3) Que, en consecuencia, deben adoptarse medidas tanto sociales como médicas para promover la salud y combatir la enfermedad. Tales proposiciones no hallaron eco entonces. En la década de 1940, Henry Sigerist, profesor de la Universidad Johns Hopkins y de la Universidad de Yale, al reflexionar sobre las ideas de promoción de la salud de sus antecesores, sostuvo que la salud se promueve proporcionando condiciones de vida decentes, buenas condiciones de trabajo, educación, cultura física y formas de esparcimiento y descanso.

²⁰ La declaración es fruto de una reunión, en el año de 1978, con delegados gubernamentales de 134 países, auspiciada por la OMS y el UNICEF en la Unión Soviética. El documento señala la grave desigualdad existente en el estado de salud de la población, especialmente entre los países en desarrollo y los desarrollados, así como dentro de cada país, y defiende que “el desarrollo económico y social, basado en un Nuevo Orden Económico Internacional, es de importancia fundamental para lograr el grado máximo de salud para todos y para reducir el foso que separa, en el plano de la salud, a los países en desarrollo de los países desarrollados” (OMS, 1978:2-3).

Otro hito importante para la producción y proyección conceptual de la promoción de la salud fue la Carta de Ottawa (1986)²¹, en la cual se definió la promoción de salud como un proceso que “consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente” (Carta de Ottawa, 1986:1).

Además, en la carta se subraya que las estrategias y programas de promoción de la salud deban llevar en consideración las especificidades y necesidades locales de acuerdo con los diversos sistemas sociales, culturales y económicos. Se ha acentuado también la importancia de la participación activa de la población en la promoción de la salud y atribuye a la comunicación un papel decisivo para que estas estrategias tengan éxito.

Sin embargo, tales abordajes fueron sometidos a intensas críticas en el período, y que encontramos hasta los días de hoy, considerando que los discursos de la promoción a la salud y de la participación no tenían claridad, tampoco reflejaba la realidad y singularidad de los países. Además, imponen una manera prescriptiva de la salud, sin considerar los sentidos que pueden tener la salud, las enfermedades, el cuidado, la vida en la multiplicidad cultural que existe. Sigue, de esa manera, una mirada unidireccional de producción de la salud y, en consecuencia, de las necesidades comunicativas en el contexto de la promoción de la salud.

En ese contexto, vale traer el análisis que hizo Merhy (1986) sobre la declaración de Alma-Ata y sus principales contexto, que ofrece elementos para el debate que se establece sobre las disputas y tensiones de los modelos que están por debajo de los discursos promovidos en el campo de la salud: la tensión entre la perspectiva desarrollista y paradigmas más participativos que se buscaba para

²¹ Elaborada en 1986 a partir de la Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud patrocinada en Canadá por la Organización Mundial de la Salud con asistencia de 112 delegados de 38 países.

entonces. Invita, de esa manera, a ver la relación que dicha análisis establece actualmente en los procesos de promoción de salud, los procesos participativos y las estrategias comunicativas en el campo.

El autor hizo una aproximación a los objetivos de la declaración a partir del análisis de cuatro conceptos básicos que son utilizados en el documento: sociedad, desarrollo, individuo/participación y salud/servicios. Según el autor, al hablar de “sociedad”, la declaración tiende a agrupar las personas en una “colección de individuos”, anulando la complejidad de las formaciones sociales, determinada por las relaciones de clases en distintos niveles, hecho que imposibilita una real comprensión de las realidades concretas que determinan las prácticas sociales. En el concepto de “desarrollo” también se verifica el factor universalizante, siendo presentado libre de problemas, conflictos y desigualdades, y que actúa de manera neutral en relación a los distintos intereses sociales y económicos. Se establece una noción positiva del desarrollo, obviando las desigualdades existentes entre los “desarrollos” de distintos países, como se ha señalado en el primer capítulo.

El concepto “individuo/participación”, a su vez, viene a marcar la forma genérica de entender el individuo, y articula la responsabilidad de acción dirigida a él, ocultando la visión de las clases sociales, hecho que según Merhy (1986) imposibilita un entendimiento real de la dinámica entre servicios sociales y necesidades de los grupos sociales. La participación, en la declaración, vino mediada por un saber técnico que instruye al individuo el cómo actuar en salud, y dejó evidente la premisa de que los culpados por la falta de éxito de los modelos de desarrollo en el campo de la salud es el individuo y su no participación, marcando una característica propia de la lógica de la modernización.

Finalmente, al analizar los conceptos de salud y prácticas de salud establecidos por “Alma-Ata”, el autor puso de manifiesto que el documento expurga su dimensión social para tornarse un conjunto de prácticas técnicas y entendimientos de la salud alejados de las prácticas cotidianas de las personas reales. La conclusión que llega es que la declaración poseía un efecto universal y

conservador, por encima de los contextos históricos-sociales de los países a los cuales se dirigía, es decir, que condicionaba los parámetros de las propuestas de las políticas de salud y de esta manera no logra trasladar en centro del poder y de decisiones de las relaciones que históricamente son desiguales.

Actualmente, el debate sobre la promoción de la salud en el campo de la salud sigue tensionando la problemática de los intereses universales que subyacen las estrategias comunicativas, es decir, aquellos que todos podrían querer o desear, el bienestar como una representación estática y universal. En ese sentido, Cuesta Cambra, Menéndez Hevia y Ugarte Iturrizaga (2008), defienden que los discursos sociales que son establecidos desde los poderes públicos deberían tener una actitud dialógica en lugar de desarrollar la planificación mediática únicamente desde la actitud derivada de la autoridad heterónoma, donde se imponen los criterios de eficacia “objetivamente deseables”. Esta actitud muchas veces desemboca en estos “discursos universalizables” y que es necesario la inserción del discurso público dentro de un marco de ética dialógica que permita a los protagonistas participar del discurso público y conformarlo conjuntamente con los poderes públicos y las iniciativas privadas.

La promoción de la salud tiene en sus discursos la matriz del modelo informacional, pues considera algunos principios como los hábitos saludables, por ejemplo, sin considerar la multiplicidad que puede tener los sentidos de la salud y de la vida, y se basa en la idea de que para alcanzar la salud bajo sus parámetros, teniendo como presupuesto el cambio de comportamiento, es necesario que la información adecuada llegue hacia las personas. La promoción de la salud actúa en la subjetividad sobre en el cuerpo, de manera que se utiliza de discursos de lo bueno y lo malo para la salud, de las conductas saludables, de los hábitos inadecuados, construyendo en el otro su propia existencia a partir de un discurso de cuidado a la salud.

Aunque los enfoques de la promoción de la salud hayan alzado al debate la problemática de las necesidades, de las diferencias de contextos sociales, económicos y de la participación y del diálogo, sus acciones siguieron, en su

mayoría, basadas en el binomio educación-comunicación. La participación de las personas está enmarcada en la recepción y realización de las acciones, en la idea universal de que todos deberían tener derecho a la salud, siendo esta promovida a través de la posibilidad de discursos como condiciones de vida decentes, buenas condiciones de trabajo, educación, cultura física y formas de esparcimiento y descanso. Estas ideas, incluso, influyeron, todavía de manera simbólica, en la concepción de salud adoptada por la Organización Mundial de la Salud, que afirmaba: la salud es un bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de dolencias o enfermedades.

De esa manera, se puede observar que tales conceptos, como la participación, la salud, el bienestar, están sometidos a un proceso de construcción de valores en una *conformación de universales* (Foucault, 2001, 2007), basado en lo que sería ideal por toda una sociedad, siendo tomados por las disputas de poder en la sociedad como forma interesada de producción de los sujetos.

En muchos casos esta práctica no ha dejado de ser una comunicación sobre la enfermedad, antes que una comunicación sobre la salud: de alguna manera se culpaba a la víctima y no a factores de pobreza, discriminación e injusticia. Así, podemos observar que dentro del paradigma de la promoción de la salud y los determinantes sociales, el discurso desarrollista y la matriz lineal y conceptual del modelo hegemónico orientaba a la participación como forma de integrar la población a los programas gubernamentales, hecho que era útil para desobstruir los caminos del desarrollo, que seguía entendiendo como obstáculos el analfabetismo, el retraso, la ignorancia de las poblaciones rurales, etc.

El contexto y las propuestas de la comunicación dialógica fueron importantes y apropiados en su período, y siguen influyendo en distintos movimientos en el campo de la salud, tal como la educación popular en salud, como también en los procesos comunicativos realizados en el ámbito. Sin embargo, en acuerdo con lo que señalan Araújo y Cardoso (2007:52), entre las debilidades presentadas por modo como el dialogismo fue incorporado en la práctica comunicativa se destacan: fue guiado por el concepto de interacción, lo que llevó a eliminar el

conflicto de relación comunicativa; idealizaba de esta forma los polos, los que estarían en perfecta comunión de intereses entre ellos y sus pares. Además, la relación excluye otras voces, las relaciones de poder, en definitiva, las condiciones de producción de esa práctica. También, ha conservado las características de la matriz informacional, tales como la linealidad y la bipolaridad y la idea de la comunicación como compatibilidad de códigos, no sólo lingüísticos, sino también culturales.

2.1.3. La circulación de la comunicación en dos pasos (*two step flows*)

Siguiendo el hilo de las perspectivas y teorías que influyen en el campo de la comunicación y salud, que siguen presentes en distintas acciones practicadas en el campo de salud y que accionan una manera de pensar las estrategias comunicativas, la llamada teoría de los dos pasos de la comunicación (*two step flows*).

A partir de la investigación sobre el papel de los medios de comunicación sobre las elecciones políticas de los ciudadanos, Lazarsfeld, Berelson y Gaudet (1948)²² trajeron al debate que los medios de comunicación estarían lejos de tener un poder ilimitado sobre las personas. Por el contrario, deberían tener un mecanismo que los autores nominaron como exposición selectiva. También, se debería contar con la influencia de ciertos agentes de mediación entre los medios y la gente (flujo de comunicación en dos etapas), los líderes de opinión, cuya acción se ejerce a nivel de comunicación interpersonal. Por lo tanto, sería necesario considerar la existencia de un nivel mediados entre el público en general y los medios de comunicación (en dos etapas).

A raíz de estas obras, Schramm (1963) señaló que, a menudo, los propios líderes de opinión reciben información mediada por otros líderes de opinión. Lazarsfeld

²² De nuevo en el contexto de la II Guerra Mundial, momento que se ha generado muchas pesquisas en comunicación, Lazarsfeld, Berelson y Gaudet publican en 1948 "The People's Choice: How the Voters Makes His Mind in a Presidential Campaign", un trabajo que resultó de un estudio científico destinado a averiguar la influencia de la prensa y del radio sobre la decisión de voto de los ciudadanos en un pequeño pueblo americano.

reconoció que, contrariamente a lo que había argumentado anteriormente, los líderes de opinión no siempre están en la parte superior de la pirámide social, debido a que los que tenían en común es, únicamente, su mayor interés en lo que dicen los medios de comunicación. Por lo tanto, se introdujo un nuevo modelo, el "flujo de comunicación en varios pasos" (multi-step), que tiene la intención de revelar la compleja red de relaciones sociales que median el efecto de los medios de comunicación.

En la salud, se observa esa perspectiva en la producción de discursos y de estrategias. El modelo aportó al campo de la comunicación y salud su apuesta teórica de la existencia de instancias intermediarias entre la fuente y el receptor de los mensajes, que ejerce influencia sobre cómo los receptores decodificaban la misma y con ello el mediador en la comunicación. Excede la teoría hipodérmica, porque reconoce que las personas pertenecen a grupos sociales y que estos grupos tienen su propia dinámica. También supera el modelo de información, que sólo tenía en su discurso solamente la transferencia de información sin tener en cuenta ningún aspecto de contexto, solamente lo referente al código reconocible. Se mantuvo, pero bajo los efectos de los medios en los individuos y compartido con el modelo de información, algunas de sus características importantes (Araújo y Cardoso, 2007).

En cuanto la epidemiología, por ejemplo, proporciona datos sobre los cuales se construyen normas, prioridades, objetivos e hipótesis deductivas para definir el "eje" de mensajes y grupos sociales que deben ser alcanzados, las ciencias sociales y la comunicación son encargadas del diseño de los rasgos culturales - comportamiento, hábitos - tomados como materia-prima para la definición del lenguaje utilizado en los mensajes masivos y en el trabajo educativo de una manera a mediar la circulación de las informaciones. Para las estrategias de planificación, a menudo se utilizan metodologías de consensos entre los individuos que pertenecen a grupos sociales definidos por la epidemiología, considerados "homogéneos", a partir del grado de exposición a determinados factores de riesgo o agentes causales (Pitta, 1995:241).

Los elementos de esa teoría también fueron incorporados en las estrategias de promoción de la salud presentada en el apartado anterior. Aunque los modelos de promoción de la salud hayan incorporado elementos tales como la participación, se puso énfasis en la comunicación interpersonal, es decir, en el papel de los agentes de salud como comunicadores y en los procesos educativos. De esa manera, las estrategias de promoción de la salud se configuraron de cierta manera como un mediador, que en principio actuaba como un agente promotor para el acceso al desarrollo, en la perspectiva presentada anteriormente, y sin cambiar la matriz de las relaciones en el proceso comunicativo.

La salud, de esa manera, ha incorporado rápidamente esta perspectiva de la circulación en dos pasos, que influye hoy día no sólo en las estrategias de comunicación, como en los programas gubernamentales o de los propios servicios de salud. Sin embargo, una vez más los elementos relevantes de la teoría permanecieron en el fondo, siendo más frecuentemente considerada la importancia estratégica de la figura de los mediadores.

En tal sentido, la definición de la escena comunicativa bajo parámetros sociales complejos, entendida como un espacio importante para la comprensión de los muchos sentidos que pueden tener la salud para las personas, individual y colectivamente, se quedó en el olvido, así como el inventario de las variables que componen el propósito limitado de la comunicación.

De esta manera, la matriz informacional ejerce una vez más su fuerza hegemónica y mediadores de todo tipo - monitores, multiplicadores, trabajadores de salud, etc. - fueron apropiados como dispositivos más eficientes de codificación de mensajes, un "traductor" autorizado del conocimiento científico para los códigos más fácilmente reconocibles (Araújo y Cardoso, 2007).

2.1.4. La perspectiva relacional de la comunicación

Las perspectivas y modelos unidireccionales que trazaran en el campo de la comunicación y la salud una manera de pensar y actuar tensionaran otras perspectivas que a lo largo del tiempo fueron siendo propuestas y pensadas a

partir de la práctica tanto del cuidado en salud y de la *multiplicidad de significados* que puede tener la salud en los distintos contextos y actores, cuanto de la comunicación como un campo que va más allá de la transmisión de informaciones para responder a esa complejidad. De esa manera, tanto en el campo de la salud como en el campo de la comunicación, y en especial en el intersticio de esos dos ámbitos, nuevas concepciones emergieron y que amplía las posibilidades en el campo de interés de esa investigación. Ese con esa mirada, a partir de elementos variados recogidos de distintos ámbitos del conocimiento, con la cual he podido mirar los elementos clave que presento.

Si bien no se puede hablar de una ruptura con lo que se venía planteando hasta el momento, considerando que las perspectivas más recientes en el campo de la de la comunicación y salud han recorrido elementos de las perspectivas participativas, por ejemplo, como la necesidad de involucrar a las personas como sujetos activos, la visión de la multiplicidad, entre otras cuestiones, tales perspectivas han avanzado en pensar cómo se dan tales procesos, considerando que *los sentidos atribuidos a los objetos se construyen de manera intersubjetiva* (Pitta, 1995) y determinan las relaciones entre las personas y, consecuentemente, su manera de ver, entender y sentir la salud, la enfermedad, los hábitos cotidianos. La comunicación, en este sentido, es vista como un proceso complejo y dinámico de tensión y negociación de significados, como también lo es el propio entendimiento sobre la salud.

Así, *la perspectiva relacional de la comunicación* y su apuesta en el campo de la salud, contempla un circuito constituido por las instancias de **producción, circulación y reconocimiento**, en lugar del esquema lineal de emisor-estímulo-respuesta. Estas instancias no son consideradas como estáticas, sino que se enmarcan en un conjunto de condiciones de tiempo, espacio y relaciones sociales que son dinámicas. En suma, condiciones de producción, circulación y reconocimiento que configuran, en la trama discursiva, una determinada realidad socio-cultural.

En tal sentido, actualmente se busca un entendimiento de la comunicación en el campo de la salud como un *proceso permanente y disputado por asignar sentidos a los acontecimientos*, fenómenos, experiencias y discursos sobre el mundo y la sociedad. Se rompe, de esa manera, con la idea de que existe un significado predeterminado y terminado en cada palabra, que puede ser transferido y comprendido por el "receptor" tal y como imaginaba el "emisor" (Araújo y Cardoso, 2007).

De ser así, los procesos comunicativos deberían apostar en la idea de que los espacios están llenos de sentidos, construidos y actualizado por las personas, las instituciones, las leyes, los gobiernos, entre tantos otros campos. Es un proceso que no se limita a una única manera de pensar la salud, el bienestar, los hábitos saludables. También la comunicación, en ese sentido, no se limita a la voz de algunos que por años han estado en los espacios legitimados para hablar. Todos hablan y construyen sentidos, y la historia aquí es reconocer esa circulación y encontrar maneras de poner en conversación estos sentidos.

El campo de la comunicación y salud ha avanzado, recorriendo conceptos y perspectivas para componer una mirada más crítica y compleja del proceso comunicativo en cuanto un *proceso relacional*, considerando que el espacio de interlocución debe estar pensado no solamente como un conjunto de códigos, sino como un lugar donde la gente manifiesta su presencia, establece vínculos y direccionan sus acciones y el curso de los acontecimientos (Rozemberg, 2006).

Así, estos caminos más recientes del campo de la comunicación y salud buscan pensar los procesos comunicativos más allá de la clásica fórmula funcionalista de la comunicación de Lazarsfeld, Lewin, Lasswell y Hovland - *quién dice qué, en qué canal, a quién y con qué efectos* - , o bien de la influencia personal – *el flujo de la comunicación en dos pasos* -, incluso avanzando en los debates de los enfoques críticos, con su *teoría de sociedad de masas*, que consideraba que las masas eran susceptibles de ser influenciadas por los medios masivos de comunicación y, por lo tanto, manipulables.

De hecho, esas perspectivas recogen de distintos elementos, que también en esa tesis fueron siendo trabajados como una caja de herramientas teóricas para trabajar desde una perspectiva relacional de la comunicación en el campo de la salud. Como mencionado en el capítulo anterior, los estudios de la recepción, que tuvo en Jesús Martín-Barbero uno de sus principales pensadores a partir de la obra “De los medios a la mediación”, de 1987, traen al debate la necesidad de mirar hacia los receptores de la comunicación, demandando un *mayor conocimientos de los grupos sociales y sus contextos*.

También, la teoría de la acción comunicativa de Habermas (1987) aporta elementos importantes tal como reciprocidad de la acción y su orientación al entendimiento, éste último defendido por el autor no como una decodificación de signos, sino que avanzando en el sentido de de una coordinación de acciones que permite a los actores *interpretar una nuevos sentidos en sus contextos*. El tema relacional y el *reconocimiento del otro como productor legítimo de conocimiento en la escena comunicación*, aparecen también a partir de los autores italianos Antonio Pasquali (1990)²³ y Antonio Paoli (1994)²⁴.

Por otra lado, sostener la multiplicidad de voces que ahora se considera en los procesos comunicativos como un lugar de producción social de sentidos, las prácticas comunicativas más recientes en el campo de la salud, han recurrido también a teorías del lenguaje, como la polifonía social de Mikhail Bakhtin (1992), que defiende que cada palabra tiene múltiples significados y está habitada por diferentes voces. En tal sentido, aporta al campo de la comunicación y salud la *multiplicidad de voces*, que influyen directamente en los procesos comunicativos y que tensionan un visión unidireccional de producir la comunicación y los sentidos.

Esas cuestiones encuentran en el pensamiento que se viene produciendo en el campo de la salud un terreno que considero fértil para pensar la comunicación

²³ “Por comunicación o relación comunicacional entendemos aquella que pro duce (y supone a la vez) una interacción biunívoca del tipo del con-saber, lo cual sólo es posible cuando entre los dos polos de la estructura todo transmisor (T) puede ser receptor (R), todo receptor (R) puede ser transmisor (T), independientemente de si en esta relación existen o no medios físicos o electrónicos (M)” (Pasquali: 1990:47).

²⁴ “La comunicación es establecer la conciencia profunda del mutuo respeto, y dar respeto es dar valor. Dar valor es reconocer lo que de verdaderamente valioso tiene el ser humano” (Paoli, 1994).

desde una perspectiva relacional, una vez que las tensiones y apuestas que se vienen realizando tienen la intención de pensar el campo más allá de la dualidad salud-enfermedad y, de esta manera, ampliar y profundizar los muchos sentidos que pueden tener lugar la salud según los contextos, las singularidades, las especificidades culturales, entre otros temas.

Desde el campo de la salud, en especial en Brasil como he destacado en el capítulo anterior, se trabaja la idea del *cuidado en salud como un proceso relacional*, sea entre los trabajadores, trabajadores y usuarios, como una interacción comunicativa donde circulan un sinnúmero de sentidos para la salud y la vida (Merhy, 2006). Además, se apuesta en la construcción de las mejores estrategias para *enfrentar los problemas de salud de acuerdo a las especificidades y a las políticas de cada local* (Franco y Merhy, 2011). También, se resalta que todos los actores, trabajadores y usuarios, tienen conocimientos válidos que deben ser contemplados como legítimos en los discursos en el campo de la salud (Merhy, Feuerwerker y Ceccim, 2006).

La comunicación para la salud dentro de este razonamiento, en lugar de valorar solamente a los discursos tradicionalmente autorizados, tales como las instituciones y servicios / equipos de salud, fomenta la participación y reconoce la existencia de la polifonía social, de la capacidad de acoger y amplificar las muchas voces que contienen cantidad de significados posibles para la salud, marcada no solamente por la ausencia de enfermedades. Es también una comunicación que entiende que el conocimiento sobre la salud no se produce solamente a partir de los conocimientos técnicos y científicos, sino que se da a través de la articulación de un conjunto de prácticas, conocimientos, recuerdos, expectativas, emociones, etc., constituidos por las voces que emanan de todos los actores implicados en el proceso de salud: las instituciones, los trabajadores y la población.

Los *significados*, aunque tengan la propiedad de estar siempre relacionados con la cultura, designa algo que sería inmanente a las palabras y a los objetos, algo concreto y dado de antemano, sin depender de los contextos. En teoría, un

significado podría transferirse de una persona a otra y, en ese caso, la lengua sería solamente un medio de expresión de un contenido predeterminado (lo que sería una visión instrumental de la lengua). Los *sentidos*, en cambio, tienen los atributos de la pluralidad y del dinamismo, y designa algo en permanente construcción. *Los sentidos son producidos en situación*, en un acto comunicativo, y de ser así, son mutables y negociables, lo que confiere a los sentidos una característica importante para la comunicación (Araújo y Cardoso, 2007).

Los sentidos en el campo de la comunicación y salud, sin embargo, también son un lugar de tensiones y disputas, reflejadas en los modelos y estrategias comunicativas. Tanto en la perspectiva informacional, pasando por el paradigma participativo hasta llegar a la perspectiva relacional, coexisten distintas maneras de organizar en conocimiento, y que en la salud tiene sus particularidades. Por lo tanto, vale en ese momento rescatar algunas características fundamentales y que van a influenciar las informaciones y las estrategias comunicativas en salud.

Eso porque, el sentido común que se tiene no solo de la salud, como de otros campos de saberes, componen una construcción de enunciados que a lo largo del tiempo se han configurado según determinados intereses, que en general se configuran como estrategias de poder de aquellos que en su momento tienen sus narrativas validadas por un conjunto de actores y reglas en la sociedad²⁵. La configuración de las informaciones en salud, como construcción de una maquinaria singular que produce aquello que debe ser considerado verdadero, visible y considerado por las personas.

En tal sentido, Moraes (2002), al analizar la información en salud, pone de manifiesto que la práctica médica, en cuanto prácticas o redes de poderes que se ejercen de manera compleja, múltiple y estratégica por toda la estructura social, ha desarrollado un conjunto de técnicas, métodos y saberes, es decir, un aparato tecnológico sobre el cuerpo y que gana materialidad, entre otros lugares, en la

²⁵ Esa práctica discursiva que da origen a la ciencia no está puesta en función de algo que se considera una verdad absoluta, sino de algo que se quiere como verdadero. Dichos saberes están contruidos dentro de ciertas coordenadas discursivas inmersas en un tiempo y espacio que hacen posible el pensar lo que consideramos como saber (Foucault, 1968). El discurso es un acontecimiento, a pesar de que está conectado a las redes discursivas que se les presentan. Como un acontecimiento, el discurso que narra un determinado hecho debe ser tratado en su singularidad, que puede abarcar múltiples temporalidades.

constitución de bases de datos sobre las condiciones de vida del hombre y que pasan a estructurar la mirada hacia las personas, sus condiciones, y está relacionado con las transformaciones ocurridas en la manera de contemplar el sufrimiento.

Especialmente a finales del siglo XVII, y principios del XIX, se observa un nuevo perfil de los discursos en salud, es decir, de lo perceptible y enunciable en el saber médico hasta entonces presente en la sociedad. Se observa una nueva racionalidad de (re)organizaciones que, identificadas con el apareamiento de la Clínica²⁶, expresan nuevos saberes, nuevos instrumentos, nuevos dispositivos, como, por ejemplo, los prontuarios clínicos y las bases de datos informacionales que se constituyen bajo la égida de esa nueva mirada. Sin embargo, el propietario de esa mirada no es cualquier observador, sino que se trata de una mirada médica, titular de un saber válido por sus pares, institucionalizado y con poder de intervención. La enfermedad, entonces, es vista como una colección de síntomas que se tornan, en su totalidad, significantes de la enfermedad corporificada en el individuo (Moraes, 2002).

El saber médico, de esta manera, supone una manera específica de la sintaxis lingüística, y expresa los síntomas en signos, datos sueltos (vacíos de referenciales explicativos) en informaciones llenas de contenidos, constituido a partir de un conocimiento que viene desde fuera de la relación entre el médico y el paciente. Actualmente, la organización de las informaciones en salud y sus estrategias comunicativas, aunque cada vez más complejas y exhaustivas, vienen cargadas de esa mirada hacia el saber médico, aquel que por lo general legitima el conocimiento sobre el individuo y su sufrimiento, y representa un poder biopolítico²⁷ (Moraes, 2002).

²⁶ En la obra "El nacimiento de la clínica", Foucault busca entender la racionalidad anatómica y clínica que impregnaba la consolidación de los conocimientos médicos en la modernidad, donde el objetivo principal de investigación se configura en la enfermedad o en el cuerpo enfermo (Foucault, 1977).

²⁷ La producción biopolítica, en definición de), es "un nuevo modelo dominante que, además de intervenir en la producción de bienes materiales en un sentido económico estricto, atañe a todas las facetas de la vida social, económica, cultural y política, y al mismo tiempo la produce" (Hardt y Negri, 2004:18). Para saber más, ver Foucault (2009), "Nacimiento de la biopolítica".

Entendiendo esa construcción de la perspectiva relacional de la comunicación, como una otra práctica en el campo de la salud, tiene esa oferta de poner en circulación y considerar como válidos otros sentidos que se puede tener la salud de acuerdo con contextos y singularidades tan distintas. La comprensión y emergencia de esta polifonía pone en debate esta producción de sentidos que también tiene la potencialidad de “insignar”, es decir, da órdenes y comanda (Deleuze y Guattari, 1995), sin establecer una relación de comunicación con los actores. En tal sentido, el concepto de polifonía no comprende solamente la posibilidad de muchas voces, sino que implica también entender que cada sujeto es una multiplicidad de voces en disputa, y que a su vez instituye y es instituido por la multiplicidad de voces de los espacios vitales. Por lo anterior, la salud, la enfermedad, el cuidado, la comunicación, y el propio sujeto están ellos mismos atravesados por una multiplicidad de voces y discursos.

Esa organización de las informaciones en salud y sus interlocutores legitimados para hablar sobre la salud, sean ellos médicos, instituciones de salud, públicas o privadas, departamentos gubernamentales de salud, determina la manera de organizar las estrategias comunicativa y sus contenidos. La producción, la circulación y el reconocimiento, instancias consideradas en la perspectiva relacional, son conceptos que están ellos mismos enmarcados en una disputa de sentidos y del poder en la sociedad: cómo concebir comunicación y quiénes son los que tienen ese derecho (producción); dónde el material comunicativo debe circular, en especial donde no debe llegar (circulación) y desde qué instancias – instituciones de salud, médicos, profesionales de la salud, etc – la comunicación en salud es considerada legítima (reconocimiento).

Uno de los cambios más profundos de esta perspectiva viene dado por considerar que se produce sentido no sólo en las instancias de producción y circulación (lo que, simplificando, vendrían a ser el emisor y el canal en la perspectiva instrumental) sino también en la de reconocimiento. “Así, todos somos productores de sentido” (Díaz, 2011:40).

También, esa organización de la multiplicidad que configura el campo de la salud se da a expensas de una pérdida de la diversidad, es decir, una búsqueda de homogenización de la sociedad en conductas específicas para las cuales es posible una información precisa y unidireccional. *Trabajar desde una perspectiva de los sentidos es trabajar desde una perspectiva de la diversidad.* En la salud, como un fenómeno social, por un lado nos deparamos con regularidades, como el caso de la epidemiología, y sus estrategias comunicativas; por otro lado si buscamos comprender y visibilizar los distintos sentidos que una enfermedad asume en lo cotidiano de las personas, pasamos a focalizar los distintos discursos que tal práctica asume. La mirada, entonces, recae hacia la no regularidad y la polisemia (diversidad) de las prácticas discursivas (Spink, 2013).

De ahí definiendo que las estrategias comunicativas deben considerar las distintas experiencias que pueden tener la manera singular de vida de las personas, su contexto, sus redes de apoyo, entre otros temas. Si bien los diagnósticos son importantes y las estrategias comunicativas del uso de las informaciones para hacer frente a determinadas enfermedades son necesarias, ellas no dan cuenta de la diversidad que presupone la vida de las personas, incluso la relación cotidiana de los trabajadores.

Visibilizar esa diversidad reconoce que en este diseño de la práctica comunicativa, *el proceso de comunicación no se limita a la transmisión de contenidos predeterminados, se entiende desde una perspectiva de producción de sentidos*, que pasan a cobrar importancia en los procesos de comunicación en el campo de salud, donde el contexto social-cultural es determinante para la construcción de significados como: la salud, el cuidado, las enfermedades y el bien-estar, entre otros.

Tener el presupuesto de la comunicación como dispositivo de producción de sentidos, significa también enfrentar una disputa importante en el campo de la salud que es la manera de ver el sufrimiento de las personas como una enfermedad, en un proceso lineal y de repetición que entiende que para confrontar ese problema, existen estrategias específicas, científicas, definidas por

los profesionales de la salud, para solamente de esa manera llegar a una condición real de salud (Merhy, Feuerwerker y Cerqueira, 2010). Una manera lineal de entender la comunicación en el campo de la salud ayuda en ese proceso: para cambiar un comportamiento o práctica no adecuada, hay que dar información a las personas como estrategia (perspectiva informacional). Eso comprende una manera repetitiva de ver el cuidado en salud, sin considerar los más diversos aspectos que comprenden la vida de una persona.

La perspectiva relacional de la comunicación trabaja entonces con la perspectiva de la diferencia, y permite que emerja y esté en la escena comunicativa los distintos contextos y las diferentes maneras de las personas conducir a su vida. La comunicación es entendida como una herramienta de trabajo, es decir, como parte importante de los proyectos de cuidado.

Esta mirada defiende que todas las personas tienen una gran cantidad de informaciones y saberes que se articulan, hecho que implica afirmar que no existe la pretensión de transferir mensajes a un receptor carente de referencias. El receptor, en esta perspectiva, es un interlocutor, un co-productor de sentidos que se constituye en el acto interlocutorio.

Tal perspectiva de la comunicación considera no solamente los signos y los códigos empleados en un discurso, sino más bien la propia realidad (referente) de la comunicación, es decir, el contexto en el cual están actuando los sujetos que participan en el proceso comunicativo. Los sentidos de los discursos y las prácticas sociales serían, de esa manera, contruidos “en situación”, como defiende Pitta (1995), sin la posibilidad de transposición o transferencia.

En el campo de la salud, encuentro perspectivas que me han ayudado a comprender mi objeto de interés. Merhy (2006), al pensar las particularidades del trabajo en salud, que define que *la salud es un producto intercesor, es decir, que se produce de manera relacional y en acto*. Esto quiere decir que *el producto del trabajo en salud existe siempre y cuando se produce y para las personas directamente involucradas en el proceso: trabajadores y usuarios*. Para entender

este proceso es necesario, por lo tanto, se debruzar sobre sus procesos de trabajo y las acciones que revelan cantidad de intenciones, sentidos, perspectivas.

Franco y Merhy (2011), de esta manera, definen que el trabajo en salud es un lugar de producción y, de ser así, es un lugar en que se dan encuentros entre sujetos que se afectan mutuamente en situaciones de trabajo y de cuidado. A través del concepto del rizoma propuesto por Deleuze y Guattari (1995)²⁸, los autores desvelan el carácter múltiple y heterogéneo por el cual se procesa la construcción de la realidad social, en una lógica generadora de subjetividades que actúan en el territorio de la salud y que forman la relación con el otro, estableciendo procesos simbólicos y comunicacionales en acto que caracterizan el escenario del cuidado en salud.

En el caso específico de la salud, las conexiones entre los diversos procesos de trabajo que se realizan entre trabajadores-trabajadores y trabajadores-usuarios pueden formar un campo energético, invisible, que funciona en flujos circulantes que envuelven al cuidado en acto y configuran "líneas de vida" o "líneas de muerte", según si el encuentro trabajador-usuario produce acogimiento, vínculo, autonomía, satisfacción, o un modo de actuar que se manifieste de forma acotada, burocrática, produciendo heteronomía, insatisfacción (Franco y Merhy, 2011:11-12).

Para enfrentar este proceso y cambiar este modo de producción del cuidado en salud, Franco y Merhy (2011:18, los subrayados son míos) defienden que *"el cambio en la producción del cuidado está marcado por nuevas subjetividades activas en la producción del cuidado, de un modo de trabajar en salud que tiene como centro el campo relacional, abriendo el encuentro con los usuarios a espacios de habla, escucha, miradas y signos que tienen sentido para ambos, trabajador y usuario, y forman el centro del proceso de trabajo"*.

²⁸ Los filósofos franceses Gilles Deleuze y Félix Guattari proponen una nueva forma de comprender la realidad a través del modelo del rizoma, tallo subterráneo que crece de forma horizontal, frente al modelo del árbol como criterio epistemológico y sociológico. El rizoma, como las redes, posee una estructura horizontal, carece de centro, y es por ello por lo que el modelo de Deleuze y Guattari nos permite plantearnos la posibilidad de una nueva forma de organización sociocomunicativa como expresión de un contrapoder.

Esta *perspectiva relacional en la salud pone de relieve las personas como conocedoras y productoras de conocimientos en los encuentros* que se establece cotidianamente en el campo de la salud. Sean ellos trabajadores o usuarios, el foco está en el reconocimiento de procesos que objetivan la producción del cuidado junto con los usuarios, y son fuera y sin ellos. El usuario, de esa manera, no es colocado como un objeto de intervención médica, pero un co-productor de sentidos y negociaciones para su proceso de salud, a partir de un encuentro intercesor con los trabajadores en lo cual se establece un juego relacional entre los muchos sentidos y perspectivas en disputa (Merhy, 2006).

De esa manera, *la comunicación, en cuanto un proceso de producción de los sentidos sociales, puede constituirse en un dispositivo de activación de un circuito productivo de los sentidos y posibilita la producción de otros sentidos*, es decir, poder hablar, poder expresarse, permite a las personas resignificar ideas o conceptos muy arraigados tales como el concebir la comunicación, la locura, los diagnósticos, la enfermedad, etc. Partimos de la idea de que los sentidos tienen el atributo de la pluralidad y del dinamismo, y designa algo en construcción permanente, es decir, los sentidos son producidos en situación, en un ato comunicativo. Eso está relacionado con la disputa por el "poder de hacer ver y hacer creer" (Araújo y Cardoso, 2007), mecanismo este estructurante de las relaciones y de la práctica comunicativa en las disputas de los sentidos en los procesos comunicativos: que las personas tienen que saber, las conductas saludables, las necesidades, etc.

Los resultados de estas interacciones son objeto de una perspectiva más integral e integradora de la propia comunicación, que busca articular en todas las etapas los saberes y miradas de los diversos actores que participan en un proceso de salud, considerando las realidades y particularidades de cada uno, los vínculos y mediaciones existentes en cada colectivo para de esta manera trabajar las problemáticas de salud "sin escisión posible del espacio de lo cotidiano, de la cultura local, como ámbito ineludible de la representación de los problemas" (Díaz y Uranga, 2011:119).

Así, la perspectiva relacional, como una otra práctica comunicativa, tiene como referencia esa producción de sentidos, y el derecho a la comunicación está en el centro, y a su vez de manera inseparable al derecho de la salud: las personas tienen el derecho de expresarse e ser tomadas en cuenta, es decir, el derecho de participar en la lucha por otros sentidos en la producción del vivir.

La perspectiva relacional, de esa manera, considera que se produce sentido no sólo en las instancias de producción y circulación (lo que, simplificando, vendrían a ser el emisor y el canal en la perspectiva instrumental) sino también en la de reconocimiento. Así, todos somos productores de sentido. Somos todos no solo productores de sentidos, sino que productores y responsables por la circulación de los sentidos, no dejando solamente a las instancias oficiales este proceso, tal como prevé la perspectiva instrumental. Una comunicación multidimensional, entendida como la articulación de prácticas, saberes, memorias, expectativas, emociones, lugares de hablas. Además, con posibilidades de de estrategias enunciativas que posibiliten la construcción de lugares de diálogo más autorizados, más legítimos, cambiando así la composición de fuerzas en el panorama de los espacios comunicativos.

2.2. eSalud: La comunicación y la salud en la Sociedad de la Información

En este apartado, presento el proceso de convergencia de las TIC en el ámbito de la salud, que ha dado lugar al concepto de eSalud, que engloba las aplicaciones de estas herramientas a todos los sujetos que conforman el sector de la salud, desde las instituciones, los trabajadores de la salud, hasta los ciudadanos. Las posibles aplicaciones de estas tecnologías abarcan gran parte de las actividades relacionadas con la atención, administración y educación en salud, y ofrecen oportunidades para incrementar la cobertura y mejorar la calidad del sistema.

Este movimiento supone algunos retos tanto para la formulación de políticas y estrategias públicas, como para el campo de la comunicación en la salud, llegando a ser considerado por algunos autores como un nuevo paradigma de la información y comunicación en salud, y que por lo tanto son relevantes para entender y contextualizar los casos de análisis propuestos en la investigación. También, entiendo que ese movimiento tiene que ser contextualizado en las perspectivas del campo de la comunicación y salud que he tratado hasta ahora, y que tensionan no solamente las estrategias comunicativas realizadas, pero la comprensión misma de los distintos usos de las TIC en el campo.

2.2.1. La salud y la información: breve contextualización del campo de la comunicación y salud en la sociedad de la información

Hablar del campo de la comunicación y salud en el escenario actual requiere contextualizarla en la sociedad de la información y en las tecnologías de la información y comunicación y del contexto donde todo esto se ubica: la denominada Sociedad de la Información²⁹.

²⁹ Existe actualmente una diversidad de definiciones, de conceptos e incluso de nombres por lo que se han referido distintos autores a la Sociedad de la Información, como Sociedad del Conocimiento, Sociedad Digital y Sociedad Red. Entre las décadas de los setenta y los noventa desde el ámbito económico se utiliza el término sociedad del conocimiento como sinónimo de sociedad de la información, es decir, información y conocimiento son procesos indisolubles, productos de su asimilación. Desde otro ámbito se usa el término de sociedad digital, relacionada con las nuevas tecnologías y el abandono del analógico en detrimento del digital.

El comportamiento humano se basa en intercambios de información y comunicación, los cuales se dan por distintos canales como el habla, los textos, gestos, entre otros, y que se efectúa en procesos de interlocuciones, que se constituye en artefactos complejos, representación de la complejidad de la vida contemporánea y producida históricamente de acuerdo con la creciente ampliación de la gestión de los saberes por los espacios del Estado, de la ciencia y del aparato productivo capitalista (Moraes, 2002).

Un porcentaje creciente de esta comunicación humana se está digitalizando, de ahí que pensar el campo de la comunicación y salud requiere pensarlo también a partir de un análisis de la utilización y acceso a estos sistemas tecnológicos que tienen consecuencias importantes en el modo de procesar y distribuir la información y el conocimiento, que genera encuentros pero también desigualdades, y que por ende son herramientas que nos ayudan a comprender las características de la sociedad en la cual vivimos.

Las transformaciones que experimentan las sociedades a nivel mundial es uno de los objetos centrales del pensamiento sociológico actual, siendo la sociedad de la información uno de los fenómenos claves que una serie de intelectuales están sacando a debate, en la emergencia de reflexionar a dar respuestas a un nuevo tipo de sociedad cuya fuente principal está en la información, que ha adquirido un carácter de materia y mercancía básica en la llamada sociedad de la información³⁰.

La economía de la información, o economía digital, concreta y consolida los rasgos característicos de sus precursores, los EEUU, que impulsaron la “corrida tecnológica” con el objetivo de manutención de la hegemonía y de los discursos

³⁰ La sociedad de la información es un término generalizado a partir de la obra *The Information Society as Post-Industrial Society* (1981), de Yoneji Masuda, como resultado de que la información haya adquirido un grado de importancia decisivo, y es consecuencia del proceso de modernización e industrialización e más directamente, de las nuevas tecnologías de la información y comunicación. Dicha información pasa a ser un factor clave de la actividad económica, posibilitando un nuevo modelo productivo y potenciando la evolución social de las sociedades postindustriales (Salvat y Serrano, 2011). Tal como afirma Hardt y Negri (2004), en los últimos decenios del siglo XX, emerge lo que llaman de “trabajo inmaterial”, es decir, el trabajo cognitivo que crea bienes materiales, como el conocimiento, la información y la comunicación. Desde el ámbito económico, el sociólogo norteamericano Daniel Bell en su obra “El advenimiento de la sociedad postindustrial” publicada en 1973, señala que si el trabajo había sido determinante para la generación de valor en las sociedades industriales en las postindustriales lo era la información (Bell, 1976).

en el escenario geopolítico mundial: tecnología e innovación, trabajo en red y globalización³¹.

Esas cuestiones para dentro del campo de la salud se vinculan a los debates sobre la sociedad de la información y sus consecuencias para la sociedad. Como señalado en el apartado anterior, la información en salud tiene particularidades que fueron siendo construidas y establecidas de acuerdo con intereses a lo largo del tiempo, y encuentra también en el contexto de la sociedad de la información elementos y perspectivas que van influenciar sus discursos y prácticas.

La diversidad de perspectivas y, consecuentemente, de denominaciones que a lo largo del tiempo ha recibido lo que es conocido por la sociedad de la información revela también una multiplicidad de miradas hacia el contexto actual. McLuhan (1990) definía la sociedad como “la aldea global”, haciendo referencia a la posibilidad de interconexión de la sociedad global a través de los medios de comunicación. Castells (2000) utiliza el término “sociedad informacional”, haciendo referencia a la revolución tecnológica de la información en el sistema capitalista y como analogía al término “sociedad industrial”, pero más adelante la define como la sociedad red, que hace alusión a un tipo de sociedad donde prolifera y crece la Internet. Según Vilches (2005), la red se presenta como una interpretación del mundo, un estilo de pensamiento, un modelo de razonamiento en el que la técnica y la tecnología tienen una historia tan antigua como el lenguaje.

En 2005, la Organización de la Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) ha intentado impulsar el término “sociedad del conocimiento”, con la publicación “Hacia las sociedades del conocimiento”, en el cual defiende que la noción de la sociedad de la información se basa en los progresos tecnológicos, y que en cambio el concepto de sociedades del conocimiento

³¹ La globalización puede ser caracterizada como fruto de la expansión de la sociedad posindustrial y de la información, como consecuencia de unas nuevas condiciones geopolíticas y sociales que tiene su origen a fines de la Guerra Fría, con la mundialización de la economía capitalista. La globalización entendida como un fenómeno inicialmente económico, asociado a las nuevas tecnologías, mundialización del mercado financiero e internacionalización de la economía provoca la aparición de otros fenómenos como la deslocalización, la intensificación de un mercado financiero internacional, la emergencia de nuevos organismos internacionales como la Organización Internacional del Comercio y la creciente interrelación de los acontecimientos económicos en cualquier parte del planeta (Salvat y Serrano, 2011).

comprende dimensiones sociales, éticas y políticas mucho más vastas. En el documento, reiteran que las nuevas tecnologías se tratan sólo de un instrumento para la realización de auténticas sociedades del conocimiento. Sin embargo, definen que aunque la información sea un instrumento del conocimiento, no es el conocimiento en sí.

Si bien estoy de acuerdo que las tecnologías no deberían por sí solas determinar la características por la cuales se definen una sociedad, como trataré más adelante, he elegido trabajar con el término Sociedad de la Información en este presente trabajo debido a dos importantes factores: el indubitable papel que ha adquirido la información y la relevancia de las TIC, que debo profundizar como campo de interés de esta tesis, y, fundamentalmente, porque tener información no significa adquirir conocimiento. Lo “digital” y la “red”, de esa manera, aparecen como características propias de esta sociedad que emerge.

Definir el uso de las TIC también anuncia la composición de distintos discursos sobre el tema. He utilizado una combinación de contempla inicialmente una definición más estructurada, para posteriormente poder enmarcarla y contextualizarla en los debates de la perspectiva relacional de la comunicación que he propuesto para esta investigación. Desde la Comisión Económica para América Latina y Caribe (CEPAL), las TIC son definidas como sistemas tecnológicos mediante los que se recibe, manipula y procesa información, y que de esta manera pueden facilitar la comunicación entre los interlocutores. Así, la organización sostiene que las TIC son algo más que informática y computadoras, puesto que funcionan en conexión mediante una red, y que tampoco son solamente divulgación de información, ya que permiten una comunicación interactiva.

Por otra parte, también comprendo las TIC como la integración multimedia de viejas tecnologías de la información (radio, teléfono, cine, prensa y TV) y su digitalización a partir del desarrollo de los ordenadores. En este sentido, lo digital supone un cambio, ya que el nuevo sistema tecnológico que configura Internet ha sido capaz de crear una instancia nueva, un universo virtual, el ciberespacio. “Es

la interacción de todos ellos y su reunión mediante la tecnología digital lo que hace que las llamadas TIC se conviertan en la palabra clave para entender las nuevas sociedades de la información” (Salvat y Serrano, 2011:39).

También, vale señalar que las TIC trabajan con la información como un objeto técnico-económico (Dollar, 1994), estableciendo las siguientes características: la *ubiquidad*, en el sentido de poder estar en cualquier lugar, al mismo tiempo, aparentando una libertad y la autonomía del contexto de generación, opaca sobre cualquier referencia a su origen. El *anonimato*, debido a que en la industrialización de su producción se disuelve la categoría de autor. Por fin, la *dependencia* de los ambientes patentados de procesamiento y transmisión de información, siendo los códigos de los instrumentos (programas, interfaces) que condicionan a la pragmática institucional.

Este contexto actual imprime en la sociedad algunas características que interesa subrayar, una vez que ayuda a componer la caja de herramientas para comprender el escenario de los usos de las TIC: la instantaneidad, un rasgo de la tecnología digital que provoca la ruptura de fronteras, la generación de comunidades virtuales, la interrelación de los mercados y el intercambio de experiencias en un contexto atemporal y desterritorializado; la virtualidad, que produce efectos que generan consecuencias en la realidad sobre la que influye y el universo analógico; y la fragmentación, ya que el nuevo universo que ofrece la tecnología digital se distingue por su discontinuidad, simultaneidad de universos paralelos (el real y el virtual) y descomposición del sujeto, pues “a medida que el individuo se integra en el ciberespacio se aleja, se individualiza, se diferencia” (Salvat y Serrano, 2011:58).

Llama la atención, de esa manera, la importancia central que adquiere las TIC en las sociedades occidentales modernas, que no se refieren sólo a los cambios de carácter tecnológico, sino más bien a los cambios en la organización social y en las estructuras de apoyo de las sociedades. Ellas "conectan" el mundo y forman lo que Castells (2000) llama "sociedad en red". Por ellas pasan los flujos de imágenes, los sonidos, la riqueza y el poder; también, dinamizan y están en la

base de los flujos de información y de conocimiento, provocando la aparición de un nuevo modelo de sociedad, donde la generación, procesamiento y transmisión de información, que también son fuentes de conocimiento, de productividad y de poder.

Sin embargo, también emerge en este escenario nuevas formas de soberanía, que incluye como elementos principales de los nodos a los estados-nación, junto con las principales corporaciones capitalistas y otros poderes, determinando flujos, discursos, en un “poder en red” que han sugerido Hardt y Negri (2004). La comunicación se torna productiva, y el espacio público, un espacio funcionalista determinado por intereses de las grandes corporaciones, que a medida en que se funden en grandes conglomerados, producen una mayor homogeneización de la información disponible para una opinión pública que, a su vez, pasa a ser no un sujeto democrático, sino un campo de conflictos definido por las relaciones de poder.

De esa manera, estas transformaciones que pasan la sociedad, en especial a partir de la información como un elemento decisivo y que ha balizado la aplicación y los usos de las TIC, señalan también transformaciones en la disposición de las informaciones, la manera como las recibimos y cómo la manejamos. Se establece una tensión entre la posibilidad de conocimiento, dictada por una hegemonía de informaciones que son valoradas como verdaderas y pasibles de propagación, teniendo la ciencia uno de los principales canales de enunciación de proposiciones verdaderas³², en especial por su valor de uso a partir de intereses que enmarcan relaciones de poder, que institucionaliza las informaciones también en el campo de la salud.

³² Lyotard (1991), en sus análisis en torno al saber en la sociedad que ha nombrado “posmoderna”, defiende la idea de que las transformaciones sociales responden a las transformaciones que están ocurriendo en el ámbito del saber. Relaciona el reduccionismo del saber a la información, que tiene predominantemente un valor de cambio por sobre su valor de uso, que se vende y se compra y que ni siquiera los Estados-nación poseen en cantidad suficiente, más bien, la información se encuentra en manos de los decididores, empresas, institutos privados de investigación, bancos de información, entre otros. Así, habla de una victoria de la tecnociencia capitalista al constatar el carácter de fuerza productiva central que ha adquirido la ciencia en las sociedades industriales desarrolladas, a la evidencia incontestable de que el conocimiento tiende a ser traducido en cantidades de información, las cuales a su vez, circulan en el mercado como una mercancía más que se compra y se vende.

Esos temas del saber y poder influyen sobremanera el campo de la comunicación y salud en el contexto de la Sociedad de la Información, una vez que las TIC no son solo aparatos tecnológicos, como trataré más adelante, pero también responde a discursos legitimados en el ámbito de la salud, que responde a su vez a una racionalidad organizativa de las bases informacionales de interés para la salud. La constitución de las informaciones relacionadas a la salud, a las condiciones de muerte, al nacimiento de los individuos e de las poblaciones, es decir, la esencia de lo que es la información en salud, está relacionada con la fundación de la enfermedad bajo las perspectivas conocidas actualmente, reflejando la actual praxis informacional en el campo (que está enmarcada en la ruptura de una medicina clásica para una medicina moderna) (Moraes, 2002).

La constitución gradual de sistemas de informaciones como un proceso de coleta, tratamiento, análisis y diseminación de informaciones pasa a ser un instrumento fundamental para el propio desarrollo de los saberes médicos, y, consecuentemente, para las estrategias comunicativas diseñadas a partir de ellos. En esa tensión de producción de verdades sobre los temas de salud a partir de los discursos de determinados grupos refleja, en el campo de la comunicación y salud, en el contenido de los mensajes, en el uso de los aparatos tecnológicos, entre otros temas.

O processo de produção e disseminação de informação pressupõe decisões políticas e econômicas eivadas de relações de poder e produção de saber. Decisões que, em sua maioria, são tomadas pelos “produtores de informação”, sem “ouvir” as reais demandas da sociedade. Decisões que trazem conseqüências para o próprio processo de democracia de um povo, na medida em que incidem na produção do conhecimento: científico e tecnológico e/ou social, político, econômico, ideológico, cultural, ou seja, na consciência do mundo que cerca os indivíduos (Moraes, 2002:49)

La racionalidad de la difusión de información que he trabajado ha representado una influencia importante en los procesos comunicativos en el ámbito de la salud, que podemos observar hasta los días actuales. Como visto, desde una perspectiva informacional se entiende que la mejor manera de poner fin a la

enfermedad es darles a las personas lo máximo de información posible. Sin embargo, como señale anteriormente, esas informaciones están enmarcadas en producciones interesadas, lo que comprende que tener la información sobre la salud y actuar a partir de ella no impone necesariamente una participación libre de influencias. Por el contrario, se impone a las personas participar en este proceso a partir de su propio control – controlar sus cuestiones de salud basado en las informaciones que les llegan.

De esa manera, la participación, que trabajaré más adelante, está de acuerdo con esta racionalidad y esta comprensión del proceso salud enfermedad, y reside en el control de las subjetividades, de la manera de vivir, de lo cierto y de lo errado en materia de salud en que actúa. Eso resulta en una paradoja en el proceso de la lucha por la difusión de los conocimientos para que avance la democracia, que muchas veces queda capturada por un discurso más simplista de la brecha digital³³, una vez que la sobrecarga de información como iniciación en la realidad tiene el riesgo de separar el mundo en los que saben y los que no saben por no tener suficiente capacidad.

A informação em saúde se institucionaliza enquanto parte dos dispositivos de um biopoder voltado para o controle dos indivíduos e das populações. Paulatinamente, vem assumindo dimensões novas na sociedade contemporânea, envolvendo a ciência e o sistema produtivo, passando a ser uma questão de Estado. Hoje, constitui-se em espaço de exercício de uma determinada política de governo, fruto de uma ação de controle institucional sobre os saberes extraídos da “rede de olhares” sobre o indivíduo e a população. A bem de sua pretensão globalizante, seleciona, sumariza e ordena as informações coletadas em bancos de dados, a partir da racionalidade de um poder vigilante. Contemporaneamente, esse processo se constitui a partir da circulação de saberes oriundos das ciências da saúde quanto das ciências da informação. (Morales, 2002:53)

³³ Se entiende que una de las consecuencias negativas de esta nueva economía para la sociedad es la brecha digital, tomando como referencia las infraestructuras de acceso de red y la alfabetización digital de las regiones. Mattelart (2007:50) añade que en el transcurso de la construcción de lo que llama la economía-mundo, “las formas sociales que han adoptado las redes no han dejado de ahondar las distancias entre las economías, las sociedades, las culturas repartidas según la línea de separación del desarrollo”.

Esa red que se maneja tiene consecuencias más profundas cuando pensamos la exclusión en el campo de comunicación y salud, no solamente en el acceso a la infraestructura, sino que a la construcción de los discursos considerados validos en el campo. Eso porque se crea una red de informaciones en la cual solamente los profesionales e instituciones de la salud, legitimados para hablar sobre la salud, son los responsables por trabajar la información, coleccionarla, almacenarla, y hacerla fluir para la sociedad bajo una mirada medica sobre el cuerpo del individuo.

El entendimiento presentado aquí trabaja esos procesos informacionales, en sus diferentes expresiones en las sociedades contemporáneas, como un objeto dotado de una singularidad compleja, expresión de la creciente complejidad de los modos de vivir la vida actualmente. Información como la representación de un mundo complejo, que ha estado produciendo y siendo producido por las relaciones de poder y la producción de saberes, que están presentes también en la configuración de la dinámica de la ciencia, la política, la economía, la propia visión del mundo y diseño la sociedad que queremos construir. De la misma manera, las nuevas tecnologías, que son propias de la evolución de esta sociedad, construyen una nueva realidad social en la medida en que las personas se interrelacionan con ellas de distintas maneras y producen nuevas formas de estar en el mundo.

No hay duda que la evolución social actual pasa también por las “revoluciones” tecnológicas que crea una base material real para la realización de las actividades de toda la estructura social. Pero es necesario que considerar que estos procesos sociales no están desvinculados de procesos hegemónicos de dominación también en el campo de la salud, y que analizar y contemplar esta realidad surja como una tarea fundamental para la comunicación en ese campo. Promover la participación de las personas en el contexto actual implica no solo aumentarles sus capacidades tecnológicas, sino profundizar en otras capacidades para acceder a este mundo tecnológico de manera crítica con el objetivo de promover cambios sociales.

2.2.2. Los discursos sobre la eSalud: un recogido histórico desde los organismos internacionales

Para seguir con el recorrido propuesto en este capítulo, es importante señalar que en el campo de la salud, el proceso de convergencia de las TIC, en especial desde los discursos de los organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS), está dando lugar a al concepto de eSalud, que engloba las aplicaciones TIC a todos los sujetos que conforman el sector, desde las instituciones, los trabajadores de la salud, hasta los ciudadanos. Las posibles aplicaciones de estas tecnologías abarcan gran parte de las actividades relacionadas con la atención, administración, educación y comunicación para la salud, y ofrecen oportunidades para incrementar la cobertura y mejorar la calidad del sistema.

Por esta razón, vale en ese momento realizar un recorrido de la construcción que del discurso de la eSalud, pues tiene implicaciones en las estrategias comunicativas en el campo de la salud, llegando a ser considerado por algunos autores (Neuhauser y Kreps, 2003; Fernández y Oviedo, 2010; Menéndez Hevia y Cuesta Cambra; 2011; Pozo Iribarría y Ferreras Oleffe, 2011) como un nuevo paradigma de la información y comunicación en salud.

Esa corriente apunta algunas de las claves de este proceso se ubican en la personalización de la información sobre la salud y los hábitos de vida en especial, y la adopción de una actitud activa y participativa por parte del usuario. También, se entiende que la nueva realidad de las tecnologías de la información y comunicación permite que los individuos sean cada vez menos un receptor pasivo de la información sobre la salud. Sin embargo, como sostenido hasta ahora, ni el acceso a las informaciones en salud, tampoco las TIC como aparatos tecnológicos por si mismos garantizan procesos relacionales que se ha buscado comprender en esta investigación.

Este nuevo paradigma aparece vinculado a un momento de intenso desarrollo de las nuevas tecnologías de información y comunicación. La utilización masiva de

internet y de la telefonía móvil ha abierto una vía de comunicación ilimitada entre los usuarios y las fuentes de información sobre salud, así como para los mismos usuarios entre sí. A su vez, los proveedores de información sanitaria han encontrado en la red un canal de difusión barato, rápido, amplio y accesible. El entorno tecnológico desempeña por tanto un papel central en la creación y en la evolución de este nuevo modelo de comunicación (Pozo Iribarría y Ferreras Oleffe, 2011:112).

Según la definición de la OMS, la eSalud consiste en el apoyo que la utilización eficaz y segura de las tecnologías de la información y las comunicaciones ofrece a la salud y a los ámbitos relacionados con ella -los servicios de atención de salud, la vigilancia y la documentación sanitarias- como la educación, los conocimientos y las investigaciones en materia de salud (OPS/OMS, 2011).

En 1998, la OMS había reconocido en la resolución EB101.R3 (101st Executive Board, Geneva, Switzerland) la creciente importancia de Internet y su potencial para afectar la salud a través de publicidad y promoción de los productos médicos. En este año, en el documento "Política de salud para todos para el siglo XXI", encargado por la organización, recomendaba el uso apropiado de la telemática de la salud en la política y estrategia generales de salud para todos (OPS/OMS, 2011).

En 1999, Eng y Gustafson propusieron el término Comunicación Interactiva en Salud (sigla en inglés ICT - Interactive Health Communication), para referirse al uso de las tecnologías para promover los objetivos generales de la comunicación para la salud: informar, influenciar y motivar a los individuos, las poblaciones o las organizaciones en temas relacionados con la salud. Según los autores, la variedad de funciones específicas de aplicaciones incluyen: 1) Transmitir información, 2) Permitir la toma de decisiones informada, 3) Promover conductas saludables, 4) Promover el intercambio de pares, información y apoyo emocional, 5) Promover el autocuidado y 6) Gestionar la demanda de servicios de salud. En la ocasión, Eng y Gustafson (1999) consideraban los siguientes factores que jugarían a favor de la adopción de las aplicaciones de la Comunicación Interactiva

en Salud: 1) El crecimiento de las telecomunicaciones y las capacidades en computación, 2) El aumento de la alfabetización informática y del acceso, 3) El crecimiento de la demanda en información de salud y la toma de decisiones compartida, 4) El creciente énfasis en la prevención primaria y secundaria y 5) El aumento de la tendencia a reducir el costo de los servicios de salud.

En el año 2003, durante la Cumbre Mundial sobre la Sociedad de la Información realizada en Ginebra, se consideró que la aplicación de las tecnologías de la información y la comunicación a la atención de salud, como herramienta para conseguir los objetivos de desarrollo acordados internacionalmente, incluidos los Objetivos de Desarrollo del Milenio, era una disciplina que podría ser útil para mejorar la calidad de vida de la población. En el plan de acción que se ha generado en la Cumbre, se establecía que la aplicación de las TIC en el ámbito de la salud debería (CUMBRE, 2004):

- a) Promover la colaboración entre gobiernos, planificadores, profesionales de la salud y otras entidades, con la participación de organizaciones internacionales, para crear sistemas de información y de atención de salud fiables, oportunos, de gran calidad y asequibles, y para promover la capacitación, la enseñanza y la investigación continuas en medicina mediante la utilización de las TIC, respetando y protegiendo siempre el derecho de los ciudadanos a la privacidad.
- b) Facilitar el acceso a los conocimientos médicos mundiales y al contenido de carácter local para fortalecer la investigación en materia de salud y programas de prevención públicos y para promover la salud de las mujeres y los hombres; tales contenidos pueden ser sobre la salud sexual y reproductiva, las infecciones de transmisión sexual y las enfermedades que suscitan una atención generalizada a nivel mundial, tales como el VIH/SIDA, el paludismo y la tuberculosis.
- c) Alertar, vigilar y controlar la propagación de enfermedades contagiosas, mejorando los sistemas comunes de información.
- d) Promover el desarrollo de normas internacionales para el intercambio de datos sobre salud, teniendo debidamente en cuenta las consideraciones de privacidad.

e) Alentar la adopción de las TIC para mejorar y extender los sistemas de atención sanitaria y de información sobre la salud a las zonas distantes y desatendidas, así como a las poblaciones vulnerables, teniendo en cuenta las funciones que desempeñan las mujeres como proveedoras de atención de salud en sus familias y comunidades.

f) Fortalecer y ampliar las iniciativas basadas en las TIC para proporcionar asistencia médica y humanitaria en situaciones de catástrofe y emergencias.

En la segunda edición de la Cumbre Mundial de la Sociedad de la Información realizada en Túnez en el año 2005, en el documento final, publicado bajo el título de “Agenda Túnez para la Sociedad de la Información”, se reconocía la necesidad de mayor financiación en varios campos que no han sido atendidos como se debería en las actuales políticas de financiación de las TIC para el desarrollo. Entre ellos, destaco: las aplicaciones TIC y contenidos destinados a la integración de las TIC en la implementación de estrategias de erradicación de la pobreza y programas de desarrollo sectorial, especialmente en materia de salud, educación, agricultura y medio ambiente. En el mismo documento, se determinaban las distintas aplicaciones de las TIC: Gobierno electrónico; Negocios electrónicos; Aprendizaje electrónico; Cibersalud; Ciberempleo; Ciberecología; Ciberagricultura y Ciber-ciencia.

En lo que toca al ámbito de la salud, el documento afirmaba que las TIC deberían ser utilizadas para un mayor acceso a los conocimientos en materia de salud en todo el mundo y a los servicios de telemedicina, sobre todo en esferas tales como la cooperación mundial en respuesta ante situaciones de emergencia, el establecimiento de una red entre los profesionales de la salud para contribuir a mejorar la calidad de vida y las condiciones medioambientales y el acceso a esta red.

Fue en 2005, en la Asamblea Mundial de la Salud, y teniendo en vista la influencia del desarrollo de las TIC en la prestación de atención sanitaria y las actividades

relacionadas con la salud, cuando la OMS aprobó la resolución WHA58.28, en la cual se establecía una estrategia específica para el ámbito de la eSalud.

Como parte de esa estrategia en eSalud de la OMS, en el mismo año la organización instituyó el Observatorio Global para la Salud (Global Observatory for eHealth), una iniciativa dedicada al estudio de la sanidad electrónica, su evolución y el impacto sobre la salud en los países. Los objetivos de la estrategia de la OMS en este campo consistían en reforzar los sistemas sanitarios de los países; fomentar las alianzas entre los sectores público y privado en materia de investigación y desarrollo de las TIC aplicadas a la salud, apoyar la creación de capacidades para la utilización de esta última en los Estados Miembros, y formular y aplicar normas y patrones (OMS, 2006).

En encuesta realizada en 2006 por la OMS, a partir del Observatorio Global para la Salud y con el objetivo de reunir datos de referencia sobre el estado de la eSalud en el mundo, la organización detectó que los sistemas y servicios de salud de todas partes del mundo estaban integrando constantemente la utilización de las TIC, cuyo auge comenzó a partir del año 2000. La encuesta mostró también una correlación constante entre la adopción de disposiciones relativas a la eSalud en los países y sus niveles de ingresos, es decir, las aplicaciones TIC en el campo de la salud estaba mucho más desarrolladas en los grupos de países de ingresos altos o medios altos que en los de ingresos medios o bajos³⁴.

Además, si bien en la encuesta se identificó que los Estados Miembros estaban logrando adelantos específicos en la formulación de políticas y estrategias de facilitación de la eSalud, todavía este número era reducido y debería ser objeto de más atención. Según la encuesta, de todas las utilidades examinadas, la puesta a disposición del público en general de información sanitaria en línea fue la que alcanzó el mayor porcentaje de éxito. Como plan de acción propuesto por la OMS a partir de los resultados de la pesquisa, se definió tres etapas de desarrollo en materia de eSalud: 1) Reforzar las políticas y estrategias de facilitación; 2)

³⁴ Según clasificación del Banco Mundial.

Mejorar las políticas y estrategias de fomento de la eSalud y 3) Fomentar el desarrollo de capacidad y las aplicaciones de la eSalud (OMS, 2006).

En la “Agenda de salud para las Américas 2008-2017”, presentada en 2007 por los Ministros de Salud de las Américas en la ciudad de Panamá, los conocimientos, la ciencia y la tecnología se sitúan como una de sus líneas de acción y afirma que “todas las personas deben beneficiarse del progreso y tener acceso a la información y educación en salud” (OPS, 2007:20).

En 2011, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en consonancia con las estrategias establecidas por la OMS en el ámbito, publicó el documento “Estrategia y Plan de acción sobre eSalud (2012-2017)”, cuyo propósito era de contribuir al desarrollo sostenible de los sistemas de salud de los Estados Miembros. Con su adopción, se buscaba mejorar el acceso a los servicios de salud y su calidad, a través de la utilización de las TIC, la formación en alfabetización digital y TIC, el acceso a información basada en pruebas científicas y formación continua, y la implementación de diversos métodos que permitiesen avanzar hacia sociedades más informadas, equitativas, competitivas y democráticas. La organización defendía que en este tipo de sociedades, el acceso a la información sobre salud es un derecho fundamental de las personas.

En el Plan, se definieron algunos componentes de la eSalud basados en lo presentado anteriormente el Observatorio Global para la Salud:

a) Registro médico electrónico (o historia clínica electrónica): es el registro en formato electrónico de información sobre la salud de cada paciente que puede ayudar a los profesionales de salud en la toma de decisiones y el tratamiento.

b) Telesalud (incluida la telemedicina): consiste en la prestación de servicios de salud utilizando las tecnologías de la información y la comunicación, especialmente donde la distancia es una barrera para recibir atención de salud.

c) mSalud (o salud por dispositivos móviles): es un término empleado para designar el ejercicio de la medicina y la salud pública con apoyo de los

dispositivos móviles, como teléfonos móviles, dispositivos de monitoreo de pacientes y otros dispositivos inalámbricos.

d) eAprendizaje (eLearning, en inglés, incluida la formación o aprendizaje a distancia): consiste en la aplicación de las tecnologías de la información y la comunicación al aprendizaje. Puede utilizarse para mejorar la calidad de la educación, aumentar el acceso a la educación y crear formas nuevas e innovadoras de enseñanza al alcance de un mayor número de personas.

e) Educación continua en tecnologías de la información y la comunicación: desarrollo de cursos o programas de salud profesionales (no necesariamente acreditados formalmente) que facilitan habilidades en tecnologías de la información y la comunicación de aplicación en la salud. Esto incluye los métodos actuales para el intercambio de conocimiento científico como la publicación electrónica, el acceso abierto, la alfabetización digital y el uso de las redes sociales.

f) Estandarización e interoperabilidad: la interoperabilidad hace referencia a la comunicación entre diferentes tecnologías y aplicaciones de software para el intercambio y uso de datos en forma eficaz, precisa y sólida. Esto requiere del uso de estándares, es decir, de normas, regulaciones, guías o definiciones con especificaciones técnicas para viabilizar la gestión integrada de los sistemas de salud en todos los niveles.

La CEPAL organizó tres conferencias ministeriales sobre la sociedad de la información en los años 2005, 2008 y 2010, y en cada una de ellas se han suscrito planes de acción regional que incluyen el área de la salud, conocidas por eLAC - un plan de acción para América Latina y el Caribe, acorde con los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y la Cumbre Mundial sobre la Sociedad de la Información (CMSI), con visión de largo plazo –hacia el año 2015- que planteaba que las tecnologías de la información y de las comunicaciones (TIC) son instrumentos de desarrollo económico y de inclusión social. La iniciativa se basó en el diálogo y la cooperación de todos los países de América Latina y el

Caribe, así como en la construcción de un consenso político y una visión estratégica común. Es una agenda de política pública, regionalmente concertada, que reconoce la importancia de las TIC en la consecución del desarrollo económico y social de los países de la región.

El primer Plan de Acción Regional eLAC2007³⁵ apuntó a tres líneas de acción: 1) Profundizar conocimientos y entendimiento de áreas críticas; 2) Formular y fortalecer iniciativas y proyectos concretos a nivel regional y 3) Dar apoyo a la elaboración e implementación de iniciativas nacionales a través de un intercambio intrarregional.

En su segunda etapa de implementación, el Plan de Acción Regional sobre la Sociedad de la Información en América Latina y el Caribe, eLAC2010³⁶, tenía como propuesta alejarse de la tendencia de la región de seguir una lógica más bien industrial de desarrollo de las TIC, a favor de un desarrollo humano y social más integral, o el desarrollo con las TIC. Así, incluyó ajustes importantes a las prioridades de la región en cuanto al acceso, uso y capacidades relacionados con las TIC, en seis áreas temáticas: 1) Educación y capacitación; 2) Acceso e infraestructura; 3) Salud; 4) Gestión pública y gobierno electrónico; 5) Sector productivo y 6) Instrumentos de políticas y estrategias.

En ese período, el área de la salud aparece como la tercera prioridad del Plan, siendo fijadas medidas específicas para el ámbito, que contemplan acciones relacionadas al entorno (políticas públicas en el ámbito de la salud que contemplen el uso de las TIC), acceso (servicios de salud electrónicos), desarrollo de capacidades (tanto de los profesionales de la salud como de las personas en general, además de transferencia de conocimiento para distintas regiones) y aplicaciones y contenido (equipamientos, redes de salud, generación de contenidos, interacción, etc.).

³⁵ Aprobado oficialmente en 2005 en la Conferencia Preparatoria Regional Ministerial de América y Latina y el Caribe para la Cumbre Mundial sobre la Sociedad de la Información, el 10 de junio 2005 en Río de Janeiro, Brasil.

³⁶ Acordado por autoridades regionales durante la II Conferencia Ministerial sobre la Sociedad de la Información en América Latina y el Caribe, realizada en El Salvador, del 6 al 8 de febrero de 2008.

En la actualidad, el proceso se encuentra en su tercera fase de implementación del Plan eLAC2015³⁷. Plantea las TIC como instrumentos de desarrollo e inclusión social y cuenta con 8 áreas temáticas, de las cuales se desprenden 10 lineamientos, 6 prioridades y un total de 26 metas. Las áreas, lineamientos y prioridades son los siguientes: 1) Acceso a banda ancha; 2) Gobierno electrónico, 3) Medio ambiente; 4) Seguridad social; 5) Desarrollo productivo e innovación; 6) Entorno habilitador; 7) Educación y 8) Una institucionalidad para una política de estado.

La salud se ubica dentro del área “Seguridad Social”, pensada para impulsar el uso de las tecnologías de la información y las comunicaciones para una seguridad social inclusiva. El Plan señala el incipiente desarrollo de las tecnologías y redes digitales en los sistemas de salud, y afirma que el gran desafío es integrar la salud electrónica a la estrategia nacional y la cooperación regional en este ámbito. De esta manera, la prioridad en el ámbito de la salud es garantizar el acceso, la seguridad y la continuidad de la atención médica para los usuarios de los servicios de salud a través de las tecnologías de la información y las comunicaciones.

En el documento producido por la CEPAL en el año 2010 bajo el título “Monitoreo del Plan eLAC2010: Avances y desafíos de la Sociedad de la Información en América Latina y el Caribe”, la organización defendía que las TIC pueden contribuir a abordar el desafío actual del sector salud en América Latina y el Caribe: garantizar el acceso a la atención, especialmente para los sectores más vulnerables. Según la institución, las TIC pueden contribuir tanto a mejorar la cobertura y calidad como a optimizar los procesos de gestión de los servicios de salud nacionales.

La CEPAL analizó en este momento los avances en relación con la utilización de las TIC en el ámbito de la salud en los siguientes ámbitos: en las políticas públicas para integración de las TIC en el sector salud; en el desarrollo de redes y en la interconexión entre los centros de salud; las TIC en la atención de salud; la

³⁷ Aprobado en Lima el año 2010.

telemedicina, evaluando el acceso a zonas remotas o con falta de especialistas y la historia clínica electrónica; y finalmente considera el acceso de los ciudadanos a las prestaciones de salud, donde profundiza la relación con los ciudadanos y la información en los centros de salud. De una manera general, la organización concluyó que existe un consenso sobre la existencia de un relativo atraso en la incorporación de las TIC en salud respecto de otros sectores, y se observa un retraso en la definición de políticas nacionales específicas.

Sin embargo, la institución también identificó una “explosión” de iniciativas, públicas y privadas, lo que constituye una oportunidad para aprender y proyectar su cobertura con una mirada más estratégica en los países. Junto con esto, hay un retraso en la definición de políticas específicas. Estas iniciativas, incipientes en su mayoría, van desde líneas telefónicas hasta sofisticados sistemas de transmisión de datos. Sus objetivos en general coinciden en extender la atención en salud a sitios remotos, acercar centros de salud de baja complejidad a especialistas localizados en centros de mayor complejidad, obtener información epidemiológica oportuna y dar capacitación al personal en sitios apartados (CEPAL, 2010a:48).

A partir de los datos presentados, la CEPAL presentó en la Tercera Conferencia Ministerial sobre la Sociedad de la Información de América Latina y el Caribe, realizada en Lima, en 2010, el documento “Las TIC para el crecimiento y la igualdad: renovando las estrategias de la sociedad de la información”, en el cual afirmó que para la formulación de políticas públicas de salud y de sus estrategias de TIC es necesario tener en consideración las barreras de acceso determinadas geográficamente y la forma en que estas inciden en las desigualdades a que se encuentran expuestos los sectores más vulnerables. Además, defendía que la alfabetización digital de la población es esencial para que las TIC aplicadas a la salud rindan todo su potencial.

El papel de los pacientes y los ciudadanos, según el documento, es cada vez más relevante en las estrategias sanitarias y se acrecienta con la incorporación de TIC, en la medida en que tengan acceso a ellas y sepan utilizarlas. Los desafíos

planteados para mejorar la atención de salud en la región son diversos. Si bien las TIC pueden aportar soluciones innovadoras y poderosas en materia de acceso, eficiencia y monitoreo, entre otros, deben implementarse en combinación con otras herramientas e iniciativas para construir capacidades y mejorar la calidad de la atención (CEPAL, 2010b:94).

Según la CEPAL (2010b), el potencial de las TIC en el área de la salud debe analizarse en función de los desafíos que dicho sector enfrenta en la región y en cada país en particular. Estos desafíos se expresan en los siguientes ámbitos: 1) Desigualdades en términos de acceso y calidad de la atención de salud; 2) Transformaciones demográficas y epidemiológicas de la población y 3) Presiones a los sistemas de salud relacionadas con la disponibilidad de recursos (profesionales, infraestructura e insumos) y la sostenibilidad del gasto público.

Además, la organización plantea la necesidad de considerar las barreras de acceso que determinan las relaciones de desigualdad, y expone cuatro factores que condicionan el acceso a los servicios: 1) La disponibilidad de recursos, en tanto es necesario contar con profesionales de la salud debidamente capacitados, así como con instalaciones, equipamiento y medicamentos adecuados para el tratamiento de las enfermedades; 2) La localización de tales recursos en términos de su proximidad a la población demandante; 3) El costo que la atención de salud pueda representar para los pacientes y sus familias, y 4) El conflicto que la forma de provisión de los servicios de salud puede plantear respecto de las creencias o normas sociales de la población, inhibiendo la demanda por motivos culturales. Para enfrentar tales desafíos, la organización presenta algunos lineamientos para adaptar las TIC a las particularidades de cada país: 1) Institucionalidad e infraestructura; 2) Gestión integrada de la información; 3) Implementación de aplicaciones de telemedicina y 4) Educación, capacitación e información.

La naturaleza y las funciones de la comunicación están expandiendo rápidamente, y por lo tanto es difícil definirla con precisión, pero algunas de las estrategias de comunicación en eSalud incluyen, aunque no esté limitado, a: la información sanitaria en Internet, el aprendizaje asistido por ordenador, grupos de

apoyo en línea, comunidades colaborativas en línea, información personalizada generada por las nuevas tecnologías, asesoramiento telefónico en el hogar controlado por ordenador, la evaluación y la transmisión de datos biométricos, y el contacto vía e-mail entre paciente-proveedor (Neuhauser y Kreps, 2003).

La eSalud, según han defendido algunos autores, podría lograr superar algunas de las limitaciones de la comunicación tradicional para la salud a través de la personalización mejorada, la contextualidad y la interactividad, además de permitir la posibilidad de la utilización de distintas técnicas de comunicación debido a las características de la Web 2.0, espacio que aún permite el desarrollo de programas de prevención y promoción de la salud en los cuales las personas entren a formar parte del proceso creativo, tanto en la producción como en la distribución de un contenido generado de forma colaborativa.

Los beneficios que sugieren Neuhauser y Kreps (2003), por ejemplo, pueden incluir el compromiso personal más intenso y la participación de los usuarios; una amplia difusión de los mensajes; una información personalizada y accesible a públicos diversos, especialmente a los grupos tradicionalmente desatendidos; el acceso a la información; los vínculos con los demás para apoyo social, y la información que se relacione de manera más realista a los problemas de la vida.

En este contexto, Menéndez Hevia y Cuesta Cambra (2011:148) defienden que el potencial del social media: Permite una participación activa por parte de los usuarios en el proceso de creación, por lo que se convierten en creadores o co-creadores, junto con las autoridades sanitarias (instituciones, proveedores de salud, etc.), del “mensaje saludable”. Esto tiene, entre otras, la ventaja de que se incrementa en nivel de adhesión y fidelidad al programa por parte del usuario, quien, además, con gran probabilidad se convertirá en mediador social del mismo frente a su grupo de iguales. Además, defienden que favorece el fenómeno del “marketing viral, donde el usuario difunde, de forma instantánea, el mensaje y comparte en contenido generado acerca del mismo, lo que permite un mayor alcance de la información sobre salud, tanto a nivel general como de forma específica con los grupos de referencia. Así mismo, se intensifica la posibilidad de

“arrastre” entre amigos para participar en programas de adopción de hábitos saludables, prevención del consumo de drogas, etc., dado que las recomendaciones personales suelen ser más efectivas que las generadas a partir de instituciones o autoridades.

Según estudio realizado en 2010 por la OPS, que tuvo como objetivo conocer la existencia de políticas, estrategias y legislación sobre tecnologías de la información y la comunicación en salud en las Américas, 68% de estos países (los 19 consultados, entre ellos Argentina, Chile y Brasil), la eSalud era una prioridad en la agenda y que un 47% afirmó que dispone de una política o estrategia para el uso de las tecnologías de la información y la comunicación en materia de salud.

En el documento “Tecnologías de la información y la comunicación en el sector salud: oportunidades y desafíos para reducir inequidades en América Latina y el Caribe”, producido por la CEPAL, Fernández y Oviedo (2010) defienden que las TIC también contribuyen al empoderamiento de los pacientes, permitiendo la atención en situaciones de movilidad y sobre todo, cuando se permite el acceso a la propia información de salud, para que las personas puedan tomar sus decisiones en aquellas situaciones que más les afectan, como son las relacionadas con su salud.

Fernández y Oviedo (2010:44), sin embargo, señalan que no se trata solamente de generar una política de salud pública electrónica, sino más bien determinar cómo serán utilizadas las TIC en el ámbito de la salud, es decir, lo importante es definir de qué manera las TIC pueden contribuir a solucionar los problemas y desafíos correspondientes a los sistemas de salud de cada país. De esta manera, subrayan que las TIC son una herramienta, y que como tal, deben definirse como un medio y no como un fin en sí mismo.

2.2.3. Más allá de los aparatos tecnológicos: la eSalud a partir de la perspectiva relacional de la comunicación

Solamente a partir de los razonamientos realizados, presentando tanto los debates de las perspectivas del campo de la comunicación y salud, como también

a partir de la exposición de los debates más oficiales que se está realizando sobre el contexto de la eSalud, que puedo ahora profundizar en el debate de las aplicaciones TIC.

Aunque el potencial que surge de la convergencia de diferentes tecnologías parece inagotable, el acceso a tecnologías de la información y de la comunicación sigue limitada y a veces parece estancada (Araujo y Cardoso, 2007). Muchas son las razones para ese escenario, tales como la mitificación de las tecnologías, la democratización de la comunicación en diálogo con los derechos a la comunicación y a la salud, la brecha digital, entre otros.

Tales factores no son aislados, sino que interactúan entre sí, debate al cual me aproximo como camino fundamental para desplazar y ampliar el concepto de la eSalud, que no está solamente en el uso de las TIC como artefactos tecnológicos o bien plantea la comunicación a distancia, la telemedicina, o inclusión de programas y software en los servicios de salud. Importante aquí, desde una perspectiva relacional de la comunicación, pensar de manera crítica los problemas y cuestiones que emergen en el campo de las TIC en la salud, para que se reconozca la existencia de una polifonía social, con la capacidad de acoger y ampliar las muchas voces que contienen una multiplicidad de posibles significados para la salud y la vida.

Asignar a las tecnologías la responsabilidad de la democratización de la información, haciendo caso omiso de la reproducción de las relaciones de poder que encuentran en las TIC, es reproducir el equívoco del presupuesto desarrollista de la comunicación, que pensaba la comunicación y la divulgación de las innovaciones como premisa para la superación de la pobreza, de no conocimiento, de los hábitos considerados no saludables, etc.

La llamada sociedad de la información ha ampliado las posibilidades de comunicación, pero ha profundizado también temas importantes como el acceso y las desigualdades en un nuevo espacio público, el ciberespacio. Este nuevo espacio, tal como todos los espacios públicos en que vivimos, no está vacío, sino

llo de distintas miradas, de distintas voces y de distintas acciones. Sin embargo, las voces minoritarias siguen en desventaja en una lucha poco equitativa en estos espacios. Entiendo que para que se pueda hablar en términos de sociedades del conocimiento, los espacios públicos deben ser recuperados comunicativamente, es decir, la búsqueda por una ciudadanía pasa necesariamente por dar condiciones a que estas voces puedan comunicarse: hablar y ser escuchadas, enfatizando sus contenidos y propiedades locales.

Así, las herramientas de comunicación deben ser entendidas no como un fin en sí mismas, más bien deben ser analizadas desde una perspectiva de proceso, es decir, un instrumento que puede generar cambios sociales cuando manejadas por las personas. “Estas tecnologías no crean por sí solas las transformaciones en las sociedades; son diseñadas e implementadas por gente en sus contextos sociales, económicos y tecnológicos” (Servaes y Malikhao, 2007:58).

En tal sentido, comparto de la idea de que las tecnologías no son neutras, como defiende Martín-Barbero (2005), pues ellas constituyen un territorio en el cual condensan e interactúan intereses económicos y políticos con mediaciones sociales y conflictos simbólicos. Por estas características propias de las nuevas tecnologías que ellas constituyen nuevos modelos de construir la opinión públicas y nuevas maneras de ciudadanía.

En la asunción de tecnicidad mediática como dimensión estratégica de la cultura puede nuestra sociedad interactuar con os nuevos campos de experiencia e que hoy se procesan los cambios: desterritorialización/recolocación de las identidades, hibridaciones de la ciencia y el arte, de las escrituras literarias, audiovisuales y digitales, la reorganización de los saberes desde los flujos y redes por los que hoy se moviliza no sólo la información sino el trabajo y la creatividad, el intercambio y la puesta en común de proyectos políticos, de investigaciones científicas y experimentaciones estéticas. Interactuar tanto con las nuevas figuras y modalidades de la profesión como con las nuevas formas de participación ciudadana que ahí se le abren especialmente a la vida local (Martín-Barbero, 2005:50).

En ese orden de ideas, y partiendo de una perspectiva relacional con la cual me interesa pensar los usos de las TIC en el ámbito de la salud, hago también una reflexión sobre las tecnologías, de manera que permita ampliar el debate en la presente investigación. Eso porque, es necesario que el uso de las TIC en el campo sea también a partir de una perspectiva relacional y de producción de sentidos sociales, no solamente desde una mirada unidireccional y que esté reflejada un uso informacional, bajo la lógica instrumental del uso de las tecnologías. Tanto el desarrollo como el uso de la tecnología son socialmente determinados e impregnan la conciencia, el lenguaje y los significados sociales de los sujetos.

Se observa entre los estudios sobre el tema en el campo de la información y salud un desgaste de la perspectiva autoritaria en el uso de las TIC, y la ausencia de diálogo con las nuevas exigencias y dinámicas que se configuran en el campo, que depositan en las TIC y las tecnologías en general todas las expectativas de desarrollo de sistemas de salud, de comunicación entre los actores, entre otros (Moraes, 2002; Araújo y Cardoso, 2007).

Los debates de la aplicación de la tecnología en el ámbito de la salud no son nuevos, ya que la utilización de maquinarias en este campo siempre tuvo relevancia y fue objeto de reflexión entre distintos autores en el campo de la salud, entre ellos Testa (1988), que ha debatido sobre las connotaciones técnicas y sociales de la tecnología. Según el autor, desde el punto de visto técnico, la tecnología consiste en la organización del complejo de recursos que se destinan al cumplimiento de una determinada tarea; es decir, no se trata solamente de las maquinarias que entran en la composición del instrumento que se aplica para trabajar - que es la interpretación habitual del término -, sino del ordenamiento que reciben los diversos instrumentos de trabajo para el procesamiento de los materiales de trabajo³⁸.

³⁸ Para una mejor comprensión de lo que habla Testa cuando afirma que la tecnología no hace referencia a otra cosa que al proceso de trabajo; el autor hace una comparación con los egipcios de la segunda dinastía los cuales utilizaban una tecnología para construir las pirámides y para cultivar los cereales que les permitieron crear una civilización pujante.

A partir de esta idea, Testa (1988) pone de manifiesto que hablar de tecnología, considerando su periodo histórico cuando se refería a los países subdesarrollados dependientes, tiene relación con la necesidad de hablar de la modernización, presentada anteriormente, y de las consecuencias que esta trae consigo. Así, no hay una perspectiva de cambios sociales y desarrollo humano en el discurso de aplicación de las tecnologías en salud, sino más bien una manutención y repetición de los proyectos exitosos que fueron incorporados en los países ricos, en base a otras condiciones globales que así lo determinan.

Lo que generalmente ocurre es que la incorporación de nueva tecnología redefine la labor del supuesto equipo concentrando aun más los conocimientos técnicos en manos de los médicos, lo cual fortalece el poder de los mismos sobre el resto del personal, que aparece cada vez más como personal auxiliar, derrotando así la noción de equipo. En cuanto a la relación médico paciente, se observa también un cambio importante al encontrarse cada vez más intermediada por la parafernalia electrónica que se interpone en el diálogo necesario entre los actores principales de este proceso. El diálogo queda reducido a un monólogo, a un discurso médico que nadie entiende, ni siquiera el que lo pronuncia (Testa, 1988:86).

Este debate de las tecnologías, sumado a la discusión de que en el campo de comunicación y salud debe tener como presupuesto las singularidades de contextos a partir de una perspectiva de construcción de sentidos, resulta que el proceso del uso de las tecnologías en el campo tampoco puede emprender una mirada sencilla para la relación entre tecnologías, espacios de prácticas y cambios sociales.

Eso implica afirmar, tal como he podido observar en esta investigación, que a lo largo del proceso de la eSalud, cambian tanto el contexto y las relaciones entre los actores, como también los artefactos. Esa afirmación es de suma importancia para lo que pretendo alcanzar, es decir, ampliar el debate de la eSalud en el contexto de la comunicación, considerando que su aplicación no se da de manera igual en todos los lugares y, por consiguiente, tales singularidades deben ser consideradas en el proceso, en especial en las políticas públicas en el ámbito.

El acceso a la información en el campo de la salud ha sido objeto de muchas iniciativas, aunque la mayoría situadas en el contexto de la transparencia en la gestión y se utiliza principalmente de los recursos informáticos, como los datos disponibles en terminales de computadora y las páginas web creadas en Internet para ofrecer información. La cuestión que surge es si esto, además de necesario, resuelve el problema del "acceso" y la respuesta tendría que pasar no sólo por el problema de la brecha digital, pero por el concepto de "apropiación": apropiarse de algo es convertir este algo propio y esto sólo es posible en la medida en que el dispositivo de comunicación es adecuado para sus destinatarios.

De esta manera, emerge una vez más la necesidad de mirar las TIC más allá de su concepción instrumental. De lo contrario, resultaría insuficiente para comprender los cambios sociales generados a partir de las TIC. Según Echeverría (2008) no se trata de analizar los nuevos aparatos o herramientas que puedan surgir, sino cómo esos aparatos cambian las acciones humanas y, en particular, qué nuevas acciones devienen posibles. "La apropiación personal y colectiva del sistema TIC se logra conforme dichas herramientas se incorporan a las acciones humanas. Las personas y las instituciones incrementan su espacio de capacidades conforme hacen suyas esas tecnologías" (Echeverría, 2008:176).

La apropiación de las nuevas tecnologías en el contexto de la salud, según constatan Katz, Rice y Acord (2006), sigue siendo cuestiones sin respuestas en los diferentes niveles, especialmente para la eficiencia de los sistemas de información de salud: cómo las personas de diferentes sectores sociodemográficos realmente utilizan las tecnologías y cuáles son los diferentes efectos de dicho uso en muchos sistemas pues, a medida en que se desarrollan las nuevas tecnologías de la información y de la comunicación, también se exploran los nuevos usos de la eSalud.

Los autores señalan que los avances en los sistemas de información en salud requieren no sólo datos empíricos sobre la recepción específica de cada sistema por sus usuarios, sino también un marco más amplio que entienda la lógica del interés propio y de los fundamentos culturales que afectan a cada sistema en su

contexto. En esta perspectiva, hacen hincapié en la forma en que las personas, grupos, organizaciones y sociedades adoptan, utilizan y reinventan las tecnologías con el objetivo de crear sentido para sí mismos (Katz, Rice y Acord, 2006).

Tales abordajes están relacionadas directamente al tema del derecho a la comunicación en cuanto lugar privilegiado de los debates de la democratización de la comunicación, que a su vez encuentran en la perspectiva relacional un tema de relevante, pues tal abordaje busca reconocer a todas las personas como interlocutores legítimos en el proceso comunicativo.

De igual manera, democratizar la comunicación, los usos y el acceso a las TIC interesa al campo de la salud como un importante ejercicio intersectorial que aproxima ese campo a los demás. Eso porque el derecho a la salud, considerado como inclusivo, incluye el derecho al acceso a la educación y la información sobre cuestiones relacionadas con la salud, de manera que las personas puedan recibirlas y difundirlas de forma accesible y equitativamente.

La perspectiva relacional, de esa manera, como una otra práctica comunicativa que tiene como referencia la producción de sentidos, pone de relieve el tema del derecho a la comunicación, y a su vez de manera inseparable al derecho de la salud: las personas tienen el derecho de expresarse e ser tomadas en cuenta, es decir, el derecho de participar en la lucha por otros sentidos en la producción del vivir.

Este proceso no es necesariamente nuevo pues, como señalado anteriormente, Freire (1970) ya defendía que el verdadero proceso comunicativo, dialogal, se basa en el derecho de cada persona de decir su palabra. El proyecto de Habermas, según afirma Bustamente (2001), podría tener una clara aplicación al problema de la extensión y profundización de los derechos humanos, ya que está orientado a reconocer las potencialidades democratizadoras que están inscritas en la propia tecnología y que nos permitiría edificar un sentido más global y sólido de los derechos humanos, como una propuesta de sustituir la racionalidad

instrumental por una racionalidad o coordinación comunicativa. Jean d'Arcy (1969, apud Hamelink, 2003:1) introdujo el derecho a comunicarse con los siguientes términos: “vendrá el día en que la Declaración Universal de los Derechos Humanos tendrá que incluir un derecho más amplio que el derecho del hombre a la información... Este es el derecho de los hombres a comunicarse”.

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)³⁹ relacionan claramente derechos humanos y comunicación. “La organización sostiene que la gobernabilidad democrática es un puntal para alcanzar los ODM, y el acceso a la información, en tanto que instrumento clave para potenciar la capacidad de acción, constituye la base de las intervenciones en esta esfera” (PNUD, 2003:iii). Además, se señala que los logros de los ODM son la apropiación nacional, la voz de los ciudadanos y la rendición de cuentas, y ponen de relieve el papel que tiene la comunicación y los medios de comunicación para su cumplimiento.

De ahí la necesidad que se viene discutiendo de los derechos llamados de cuarta generación, que garanticen los derechos a la comunicación, la información y el ciberespacio, en un contexto de constante avance tecnológico que no supone de manera automática un elemento democratizador y donde la utilización perversa de dicha tecnología tendría una relación directa con la vulneración de los derechos humanos (Bustamante, 2001).

La búsqueda por la consolidación del derecho a comunicarse, como señalado anteriormente, no es algo nuevo, pero que todavía no se ha establecido como tal. En los años setenta, la UNESCO tenía importantes estudios en el campo de las políticas de comunicación que permitían constatar la concentración de los medios de comunicación y el imperialismo cultural que suponía la estructura mediática en este momento, y que de esta manera vulneraba el derecho pleno de las personas a la comunicación (Del Rio, 2009).

³⁹ Los Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas son ocho objetivos que los 191 Estados Miembros de las Naciones Unidas convinieron en tratar de alcanzar para 2015. La Declaración del Milenio de las Naciones Unidas, firmada en septiembre de 2000, compromete a los dirigentes mundiales a luchar contra la pobreza, el hambre, la enfermedad, el analfabetismo, la degradación del medio ambiente y la discriminación contra la mujer. Los ODM, dimanantes de esa Declaración, tienen metas e indicadores específicos.

El “Informe McBride”, también mencionado anteriormente, reconocía el derecho a comunicarse y afirmaba que era un concepto que todavía estaba en construcción, sin una forma concreta y contenido pleno, pero que debería ser generado espacios de construcción y desarrollo de su contenido dada su importancia social.

Las necesidades de la comunicación en una sociedad democrática deberán satisfacerse mediante la extensión de derechos específicos, tales como el derecho a ser informado, el derecho a informar, el derecho a la intimidad, el derecho a participar en la comunicación pública, elementos todos estos de un concepto nuevo: el derecho a comunicarse. Al desarrollar esta nueva era de derechos sociales, sugerimos una exploración más a fondo de todas las implicaciones del derecho a comunicarse (McBride, 1987:234).

Para Hamelink (2005), si bien lo referente a la disseminación de información, acceso a la información o bien registro de datos sean patrones que están cubiertos, hay una gran omisión en el derecho internacional con respecto a la comunicación en el sentido específico del término que hemos trabajado en nuestra investigación, es decir, como un proceso en duplo sentido que es propio de la comunicación y de la conversación. Según afirma el autor, prácticamente todos los dispositivos de Derechos Humanos se refiere a la comunicación como “mensajería”, es decir, reflejan la clásica teoría matemática de la comunicación que la describe como una forma lineal basada en un proceso unidireccional de transmisión de información (mensaje-receptor).

Aunque sea una realidad los aportes y beneficios que pueden proporcionar las TIC al cumplimiento de las funciones de la salud pública, cualquier proyecto en este ámbito no puede abstraerse de la realidad económica y social en que tienen lugar las políticas y acciones sanitarias. En lugares en que las necesidades básicas no estén garantizadas para cada ciudadano, las tecnologías modernas poco pueden aportar a la población, aún más cuándo éstas no estén disponibles de manera equitativa entre todos. Sin embargo, las TIC justamente pueden ser utilizadas y aprovechadas en las situaciones más difíciles para construir una red

social de apoyo y de esta manera contribuir a la articulación de dichas redes en favor de la equidad y la accesibilidad (Llanusa Ruiz et al, 2005).

Está claro por donde se mire que las TIC juegan un papel importante en la actividad humana, y aquellos que no las manejan, aunque con un grado mínimo de fluidez, tengan desventajas en los terrenos sociales, políticos, económicos y culturales. Siendo así, para que estas tecnologías actúen como una forma de inclusión para aquellos que están excluidos, debe necesariamente haber un proceso de educación e inserción, con apoyos que faciliten el acceso a computadoras e Internet y a su uso, además de ser objeto de acción transversal en cualquier área, como lo es en salud. “De lo contrario puede, incluso, convertirse en un nuevo factor de exclusión” (Kaplún, 2005:32).

Esto está relacionado con la necesidad de crear en las personas, de manera individual y colectiva, las capacidades necesarias para manejar la información, más allá de su acceso, comprendiendo también la conciencia de su existencia y las habilidades para explotarla una vez adquirida. “La sociedad de la información no será socialmente inclusiva en ningún sentido si no se apunta al desarrollo de esta capacidad” (Llanusa Ruiz et al, 2005:225).

Las relaciones en las redes virtuales se dan y se caracterizan por aquellas que ocurren en los territorios concretos, a nivel local e institucional; que es donde ellas se actualizan, en que los ajustes, las mediaciones, las negociaciones y apropiaciones, el proceso político, finalmente se producen (Araújo y Cardoso, 2007). Este fenómeno de la sustitución tecnológica sin cambiar los supuestos no es nuevo, de ahí que se hace necesario una prudencia y análisis crítico del proceso.

El culto al "nuevo", la tecnología más avanzada, incorporado sin crítica y sin más consideración en cuanto a su necesidad o valor, muestra cómo la profesión médica es también colonizada cuando el "nuevo" es necesariamente mejor, diseño este que está en la raíz de la ideología del "progreso científico", en diálogo con las características de las teorías de la modernización que siguen

influyendo en mundo actualmente y que claramente determina el camino de la propia medicina.

Importante destacar esos temas en el presente estudio, pues el desarrollo de las TIC en el mundo contemporáneo – nombrado por algunos como pos-industrial o pos-moderno, entre otros –, no elimina la naturaleza contradictoria de la información en el capitalismo. Por mucho que se quede más y más complejos, tecnológicamente, los mecanismos de producción y difusión de información, ampliando sobremanera la cantidad de informaciones, eso no implica, necesariamente, eliminar la diferencia cualitativa de la información diseminada (Araújo y Cardoso, 2007).

El entendimiento presentado aquí, y que fue de extrema importancia para mirar hacia el contexto brasileño y luego a los estudios de caso, se ocupa de esos procesos informacionales en sus diferentes expresiones en las sociedades contemporáneas, como un objeto dotado de una unidad compleja, expresión de la complejidad de las formas de vivir la vida en los días actuales. Información como la representación de un mundo complejo, que ha estado produciendo y siendo producido por las relaciones de poder y la producción de conocimiento, que están presentes también en la configuración de la dinámica de la ciencia, de la política, de la economía, de la propia visión del mundo y del proyecto de la sociedad que queremos construir (Moraes, 2002).

2.3. Comunicación y participación en el campo de la salud

Por lo que he presentado hasta ahora, lo que se plantea como elemento importante, y a su vez un reto en el campo de la comunicación y salud, es *la participación de las personas, individual y colectivamente, en los procesos que dicen respecto a su salud y a su vida, hasta que lleguen a una condición de poder decidir sobre su vida y su cuerpo*. Este proceso entabla la necesidad de cambios en las relaciones de poder en distintas esferas que componen las instituciones de salud, desde gobiernos y organizaciones públicas y privadas, hasta los diversos colectivos, como también la relación personal directa entre médico-paciente. A su vez, comprende también un reto en la sociedad de la información y en los usos de las TIC en el campo.

Es relevante, de esa manera, pensar *la participación no como un concepto abstracto o algo que se supone dado de antemano, sino como una práctica social*, y como tal está enmarcada en distintos movimientos, teorías, discursos. Además, interesa enmarcarla en los caminos que recogidos por mí hasta el momento. Se destaca que la participación existe en los distintos abordajes de la comunicación tratados con más relevancia en este capítulo: la matriz informacional y la perspectiva relacional. Tales perspectivas influyen en la manera como cada grupo piensa la participación, y consecuentemente, influyen en los proyectos, en las políticas, en las acciones, etc.

Distinto de la propuesta que surge con más fuerza en los años 70, de la comunicación participativa, lo que se propone es pensar que no existe comunicación sin participación, y la reflexión es qué tipo de participación las distintas perspectivas tensionan en el espacio público.

2.3.1. Principales abordajes de la participación en salud

Los conceptos de participación en salud han evolucionado paralelamente a las transformaciones de las políticas y sistemas de salud. Vazquez et al (2002:32-33) propusieron una sistematización de los diferentes niveles de participación en los

procesos de salud y que influencia en los procesos comunicativos en el ámbito. Por mucho tiempo, la participación en salud fue definida por su vertiente comunitaria, considerada como la sensibilización de la población que permite aumentar la receptividad y la habilidad para responder a los programas de desarrollo, sin considerar su dimensión individual. Posteriormente, se destacó el papel de los colectivos en la formulación, implementación y utilización de los servicios de salud, con el objetivo de conseguir una mayor autonomía local y control sobre la infraestructura y la tecnología de la atención primaria de salud, aunque no se haya establecido con claridad el papel de lo que llamaban “comunidad” y cuáles serían los espacios concretos de participación.

De manera breve, presento una contextualización que los autores hicieron para explicar tales transformaciones, con foco en los sistemas de salud de América Latinas, y que es útil para comprender los enfoques de participación que siguen, considerando que cada momento refleja una manera de pensar los sistemas de salud, los usuarios, los trabajadores, etc.

En las décadas de los años cincuenta y sesenta, los servicios de salud crecieron con un rápido aumento de personal e infraestructura. Esta expansión de los servicios de salud se produjo paralelamente a un proceso de urbanización e industrialización. En América Latina, como en el resto de los países llamados “en vías de desarrollo”, se intentó reproducir los modelos del mundo occidental. En esta época se realizaron las primeras experiencias de implicar a la población en los programas de salud.

En la década de los años setenta comenzó a generalizarse el reconocimiento de la incapacidad de los sistemas de salud, centrados en los hospitales y basados en la medicina occidental, para responder a la población más necesitada de atención. Al mismo tiempo, es una época caracterizada por un aumento de las tensiones de la guerra fría, la crisis del petróleo, las dictaduras militares y los fuertes movimientos sociales en busca de justicia social. En el ámbito sanitario todo ello generó la necesidad de cambios radicales en las políticas de salud.

La financiación de los sistemas de salud de los países latinoamericanos que siempre había sido insuficiente, se deterioró aún más en la década de los ochenta. El problema se complicó con el aumento en los costes de los servicios de salud y el aumento de la demanda debido al crecimiento demográfico, los cambios epidemiológicos y los nuevos desafíos como el SIDA. En este contexto se desarrollan, por un lado, las políticas de promoción de la salud centradas en la participación, que ha intentado buscar una nueva fisonomía, evolucionando hacia el concepto más amplio de acción social en salud como visto anteriormente. Por otro lado, se introducen reformas en los sistemas de salud en las que se impulsa la reducción del papel del Estado y un modelo de mercado en el contexto neoliberal de la economía. Desde este marco conceptual, se percibe al usuario como “cliente” de los servicios de salud y se espera que participe expresando su opinión de los servicios y que éstos, a su vez, actúen consecuentemente.

La participación en salud de una manera colectiva, todavía según Vazquez et al (2002), puede tener lugar de forma más o menos continua, a través de mecanismos establecidos o en forma más esporádica. Los mecanismos que se encuentran comúnmente disponibles son la elección de representantes para los distintos órganos de gobierno (aunque la capacidad de influir en las políticas de salud es reducida), comisiones mixtas formadas por representantes de las instituciones de salud y otras fuerzas sociales o a través de organizaciones comunitarias.

Además de la participación colectiva, existen formas individuales de interactuar con los servicios de salud que han sido especialmente fomentadas desde finales de los ochenta y en la década de los noventa, en el contexto de las reformas basadas en el mercado. Esta participación individual puede expresarse como la utilización de los servicios de salud, la negociación de las pautas terapéuticas por un “consumidor o cliente” informado, la expresión de la opinión sobre los servicios de salud (sugerencias y reclamaciones), el desarrollo de actividades para los servicios, como la limpieza o el apoyo a campañas de prevención de enfermedades o la promoción de la salud (vacunación, limpieza de los barrios, etc.) o la contribución con recursos monetarios o de otra índole.

Otra clasificación de participación en salud, más específicamente en programas de salud, encontramos en los niveles de participación presentados por Stone (1992). En un primer nivel se encuentran los programas que entienden como participación solamente la frecuencia pasiva de la población a los eventos y conferencias promovidos por instituciones de salud de una manera general. En el segundo nivel, la participación se expresa a través de donaciones y la cesión de espacios comunitarios para las acciones del programa, pero sin un mayor involucramiento en estos últimos.

En el tercer nivel se encuentran los programas de salud en el que los grupos y segmentos sociales a que están destinados, actúan como ejecutores de algunas acciones propuestas. Sin embargo, tales acciones son pensadas de manera externa a los grupos, es decir, fueron previamente deliberadas por técnicos y especialistas en el ámbito de las instituciones de salud de manera unidireccional, prescribiendo la manera de participar.

Algunos programas proporcionan a la población participar de forma más activa, involucrándola incluso en el seguimiento y evaluación de las acciones. Estos serían un cuarto nivel. Son pocos, para la autora, los programas que satisfagan los criterios para un quinto nivel de participación. En ellos, la participación implicaría la deliberación sobre los objetivos y la dirección del programa. Es decir, estos programas estarían dispuestos a modificar su curso e incluso transformarse por completo si necesario, caso sea la deliberación colectiva.

Desde la perspectiva de su motivación, la participación en el ámbito de la salud puede surgir de dos maneras principales, señala Testa (1988): como un proceso que nace a partir del conocimiento de las necesidades sufridas y sentidas por la población, basado en la convicción de que la acción grupal es capaz de superar los problemas que las acciones individuales no pueden resolver, o bien la participación puede nacer como una propuesta o proyecto organizativo de alguna autoridad propensa a resolver las necesidades señaladas. “En el primer caso, el proceso está ligado a toda la vivencia comunitaria y basado en un requisito de intersubjetividad que es origen y resultado de ese proceso: es una cuestión

concreta. En el segundo, el proyecto se encuentra fuera de contexto real, lo cual conduce inevitablemente a su fracaso, pues se trata de una simple abstracción” (Testa, 1988:82).

También encontramos en Hirschman (1970) una reflexión sobre la participación en salud, que la ha clasificado en términos de “abandono” y “voz”. “Abandono” se produce cuando el usuario cambia de servicio para expresar su descontento. Para que el usuario pueda abandonar los servicios, es decir, pueda elegir, necesita estar actuando en un sistema de múltiples proveedores que tienen que competir como incentivo para responder a las demandas. Para que el usuario pueda expresar su descontento, “voz”, se necesita que existan mecanismos de quejas y reclamaciones u organismos de representación de los usuarios. Adicionalmente, deberá existir la posibilidad de una cierta elección y sistema de control de los servicios de salud, de lo contrario el usuario no siempre expresará su opinión por temor a represalias y los servicios no tendrán incentivo para mejorar.

Los niveles de información sobre el sistema de salud y las posibilidades de participación son aún limitados. El conocimiento de las diversas formas de participación no está muy extendido entre el personal de salud y la población (Vazquez et al, 2002:36). Asimismo, sus conceptos y opiniones sobre la participación continúan reflejando en gran manera las formas tradicionales de participación, es decir, el apoyo voluntario de la población al funcionamiento de los servicios. En el caso de los consejos de salud, sus miembros, y especialmente los representantes de los colectivos, no siempre poseen las capacidades y la información necesarias para participar en las discusiones, y algunos de ellos no ha logrado entender su papel, ni sus responsabilidades.

Desde el punto de vista de los derechos humanos, el derecho a la salud comprende como principio algunos otros derechos, entre ellos el derecho a la participación de la población en el proceso de adopción de decisiones en cuestiones relacionadas con la salud a nivel comunitario y nacional. Además, incluye el derecho al acceso a la educación y la información sobre cuestiones relacionadas con la salud, de manera que las personas puedan recibirlas y

difundirlas de forma accesible y equitativa. También es un derecho calificado como inclusivo, es decir, que considera otros factores como determinantes básicos de la salud, tales como: agua potable y condiciones sanitarias adecuadas; alimentos aptos para el consumo; nutrición y vivienda adecuadas; condiciones de trabajo y un medio ambiente salubres; educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud; igualdad de género (OHCHR, 2008).

En la vulneración del derecho a la salud es pertinente la pregunta por la manera cómo se dan los procesos y mecanismos de participación de todos los actores en el sistema de salud vigente y en particular, por el poder que tienen sus decisiones para mejorar la estructura y las funciones cotidianas. Si existen esos mecanismos, cómo operan y qué resultados aportan son requerimientos de indagación para conocer la situación de este derecho (Fernández Juan, 2009).

Desde los organismos internacionales, hemos visto que la participación en salud ha asumido un papel relevante en dos momentos: Primero, a partir de la “Declaración de Alma-Ata”, como visto anteriormente, la cual declara en 1978 que el pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención en salud, y exige la participación como un grado máximo de las personas en todo el proceso de salud - planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la atención primaria de salud. Otro evento fue la “Carta de Ottawa”, de 1986, que se definió que para lograr promover su salud, las personas tendrían que recibir los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre la misma, acentuando la participación activa de la población en la promoción de la salud y atribuye a la comunicación un papel decisivo para que estas estrategias tengan éxito.

Los procesos de comunicación pueden y deben jugar un papel importante en los procesos de participación en el ámbito de salud. La evolución del campo de la comunicación y salud hacia una perspectiva relacional, que entiende la comunicación como un espacio de producción de sentidos, como presentada anteriormente, ya me había permitido verificar que para que exista comunicación,

en el sentido que le da Freire, tiene que haber participación, de lo contrario es información en un solo sentido.

Desde esta perspectiva, entendemos que procesos comunicativos democráticos deben contribuir para incorporar en el espacio público la multiplicidad y diversidad cultural, democratizar el acceso y la participación de la sociedad en distintos niveles, además de reducir la distancia social que existe hoy entre comunicadores y receptores. Además, permite a todos los actores un poder más equitativo de participación en este espacio público, lo cual debería ser el espacio de encuentro de saberes e intercambio de conocimientos.

De esta manera, los procesos de comunicación que se lleven a cabo tienen que necesariamente ser participativos. Pintos (2001) defiende que la comunicación y salud es un componente clave en el desarrollo humano, y que es necesario pensar una serie de estrategias que actúen no solo en la acción junto con los medios masivos de comunicación, sino que contemplen modelos y sistemas de comunicación que privilegien instancias reales y propicias de interacción – con modelos dialógicos, participativos, comunitarios- para aquellas poblaciones que en general están excluidas de los procesos tradicionales de comunicación, quedándose de esta manera al margen de cualquier posibilidad de que sus necesidades y derechos tengan lugar.

2.3.2. La participación en el contexto de las posibilidades de la eSalud

El uso de las TIC, a su vez, si bien apuntan a una participación más activa de las personas en comunicación, por si no logra cambios en los procesos comunicativos como tratados anteriormente. Eso porque las modalidades de comunicación vinculadas a su práctica se encuentran susceptibles a la coerción de otras órdenes que influyen en la sociedad, tales como: estrategias que buscan la manutención de una legitimidad de aquellos que pueden hablar sobre la salud – como las instituciones, los médicos - y también qué decir y cómo forjarlo – el proceso dicotómico de salud/enfermedad, cuyas estrategias de enfrentamiento se basan en las teorías comportamentales (con la información adecuada se logra un

cambio en el comportamiento de las personas). Así, es necesario que sean las TIC dispositivos de participación, en un proceso que esté él mismo atravesado por un cambio en la manera de concebir la comunicación.

Es con esta perspectiva que Martínez-Salanova (2009:224) defiende que las herramientas de comunicación serán más positivas siempre y cuando haya una participación y aceptación crítica de los mismos por parte de la sociedad, lo que hará posible que “personas de culturas, etnias y civilizaciones diferentes unan sus esfuerzos y realicen proyectos comunes”.

En la Cumbre Mundial de la Sociedad de la Información (CMSI, Ginebra 2003 y Túnez 2005), la ONU reconocía que

Las tecnologías de la información y las comunicaciones (TIC) tienen inmensas repercusiones en prácticamente todos los aspectos de nuestras vidas. El rápido progreso de estas tecnologías brinda oportunidades sin precedentes para alcanzar niveles más elevados de desarrollo. La capacidad de las TIC para reducir muchos obstáculos tradicionales, especialmente el tiempo y la distancia, posibilitan, por primera vez en la historia, el uso del potencial de estas tecnologías en beneficio de millones de personas en todo el mundo. (CUMBRE, 2004:8).

Además, los debates se centraron en las desigualdades generadas por la expansión de las TIC, y relacionaron la creación de capacidades con relación a dichas tecnologías para generar una participación de todos en nivel de igualdad en esta sociedad de la información.

Cada persona debería tener la posibilidad de adquirir las competencias y los conocimientos necesarios para comprender la Sociedad de la Información y la economía del conocimiento, participar activamente en ellas y aprovechar plenamente sus beneficios. La alfabetización y la educación primaria universal son factores esenciales para crear una Sociedad de la Información plenamente integradora, teniendo en cuenta en particular las necesidades especiales de las niñas y las mujeres. A la vista de la amplia gama de especialistas en las TIC y la información que son

necesarios a todos los niveles, debe prestarse particular atención a la creación de capacidades institucionales (CUMBRE, 2004:29).

Sin embargo, la toma de conciencia de las desigualdades existentes en el seno de la sociedad de la información en relación con el acceso a las TIC, la llamada brecha digital, es relevante para pensar la participación según los diferentes contextos, una mirada clave de la perspectiva relacional. Eso tensiona la relación acceso a la información y a las TIC y la participación.

Los derechos llamados de cuarta generación o del ciberespacio, presentado anteriormente, también demandan pensar la participación y la brecha digital en ese contexto, pues su vulneración está directamente vinculada con la limitación de acceso a las condiciones técnicas, económicas o culturales que permitirían el desarrollo de maneras más avanzadas de participación pública y de intercambio y libre expresión de las ideas y creencias (Bustamante, 2001).

En ese sentido, interesa pensar las brechas no solo desde una mirada hacia el acceso al aparato tecnológico, pero más allá de la posibilidad de acceder a la tecnología, como propone Ferrés (2011:38): “brechas vinculadas al querer o no querer acceder a las mejores prestaciones de estas tecnologías; brechas vinculadas al saber cómo comunicar y cómo interaccionar con las creaciones de otras personas; y brechas vinculadas al poder o no poder influir en los demás”.

El acceso a la información no se refiere sólo a la promoción y protección de los derechos a la información sino que incluye también la promoción y protección de la comunicación (el uso de la información) para que cada cual exprese su punto de vista, participe en los procesos democráticos a todos los niveles (local, nacional, regional y mundial) y establezca prioridades de acción (PNUD, 2003).

La institución interrelaciona los elementos que constituyen el acceso a la información y la comunicación, y los sitúa en el marco de los principios fundamentales de la gobernabilidad, a saber, la transparencia, la participación activa y la capacidad de respuesta/rendición de cuentas. Además, para que exista el verdadero acceso a la información tal como plantean, exige el desarrollo de

capacidades específicas para generar información, acceder a ella o analizarla así como para comunicar puntos de vista, que son: el acceso a la información; la discusión, comprensión y análisis; el diálogo y expresión de opiniones; la asimilación de respuestas; la generación de información accesible y la disponibilidad de la información.

En este contexto, vale también destacar brevemente la importancia de la divulgación de los temas de salud en los medios de comunicación, que no está libre de intereses y conforman el universo de producción de sentidos sociales en el ámbito de la salud. Eso enmarca distintas maneras de participación de las personas, que incluyen también el complejo proceso trabajado anteriormente de lo que es considerado informaciones y qué se está demandando de las personas con relación a ellas. Es decir, que las personas tengan el control de su salud según los discursos de bienestar, de lo qué es considerado bueno o malo, entre otros temas.

El espacio ocupado por el periodismo vinculado a las cuestiones de salud y medicina ganan cada vez más espacio, hecho que comprueba el interés de las personas por los temas relativos a la salud, independientemente de las motivaciones iniciales. Castiel y Alvarez-Dardet (2005) señalan la importancia de pensar sobre cómo los periodistas científicos y los profesionales de la salud, en un contexto hipercomunicativo caracterizado por el exceso, “construyen categorías y transmiten informaciones en sus áreas de especialización, de modo que eventualmente colaboran involuntariamente con desinformaciones, estímulo a posiciones de prejuicios y, según el caso, la posibilidad de reacciones alarmistas desproporcionadas” (Castiel y Alvarez-Dardet, 2005:334).

En ese sentido, hay que considerar que en el proceso de inclusión de las TIC en la salud no puede olvidarse que el tránsito de la información y la comunicación hacia el conocimiento es un proceso que requiere múltiples factores y que imponen a la participación cuestiones importantes. “La ecuación acceso=conocimiento que prevalece en el «discurso oficial» obvia que, para encontrar la información adecuada, se requiere del conocimiento previo que

permita formular las preguntas de información pertinentes, así como identificar y comprender las respuestas” (Del Río, 2009:58).

La relación entre información médica, adquisición de conocimientos y acción, que está presente en gran parte de las estrategias de comunicación y salud, se ha demostrado errónea y no eficaz. En otras palabras, en la salud también funciona la premisa de que tener la información no es sinónimo de cambio de conductas, hecho que ha contribuido a un replanteamiento de estrategias con base en relaciones más complejas entre proceso informativo y la acción.

En tal sentido, Moraes (2002) propone que direccionar las TIC, principalmente, hacia los intereses de los representantes populares y comprometida con la mejora de la salud de la población, implica la adopción de dos ejes de referencia para pensar la participación: el de la emancipación y el de la democracia participativa.

La emancipación que se busca es la del individuo, de su subjetividad y de su estado ampliado de ciudadano, pues el desarrollo de la ciudadanía (única y política) sin subjetividad conduce a la normalización, una subjetividad identificada con los requisitos de la dominación disciplinaria. La idea de la emancipación que trabaja la autora y que compartimos de la idea en esta investigación, se refiere a nuevas formas de ciudadanía relacionadas con los procedimientos y criterios para la participación, al mismo tiempo colectiva y con espacio para la subjetividad.

Lo que se formula es una concepción de direccionamiento de las TIC que se ponga al servicio de nuevas formas de participación y de afirmación de las nuevas dimensiones de la ciudadanía, lo que la autora propone como una ciudadanía informativa. La ciudadanía defendida se basa tanto en el derecho a ser informados y participar en la definición de la política de información como en la construcción social y política del sujeto informacional, que puede emerger de nuevos protagonistas, en un espacio renovado de innovación y el cambios sociales.

A proposta de um processo democrático que tenha por objetivo de seu exercício a definição sobre a direcionalidade da produção, do tratamento,

do uso e da disseminação da informação e das tecnologias a ela associadas representa uma tentativa de dar materialidade à ideia da apropriação pela sociedade de um aparato até, então, quase que de uso restrito pelos dispositivos de vigilância, de controle de gestão da vida, cuja chave de acesso é de domínio reservado de uma elite científica e técnica, política e econômica. Talvez essa estratégia se aproxime do que Pierre Levy (1993) chama de tecnodemocracia, onde uma reaproximação mental dos processos tecnológicos por parte dos cidadãos é um pré-requisito para a instauração progressiva da democracia, no debate até então circunscrito aos “iniciados”, que pertencem, em sua quase totalidade, á elite. (Moraes, 2002:81)

Una *tecnodemocracia*, en el sentido propuesto por Pierre Levy (1993), la cual sería construida en la praxis informacional, en un proceso dinámico de diálogos que involucren los diversos actores de la salud – representantes de la población, gestores de información profesional y de salud, profesionales de salud y gestores que trabajan en clínicas médicas población, gestores de información profesional y de salud, profesionales de salud y gestores que trabajan en unidades asistenciales, etc. También, que contemplen los muchos sentidos que pueden adquirir no solamente lo que representa la salud, pero también los diferentes usos de las TIC en distintos contextos.

2.3.3. La tensión de la participación en las perspectivas informacional y relacional de la comunicación

Tomando como referente mis caminos teóricos hasta aquí presentados, entiendo que no existe una única manera de pensar la participación, y que la comunicación y las TIC no son por sí solas elementos determinantes para promover la participación, tampoco existe una participación genuina o verdadera como plantean algunos discursos que he encontrado en esta investigación. Lo que planteo es *que co-existen en las prácticas y modelos tanto de la salud como de la comunicación, distintas maneras de pensar la participación*, distintas perspectivas que coinciden y están en disputa en el espacio público. Lanzar una mirada crítica a esas cuestiones me interesa.

Trabajo con el presupuesto que la participación en los procesos de comunicación en el campo de la salud es una pretensión, es decir, algo que se persigue como objetivo fundamental pero no dado de antemano, sean procesos participativos bajo una perspectiva informacional o bien en la perspectiva relacional de la comunicación. Eso quiere decir que en todos los contextos, *la participación está enmarcada en una disputa de los sentidos sociales, y que el uso de las TIC es visto como una herramienta, importante, pero no única, en tal proceso.* Eso porque las TIC son ellas mismas un campo de disputas, y no están libres de coerción de diferentes sistemas que regulan las relaciones en la sociedad. Significa decir que el poder de hablar y de escuchar también está distribuido de manera desigual en esta instancia.

Oliveira (2004), en un estudio sobre “Comunicación, información y participación en los Consejos de Salud”, aunque trabaje en el contexto brasileño, trae al debate cuestiones importantes para pensar la participación de manera general. El autor observa que los dos primeros términos, comunicación e información, constituyen el horizonte de funcionamiento de la idea de la participación. De esta expectativa se asume que la comunicación y la información se entienden como las variables que pueden interferir en las relaciones sociales y contribuir a facilitar los esfuerzos de las políticas públicas para la salud desde la perspectiva de la participación popular. En este contexto, la comunicación y la información son las respuestas funcionales a los problemas de implementación y de funcionamiento del sistema de salud, perspectiva ésta que también va a incurrir en las variables de participación popular.

En el caso de la salud, como tratado hasta el momento, existe una diversidad de discursos que coexisten y conforman el campo, y que van a influenciar las estrategias y cómo se piensa la participación de las personas. Sin embargo, el problema en el campo está relacionado con un tipo de discurso predominante, es decir, un discurso central, especializado y legitimado, pronunciado por aquellos que tienen el poder de decir y de interrogar los actores sociales, prescribiendo nuestras maneras de vivir: los cuidados a la salud, la relación entre las enfermedades y la muerte, entre otros temas, ya sea en la perspectiva individual o

colectiva. En el caso del discurso sobre la participación popular, lo que se observa es que *la comunicación y la información hacen hincapié en las técnicas preceptivas y convocatorias, para la movilización* de ciertos grupos sociales con el objetivo de cumplir o responder a las acciones del discurso institucional (Oliveira, 2004).

Ese contexto presentado anteriormente está directamente relacionado con una actuación bajo una lógica unidireccional de pensar, presente en la matriz informacional, donde el papel de la comunicación en los movimientos de participación es una variable responsable por crear una condición favorable, incluso porque tiene por objetivo quitar todos los ruidos existentes en el proceso comunicativo, a la recepción de los mensajes, definidos previamente por el polo emisor de la información. Bajo ese modelo, no se consideran los contextos, las singularidades, los intereses, el lugar de los actores en la interlocución, es decir, un sinfín de elementos que influyen en la interpretación del mensaje (Oliveira, 2004; Rozemberg, 2006).

Esas cuestiones son esenciales cuando se piensa la participación, pues las personas no son máquinas decodificadoras de mensajes, y en su cotidiano son productoras de sentido para todo lo que les es remitido. Sin embargo, esas cuestiones no encuentran lugar de importancia en un modelo mecánico de la comunicación, hecho que acaba conllevando a un vaciamiento en procesos o proyectos que prevén la participación popular.

Se sabe que, en este caso, mecánico, vertical y unidireccional, el trabajo de devolución de los mensajes no es neutro: por un lado, porque las "marcas" de las prescripciones de los discursos se presentan dentro de la pedagogía comunicativa; por otro lado, porque parte del supuesto de que el acto de devolución debería reemplazar algo inherente al proceso de significación. El proceso de constitución / aclaración del significado sólo puede llevarse a cabo dentro del proceso de diálogo en el que los sujetos sociales estén involucrados (Fausto Neto, 1995).

El reto de *comprender y articular las diferencias de manera abierta y crítica* atribuye a la comunicación un potencial de transformación de la realidad cotidiana de las personas. Sin un abordaje de los contextos sociales, de las singularidades, no se logrará trasladar el centro del poder y de decisiones de las relaciones que históricamente son desiguales. Considerando las características propias del ámbito de la salud, la perspectiva informacional incluso legitima un saber unidireccional de aquellos que “saben más” -médicos, instituciones- frente al conocimiento intrínseco de las personas, imposibilitando el dialogo necesario para conocer las distintas realidades socioculturales que conforman los múltiples sentidos para la salud, ya que pudimos observar que cultura y salud son dos aspectos indisolubles.

He tratado anteriormente que el sistema informacional funciona también bajo una lógica de intereses, que no se trata solamente de interacción o flujos de producción o recepción, sino que se refiere a lo que es considerado o no una información, es decir, que el proceso de “dar forma a la información” (Cohn, 2001) implica un movimiento de excluir e incluir lo que debemos o no tener en cuenta, lo relevante y lo irrelevante. Eso está en la lógica informacional, y tales temas son fundamentales para pensar las políticas públicas, sus estrategias comunicativas y de qué manera convoca a las personas a la participación. De ahí que surge un convencimiento de que el respaldo de mecanismos de acceso a la información es un indicador de la producción de la participación.

En este sentido, podemos decir que la mayoría de las políticas públicas está direccionada para este modelo informacional en lugar de un posible modelo de comunicación en que estén presentes la alteridad, las voces y los actos no autorizados, especialmente aquellos que están al margen del poder institucional. El Estado, en cuanto un polo institucionalizado, se manifiesta a través de normas, reglamentos jurídicos y actos burocráticos, y está dominado por el modelo informacional que determina los límites y los alcances de las interacciones sociales bajo determinado contexto, por medio de determinados rituales, discursos y saberes. Como consecuencia, su política de comunicación es más

una política informacional del que una política comunicacional, es decir, que contemple otros sentidos sociales en los múltiples contextos (Oliveira, 2004).

Eso implica mantener la participación popular en un único lugar: como receptores de los mensajes, recibiendo los sentidos producidos desde el polo emisor, sea él el Estado, como también aquellos legitimados, en el campo de salud, los médicos, instituciones médicas, etc.

Os resultados são os mais diversos possíveis e demanda novos enfoques para entender esse processo que os modelos instrumentais de comunicação raramente dão conta, pois as análises feitas sob este enfoque apenas constataam a existência de formas de poder em uma instância e outra, mas sem conseguir detectar ou analisar os inventários cognitivos, as táticas e as artimanhas que envolvem todo e qualquer confronto, a negociação de sentidos e os processos cooperativos presentes na prática discursiva dos diferentes atores sociais. (Oliveira, 2004:61)

Lo que se piensa actualmente de manera más intensa, y que debato en esta investigación, es que para que la las personas se apropien de la participación en las estrategias comunicativas en salud, sean los usuarios como los trabajadores de la salud, es necesario considerar los contextos -sociales, culturales, económicos-, los conocimientos previos, la historia de vida, entre otros elementos que interfieren en la producción de sentidos y que influyen en la manera como reciben los mensajes y cómo participan en los proyectos, programas, acciones comunicativas, es decir, en el espacio público.

La perspectiva de la comunicación que piensa ese espacio como un lugar privilegiado de producción de sentidos, busca articular en todas las etapas los saberes y miradas de los diversos actores que participan en el proceso de salud, trabajadores y usuarios, considerando las realidades y particularidades de cada uno, los vínculos y mediaciones existentes en cada colectivo para de esta manera trabajar las problemáticas de la salud. Tal perspectiva implica otra manera de

pensar y promover la participación de las personas, individual y colectivamente, en los procesos que dicen respecto a su salud y a su vida.

Esas cuestiones adquieren especial relevancia en el ámbito de la salud. Si tenemos claro que no existe comunicación sin la co-participación de las personas, como entiende Freire, autores de la salud piensan el trabajo en salud, la relación entre trabajadores, trabajadores y usuarios, en una interacción comunicativa donde circulan un sinfín de sentidos para la salud y la vida. Merhy (2006) tal interacción es caracterizada por un proceso agenciado por sujetos, y que trae en sí el atributo de la libertad, de la creación, de la inventiva. Eso significa que el trabajo en salud se procesa en acto, en las relaciones que subyacen el cuidado en la salud.

Por otro lado, el autor señala que el proceso productivo de la salud es contradictorio, y que el trabajo vivo puede ser capturado en su cotidiano por una lógica instrumental y de producción del cuidado, marcado por un modelo tecnoasistencial centrado en procedimientos y un alto consumo de insumos. "Este proceso relacional es impulsado por la libertad inmanente al "trabajo vivo en acto", y opera relaciones en flujos de alta intensidad al interior del proceso de trabajo. Estos flujos producen una conexión entre trabajadores, usuarios, personas y cosas, que se encuentran en el plano del proceso de producción del cuidado y son partes constitutivas del mismo" (Merhy, 2006:13).

Esas cuestiones del universo de la salud son importantes para pensar la participación, en cuanto un lugar de interacción, de producción de sentidos y de disputas e intereses. Las estrategias de comunicación, son, a todo momento, atrapadas por esa lógica determinada por acciones interesadas, que no contemplan la realidad de las personas. Las campañas de salud, bajo una matriz informacional, promueven participación solamente como receptores, sin un proceso de circulación de los sentidos y reconocimiento de la multiplicidad de voces que existen.

Para hacer frente a este proceso y cambiar este modo de producción del cuidado en salud, Franco y Merhy (2011:18) defienden que “el cambio en la producción del cuidado está marcado por nuevas subjetividades activas en la producción del cuidado, de un modo de trabajar en salud que tiene como centro el campo relacional, abriendo el encuentro con los usuarios a espacios de habla, escucha, miradas y signos que tienen sentido para ambos, trabajador y usuario, y forman el centro del proceso de trabajo”.

Está claro que pensar el uso de las TIC en ese escenario requiere tal discusión. Si bien las TIC apuntan para una participación más activa de las personas, se debe considerar las distintas miradas y perspectivas hacia el propio concepto de la participación. En tal sentido, vuelvo a discurrir que el reto de la participación cobra especial importancia en el ámbito de la salud y que si por un lado las TIC pueden generar espacios que favorezcan la participación, por otro lado la sobrevaloración de las TIC en la salud y en la comunicación sin estos espacios que promuevan la reflexión puede resultar en que la participación de las personas sea atrapada en una lógica determinada por acciones interesadas y que no contemplan la realidad de las personas.

Pensando las tecnologías como parte fundamental del proceso, y no externo a él, la apropiación de las TIC por un conjunto de sujetos organizados -población en general, usuarios de los servicios sanitarios, trabajadores de la salud, etc.- en la producción y circulación de medios de comunicación, puede garantizar un espacio democrático de participación que puede contribuir por un lado multiplicar las voces en el espacio mediático, pero también a fiscalizar, formular y ejecutar políticas públicas de salud (Oliveira Neto y Pinheiro, 2013).

Estimular la participación con el objetivo de incorporar “nuevos” actores en los procesos de salud es un reto que tiene la comunicación, y si por un lado las TIC pueden desempeñar un rol importante por su capacidad de acción, hay que considerar la complejidad que estos procesos conllevan. La utilización de una tecnología no cambiará per se las relaciones de poder que tradicionalmente han llevado la voz de mando en el ámbito sanitario, que implica tener en cuenta las

problemáticas, necesidades y formas de gestión planteadas por otros actores representativos, sean otros trabajadores de la salud los propios colectivos. “La promoción de conductas saludables no es el resultado de campañas o de acosos publicitarios, sino la consecuencia lógica de la apropiación de otro sentido respecto a la calidad de vida y a la salud por parte de la ciudadanía” (Díaz y Uranga, 2011:123).

Así, se debe pensar en la formulación de políticas públicas que no solo contemplen las aplicaciones TIC en la salud y su infraestructura necesaria, pero que a su vez sean capaces de generar mecanismos de participación ciudadana a partir del uso de estas tecnologías en la medida en que sepan utilizarlas y tengan acceso a ellas, pero considerando también los distintos sentidos y usos que puede tener las TIC en cada lugar. Por lo tanto, es necesario que sean las TIC dispositivos de participación, en un proceso que esté él mismo atravesado por un cambio en la manera de concebir la comunicación.

CAPÍTULO III

LA COMUNICACIÓN Y LA PARTICIPACIÓN EN BRASIL EN EL CONTEXTO DE LA ESALUD: APROXIMACIÓN A LOS CAMPOS DE ANÁLISIS

3.1. Hacia una comprensión de las singularidades brasileñas: la formación de las políticas públicas y el contexto de la participación en la salud en Brasil

Para desarrollar el análisis del campo de la comunicación y salud en Brasil que hago en este presente capítulo, además del recorrido histórico del campo caracterizado en el apartado anterior, es necesario contextualizar el proceso de formación de las políticas públicas en Brasil como un proceso singular. Solamente sobre la base de tales consideraciones, será posible presentar los problemas de la comunicación que emergen actualmente en Brasil en el ámbito de la salud, y que interesan a la presente investigación, y seguir con el debate en los estudios de caso en el próximo capítulo, planteando cuestiones para pensar las políticas públicas de salud y sus estrategias comunicativas en el contexto de la Sociedad de la Información

Hecha la observación anterior, dos importantes autores brasileños me ayudaron a comprender tal fenómeno, que componen con otros autores y teorías, nacionales e internacionales, la argumentación que se propone entrelazar. Esas cuestiones, funcionan, por lo tanto, como ideas intercesoras⁴⁰ para pensar el campo que presentamos.

Por un lado, el sociólogo Francisco Oliveira, en 1972, en el contexto de las teorías de la dependencia en América Latina, trabajadas en el capítulo anterior, presenta en su libro “Crítica a la razón dualista” las características de la relación estado y sociedad en Brasil y, utilizando de la teoría del desarrollo desigual y combinado de Trotsky⁴¹, plantea una nueva mirada hacia el desarrollo de los países atrasados, y en especial para el caso brasileño, expresando una ruptura crítica

⁴⁰ Teniendo como propuesta la idea de intercesores que plantea Deleuze y Guattari (2001), esos autores me han ofrecido pensar las políticas públicas en el campo de la salud y, consecuentemente sus estrategias comunicativas, desde otra perspectiva, no meramente como un enlace conceptual, sino que han producido interferencias en mi manera de ver el campo.

⁴¹ A partir de una perspectiva que comprendía el capitalismo como una totalidad contradictoria, y no solamente como un conjunto de naciones aisladas, Trotsky afirmaba que las regiones “coloniales” y “semi-coloniales” no podrían desarrollar su historia en separado, y, por lo tanto, no sería posible superar el retraso al transitar de una etapa superior todavía dentro de los marcos del capitalismo. Así, sería el modo combinado como el capitalismo se desarrollaría que vendría a designar el carácter de la revolución y de los sujetos sociales en los países atrasados. La adición del elemento “combinado” en la ley del desarrollo desigual de Lênin hizo con que Trotsky sintetizase sus concepciones como la ley del desarrollo desigual y combinado.

con el esquema “dualista”⁴² propuesto por los teóricos del período. Las estructuras “arcaicas”, según el autor, lejos de significar un obstáculo para el desarrollo de las alas “dinámicas” de la economía, han representado la manera como se ha estructurado la economía en Brasil, de manera desigual y combinada (Oliveira, 2013). Esa característica, la composición entre intereses divergentes dentro del propio Estado, es la característica que sigue actual en el ejercicio de la formación de las políticas públicas en Brasil.

Por otro lado, Emerson Merhy, en su libro “La salud pública como política” (1992), analiza el campo de la formación de las políticas públicas en el ámbito específico de salud. El autor, a la luz de las consideraciones propuestas por Francisco Oliveira, identificó estrategias desiguales y combinadas en términos tecnológicos y asistenciales, entre distintos modos de intervención en el campo de la Salud Pública.

Esto enmarca, en mi campo de interés, una *diversidad de procesos comunicativos* realizados por el Ministerio de Salud brasileño a partir de las políticas creadas, *influenciados por diferentes modelos de comunicación, trabajados con detalle en el capítulo anterior, y que va a tensionar diferentes formas de participación en los programas de salud*, bien como diferentes maneras de pensar y manejar el uso de las TIC en el campo. Más que una combinación sencilla de estrategias, tales diferencias señalan una disputa de cómo pensar la intervención en salud y sus procesos comunicativos, en un proceso desigual y combinado que influye en el campo de la comunicación y salud como he podido observar en los estudios de caso.

Bajo los efectos de estos aportes teóricos, hago un recorrido de manera reflexiva hacia la conformación del propio Ministerio de la Salud, el Sistema Único de Salud (sistema público de salud) y sus respectivas estrategias comunicativas. De

⁴² Tal como vimos en el primer capítulo, estos análisis, que se hicieron populares en los años sesenta y setenta, especialmente en América Latina, planteaban buscar las raíces del desarrollo en cuestiones sociales y en la dependencia que se ha establecido en las relaciones entre el Norte y el Sur, destacando la injusticia que prevalecía en el intercambio comercial de bienes y servicios entre la región y los Estados Unidos de América. Además, sostenían la necesidad de replantear las relaciones internacionales y la propia idea acerca del desarrollo. La dependencia sería, por lo tanto, un proceso basado en el hecho de que la economía del grupo de los países en desarrollo (dependientes/periferia) es condicionada por el desarrollo y la expansión de los países desarrollados (centro).

esa manera, será posible contextualizar el debate del uso de las TIC en el campo, y las estrategias participativas en los procesos comunicativos en la salud, considerando que tales temas no presentan una definición estática y definitiva, sino que adquieren rasgos específicos y singulares en los marcos de las estrategias comunicativas en salud. Esos movimientos son relevantes debido a que están *actuando en el mismo proceso de formación de las políticas públicas y prácticas en salud y en el campo de la comunicación para la salud, y caracteriza la naturaleza propia del desigual combinado brasileño.*

3.1.1. Contextualización de la formación de las políticas públicas en Brasil en el campo de la salud

En portugués, la palabra "política" se refiere tanto al proceso de disputa por puestos y negociación de intereses en la sociedad, como a la implementación de acciones gubernamentales específicas, en el área de la educación, salud, medio ambiente, reducción de la pobreza, entre otros (Schwartzman, 2004). Los politólogos del idioma inglés usan palabras distintas para esos dos procesos, *politics* en el primer caso, y *policy* en el segundo, una expresión que a menudo se traduce en portugués como "política pública". La tradición portuguesa y brasileña apunta para el hecho de que esas dos cosas están conectadas, siendo que una no puede entenderse plenamente sin la otra; la tradición anglosajona, por otro lado, nos recuerda que la aplicación de las políticas públicas debe obedecer a una lógica propia, que requiere la existencia de profesionales especializados, de recursos definidos, metas explícitas, mecanismos de toma de decisiones, sistemas de evaluación de resultados, entre otros.

Las políticas públicas son constituidas, en sus términos más generales, por la política, pero no sólo la política es capaz de convertirlas en acciones específicas del gobierno. Dependen, además, de los hechos y de la forma en que los hechos son vistos e interpretados. Suponiendo que la política pública sólo se constituye efectivamente como tal cuando salen del papel, cuando circulan (ganan visibilidad) y son apropiadas (convertidas en conocimientos y prácticas) por la

población a que se destinan, consideramos que la comunicación es inseparable de este proceso.

En Brasil, las dos entradas están entrelazadas, pues las políticas públicas dependen de algún modo de la correlación de fuerzas políticas vividas en cada momento histórico de la sociedad. Aspecto que determina en última instancia, como los problemas sociales, económicos, políticos y culturales son percibidos e interpretados por la acción del gobierno (Schwartzman, 2004:175, 181, 183).

En la construcción de las políticas públicas en Brasil⁴³ existe una característica importante de observar en la organización de la relación Estado y sociedad, que tiene su recorte principal a partir de los años 30, posterior al período histórico conocido en Brasil como “República Vieja”. En la “República Vieja”, es posible percibir una construcción más definida del llamado bloque histórico - en referencia al concepto gramsciano, histórico y analítico, de las alianzas sociales⁴⁴ -, que está en la dirección del aparato estatal y actuando en la definición de los procesos de construcción de las políticas públicas.

En ese período, el bloque histórico tenía una configuración predominantemente de la llamada élite cultural y económica, vinculada a los procesos agroexportadores, con la participación de fracciones de algunos otros grupos sociales, como por ejemplo, grupos de ejército, entre otros. Así, las arenas públicas en ese período agregaban sectores vinculados a las élites agroexportadoras, culturales, intelectuales, científicas, y se observa, para entonces, *el principio de la organización de la salud pública* (Merhy, 1985).

Esa es una conformación que empezó a constituirse como tal desde el periodo del imperio, pero que estuvo en el centro de la composición de ese proceso y desde

⁴³ Los investigadores brasileños definen, en líneas generales, tres generaciones de políticas públicas de cuño social en Brasil: la primera, comprendida entre los años 1930 hasta principios de la década de los 80; la segunda que se establece con la Constitución Federal de 1988, y la tercera que se organiza en meados de la década de los 90 (Draibe, 1998, Schwartzman, 2004).

⁴⁴ Gramsci concibe que los momentos de estructura y superestructura, orgánicamente vinculados, “forman un bloque histórico, es decir, un conjunto complejo – contradictorio y discordante – de las superestructuras es el reflejo del conjunto de las relaciones sociales de producción”. Los referidos momentos mantienen estrecha e íntima reciprocidad en el interior del bloque histórico y es precisamente en tal unidad de contrarios que se caracteriza el proceso real (Ammann, 1982:19).

donde surgió una oposición conocida por “movimiento *tenentista* en Brasil”⁴⁵, que adquirió una expresión en la década de los años 20 al contestar ese bloque histórico y, de esa manera, propuso otra perspectiva de la sociedad y la estructura política brasileña, instaurando una perspectiva más a la izquierda y contra el poder de las élites agroexportadoras. Este escenario caracteriza otra conformación de la construcción y formación de las políticas públicas en diversas arenas de la sociedad, incluso en la salud.

Es a partir de este momento que Oliveira (2013) definió la singularidad desigual combinada de ese escenario que emerge y se constituye por un largo periodo, caracterizado por asociar políticas muy conservadoras, vinculados a esa élite agroexportadora que siguió en el escenario, incorporando a su vez políticas más industriales, expresión de los grandes grupos sociales urbanos que se formaba en el periodo, en consonancia con los movimientos internacionales de fuertes políticas de industrialización de los países atrasados⁴⁶.

El gobierno del período expresó esa composición general en la propia estrategia de ordenamiento de la maquina estatal, organizando dentro del Estado acuerdos organizacionales compuestos por intelectuales más a la izquierda, y otros acuerdos con concepciones más conservadoras. Eso señala, en el período, un campo de composición de las políticas públicas que refleja e influencia la construcción de las políticas, modelos y estrategias en el campo de la salud (Merhy, 1992).

⁴⁵ *Tenentismo* fue el nombre dado al movimiento político-militar y a la serie de rebeliones de jóvenes oficiales (en la mayoría, tenientes) del Ejército Brasileño en el inicio de la década de 1920, descontentos con la situación política de Brasil. Aunque no propugnaban ninguna ideología en particular, los movimientos políticos-militares, demandaban reformas en la estructura de poder del país, entre las cuales se destacaban el fin del "voto cautivo", institución del voto secreto y la reforma a la educación pública.

⁴⁶ “A evidente desigualdade de que se reveste que, para usar a expressão famosa de Trotsky, é não somente desigual, mas combinada, é produto antes de uma base capitalística de acumulação razoavelmente pobre para sustentar a expansão industrial e a conversão da economia pós-anos 1930, que dá a existência de setores “atrasado” e “moderno”. Essa combinação de desigualdades não é original; em qualquer câmbio de sistemas ou de ciclos, ela é, antes, uma presença constante. A originalidade consistiria talvez em dizer que – sem abusar do gosto pelo paradoxo – a expansão do capitalismo no Brasil se dá introduzindo relações novas no arcaico e reproduzindo relações arcaicas no novo, um modo de compatibilizar a acumulação global, em que a introdução das relações novas no arcaico libera força de trabalho que suporta a acumulação industrial-urbana e em que a reprodução de relações arcaicas no novo preserva o potencial de acumulação liberado exclusivamente para os fins de expansão do próprio novo” (Oliveira, 2013:59-60).

En los años 30, por ejemplo⁴⁷, se observa dentro del campo de la salud una composición de grupos comunistas defendiendo una modernización organizacional del proceso de construcción de las políticas públicas en la salud, contrapuesta a grupos dentro de la misma estructura que defendían estrategias de instituciones cerradas, por ejemplo, para grupos especiales como los tuberculosos, los hanseníacos, entre otros. De esa manera, coexistía en la maquinaria del Ministerio de la Salud una composición que es desigual combinada importante de destacar (Merhy, 1992).

En el período de la dictadura militar en Brasil, en el año de 1964⁴⁸, las corrientes responsables por pensar las políticas públicas son absorbidas. De un lado, intelectuales de izquierda defendiendo un proceso nacionalista industrial a partir de una composición diferenciada entre el capital nacional y el Estado en el desarrollo de las grandes industrias; y de otro lado políticas conservadoras que defendían la privatización de parte del Estado, con estrategias en Brasil que atendían a las demandas del capitalismo industrial que estaba circulando en los países industrializados.

Vale señalar que las características fundamentales del período de la modernización influenciaban directamente el panorama nacional, pero con características propias de la lógica desigual y combinada: la identificación del desarrollo con desarrollo económico, y éste con el crecimiento económico; que el fenómeno del subdesarrollo es un problema de atraso relativo debido a la existencia de círculos viciosos que mantienen los países pobres en una situación de estancamiento permanente; la importancia de la industrialización como aspecto imprescindible del desarrollo; el papel del Estado y de la planificación como elementos esenciales de la política de desarrollo y la defensa del ahorro

⁴⁷ Período caracterizado por la llamada dictadura Vargas. La era Vargas es el período de la historia de Brasil entre los años 1930 y 1945, cuando ha gobernado Getúlio Vargas por un período de 15 años continuos. Comprende lo que se conoce por la Segunda y Tercera República (Estado Nuevo). Fue un período importante para la historia brasileña, por las inúmeras alteraciones que ha hecho Vargas en Brasil, tanto sociales como económicas.

⁴⁸ La dictadura militar en Brasil fue el régimen instaurado en 01 de abril 1964 y que duró hasta el 15 de marzo de 1985. De carácter autoritario y nacionalista, comenzó con el golpe militar que derrocó al gobierno de João Goulart, entonces el presidente elegido democráticamente. El régimen terminó cuando José Sarney asumió la presidencia, que comenzó el período conocido como la Nueva República. A pesar de las promesas iniciales de una intervención breve, la dictadura militar duró 21 años.

externo, en forma de ayuda, créditos o inversiones directas, como activador del proceso de crecimiento a través de la inversión (Hidalgo Capitán, 1998).

Por las consideraciones anteriores, se desprende que en el campo de las políticas públicas, desde su formulación hasta su ejecución, convive con el proceso desigual combinado importante de caracterizar, y que sigue afectando el campo actualmente. Esa é una formación que está reflejada en el proceso de construcción del propio Ministerio de Salud en los años 50. Merhy (1992), al construir la genealogía de la construcción del Ministerio de Salud en Brasil, apunta para ese proceso en el campo de la construcción de las políticas de salud, y presenta la convivencia de políticas conservadoras y mecanismos progresistas, absorbidas por los departamentos del Ministerio. Por un lado, en ese período, existía cantidad de técnicos, intelectuales, trabajadores progresistas, como por ejemplo, en el combate para erradicar enfermedades como la malaria, partiendo de estrategias singulares y acciones directas con los colectivos para hacer frente a los problemas. Junto con eso, encontrábamos una psiquiatría atrasada, que defendía los manicomios y el enclaustramiento de los locos, o de grupos con enfermedades especiales como la lepra. También, en ese momento sectores progresistas de otro orden estaban pensando las políticas, con una fuerte influencia de la educación sanitaria americana.

Actualmente, se observa dentro del mismo Ministerio de Salud políticas en el campo de la salud mental radicales en términos de libertades, autonomía de las personas, conviviendo con políticas de vigilancia disciplinantes y punitivas. Así, cuando analizamos las grandes estrategias de salud, como en otras áreas de la sociedad, promovidas por los organismos internacionales, como trabajadas en el primer capítulo, desde el punto de vista de su entrada en Brasil, es necesario analizarlas a partir de esa dinámica.

Estos no son movimientos de resistencia que se consolidan para fuera o en contra del Estado, sino que se fijan en la propia producción del Estado brasileño. El Estado brasileño engloba grandes grupos de intereses y absorbe la sociedad civil, sin la separación tan enmarcada entre sociedad política y sociedad civil, como

explican las teorías más clásicas de la relación estado/sociedad. Esta característica de la lucha societaria aparecer fuertemente dentro de la máquina del propio Estado, de manera desigual combinada, es una cuestión relevante en el campo de la formulación, ejecución e implementación de las políticas públicas en Brasil, y sus efectos en los actores involucrados en ese proceso.

Igualmente, el campo de análisis de la comunicación y salud está en el interior de ese debate, pues las estrategias comunicativas dentro del mismo Ministerio de Salud acompañan esos procesos y presentan las mismas peculiaridades. Se han analizado estrategias incorporadas al discurso del movimiento mundial de los determinantes de la salud de la OMS, por ejemplo, que trabajan y organizan sus acciones a partir del concepto de la promoción de la salud bajo una lógica unidireccional de lo que se puede o no se puede hacer para tener una vida saludable. En el mismo territorio, conviven estrategias que rechazan tales conceptos, y trabajan con la promoción de la salud bajo la lógica de la producción de existencia de las personas desde una mirada relacional. *Tales estrategias y sus lógicas desprenden acciones para el campo comunicativo, relacionando, así, estrategias informativas y verticales de difusión de informaciones, o bien experiencias de promoción de espacios más horizontales y relacionales para enfrentar las demandas en el campo.*

Esas cuestiones y soportes teóricos son relevantes para comprender el campo de la comunicación y la salud, como un campo complejo y en desarrollo en Brasil, donde *coexisten una disputa de esos modelos y concepciones*, que muchas veces parecen antagónicos, al combinar la práctica y la teoría en los distintos grupos. Por un lado, nos damos cuenta de la resistencia que impone los modelos hegemónicos, que encuentran en el *modelo médico hegemónico*⁴⁹ *una importante matriz organizativa de las prácticas comunicativas en el campo*, en especial a lo

⁴⁹ El concepto de hegemonía se utiliza aquí para describir los modelos de atención en lo que respeta la capacidad de orientación política y cultural para la obtención de consenso activo de segmentos de la población. Por lo tanto, el modelo médico hegemónico tiene las siguientes características principales: 1) el individualismo; 2) la salud / enfermedad como una mercancía; 3) énfasis en el biologismo; 4) a-historicidad de la práctica médica; 5) medicalización de los problemas; 6) privilegio de la medicina curativa; 7) el fomento del consumismo médico; 8) la participación pasiva y subordinada de las personas como consumidores. Por lo tanto, la influencia política y cultural ejercida por este modelo con los profesionales sanitarios y la población, como también junto a los llamados líderes de opinión, con respecto a los problemas de salud, ilustra el concepto de hegemonía que se ha mencionado anteriormente (Paim, 2008).

que respeta: a sus aspectos individuales y biológicos, teniendo el *usuario como objeto de una acción que tiene la matriz salud-enfermedad como definidora de la atención a la salud* y como mercancía y, por lo tanto, *definidora de una línea informacional de la comunicación* para responder sus necesidades informativas. En consecuencia, la participación de las personas, como consumidores, se queda pasiva y subordinada.

Por otra parte, se observa la evidencia de la vitalidad de la sociedad y sus diferentes formas de producción de la realidad. En la salud, Merhy (2006) destaca los movimientos que buscan enfrentar el modelo médico hegemónico:

Varios militantes de este movimiento están intentando ecuacionar la construcción de modelos de atención a la salud, a nivel de los establecimientos y redes de servicios, en el terreno de la gestión organizacional y de trabajo, mostrando que para superar el modelo médico hegemónico neoliberal, deben constituirse organizaciones de salud gerenciadas de un modo más colectivo, además de procesos de trabajo cada vez más compartidos, buscando un ordenamiento organizacional coherente con una lógica usuario-centrada, que permita *construir en lo cotidiano, vínculos e compromisos estrechos entre los trabajadores y los usuarios*, en las formataciones de las intervenciones tecnológicas en salud, conforme sus necesidades individuales y colectivas. (Merhy, 2006:16, los grifos son míos).

Estos caminos teóricos son relevantes en la presente investigación, pues siguen influenciando las prácticas en el campo de la comunicación y salud en Brasil.

3.2. La comunicación en el contexto del Sistema Único de Salud: la problemática de la participación

Los modelos de comunicación y los modelos de actuación en el campo de la salud caminan juntos y se apoyan mutuamente: los modelos de salud explican cómo surgen y se propagan las enfermedades y se dirigen a ciertas maneras de hacer frente a ellas; los modelos de comunicación, a su vez, permiten la práctica comunicativa en las sociedades. Por esa razón, comprender la trayectoria del campo de la comunicación y salud en Brasil es importante para contextualizar los usos TIC en el campo de la salud y los efectos en los procesos participativos.

Modelos de atención tienen relación con el modo como son organizadas, en una dada sociedad, las acciones de atención a la salud, en una combinación de elementos técnicos y tecnologías asistenciales para resolver problemas y satisfacer las necesidades de salud individuales y colectivas. En este sentido, existen distintos modelos asistenciales basados en las distintas comprensiones que se puede tener la salud y la enfermedad, en las tecnologías disponibles según cada período para intervenir en las enfermedades, como también son atravesados por elecciones políticas y éticas que priorizan los problemas que deben ser enfrentados por las políticas de salud (Silva Junior y Alves, 2007).

En tal sentido, y siguiendo a una lógica coherente a la reflexión que he planteado hasta el momento, más que buscar un cierto o errado en los modelos de salud, tal como en los modelos de comunicación, lo que se busca es una análisis de sus procesos históricos, discursos e influencias que van tensionando las prácticas en salud y sus estrategias comunicativas. Tal como afirma Merhy (2006:2),

O tema de qualquer modelo de atenção à saúde faz referência não a programas, mas ao modo de se construir a gestão de processos políticos, organizacionais e de trabalho que estejam comprometidos com a produção dos atos de cuidar do indivíduo, do coletivo, do social, dos meios, das coisas e dos lugares. E isto sempre será uma tarefa tecnológica, comprometida com necessidades enquanto valores de uso, enquanto utilidades para indivíduos e grupos.

Por lo anterior, el eje conductor en ese apartado está en comprender y analizar las influencias los modelos y concepciones del campo de la comunicación y la salud en la participación, más allá de una descripción a partir de un orden cronológico, considerando que tales perspectivas no se establecen y operan de una manera lineal. Los modelos se interconectan, se confluyen, se mezclan, y también constituyen, de esa manera, la escena comunicativa en salud bajo la lógica desigual combinada en los procesos de construcción de las estrategias comunicativas en la salud pública brasileña.

3.2.1. La comunicación en la salud en Brasil

El campo de la comunicación y salud en Brasil, también entendido como una práctica social, es constituido por la influencia de distintos modelos, de la comunicación y de la salud, que se articulan y coexisten respondiendo a distintas clases de intereses, situaciones, periodos históricos, al combinar la práctica y la teoría.

Por un lado, se observa la resistencia que impone los modelos hegemónicos y los obstáculos para un verdadero cambio en las prácticas comunicativas. Por otra parte, se percibe la evidencia de la vitalidad de la sociedad y sus diferentes formas de producción de la realidad. Estos caminos teóricos son relevantes en este trabajo, debido a que siguen influenciando las prácticas en el campo de la comunicación para la salud en Brasil (Araújo y Cardoso, 2007).

Tal como visto en el primer capítulo, el campo de la comunicación y salud en Brasil también ha pasado por un proceso desde un modelo difusionista y vertical del período marcado fuertemente por las teorías desarrollo, que consideraba los problemas de salud desde un carácter meramente individual y, de esta manera, objeto de una intervención modernizadora de cambios de comportamientos individuales, hasta propuestas más participativas de la comunicación para la salud, donde la propia concepción de la salud se ha desplazado para una visión más amplia del bienestar del individuo y la comunicación, por lo que debería ser

un proceso dialógico y relacional de producción social de sentidos, considerando las especificidades culturales y sociales.

La concepción de comunicación para la salud que se ha practicado en Brasil, según Araújo (2007), se ha guiado por los modelos tradicionales de la comunicación, que constituyen un factor limitante en el análisis y la acción comunicativa en salud. Estos modelos son examinados en un contexto histórico e incluyen: el modelo de información, utilizado por la práctica comunicativa en un periodo predominantemente positivista; el modelo del desarrollo promovido por el paradigma de la modernización, resultado de las políticas públicas que unían la comunicación con el desarrollo y la superación de la pobreza, desde una perspectiva centralizadora y autoritaria; el enfoque humanista y político de la comunicación, propuesta por Paulo Freire, que renovó el campo introduciendo el concepto de la comunicación dialógica; y el modelo de comunicación en dos niveles, que introdujo nuevas concepciones sobre de la influencia de parámetros sociales complejos en la comunicación y la figura del mediador en el proceso (en el campo de la salud, estos mediadores son representados por el multiplicador y por el agente de salud). Actualmente, teorías como la polifonía social de Bakhtin influyen las prácticas comunicativas más recientes en materia de salud como un lugar de producción social de sentidos.

A principios del siglo XX, en la década de los años 1920, mientras el escenario internacional estaba enmarcado por las teorías del comportamiento, y crecía en Estados Unidos los debates sobre el potencial de las técnicas de propaganda y de los medios de comunicación para manipular las personas, en Brasil, en cuanto se vivía un momento reflexivo de su proyecto nacional, como señalado anteriormente, la salud también estaba en el centro de los debates. En ese período, la palabra salud estuvo muy relacionada con la comunicación, la educación y la información, dominado por las discusiones sobre el potencial de los medios de comunicación de masas para manipular las personas. Como visto en el primer capítulo, para entonces se creía que el comportamiento humano podría moldarse mediante una serie de estímulos.

La reorganización de los servicios de salud en Brasil en este período, conocida como *Reforma Chagas*⁵⁰, tenía como soporte los hallazgos de la epidemiología experimental, y las modernas técnicas de la administración tayloristas⁵¹, reconfigurando en modelo medico-sanitario vigente, el cual trasladó el eje de la salud pública del medio ambiente hacia el individuo, lo que indicaba la necesidad de cambios de comportamientos individuales. Ese modelo confiaba a la educación de los individuos la superación del atrasado y luego el establecimiento de las condiciones más propicias para el desarrollo. En esa época, en Brasil, el modelo de salud dominante encontraba en la propaganda y la educación sanitaria una importante herramienta para el enfrentamiento de las enfermedades.

En ese período se encuentra el punto de referencia de la institucionalización de las prácticas de comunicación en salud en Brasil, con la creación, en 1923, del Departamento de Propaganda y Educación para la Salud. El servicio era una institución para las actividades que buscaron la adhesión de la población a las medidas promovidas por las autoridades sanitarias, destinadas principalmente a la higiene personal y de salud pública de los niños y de las mujeres embarazadas, hecho que ha contribuido al creciente énfasis en las medidas individuales de higiene, mientras que las medidas más amplias sobre las condiciones ambientales fueron gradualmente desconsideradas (Araújo y Cardoso, 2007).

Naquela época, *educar, higienizar, sanear* estavam na ordem do dia não apenas como intervenções técnicas, embora não prescindissem dessa prerrogativa. Eram ações indispensáveis à salvação nacional, oriundas do saber científico e portadoras de uma “pedagogia civilizatória” capaz de plasmar uma nova percepção da realidade, romper com o passado colonial e introduzir comportamentos e atitudes conformes os ideários de ordem e progresso. Tais atributos não só qualificavam médicos e educadores, como

⁵⁰ Conocido por Reforma Chagas en Brasil, el movimiento fue una reforma sanitaria promovida por el científico Carlos Chagas en 1923, creando el Departamento Nacional de Salud (DNS), que tenía por finalidad incorporar el saneamiento rural, la propaganda sanitaria y la educación higiénica como responsabilidad del Estado.

⁵¹ El Taylorismo es un concepto de producción, basado en un método científico de la organización del trabajo, desarrollado por el ingeniero norteamericano Frederick W. Taylor (1856-1915). A partir de este diseño, el taylorismo, el trabajo industrial fue fragmentado, ya que cada trabajador tiene que realizar una actividad específica en el sistema industrial en una estructura jerárquica y sistemática.

vinculavam seu destino ao Estado – principal interlocutor e espaço de atuação. (Cardoso, 2002:19; el subrayado es de la autora)

Animado por la visión global de la publicidad como una herramienta eficaz en la "gestión gubernamental de opiniones" que era defendida por Lasswell⁵² (Mattelart y Mattelart, 2005), como visto en el capítulo anterior, se han creado diferentes sectores de educación y comunicación en los ministerios incluso en colaboración con el gobierno de Estados Unidos y la financiación de la Fundación Rockefeller, con el objetivo de estandarizar metodologías y difundir ampliamente la información sobre temas de salud⁵³, estableciendo y reforzando las estrategias de la difusión de informaciones con el objetivo de cambiar los comportamientos en la salud, y de esa manera promover el desarrollo del país que se comprendía en el período.

Así, es posible observar también en las acciones comunicativas en Brasil la relación que se establecía entre el binomio falta de conocimiento/malos hábitos y la enfermedad, relacionados, a su vez, con la falta de información. Ese modelo ha influenciado sobremanera la conformación de las políticas de salud, donde comunicación y educación siguen asociadas hasta los días de hoy. También, establece una articulación con directa con el modelo informacional que nos detuvimos en el primer capítulo, y que gana fuerza en las teorías de la comunicación y la perspectiva desarrollistas a partir de la II Guerra Mundial.

Este enfoque, como visto, estaba alineado con los modelos de salud que tenían como objetivo eliminar los hábitos considerados no saludables de la población. La

⁵² Uno de los más importantes trabajos de Lasswell fue "Propaganda technique in world war" (1927), en lo cual desarrolla el concepto de propaganda. Para Lasswell, la propaganda tiene cuatro objetivos prioritarios: 1) movilizar el odio hacia el enemigo, por medio de historias de grande atrocidades; 2) mantener la amistad de los aliados; 3) preservar la amistad y buscar la cooperación de aquellos que optan por la neutralidad y 4) desmoralizar al enemigo. Para Lasswell, la propaganda es la técnica de influenciar la acción humana a través de la manipulación de las representaciones como símbolos, por medio de rumores, de relatos, de imágenes y otras herramientas de la comunicación social.

⁵³ En la década de 1940 se dio la consolidación del papel de la educación y la comunicación en salud. Getulio Vargas, presidente brasileño del período, creó en 1942, el Servicio de Salud Pública Especial (SESP), en colaboración con el gobierno de Estados Unidos y la financiación de la Fundación Rockefeller. El servicio, absorbido por la Fundación Nacional de Salud en 1990, fue productor intensivo y vehículo para la difusión de materiales informativos y educativos, especialmente impresos. Getulio Vargas también creó el Servicio Nacional de la Educación para la Salud (SNES), cuyo objetivo era difundir ampliamente la información sobre las enfermedades y procedimientos de prevención. El SNES producía metodologías y materiales didácticos utilizados por una red de organizaciones y servicios, y difundidos por los medios de comunicación.

asociación de la comunicación y el desarrollo produjo una manera de pensar y actuar sobre la intervención social muy bien aceptada e incorporada de manera gradual en diversas instituciones. Transformaban, de esa manera, la práctica comunicativa en salud en un sencillo proceso de transmisión de informaciones a una población que en teoría nada sabe sobre el asunto o bien sobre lo que le conviene.

En materia de salud, la perspectiva “comunicación y desarrollo” ganó hegemonía y empezó a dirigir tanto los análisis, los planes y las acciones referentes a la implantación de las políticas públicas en Brasil, en la medida en que correspondía a la orientación desarrollista de los gobiernos del período, hecho que ha ganado fuerza con el gobierno militar (de 1964 hasta principios de 1980), cuando se añadió el componente de la seguridad nacional (Vazquez et al, 2002).

Para ejecutar las estrategias de cambio social y de ayuda hacia los países más pobres, la información y la propaganda fueron elementos indispensables. Los programas de asistencia que se proporcionaban a los países considerados no desarrollados consideraba inversiones en forma de apoyo financiero para ampliación y mejora de la infraestructura, además de acciones de cooperación entre gobiernos para fomentar el desarrollo de la agricultura, salud y educación, como factores importantes para la manutención del desarrollo que se previa alcanzar, como tratamos anteriormente.

Si en la teoría de la modernización se actuaba bajo la premisa de los efectos benéficos del capital, la ciencia y la tecnología (Escobar, 2005), la asociación de la comunicación y el desarrollo encuentra espacio no solo en la salud, pero en las distintas áreas de las intervención social, y ratificaba el *boom* desarrollista que se encontraba Brasil en el periodo pos II Guerra Mundial, que estuvo en armonía con el llamado “optimismo sanitario” (Garreta, 1995, apud Hochman, 2010), que prevaleció en las décadas siguientes.

La disponibilidad de nuevos recursos preventivos y terapéuticos - insecticidas, antibióticos, medicamentos para la malaria – animaba a los gobiernos y también a

las agencias internacionales de cooperación a formular e implementar programas de salud con el objetivo de controlar y erradicar enfermedades en el mundo subdesarrollado, consideradas uno de los entresijos para su progreso.

A agenda brasileira estava afinada com essas tendências, compreendendo que o controle e a erradicação das endemias rurais seriam fundamentais para incorporar territórios e populações aos projetos de desenvolvimento, em particular durante o governo Juscelino Kubitschek que otimisticamente afirmava que “o Brasil não é só doença” (Hochman, 2010:162).

De esta manera, los modelos de información que estaban alineados con las ideas propagadas por la modernización, tenían como objetivos apoyar la expansión de mercados e incorporar al consumo las poblaciones consideradas en este momento marginadas a través de mecanismos de persuasión y la difusión de informaciones y innovaciones tecnológicas. En ese contexto, era una tarea de las instituciones públicas educar e informar, o a lo mejor, comunicar. La participación de las personas, bajo estas perspectivas, estaba determinada al lugar de receptores, sea de las informaciones como también de los proyectos de desarrollo.

La participación bajo esas perspectivas y prácticas se materializaba por la contribución que las autoridades locales y las personas dan a los técnicos, aquellos que saben, en el estudio y tratamiento de los problemas, tal como señala Ammann (2003) al estudiar el tema de la participación en los llamados proyectos de desarrollo de la comunidad en Brasil. La participación se centraba en la necesidad de inducir a las personas a elegir una solución y tomar las medidas necesarias para su ejecución. Los proyectos, con esas características, serían considerados de interés para las personas.

Además, se enfatizaba que para el cumplimiento de la participación, cuando sometida a los propios interesados, no eran necesarias grandes inversiones, y que el plan sería más apropiado siempre y cuando los deseos y aspiraciones de las personas fueran consultados. Se reproducía de cierta manera la matriz

emisor-receptor, no solo de informaciones, pero también de las estrategias unidireccionales de los programas de desarrollo.

Esa perspectiva lineal de pensar la comunicación, bien como la participación, está presente hasta hoy, y con fuerza, en los procesos comunicativos en el campo de la salud, pues coincide con un *modus operandis* de la racionalidad médica y que está vinculada con las estrategias comunicativas e informativas en el campo, instrumento fundamental para el propio desarrollo de los saberes médicos, basados en un sistema de conductas del proceso salud/enfermedad, en acuerdo con lo que afirma Moraes (2002:17):

A doença, considerada anteriormente a esse período como portadora de uma essência abstrata, passa a ter sua significação corporificada no indivíduo: o portado do corpo doente. Isso implica a constituição de saberes específicos, classificatórios, que darão a base para a classificação das doenças e a conseqüente possibilidade de constituição de acervos estatísticos, comparáveis no tempo e no espaço. A constituição gradual de sistemas de informações como um processo de coleta, tratamento, análise e disseminação de informações passa a ser um instrumento fundamental para o próprio desenvolvimento dos saberes médicos.

Sin embargo, también en Brasil este modelo de comunicación y desarrollo impuesto no funcionaba para la realidad brasileña, como de toda América Latina. Lo que fue conocido como comunicación dialógica o modelo participativo pasa, entonces, a influenciar la comunicación para la salud en Brasil y defender otras formas de participación en la sociedad, como parte de un proceso social, político y económico más amplio presentado en el primer capítulo, que envolvía las perspectivas de la dependencia y el Nuevo Orden Económico Internacional (NOEI). En el ámbito social y también de la comunicación, tuvo como influencia la perspectiva *freiriana*⁵⁴ de la comunicación (Paulo Freire, 1977), que equiparaba los polos de la acción comunicativa como detentores de saber y productores de conocimiento.

⁵⁴ En mención al educador brasileño Paulo Freire, que presentamos de manera más específica en el primer capítulo.

Estas perspectivas influyen en las experiencias en el campo de la salud, que empiezan a incorporar sus elementos a sus discursos y prácticas. Un ejemplo que ilustra es la Dirección Nacional de Enfermedades Endémicas Rurales (DNERU)⁵⁵, creado en 1956, que constituía un espacio permeable a las nuevas ideas, incluso utilizaban el método de Paulo Freire en sus actividades en la región Nordeste de Brasil, que entonces era un territorio más pobre y menos desarrollado del país. En su práctica educativa, trabajaban desde la cultura y las experiencias locales, considerando los intereses de la población y estimulando la participación (Araújo y Cardoso, 2007).

Esos procesos estaban alineados con el movimiento conocido en Brasil por Educación Popular en Salud, que hasta hoy sigue presente en las políticas del Ministerio de la Salud, siendo parte de las estrategias de la Secretaria de Gestión Estratégica y Participativa (SGEP). Vasconcelos (2001) rescata la historicidad de la constitución de la Educación Popular en Salud a partir la participación de profesionales de salud en experiencias de educación popular basadas en las teorías de Paulo Freire en los años 70, iniciando una ruptura con las prácticas tradicionales en la educación en salud.

Para el autor, estas prácticas se remontan a la participación de técnicos de la salud introducidos en pequeñas comunidades periféricas, identificando líderes comunitarios y temas movilizadores, creando, de esa manera, espacios de debates y apoyo a las luchas emergentes, centrados en la superación de la brecha cultural existente, por un lado, entre los servicios de salud, las organizaciones no gubernamentales, el saber médico y los movimientos sociales; y, por otro lado, entre la dinámica de la enfermedad y los saberes del mundo popular.

Tales experiencias, aunque conviviendo con cambios organizacionales de poca profundidad, contribuyó para que nuevos sujetos y nuevos temas, procedentes de

⁵⁵ Esta agencia representaba el movimiento de estructuración de las instituciones de salud pública, estableciendo que actuaría tanto en la lucha contra las enfermedades endémicas, bajo la responsabilidad del Departamento Nacional de Salud (DNS), como en la lucha contra las enfermedades reemergentes como la fiebre amarilla, la malaria y la peste. El DNERu ha organizado e implementado varias campañas en el área de salud pública, entre las cuales podemos mencionar: la erradicación de la malaria en los años 1960 y 1970; la erradicación de la viruela, que se inició en 1958; y la campaña nacional contra la lepra en 1959.

los movimientos sociales populares, fuesen incorporados a los escenarios de construcción de las políticas en salud, señalando la necesidad de fortalecer la participación de estas personas en el escenario político (Pedrosa, 2007).

Sin embargo, algunos de esos proyectos, como el caso del DNERU, permiten hablar de la dificultad de esa perspectiva en disputar con el campo de captura ejercida por la perspectiva hegemónica de la modernización, incluso en los temas de la participación. Sus técnicos siguieron operando con el presupuesto de la educación en salud como elemento para el progreso, priorizando un modelo de salud asistencial-curativo, y desvinculando la educación de su dimensión política. Además, han adoptado una noción funcionalista de organización y desarrollo de la comunidad, entendida como una función para el equilibrio social (Ammann, 2003; Araújo y Cardoso, 2007).

Esa perspectiva del equilibrio social tiene sus raíces en los fundamentos que se sostenía en el período de que la acción comunitaria sería una manera importante para posibilitar la participación de la población en los cambios de las estructuras socioeconómicas del país, pero en la práctica la participación estaba orientada a la modernización de los sectores tradicionales, integrándoles a sectores más modernos y, de esa manera, garantizando el equilibrio del desarrollo brasileño (Ammann, 2003).

Este tipo de participação objetiva a preservação da harmonia, da continuidade e da estabilização do sistema. Não persegue a mudança em dimensão estrutural-crítica, pois no funcionalismo as modificações ocorrem dentro de um sistema equilibrado, dotado de elementos automantenedores e estabilizadores. A mudança é assim representada pela passagem de um a outro estado de equilíbrio, como movimento unilinear, interno, gradual e unívoco, sem a presença de conflitos relevantes ou permanentes (Amman, 2003:85)

Las dificultades que ha enfrentado la comunicación dialógica en las instituciones de salud eran, en parte, por la fuerza del discurso desarrollista que seguía presente en lo cotidiano de producción de las prácticas comunicativas. Tal

perspectiva fue impulsada por el concepto de interacción, como Ammann (2003) ha detectado al estudiar la participación, hecho que llevaba a eliminar el conflicto de relación comunicativa; idealizaba de esta manera los polos, que estarían en perfecta comunión de intereses entre ellos y sus compañeros. Además, excluye de la relación otras voces, relaciones de poder, en definitiva, las condiciones de producción de esa práctica, promoviendo un amortiguamiento de la polifonía social. Además, el método preveía la actuación casi como un mediador para la entrada en el desarrollo, sin cambiar las relaciones en el proceso comunicativo (Araújo y Cardoso, 2007).

Con este recorrido, es posible constatar que las teorías y perspectivas no se presentan como una linealidad cronológica, pero se mezclan de manera a configurar las singularidades de las prácticas comunicativas en Brasil. La figura del mediador que aparece en los procesos mencionados hasta el momento, por ejemplo, está relacionada directamente con la teoría de los dos pasos de la comunicación que presentada en el primer capítulo, y también ha repercutido en las estrategias comunicativas en la salud en Brasil de maneras distintas y singulares.

La teoría defendía la influencia de determinados agentes mediadores entre los medios de comunicación y las personas (flujo de la comunicación en dos etapas), como líderes de opinión, cuya acción se ejerce en el ámbito de la comunicación interpersonal, como un decodificador de los mensajes. Por lo tanto, apuntaba para la necesidad de tener en cuenta la existencia de un nivel de mediador entre el público en general y los medios de comunicación, atribuyendo un rol fundamental a los líderes comunitarios en la búsqueda de una mejor sintonía entre emisor/autoridades y receptores/población (Sousa, 2003).

Desde entonces, distintas iniciativas de movilización comunitaria para la agenda sanitaria en Brasil han recurrido a los presupuestos de este modelo, y que fundamenta algunas características, por ejemplo, del perfil de los agentes comunitarios de salud, y es considerado un avance por considerar las personas en su entorno social y a partir de sus dinámicas propias. Sin embargo, estas

acciones conviven con diferentes percepciones de la realidad comunicativa en las prácticas de salud señaladas.

Por un lado, los agentes de salud, desarrollan un papel específico e importante a la vez en las estrategias comunicativas, pues son las personas que conviven con la realidad y las prácticas de salud en el contexto donde viven y trabajan, por lo tanto, se identifican con la cultura, el lenguaje y hábitos de su propio entorno, importante para la visión de la comunicación como un lugar de producción de los sentidos sociales.

Os agentes comunitários conhecem profundamente a realidade local porque são parte da comunidade. Conhecem os valores, a linguagem, os perigos e as oportunidades. Representam uma possibilidade muito especial de trazer para dentro das equipes de saúde o olhar da população. Um olhar que revela necessidades de um ponto de vista diferente e que, portanto, abre as portas para um universo novo de intervenção. (Feuerwerker y Almeida, 2000:23, el subrayado es mío)

Por otro lado, se observa que en algunos casos no han logrado romper con el carácter unidireccional de la comunicación y vertical de proceso de determinación de las informaciones relevantes para la salud de las personas, funcionando como una especie de “traductor” autorizado para los discursos, como afirman Araújo y Cardoso (2007:54, el subrayado es mío):

Assim, a definição da situação comunicativa, importante contribuição à compreensão dos processos de produção dos sentidos, que localiza a comunicação sob parâmetros sociais complexos, ficou esquecida, assim como o inventário das variáveis que comporiam os efeitos limitados da comunicação. Neste percurso, a matriz informacional exerce mais uma vez sua força hegemônica e os mediadores de toda a espécie – monitores, multiplicadores, agentes de saúde, etc. - foram apropriados como dispositivos mais eficientes de codificação das mensagens, um “tradutor” autorizado do conhecimento científico para códigos mais facilmente reconhecíveis.

Estas perspectivas tienen influencias en modelos de comunicación en salud, presentados en el primer capítulo, y fueron experimentados con éxito en países de América Latina, como la “difusión de innovaciones”, que utiliza agentes sociales como generadores de cambios, se centra en la influencia interpersonal en las decisiones individuales y en la creación de redes de comunicación; o el modelo de "comunicación para el cambio social", que prevé el diálogo y la participación de las personas en todos los procesos de comunicación en salud (Mosquera, 2002).

Importante también comprender que la perspectiva neoliberal de la economía ejerce fuerte influencia en el escenario de la salud, en cómo pensar las políticas públicas en el campo y sus respectivas estrategias comunicativas, como un espacio donde se disputan diferentes proyectos de sociedad. Los proyectos que defienden la salud como un derecho de la ciudadanía, a partir de la amplia discusión de principios más ecuanímenes y universales que viene desde la Reforma Sanitaria en Brasil, enfrentan propuestas que reclaman por espacios de mercado para la producción y consumo de servicios de salud, caracterizados por una perspectiva individualizada de acumulación asimétrica (Megajewski, 1995).

Con la inversión capitalista en Brasil y la emergencia neoliberal, en la salud ganaba fuerza el modelo médico-asistencial y privatista, que interesaba a las empresas privadas de servicios y fabricantes de materiales de salud (Araújo, 2007). También, se observa un período de expansión del parque industrial de las telecomunicaciones y del fortalecimiento de los proyectos de teleeducación, actualizando los ejes de la comunicación y el desarrollo después de un período de cuestionamientos de estas perspectivas.

Al nivel de las prácticas de intervención gubernamental, se observa la permanencia de la lógica desigual combinada que asumen, por un lado, propuestas y acciones vinculadas a una reorientación del Estado en sentido profundo, recuperando el sentido de la ciudadanía, en el caso de la garantía del derecho a la salud. Por otro lado, la ejecución de propuestas asistencialistas que incorporan la lógica clientelista como estándar de actuación de la máquina

pública, y determinan en el campo de la comunicación en salud una manutención de una lógica desarrollista, como apunta Araújo (2007:112):

O modo desenvolvimentista de pensar e de fazer a comunicação é extremamente resistente às mudanças que se processam nos campos da comunicação e da saúde. Na prática cotidiana dos trabalhadores da saúde, estes reproduzem o paradigma sem perceberem, porque é próprio das idéias hegemônicas parecerem naturais, ocultando seu caráter de construção histórica, que corresponde a interesses específicos. No âmbito das políticas de comunicação na saúde, é o modelo que aparece, por exemplo, na concentração dos recursos apenas em campanhas que tentam persuadir a população a adotar procedimentos corretos no combate a doenças (dengue, Aids, hanseníase...).

En los años 80 y 90, con el período de reformas en el sistema nacional de salud, surgen nuevos discursos sobre la salud y la comunicación en el campo. En 1986, la VIII Conferencia Nacional de Salud relaciona el derecho a la salud con el derecho al acceso a la información como un indicador de la democratización. En el campo de la comunicación, aparece también un conjunto de ideas producidas en América Latina que destacaba las prácticas cotidianas de los individuos como importante en la constitución de los sentidos sociales, aspecto teórico relevante en la formación de los Agentes Comunitarios de Salud.

El derecho a la comunicación es parte integral del derecho a la salud, como señalado anteriormente. En esa dirección, el SUS establece que la salud es mucho más que la ausencia de enfermedad. Además, afirma que es el resultado de múltiples influencias, como el empleo, la vivienda, el transporte, la seguridad, la participación en las instancias políticas, en resumen, define que la salud es calidad de vida. El derecho a la comunicación es parte del derecho a la salud. La capacidad de hablar y ser escuchados y tener acceso a la información sobre su salud y sobre los aspectos que determinan la calidad de la salud está estrechamente asociada con la posibilidad de tener una vida saludable.

Los cambios que se han producido en la concepción de la salud, de esa manera, enmarcan, no solamente, pero de manera importante, las dos perspectivas de abordaje de la realidad en el campo comunicativo que fueron presentadas: la perspectiva informacional de difusión de informaciones y la perspectiva relacional de la comunicación.

Como tratado en el primer capítulo, el modelo informacional es funcional, operacional y apropiado, es decir, permite organizar la práctica comunicativa con facilidad. De esa manera, ha ganado un status de matriz, donde gran parte de las acciones comunicativas en el ámbito de la salud son producidas bajo su lógica, afectando la configuración del campo de las políticas públicas de salud brasileña (Araújo y Cardoso, 2007).

Así, este modelo, con carácter difusionista, establece una influencia importante en los programas y políticas de comunicación para la salud en Brasil (Araújo y Cardoso, 2007), constituyéndose como una herramienta fundamental para difundir las informaciones bajo una lógica unidireccional basada en el modelo lineal de la comunicación (fuente-transmisor-canal-receptor-destinatario) donde un saber técnico universal se impone sobre el contexto y el conocimiento local. Una perspectiva de la realidad que se establece bajo la ideal lineal y dicotómico de que la salud está relacionada a la ausencia de enfermedad, y se relaciona con estrategias comunicativas lineales para responder a sus necesidades.

Por otro lado, a partir de la necesidad de romper con esta matriz lineal emisor-mensaje-estímulo-receptor-respuesta, emerge también en Brasil perspectivas que apuestan en las características de una perspectiva relacional, defendiendo otras condiciones de producción, circulación y reconocimiento de la comunicación a partir de los contextos e singularidades de las realidades brasileñas.

Nessas disputas de interesses, 'o poder' e 'o saber' (que inclui conhecimento e informações) são faces de uma mesma moeda. Cada vez mais, o acúmulo de força política está relacionado ao aumento da capacidade de apropriação de conhecimentos e informação, que amplia a capacidade argumentativa em espaços conquistados de participação. É,

portanto, mais do que 'ter acesso a informações': é apropriar-se de todo o potencial informativo intrínseco a uma determinada informação, de seu significado para a luta específica a ser empreendida, da pertinência e relevância de um determinado argumento (embasado em conhecimento e informação) para o objetivo que se pretende. (CNS, 2006a:18)

Estas perspectivas cobran importancia a la hora de lanzar una mirada a las estrategias comunicativas en el campo de la salud y sus políticas, con el objetivo de *promover o ampliar la participación de los actores* involucrados en el proceso, sean ellos los ciudadanos o los profesionales/trabajadores de la salud.

Las dos perspectivas reflejan maneras distintas de pensar las políticas públicas, como también de ponerlas en prácticas, es decir, por un lado el modelo informacional de la comunicación trabaja con mecanismos formales y definidos de participación, como también de la salud o del bien estar en la sociedad, determinados por uno de los polos de la relación comunicacional, como el gestor, el gobiernos o las instituciones públicas y privadas. De esa manera, la preocupación que orienta ese modelo de comunicación es el de alcanzar el máximo rendimiento en la transmisión de los mensajes para determinados públicos, limitando las posibilidades de negociación de los sentidos, es decir, la dimensión de alteridad que debería asociarse al concepto de comunicación, que está vinculada a propuestas más relacionales y problematizadoras de pensar las interacciones para la vida social (Oliveira, 2004).

En el caso de la salud, este problema está relacionado con el tipo de discurso que prevalece, es decir, *un centro de habla especializado y autorizado prestados por aquellos que tienen el poder* de decir y de interrogar a los actores sociales, prescribiendo las maneras de enfermarse, de morir y de cuidar de la salud, ya sea en la perspectiva individual o colectiva. En el caso del discurso sobre la participación popular, lo que se observa es que la comunicación y la información hacen hincapié en las técnicas prescriptivas y convocatorias, para que ciertos grupos sociales se movilicen para cumplir o responder a las acciones del discurso institucional (Oliveira, 2004).

Estamos de acuerdo con Araújo (2007) cuando afirma que la comunicación en la salud pública no puede ser manejada como si fuera una empresa comercial, una vez que no tiene ánimo de lucros y o bien se produce para 'clientes'. Al revés, tiene una fuerte dimensión educativa, y los interlocutores son ciudadanos cuyos derechos deben ser respetados. *En la salud, las estrategias comunicativas deben tener el objetivo de establecer un debate público sobre diversos temas y ofrecer a las personas informaciones para que puedan tomar decisiones, influenciando positivamente las políticas, o bien promover espacios para ampliar su participación en las políticas públicas de salud.*

3.2.2. La participación en el contexto del Sistema Único de Salud

Las reformas que sufrieron los sistemas de salud en Latinoamérica, aún dentro de su diversidad debido a las características específicas de cada país, comparten una serie de elementos comunes, entre ellos cabe destacar la *promoción de la participación social* (Vazquez et al, 2002).

Tras un período de 24 años de dictadura, Brasil inició a partir de 1985 un proceso de reformas políticas y administrativas. Al final de la década de 1970 y principios de los años 1980, el empeoramiento de las necesidades sociales, especialmente en los grandes centros urbanos, y el aflojamiento del régimen autoritario desató el surgimiento de varios movimientos populares de carácter reivindicatorios.

Las políticas y programas dirigidos a grupos de población pobres sufrieron las mismas limitaciones y distorsiones del sistema general de las políticas sociales del periodo de desarrollo, como señalado en el primer capítulo. En gran medida, estos resultados se debieron al propio sistema organizativo y de toma de decisiones del sistema de políticas sociales, cuyas características Draibe (1998) destaca: la forma autoritaria de los sistemas y subsistemas de decisión, con ausencia casi total de controles y mecanismos de participación social.

La agenda reformista que se organizó en torno a la cuestión social, desde mediados de los años 80, apuntaba a la urgente reestructuración del sistema, incluso dando lugar a la resolución de un programa de política de bienestar social

y de lucha contra la pobreza, decididamente ausente de ese patrón anterior de la acción social pública. Impulsado por el movimiento de democratización, el momento decisivo de este proceso institucional culminó con la Constitución Federal del año 1988, que estableció el bienestar social como política social basada en la ley y se integra, junto con la seguridad social y las políticas de salud, a la política de Seguridad Social.

La crítica al asistencialismo y al clientelismo, por un lado, y la referencia a la ciudadanía social como base de la política por el otro, guiaron, en los años 80, el primer movimiento de la construcción de la nueva orientación de la política asistencial, donde se ubica también las políticas de atención a la salud. Orientados por la bandera de la democratización, los nuevos diseños se basan en tres ejes de evaluación y organización de programas: la asistencia social como un derecho social; el acceso universal a todos los miembros de los grupos destinatarios seleccionados; y la opción por servicios estatales gratuitos (Draibe, 1998).

Bajo ese contexto se instaura en Brasil el movimiento de la “Reforma Sanitaria”⁵⁶, que incluyó en la pauta la discusión de una nueva organización del sistema de salud en el país, con características que ha sido adoptadas posteriormente en el Sistema Único de Saludo (SUS), en particular una concepción ampliada de los determinantes sociales del proceso salud-enfermedad y la creación de un sistema público de asistencia a la salud que fuera gratuito y con la garantía del acceso universal al cuidado para todos los brasileños (Cecílio et al, 2012).

El movimiento brasileño de creación de su sistemas estatal de salud avanzaba en la dirección opuesta al contexto mundial del período, incluso en Brasil, marcado

⁵⁶ La “Reforma Sanitaria” es un movimiento que ha representado una amplia articulación de actores sociales, incluyendo miembros de los departamentos de medicina preventiva de distintas universidades brasileñas, entidades como el *Centro Brasileiro de Estudos* (CEBES), movimientos sociales de lucha por mejores condiciones de vida, además de autores, investigadores, militantes del movimiento por la redemocratización del país en los años 1970 y 1980, y políticos que criticaban las políticas de salud existentes en Brasil.

por el avance de la lógica neoliberal en los países capitalistas⁵⁷. En los años 80, conocida como la década perdida para los países de América Latina, en un contexto de graves consecuencias derivadas de la crisis de la deuda y tras el fin de la economía soviética, el “mercado” se presentaba como la única alternativa para la organización de la vida económica, siendo que la planificación del desarrollo y la actuación del Estado eran considerados como un obstáculo para la fluidez de la economía. “Desde esta perspectiva, el desmantelamiento del sector público y la liberalización económica pasarían a constituir el eje central de las nuevas doctrinas sobre el desarrollo” (Unceta e Yoldi, 2000:74).

En nivel mundial, cabe destacar que los movimientos de la reforma sanitaria estaban alineados con las tendencias presentadas por los organismos internacionales en materia de salud, que señalaban, como visto anteriormente, la grave desigualdad existente en el estado de salud de la población y la participación individual y colectiva en la planificación y aplicación de su atención en salud como derecho de las personas.

Sin embargo, la consonancia de los movimientos brasileños con las directrices apuntadas por los organismos internacionales culmina en procesos singulares brasileños en lo que concierne a la construcción de la política pública de salud, bajo su carácter desigual combinado, reflejando una disputa de conceptos y prácticas que marcan la lucha de la reforma sanitaria.

El proyecto neoliberal que se da a nivel mundial, y también en Brasil, tensiona una disputa política con los diferentes proyectos políticos, y asume también una disputa de sentidos para referenciales comunes, como apunta Dagnino (2004): la participación, la sociedad civil, la ciudadanía, la democracia, caracterizando un desplazamiento de sentidos.

⁵⁷ Este enfoque toma cuerpo a partir del Consenso de Washington, realizado en 1990, liderado por Estados Unidos de América y las instituciones de Bretton Woods -Fondo Monetario Internacional y Banco Mundial. Las principales directrices establecidas en el consenso son: disciplina de las finanzas públicas para reducir el déficit; determinación de prioridades en los gastos públicos; reforma de la fiscalidad; liberalización financiera; adopción de un tipo de cambio único; liberalización comercial; promoción de la inversión extranjera directa; privatización de las empresas públicas; desreglamentación, fundamentalmente para eliminar todo freno a la competencia y fortalecimiento de los derechos de propiedad (Comeliau, 2000).

Finalmente, importante señalar, en el contexto de la reforma sanitaria brasileña, la VIII Conferencia Nacional de Salud, realizada en 1986 y considerada un hito de movilización instituyente del área de la salud, de reafirmación del principio de la participación y control social y de la democratización del Estado. Las propuestas surgidas en esta conferencia fueron concretizadas en 1988 con la conquista al derecho a la salud con control social, es decir, con la directriz de la participación de diversos sectores en la definición de las políticas públicas de salud. También, en esta conferencia surgieron nuevos discursos sobre la comunicación en salud, como trataré más adelante.

A partir de la promulgación de la Constitución de 1988, la salud y los procesos participativos en el campo han ganado distintos caminos con la constitución del SUS. La nueva constitución de 1988, en el ámbito de la salud, conceptuó la Seguridad Social como un valor social, configurada como un sistema que “comprende un conjunto integrado de acciones de iniciativa de los Poderes Públicos y de la sociedad, destinadas a asegurar los derechos relativos a la salud, a la prevención y a la asistencia social” (art.194). De esa manera, declara la salud como un derecho de todos los ciudadanos y como una responsabilidad del Estado, y establece los principios básicos del sistema de salud, los cuales fueron complementados posteriormente con la llamada “Ley Orgánica de Salud” (conocida como 8080) que creó el SUS.

El nuevo modelo propuesto e inscrito en la Constitución brasileña define, entre otras cosas, lo siguiente: (a) la posibilidad de repensar tanto el paradigma de la salud pública como los conocimientos médicos que participan en ella; (b) la introducción de principios de gratuidad y el acceso universal al sistema público de salud; (c) la descentralización de la administración de servicios de salud y (d) la redefinición de los roles de los actores institucionales y de la sociedad en la toma de decisiones con respecto a temas de salud que, de acuerdo con la ley, comenzó a tener lugar a través de organismos que aseguraban la participación popular.

El SUS no ha eliminado la lógica genealógica de producción desigual combinada del Ministerio de Salud, sino que ha trasladado hacia su interior todas las lógicas que hasta el momento estaban pulverizadas en distintos grupos: la lógica de los sindicatos, de la previdencia, de las corporaciones de salud, bien como todas los temas de salud que hasta entonces correspondía a otros ministerios (educación para la salud, por ejemplo, dejó el ministerio de educación para ser una función de la política de salud). También, estuvieron presentes en el Ministerio de Salud grupos muy distintos, aquellos que defienden el movimiento internacional de la lógica neoliberal en la salud y de privatización de los servicios de salud, inversión del capital extranjero, actuando con los movimientos progresistas de los que defendían las ideas de la reforma sanitaria.

Además, en el proceso de constitución, el SUS heredó un conjunto de servicios - hospitales, clínicas y unidades básicas - que funcionaban en estrecha colaboración con los servicios privados. Todas estas unidades y servicios operaban con los *conceptos hegemónicos de la salud* y la organización del trabajo de la salud. Y sobre todo, continúan operando bajo las ideas y los valores derivados del *modelo médico hegemónico*, que por lo tanto prevalecen en la sociedad. Son ellos los que guían la formación de los profesionales de la salud y están presentes en la mente de los trabajadores del SUS (Feuerwerker, 2005:491-492).

En su estructura, el *SUS surge como estrategia descentralizada y regionalizada* para la atención y el cuidado a la salud, teniendo por *base los principios/directrices de universalidad, equidad, integralidad, jerarquización y participación de la sociedad*.

La *universalidad* es la garantía universal de asistencia sanitaria por parte del sistema, a todos los ciudadanos, como un derecho de la ciudadanía y el deber de las tres esferas de gobierno: municipal, estatal y federal. La *equidad*, asegura el acceso a las acciones y servicios para todos los ciudadanos de manera igualitaria. La *integralidad* especifica que cada persona es un todo indivisible y miembro de una comunidad, por lo que el sistema de salud debe respetar esa visión integral,

promoviendo, protegiendo y recuperando la salud. La *jerarquización* prevé que los servicios deben organizarse en niveles de complejidad creciente.

Por fin, e importante en esa investigación, la *participación ciudadana* corresponde a la garantía constitucional de que tiene la población de participar, a través de sus organizaciones representativas, en el proceso de formulación de la política sanitaria y el control de su aplicación a todos los niveles. El "control social participativo" como política y como un componente del marco institucional del Estado, es un fenómeno reciente en el proceso histórico brasileño. El control social se define por la capacidad que tiene una sociedad para influir en las políticas públicas, apuntando caminos, proponiendo ideas, definiendo prioridades, desarrollando planes de acción y supervisando las actividades del gobierno federal, de los gobiernos estatales y de los municipales (Silva, 2007).

El término control social es originario de la sociología y de la psicología, utilizado para designar los procesos de influencia del colectivo hacia el individuo (Carvalho, 1997, apud Oliveira 2004). Sin embargo, bajo el contexto de la reforma sanitaria, el concepto fue planteado con el objetivo de significar el proceso y los mecanismos de influencia de la sociedad en el Estado, en el supuesto de que la sociedad representa el interés público y el Estado los intereses particulares, de acuerdo con el contexto político en que ha sido elaborada.

Según se entiende, *para que ocurra la efectiva participación social* en la gestión de la salud, es fundamental que se *implementen mecanismos de movilización de los diferentes sujetos relacionados al SUS, fortaleciendo la ciudadanía plena*. Desde el punto de vista formal, la política sanitaria establece que la participación, bajo el concepto del control social, debe darse fundamentalmente en dos espacios concretos: en los *Consejos de Salud*, con igual representación de los usuarios, el gobierno, los profesionales sanitarios y los proveedores de servicios de salud. La otra manera de participación prevista en la ley son las *Conferencias de Salud*, realizadas periódicamente a nivel nacional, estadual y municipal, y cuyo objetivo es establecer prioridades y directrices sobre la salud. De esa manera, esa directriz del SUS busca contemplar la participación de la sociedad en el

planeamiento, implementación y fiscalización de las políticas públicas en salud (Vazquez et al, 2002).

Aunque la participación social haya sido declarada, discutida y valorizada, adquiere diferentes formas que se derivan de la política de salud vigente. Dado que la participación no es algo que se nombra y establecer por decreto, el control social puede convertirse en una herramienta de la democratización de la salud, como también puede convertirse en una forma de cooptación del poder del Estado, como una instancia para la aprobación de proyectos en materia de salud, en una modalidad de participación pasiva. Esta configuración dependerá de la ideología, el contexto político y las formas de participación de los interlocutores sociales y el proyecto de negociación colectiva que tiene como objetivo construir (Camargo-Borges y Mishima, 2009).

Los consejos de representación social, para Draibe (1998) figuraron como una de las líneas de acción entre los cambios acumulados en los estilos de conducción de las políticas públicas, rompiendo, aunque con dificultad, con las barreras de la tradición e incentivos todavía perversos en el sistema político, con la reducción de las márgenes de mandos arbitrarios y con la manipulación clientelista de concesión de beneficios asistenciales. Los concejos, de esa manera, configuran una forma de ampliar la participación popular, con objetivos precisos de democratización de las decisiones y del establecimiento de sistemas más participativos.

El año 1980, por lo que se ha venido planteando, es la referencia histórica de los la institucionalización de la participación como una directriz formal, en la deliberación, gestión y seguimiento de las políticas públicas. A su vez, este principio de la participación social en las políticas del Estado, también llamada gestión participativa, formaba parte de un proceso más amplio de democratización, que ha fundado las prácticas políticas de segmentos de la sociedad brasileña desde mediados de los años de 1970, incluso en la presencia del régimen militar (Faleiros et al, 2006).

Sin embargo, la institución de espacios formales garantiza la participación bajo algunos parámetros determinados. De esa manera, interesa a esta investigación discutir espacios de participación en la salud que van más allá de los consejos, de manera a diseñar un entendimiento para la cuestión compleja de la participación y su vinculación con las estrategias comunicativas que promuevan espacios más horizontales y relacionales.

Según he podido analizar en el proceso investigativo, la participación en la salud no se da solamente en los consejos o en las conferencias, pero se observan otras instancias de la política pública que piensa la participación en salud y que indican cuestiones para comprender la comunicación y la participación en la salud.

La *“Política Nacional de Gestión Estratégica y Participativa en el SUS: ParticipaSUS”*⁵⁸ defiende que la construcción del modelo de atención a la salud sea fundamentado en las necesidades y demandas de la población por acciones y servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Como la realidad de las regiones del país es bastante diversificada, en función de la dinámica sociopolítica y cultural y de la amplitud geográfica, las demandas, necesidades y potencialidades pueden variar, siendo fundamental la estrategia de la descentralización.

Haciendo un paralelo con los procesos comunicativos en la salud, la política establece que esta tarea exige el esfuerzo de desencadenar acciones que operen en el sentido de ampliar la vocalización de las necesidades y de los deseos de la población y la escucha de los profesionales y de los servicios, para que la acogida y el cuidado tengan significado para ambos. Según defiende el documento, formular y deliberar juntos significa un avance para el control social - y éste es el

⁵⁸ Con el objetivo de reunir diversas estructuras responsables por las funciones de apoyo a la gestión estratégica y participativa en el SUS, la Secretaría de Gestión Participativa fue reestructurada por el Decreto nº 5.841, de 13 de julio de 2006, pasó a ser denominada Secretaría de Gestión Estratégica y Participativa. En la oportunidad, se incorporó a la SGEP el Departamento Nacional de Auditoría del SUS (DENASUS), se creó el Departamento de Monitoreo y Evaluación de la Gestión del SUS, transformó el departamento de Acompañamiento de la Reforma Sanitaria en Departamento de Apoyo a la Gestión Participativa y, por fin, se amplió el Departamento de Oidoría del SUS. La secretaria, parte integrante del Ministerio de la Salud de Brasil, tiene como objetivo fortalecer la gestión y el control social del SUS y sus funciones consisten en proponer, apoyar y supervisar los mecanismos constituidos de participación popular y control social, en especial los Consejos y las Conferencias de la Salud. Además, es responsabilidad de esta oficina escuchar, analizar y remitir las demandas de los usuarios a través de la llamada Ouvidoria Geral do SUS, un canal abierto de comunicación con la población.

efectivo desafío presentado a la gestión participativa, que requiere la adopción de prácticas y mecanismos innovadores que realicen la participación popular. Presupone, por lo tanto, *ampliación de espacios públicos y colectivos para el ejercicio del diálogo, de pactar las diferencias y de negociar los muchos sentidos* que pueden adquirir las cuestiones relevantes para la salud según los diferentes contextos.

Además de reforzar los temas defendidos desde la reforma sanitaria, la salud como derecho y los principios del SUS, la política establece algunos puntos relevante para discutir la relación de los procesos participativos en las estrategias comunicativas: la afirmación del protagonismo de la población en la lucha por salud desde la ampliación de espacios públicos de debates y construcción de saberes; la ampliación de los espacios de escucha de la sociedad con relación al SUS, articulándolos con la gestión del sistema y con la formulación de políticas públicas de salud; y el fortalecimiento de las formas colectivas de participación y solución de demandas

El tema de la participación en salud, en especial a partir de la formación del SUS y de la participación como una práctica constitutiva del mismo, es un tema de reflexión en el campo de la salud desde de distintos puntos de vistas: cómo se da la participación, la ampliación o efectividad de los mecanismos disponibles, y las disputas e intereses que determinan la participación de las personas, que a lo largo del tiempo enmarca la disputa de sentidos en relación con la participación y sus capturas frente a los diferente proyectos políticos en Brasil.

Recogiendo del debate que hace Dagnino (2004), la autora señala el tema de la participación como constitutiva del núcleo central del proyecto participativo y democrático. Aunque la autora trabaje con la noción de antagonismo, distinto de la lógica desigual combinada sostenida en esa investigación, trae al debate la problemática de las disputas e intereses que han configurado los discursos sobre la participación y sus prácticas.

Por um lado, a re-significação da participação acompanha a mesma direção seguida pela reconfiguração da sociedade civil, com a emergência

da chamada “participação solidária” e a ênfase no trabalho voluntário e na “responsabilidade social”, tanto de indivíduos como de empresas. O princípio básico aqui parece ser a adoção de uma perspectiva privatista e individualista, capaz de substituir e redefinir o significado coletivo da participação social. A própria idéia de “solidariedade”, a grande “bandeira” dessa participação redefinida, é despida de seu significado político e coletivo, passando a apoiar-se no terreno privado da moral. Além disso, este princípio tem demonstrado sua efetividade em redefinir um outro elemento crucial no projeto participativo, promovendo a despolitização da participação: na medida em que essas novas definições dispensam os espaços públicos onde o debate dos próprios objetivos da participação pode ter lugar, o seu significado político e potencial democratizante é substituído por formas estritamente individualizadas de tratar questões tais como a desigualdade social e a pobreza. Por outro lado, em grande parte dos espaços abertos à participação de setores da sociedade civil na discussão e formulação das políticas públicas com respeito a essas questões, estes se defrontam com situações onde o que se espera deles é muito mais assumir funções e responsabilidades restritas à implementação e execução de políticas públicas, provendo serviços antes considerados como deveres do Estado, do que compartilhar o poder de decisão quanto à formulação dessas políticas (Dagnino, 2004:102-103).

Tal como se ha visto, *la participación, como una construcción social, adquiere sentidos distintos*, a lo largo del tiempo y bajo la influencia de distintas corrientes teórica e intereses de todas las órdenes vinculadas al tema del poder en las sociedades. Sin embargo, también configuran en Brasil, bajo la lógica desigual combinada, un campo donde coexisten disputas de distintos proyectos, disputando a su vez las prácticas en los procesos de formulación y ejecución de las políticas públicas y que, consecuentemente, afectan al campo de la comunicación y salud.

La implicación aquí no está en sostener un falso o verdadero, si existe una participación verdadera o genuina, pero reconocer en tales procesos distintas maneras de promover la participación, que corresponden, a su vez, a las distintas perspectivas en abordar el mundo y ponerlo en práctica. Estas perspectivas

corresponden a regímenes de verdad (Foucault, 2001) que caracterizan las sociedades, y que van forjando en sus prácticas visibilidades e invisibilidades en una disputa de sentidos. El discurso biomédico, por ejemplo, es hegemónico en los discursos oficiales, tal como la mirada informacional de la comunicación establece de una matriz de sentido en el proceso comunicativo. Lo que defiende es la necesidad es reconocer la coexistencia de esas influencias y comprender de qué manera operan tales regímenes y cómo se visibiliza más un en detrimento del otro en procesos que enuncian la misma participación⁵⁹.

Por lo expuesto anteriormente, la participación en el contexto del SUS y sus prácticas comunicativas están enmarcadas en un conjunto amplio de significados y prácticas. *La participación no ocurre de la misma manera, igualmente no adquieren los mismos significados para los actores que participan.* Adquieren por veces *perspectivas lineales y unidireccionales* en la manera de entender cómo debe participar a la gente, qué temas trabajar, y cuáles son los espacios determinados y establecidos para dicha participación, configurando una aportación previamente deliberada de la participación. Sin embargo, *perspectivas más horizontales* trabajan para que los mecanismos de participación atraviesen todo el proceso a partir de una perspectiva relacional. Esos modelos están enmarcados tanto en el proceso de formulación y ejecución de las políticas públicas, como también en la concreción que adquieren en la práctica, y los procesos comunicativos en salud atraviesan y se mezclan, respondiendo a las necesidades de los grupos y sus intereses.

Suponiendo que las políticas públicas sólo son capaces de constituirse efectivamente como tales cuando salen del papel, circulan (ganan visibilidad, por lo tanto, existencia) y son apropiadas (convertidas en conocimientos y prácticas)

⁵⁹ Foucault (1980, 2001), no plantea un régimen de verdad versus otro, sino que defiende que en un mismo registro coexisten distintos regímenes operando, en disputa de sentidos. Para el autor, los discursos caracterizados como verdaderos son en realidad productos de una determinada sociedad que conllevan efectos específicos de poder. “Lo importante, creo, es que la verdad no está fuera del poder ni sin poder (no es a pesar de un mito del que habría que recoger la historia y funciones, la recompensa de los espíritus libres, el hijo de largas soledades, el privilegio de los que han sabido liberarse). La verdad es de este mundo; se produce en él gracias a múltiples coacciones. Y detenta en él efectos regulados de poder. Cada sociedad tiene su régimen de verdad, su “política general” de la verdad: es decir, los tipos de discurso que acoge y hace funcionar como verdaderos o falsos, el cómo se sancionan unos y otros; las técnicas y los procedimientos que están valorizados para la obtención de la verdad; el estatuto de quienes están a cargo de decir lo que funciona como verdadero” (Foucault, 2001:143)

por la población a que se destinan, se hace necesario considerar que la comunicación es inseparable de este proceso. Para este aspecto, se puede decir que la naturaleza y la calidad de la comunicación son cruciales para la posibilidad de éxito de la política (Araújo y Cardoso, 2007).

La formulación y ejecución de políticas públicas, como señalado, son atravesadas por intereses distintos, bajo la influencia de inúmeros discursos que forjan verdades en la sociedad. Analizar las prácticas comunicativas en la salud representa lanzar una mirada hacia las diferentes acumulaciones que las políticas adquieren en los cotidianos.

3.2.3. Comunicación y participación en el Sistema Único de Salud

A lo largo de los planteamientos hechos, he identificado los caminos y conexiones entre el campo de la comunicación y salud en Brasil y los efectos en los procesos participativos, de manera a subsidiar la reflexión que he propuesto. En este sentido, importante también contextualizar la comunicación con los demás principios del SUS, además de la participación, para de esta manera producir una comunicación con el objetivo de mejorar el sistema público de salud frente los retos de los usos de las TIC, en todas sus dimensiones, entendiendo *la participación como una importante herramienta en la construcción de esa posibilidad*.

De la misma manera, importante verificar cómo se enmarca la comunicación en la instancias oficiales de participación previstas en la política de salud brasileña, a saber, los Consejos de Salud (federal, estadual y municipal) y las Conferencias Nacionales de Salud (CNS), con el intuito de ampliar el debate de la participación más allá de las instancias oficiales.

Desde los años 80, el sector de salud en Brasil ha expresado la necesidad de nuevos conceptos y prácticas comunicativas para su sistema público de salud, con el objetivo de superar las formas más tradicionales de comunicación y educación para la salud. Las nuevas exigencias estaban especialmente relacionadas con la *participación pública a favor de la aplicación, en la*

comunicación, de los principios del SUS: universalidad, equidad e integridad (Araújo, 2007).

El SUS se organiza, como señalado anteriormente, en principios y directrices: *universalidad, la equidad y la integralidad* (principios doctrinarios) y *descentralización, jerarquización y participación* (principios organizativos). La comunicación en el campo de la salud debe estar atenta a estas ideas, vinculando sus prácticas, herramientas y propuestas. Araújo y Cardoso (2007) proponen un cruce de la comunicación con estos principios, hecho que interesa a esta investigación en especial para el *estudio de caso*, y que presento a continuación.

La *universalidad* en la salud es un derecho universal, y corresponde en la comunicación a la comunicación como derecho de todos. Trabaja con el presupuesto que los medios de comunicación no están disponibles de manera ecuaníme para toda población comunicarse, haciendo con que les quede a las personas únicamente el lugar de receptores de la comunicación de carácter institucional. Además, la comunicación en este principio persigue la comprensión de la comunicación como un proceso que va más allá de recibir informaciones. Aquí, *las personas deberían ejercer el lugar de interlocutores del proceso comunicativo como sujetos activos, como detenedores de saberes que deben ser considerados como validos*, hecho que implica la creación de espacios de habla y de escucha.

La *equidad* subraya el tema de las diferencias, por ejemplo, en las condiciones de vida y de salud, y trabaja con la necesidad de relacionarse de manera distinta con las desigualdades, actuando de acuerdo con las necesidades de cada colectivo o persona individualmente. De esa manera, *trabaja con la idea de contexto, relevante para los procesos comunicativos en el campo de la salud según la perspectiva relacional*. La noción de la producción social de sentidos defendida en tal perspectiva, como principio de la comunicación, pone de relieve la contextualización de la comunicación como condición para establecer un proceso comunicativo. *La noción de contexto afecta directamente el acceso de las personas a la información y la posibilidad de apropiación* de los distintos

productos comunicativos que son generados en salud, sean ellos materiales informativos o bien la propia relación que se establece entre los trabajadores y los usuarios, los trabajadores entre sí, etc.

La posibilidad de apropiación es, por lo tanto, un parámetro para la equidad. Sin embargo, aquí también cabe trabajar a partir del tema de la circulación. Bajo esa mirada, *la equidad puede también comprender la capacidad de promover la circulación de las ideas y la participación de las personas de manera más ecuánime en la red de producción de los sentidos*. Cabe a las estrategias comunicativas, cuando se discute desde una perspectiva relacional, promover en el campo de la salud una redistribución del poder de producir y circular las ideas.

Los atributos de la *integralidad* considerados como indispensables para una buena comunicación son, entre otros: *la práctica de escuchar y reconocer al otro* (polifonía, reconocimiento del lugar de diálogo), *la oferta de espacios para la discusión y el intercambio* (de la comunicación) y *la negación del cierre de los sentidos en detrimento al privilegio de las voces autorizadas* (una comunicación multidimensional, entendida como una articulación de las prácticas, saberes, recuerdos, expectativas, etc). La integralidad se opone a la fragmentación y a la atención de manera desarticulada, en oposición a la especialización, y *permite percibir un proceso que contempla la comunicación como un espacio de producción de sentidos sociales*, en el cual está enmarcada la producción, circulación y apropiación. Así, *defiende que la comunicación no esté solamente con el foco en el ámbito de la producción, como en el modelo informacional* donde la concepción de la comunicación es la transferencia de contenidos de un polo a otro.

La *descentralización* prevé una disolución del poder, y considera que *el derecho a hablar y ser escuchado también se distribuye de manera desigual en la sociedad*. La comunicación hecha por el Ministerio de Salud también se da de manera *centralizada y unidireccional*, pues la institución detiene la mayor parte de los recursos para la comunicación. Los municipios, que están más cerca de los contextos locales, cuentan con menos recursos. Además, pocas oportunidades

para los sectores no gubernamentales para que sus voces puedan circular en el ámbito de la salud. Eso tiene una consecuencia en todas las instancias del control social, pues reproducen la relación unidireccional y centralizadora en la comunicación, sea internamente o bien con la población o grupos a que representan.

La *jerarquización* trabaja con el tema de la *legitimidad en el proceso comunicativo*, pues este principio en la comunicación *demanda que se construya otra visión del poder para hablar*, con el presupuesto de que sean legitimadas otras instancias, otras personas, otras voces. De esa manera, *defiende que la comunicación no sea pensada y producida únicamente desde el Ministerio de Salud u otras instituciones oficiales*, sino que los municipios reciban ayuda técnica del órgano central, para que a su vez pueda ayudar a los movimientos sociales y organizaciones locales. No solamente en los ámbitos oficiales, pero también en la relación que se establece con los usuarios, para que sus conocimientos sobre su vida, su cuerpo y sus problemas o soluciones sean contemplados como válidos en el proceso comunicativo. Esto *implica crear condiciones para que la polifonía social sea considerada*

Por fin, la *participación es resultado de todo lo anterior*. En salud, la participación también es denominada por el concepto de “control social”, y recomienda que la sociedad sea activa, preferiblemente a través de los consejos de salud que están organizados en distintos niveles, en la planificación, ejecución y seguimiento de las políticas públicas de salud. Sin embargo, lo que defiende es que los elementos participativos atraviesen otros espacios, más allá de los históricamente o por leyes definidos para tal, es decir, los consejos de salud y las conferencias de salud⁶⁰. Así, *la relación de la comunicación con la directriz de la participación es ontológica, en el sentido de que sin una comunicación universal, equitativa, integral, descentralizada y jerárquica, no existirá una participación como la que se almeja en la salud.*

⁶⁰ Como visto anteriormente, la participación comunitaria en la gestión del SUS, establecida como directriz esencial de los servicios públicos de salud por la Constitución Federal, cobró impulso con la creación de esta política en 1990. A partir de ese año, se ha asentado las bases para la participación de la sociedad civil en la salud con la creación de dos espacios fijos: los consejos de salud y las conferencias de salud.

Las conferencias, desde los movimientos de la Reforma Sanitaria, emergen como espacios de consolidación del debate y discursos acerca de la importancia de la comunicación para la salud y su área de influencia. Desde la VIII conferencia, en 1986, cuando se iniciaron las conversaciones para la creación del SUS, se ha constatado la necesidad de fortalecer la comunicación con el fin de democratizar el acceso a la información sobre la salud y contribuir al ejercicio del control social - es decir, ofrecer subsidios para la población participar efectivamente en la planificación y seguimiento de las políticas públicas de salud.

También en esta conferencia surgieron nuevos discursos sobre la comunicación en salud. La VIII CNS, además de un marco en el proceso de democratización de la salud, trajo el discurso del derecho y del acceso a la información como importante indicador del proceso de democratización.

De la IX a la XII CNS, se ha reafirmado como elementos indispensables la implementación y el fortalecimiento de los mecanismos de participación y control social existentes. La X CNS, en 1996, tuvo como uno de los temas de debate la combinación de la comunicación y la información con el control social en el contexto de la democratización de la salud.

La XI, celebrada en 2000, y la XII conferencia, en 2004, confirmaron esta asociación y consolidaron la fórmula de Información, Educación y Comunicación (IEC), que había sido propuesta desde la IX, realizada en 1992, e incluyeron en su informe final recomendaciones sobre: la democratización de la información, con énfasis en la Constitución de una Red Pública Nacional de Comunicación en Salud y el uso de diferentes medios de comunicación como factor de democratización; la producción, organización y utilización de la información, con énfasis en la creación de instrumentos (sistema de vigilancia epidemiológica, la red nacional de información, comisiones específicas de información en los distintos espacios oficiales, bases de datos, etc); la transparencia de la gestión, incluyendo la producción de información de una manera apropiada por los miembros de los Consejo de Salud; y el control social, con recomendaciones sobre la creación de comités de IEC (con recursos para contratar una asesoría

especializada), de medios de comunicación propios y de informatización de los consejos.

La XII afirmó también la necesidad de “Estimular y fortalecer la movilización social y la participación ciudadana en los diversos sectores organizados de la sociedad, con la aplicación de medios legales disponibles, visando efectuar y fortalecer el Controle Social en la formulación, regulación y ejecución de las políticas públicas”.

Sin embargo, hasta el momento he observado poca o ninguna atención a la profundización de los debates de la participación en los procesos comunicativos, contemplando la necesidad de creación de más espacios con una perspectiva de ampliar o bien cooperar con espacios en que la comunicación sea ella una herramienta de participación. Eso porque, a partir de las dos últimas conferencias, la XIII y la XIV, realizadas respectivamente en los años 2008 y 2012, aunque las directrices de comunicación en salud hayan sido incorporadas a las directrices de participación y control social, en este nuevo formato gran parte de las determinaciones referentes a la comunicación dicen respecto únicamente a estrategias de divulgación y acceso más democrático de la información, o bien siguen el camino de las ediciones anteriores de la educación e información en salud, con referencia a pocos mecanismos de participación de usuarios y trabajadores en este tema. La participación sigue volcada a fortalecer la movilización social y la participación ciudadana en los diversos sectores organizados de la sociedad bajo la instrumentalización de una comunicación unidireccional.

En el Consejo Nacional de Salud (CS), la Comisión Intersectorial de Comunicación e Información en Salud (CICIS)⁶¹ defiende que democratizar la comunicación y la información, en todos los aspectos, promueve las políticas de salud y es esencial para lograr los principios de la salud y fortalecer el SUS; y

⁶¹ En los consejos de salud fue creada la Comisión Intersectorial de Comunicación e Información en Salud (CICIS), que tiene por objetivo la definición de patrones comunes a los distintos sistemas de comunicación, información e informática, y bases de datos de interés para la salud, así como la formulación de estrategias aplicable a la política de comunicación, información e informática en salud. La política de Comunicación, Información e Informática en Salud para el Ejercicio del Control Social es una de las políticas prioritarias del Consejo Nacional de Salud (CNS) que, a través de la CICIS, promueve diversas actividades de formulación y movilización con los Consejos de los Estados y los Consejos Municipales de Salud.

además, consideran todas las formas y los espacios de comunicación y la información como factores relevantes para el fortalecimiento del control social⁶².

El CS defiende la comunicación como siendo una de las bases que sostiene el SUS. Por lo anterior, afirma que es necesario garantizar el dialogo nacional y el intercambio de información entre los diversos actores en el campo de la salud. Para posibilitar la equidad en la atención a la salud, uno de los principios del SUS, defiende que es necesario una política de educación continuada con el objetivo de capacitar los profesionales de la salud, independiente de la distancia que se encuentren de los centros de formación. Además, el propio control social exige popularizar el debate sobre la salud pública.

Así, el CS tiene por fundamento que la comunicación debe ser entendida, por un lado, como un derecho humano y la condición primera para lograr el ejercicio de la ciudadanía. El ejercicio de ese derecho pasa también por la posibilidad de no solamente recibir, sino también emitir mensajes en el ámbito de la sociedad. Por otro lado, entiende que la comunicación es resultado de una política pública del Estado a ser deliberada con la participación de la sociedad en el marco de la democracia participativa.

En el campo de la salud, se destaca la necesidad de integrar las acciones de los dos campos -comunicación y salud-, en diversas áreas, tales como políticas públicas, control social, concesiones de radio y televisión y nuevas tecnologías. Las acciones defendidas por el CS tienen como objetivo una mayor aproximación entre la comunicación y salud, con medidas específicas como garantizar contenidos sobre salud en los medios de comunicación, una política pública de inclusión digital, entre otros temas.

Sin embargo, consciente de los modelos y perspectivas que influyen los discursos e acciones, como defendido hasta el momento, estoy de acuerdo con

⁶² En el informe resultante de la I Conferencia Nacional de Comunicación, *Informe Nacional de Comunicação, Informação e Informática em Saúde*, que tuvo como objetivo establecer las directrices de un marco regulador para una Política Nacional de Comunicação, Informação e Informática em Saúde (PNCIS), bajo una perspectiva intersectorial y destacando la articulación con el campo de la salud, las propuestas van orientadas a una política de comunicación que promueva la integración y fortalecimiento del Estado, en especial en las políticas del sistema público de salud.

Oliveira (2004) cuando refuerza que aunque los consejos sean instancias de gran importancia, esos conceptos no son problematizados por esos espacios y sus actores, solamente dejando claro que son conceptos estratégicos, asociados al imaginario constitutivo de la política pública relacionada a la participación y la movilización popular en *prol* de la salud, tanto a nivel individual como colectivo.

Por lo anterior, se observa que, posiblemente como resultado de esa falta de cuestionamientos, los conceptos de comunicación y la información se definen más por la perspectiva instrumental y prescriptiva que por la perspectiva dialógica, como se puede imaginar al conocer la historia y la profunda vocación popular y democrática del SUS. Es decir, en espacios creados y reservados exclusivamente para la participación, esta se da de una manera unidireccional y prescriptiva, y las acciones comunicativas son herramientas para esta estrategia.

Para la construcción de *procesos comunicativos más horizontales en el campo de la salud*, es necesario dar más concreción a lo que se espera de los mismos en el proceso de fortalecimiento del SUS, y que los actores deben ser parte de este pacto como sujetos activos. Esos procesos deben *establecer un vínculo con la vida cotidiana de los ciudadanos*, con la continua búsqueda de soluciones a las cuestiones que determinan la existencia de sus propios procesos de salud-enfermedad y debe tener un significado práctico en la búsqueda de cualquier grupo social o individual para una mejor calidad de vida y bienestar (Pitta, 2006).

Con referencia a lo anterior, la *“Política Nacional de Gestión Estratégica y Participativa en el SUS: ParticipaSUS”* defiende que la construcción del modelo de atención a la salud sea fundamentado en las necesidades y demandas de la población por acciones y servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Como la realidad de las regiones del país es bastante diversificada, en función de la dinámica sociopolítica y cultural y de la amplitud geográfica, las demandas, necesidades y potencialidades pueden variar, tornando fundamental la estrategia de la descentralización.

Haciendo un paralelo con los procesos comunicativos en la salud, la política establece que esta tarea exige el esfuerzo de desencadenar acciones de educación en salud que operen en el sentido de ampliar la vocalización de las necesidades y de los deseos de la población y la escucha de los profesionales y de los servicios, para que la acogida y el cuidado tengan significado para ambos. Según defiende el documento, formular y deliberar juntos significa un avance para el control social - y éste es el efectivo desafío presentado a la gestión participativa, que requiere la adopción de prácticas y mecanismos innovadores que realicen la participación popular. Presupone, por tanto, ampliación de espacios públicos y colectivos para el ejercicio del diálogo y de pactar las diferencias.

Esas cuestiones imponen a las estrategias comunicativas en salud la idea de que *la comunicación no está solamente en los espacios oficiales de las prácticas comunicativas*, pero, principalmente, ella aporta y construye significados sobre la salud y la enfermedad en otros espacios. Eso significa un permanente proceso de renovar, discutir, pactar los sentidos y *atribuye a las estrategias comunicativas un estatuto de proceso social complejo, a partir de lo cual son producidos los sentidos* de cualquier información producida en la sociedad. Partimos de la idea de que los sentidos tienen el atributo de la pluralidad y del dinamismo, y designa algo en construcción permanente, es decir, los sentidos son producidos en situación, en un acto comunicativo, como defiende Pitta (2006:16):

Cada produtor de informações em saúde ou discursos sociais sobre saúde/doença procura legitimar o seu modo de retratar o real, o que dá concretude a uma permanente disputa ou tensão entre informações sobre o mesmo tema ou questão na dimensão pública e, conseqüentemente, maior ou menor visibilidade de sentidos que acabam por se tornar dominantes em relação a outros, a ter mais força e poder que outros. Assim, há uma estreita relação entre a subjetividade inerente aos processos de produção das informações, os modos de fazer circular ou trazer a público estas informações e sentidos que cada produtor procura imprimir às mesmas.

En ese sentido, algunas cuestiones son relevantes para el fortalecimiento de los mecanismos de participación en la sociedad y su relación con la comunicación, entre ellas: la superación de la visión instrumental de la comunicación e de las practicas de divulgación en salud; la ampliación de la comunicación en el sistema de salud brasileño con el objetivos de promover un acción descentralizada, inclusiva y plural; ampliar los espacios destinados a los temas de salud en los medios de comunicación, considerando como una de las estrategias el fortalecimiento de las radios y televisiones comunitarias; y, finalmente, democratizar el acceso a las nuevas tecnologías de la información y de la comunicación (CNS, 2006a).

Las acciones prescriptivas y poco transparentes de las estrategias comunicativas en salud, tal como las prácticas comunicativas bajo el modelo lineal y de transferencia de informaciones unidireccional, se demuestran ser inocuas, como sugieren Araújo y Cardoso (2007), y deben ser sustituidas por programas que valoran las culturas, las opciones personales, relaciones sociales y la participación activa de las personas directamente afectadas por problemas de salud. En tales estrategias lineales y unidireccionales, quedan excluidas las desigualdades, las vulnerabilidades personales y sociales, las distintas realidades, los deseos y los intereses y, por lo tanto, tienden a simplificar y transformar cualquier discordancia, resistencia o dificultad en falta de información o en un ruido de comunicación.

En Francia, por ejemplo, el Instituto Nacional de Prevención y Educación para la Salud (INPES), ha desarrollado directrices basadas en el hecho de que la comunicación sobre la salud es comunicar a respecto de un fuerte valor en el plano social y, por lo tanto, los gobiernos no pueden ser intrusivo, normativos, no pueden ir en contra de la libertad individual, ni deben imponer una visión de una forma de vida. Entre los principios éticos de las campañas de prevención, el INPES hace hincapié en la necesidad de respetar las decisiones de cada uno, de no estigmatizar a las conductas de riesgo individuales, no marginar, no culpar, no imponer una norma social que caracterice un comportamiento bueno y malo (Scheffer, 2015).

La comunicación, bajo perspectivas más horizontales y relacionales, ayuda en la percepción y ampliación de las distintas voces que componen es escenario comunicativo, sean en los espacios institucionales o no. Tener clara esa percepción, y actuar sobre ella, posibilita cambiar las estrategias para un espacio más participativo y posicionar a las personas como sujetos activos, donde las voces pueden participar de manera más democrática, antes excluidas en el proceso comunicativo.

Trasladar la comunicación de un modelo informacional y unidireccional hacia una perspectiva relacional abre la posibilidad para una visión distinta del proceso comunicativo, dando espacio a que otras voces sean incorporadas a la comunicación. *Promover la comunicación en conjunto, más que una estrategia, es ampliar los espacios de escucha y participación de los actores implicados en los procesos de comunicación y salud.*

La interpretación de los usuarios de salud sobre los fatos del cotidiano, incluso su enfermedad, es una producción de saberes que no son contempladas en el espacio hegemónico de los medios de comunicación, los cuales privilegian el discurso científico oficial (Oliveira Neto y Pinheiro, 2013). La comunicación y salud, en el campo de las políticas públicas, de esa manera, pueden encontrarse tanto en la producción de saberes, cuanto en lo cotidiano de los servicios.

La estrategia de la comunicación comunitaria, muy utilizada en Brasil, se presenta como una herramienta cuyo objetivo es de proporcionar un aumento en la posibilidad de expresión en espacios clavados en los colectivos de los usuarios de salud, ajenos al consultorio médico o al despacho del gestor, donde se fortalecen las relaciones entre ellos y que sean representativos de la cultura local y potencialmente democrático. La comunicación comunitaria en la salud defiende que la interpretación del conocimiento popular para temas como el proceso salud-enfermedad es ampliamente marginalizado por el espacio hegemónico de los medios de comunicación, los cuales privilegian los discursos oficiales. Ese movimiento persigue, de esa manera, la garantía de un discurso mediático plural,

que permita la existencia de posturas con distintas matrices ideológicas (Oliveira Neto y Pinheiro, 2013).

Sin embargo, lo que defiende es que esa otra perspectiva, que entiende la comunicación como un espacio de circulación de los sentidos, y que debe considerar los conocimientos, las diferencias y las singularidades de los más diversos colectivos, más allá de la transmisión de informaciones de un polo con conocimientos a otro que nada sabe, no sea una estrategia que se ubique fuera de las discusiones de las políticas en salud, como una herramienta de sectores no gubernamentales para la asistencia de la sociedad.

Una otra mirada del proceso comunicativo debe estar presente tanto en las estrategias de divulgación, como en los procesos de elaboración, implementación y gestión de las políticas públicas y sus estrategias comunicativas en el campo de la salud. La comunicación, de esa manera, está enmarcada no solamente como una línea de oferta no gubernamental, pero como manera de ampliar las posibilidades de participación de las personas y, así, ampliar las posibilidades de éxitos de las políticas públicas en salud.

3.3. El debate de la eSalud en Brasil

De acuerdo con los razonamientos que he venido realizando, plantear el debate de la eSalud en Brasil significa contextualizarlo con las apuestas que he propuesto para esta investigación. En tal sentido, el uso de las tecnologías de la información y de la comunicación, si bien apuntan a una participación más activa de las personas en comunicación, por si solas no logran cambios en los procesos comunicativos. Eso porque las modalidades de la comunicación vinculadas a su práctica no están alejadas de la coerción de otras órdenes que influyen en la sociedad, de estrategias que buscan la manutención de una legitimidad de aquellos que pueden hablar sobre la salud - las instituciones, los médicos - como también qué decir y cómo hacerlo – el proceso dicotómico de salud/enfermedad, cuyas estrategias de enfrentamiento se basan en las teorías comportamentales (con la información adecuada es posible un cambio en el comportamiento de las personas). Así, *es necesario que sean las TIC dispositivos de participación, en un proceso que esté él mismo atravesado por un cambio en la manera de concebir la comunicación.*

Para iniciar el debate del contexto de la eSalud en Brasil, presentamos una revisión teórica y práctica sobre el fenómeno, a partir de una revisión de las políticas públicas en el ámbito y a través de distintos autores que han sistematizado ese recorrido teórico. El propósito es contextualizar el tema de la eSalud para dentro del campo de la comunicación, respetando los fundamentos de una perspectiva relacional y de construcción de sentidos en las estrategias comunicativas en salud frente al debate de los usos de las TIC en el campo. Este razonamiento ha colaborado a analizar los efectos en los procesos participativos en los estudios de caso.

En este aparatado, he seguido con el debate de las TIC tal como definido en el primer capítulo, aunque no he dejado de exponer y traer al debate las reflexiones que se ha hecho sobre las tecnologías en salud, que amplía el debate mismo sobre las tecnologías. Eso porque, los estudios que tratan de entender la relación entre la tecnología de la información y la sociedad a partir de una perspectiva de

coproducción examinan no solamente el sistema tecnológico o el sistema social, o bien a los dos lado a lado, sino que *investigan el fenómeno que emerge cuando los dos sistemas interactúan, como trataré en el estudio de caso.*

En tal sentido, conectando con lo expuesto hasta el momento y antes de entrar en el debate que interesa a esta investigación sobre las tecnologías en salud, recupero la idea de tecnología presentada en el primer capítulo, es decir, que el uso de las TIC es parte de un complejo sociotécnico, donde están involucrados un conjunto de actores con diferentes visiones, prácticas y perspectivas, cuyas relaciones son entrelazadas a la luz de micro y macro políticas, locales y globales (Guimarães, Silva y Noronha, 2009)⁶³. Aunque sea innegable la importancia de los aspectos técnicos para la concepción, desarrollo e implementación del uso de las TIC en salud, esas instancias no sostienen o bien aseguran la apropiación de las mismas por los usuarios reales o potenciales.

De esa manera, *los debates de la eSalud tienen características más amplias, es decir, no son solamente producciones que se dan a partir de artefactos tecnológicos* y por medio de políticas públicas o bien determinaciones de los organismos internacionales, y según criterios específicos de producción. Sin embargo, se hace fundamental elaborar un análisis por dentro de tales discursos, recogiendo los debates de la comunicación y participación que he emprendido hasta el momento. Existe una *vitalidad en el uso de las TIC en el campo de la comunicación y salud, a partir de características horizontales de participación y de una producción de sentidos* para la salud, la comunicación, entre otros temas, que es importante que sea considerada a la hora de lanzar una mirada hacia las macropolíticas y como manera de ampliarlas en el campo de las tecnologías en salud.

En Brasil, de manera semejante al proceso internacional presentado en el capítulo anterior, el sector de las telecomunicaciones ha avanzado considerablemente a partir de la década de los años 1960. Los procesos de modernización institucional

⁶³ Tal como propone los análisis emprendidos en el área de los estudios sociales de las tecnologías, más particularmente en la construcción social de las tecnologías – SCOT (Guimarães, Silva y Noronha, 2009): solamente por el uso y por la perspectiva del usuario que una tecnología es absorbida y reconocida en su calidad y valores.

y sus desdoblamientos expuestos hasta el momento, fueron acompañados de políticas de desarrollo tecnológico e industrial del sector de telecomunicaciones, donde la estrategia utilizada por el gobierno fue la de estimular la producción local de tecnologías (Santos et al, 2006).

Se observa que en Brasil, y en el contexto del SUS, el uso de las TIC en salud está fuertemente relacionado con la apuesta en la telemática como una de las estrategias para calificar las actividades desarrolladas por los profesionales de salud (Santos et al, 2006; Silva, 2014; Vasconcelos, 2002, Pitta y Magajewski, 2000; Castiel y Vasconcellos-Silva, 2003). Telemedicina e Telesalud (Telessaúde en portugués) fueron las expresiones más utilizadas en la literatura para describir el concepto del uso de las TIC en salud, siendo que muchas veces la expresión eSalud es utilizada en los mismos contextos. Dos importantes iniciativas incorporaran Brasil al escenario mundial en lo que se refiere a la eSalud: la creación de una Red Universitaria de Telemedicina (RUTE) y el Proyecto *Telessaúde Brasil Redes*.

Castiel y Vasconcellos-Silva (2003), al investigar las perspectivas y retos de la interface internet y salud a partir de una búsqueda bibliográfica biomédica de los términos “telemedicina” y “cibermedicina”, constatan la presencia masiva de la primera expresión, y afirman la necesidad de discusiones conceptuales para distinguir los dos campos, aunque parezcan sobrepuestos. Partiendo de la definición de Wootton (2000, apud Castiel y Vasconcellos-Silva, 2003), que considera el término “telemedicina” como una expresión “paraguas” que abarca cualquier actividad medica en que esté presente un elemento a distancia, los autores llaman la atención para el grado de generalidad del concepto, siendo que una llamada telefónica tradicional entre médico y el paciente podría ampararse bajo este amplio paraguas.

Silva (2014), al tratar de los conceptos y aplicaciones de la Telesalud en Brasil, presenta el año de 2005 como un marco para la telesalud en el país, cuando hubo el primer gran impulso en la administración pública para el área de la telemedicina en los hospitales universitarios. En ese momento, se utilizaba el término telesalud

concebido por Eysenbach (2001, apud Silva, 2014) como una nueva forma de pensar los procesos de salud, rompiendo la barrera de la distancia y utilizando las TIC.

La autora afirma que es frecuente el movimiento de resignificar la expresión telesalud, reflejo mismo de la disputa de intereses que comprende el espacio de los modelos de atención en los sistemas de salud⁶⁴. Gundim (2009, apud Silva, 2014), por ejemplo, en una investigación sobre la sustentabilidad de los servicios de telemedicina, amplía la definición al afirmar que el servicio comprende las actividades educacionales, asistenciales y de pesquisa en salud. De esa manera, la literatura aporta distintos ejemplos denominados como telesalud que relacionan actividades educativas direccionadas a los profesionales de salud, profesores de escuelas públicas y cuidadores de gente mayor como factor de mejora en la calidad de vida de determinados colectivos e indicativo de un modelo de atención más efectivo en el cuidado.

La formación de la RUTE y la Red Nacional de Educación e Investigación (RNP), centran sus actividades en las universidades públicas, locus de la investigación clínica en el país, y refuerza la idea de una tentativa de ampliación del término a partir de sus prácticas, tal como afirma Silva (2014). Según la autora, en este caso es posible vislumbrar una especificidad de la experiencia brasileña, añadiendo a la concepción clásica de la telesalud el uso de las TIC para ofrecer servicios y cuidados a distancia, bien como ampliando el alcance de la telesalud para otras actividades relacionadas a la salud. Cabe señalar que la innovación en la salud tiene una connotación vinculada, en principio, a la producción de nuevos medicamentos. Sin embargo, en su concepción más amplia, la innovación cubre todo el proceso de implementación de nuevas ideas, productos, servicios, procesos, prácticas y políticas. Una visión más amplia de la innovación incluye el aprendizaje y el desarrollo de habilidades en los diferentes niveles de agregación.

⁶⁴ En el modelo actual de atención a la salud, a pesar de las diversas iniciativas de las instituciones de salud, de investigación y de enseñanza sobre la manera de pensar y proponer paradigma más coherente, la introducción de la telesalud como una modalidad que combina mediación por medio de la informática y las telecomunicación aparece como una resolución de la promesa de estos problemas (Silva, 2014).

El objetivo aquí no es definir la telesalud, sin embargo traer al debate que sus prácticas en Brasil permiten la ampliación del debate sobre la aplicación de las TIC en salud. Considerando que ese *locus* es la gran vinculación del uso de las TIC en salud, es importante reconocer y contextualizar ese espacio y sus caminos. Además, me permite también profundizar en el concepto de la eSalud para las estrategias comunicativas en el campo, más allá de los artefactos tecnológicos o la transmisión de informaciones.

Según visto en el capítulo anterior, la OMS define que la eSalud consiste en el apoyo que la utilización costo-eficaz y segura de las tecnologías de la información y las comunicaciones ofrece a la salud y a los ámbitos relacionados con ella, con inclusión de los servicios de atención de salud, la vigilancia y la documentación sanitarias, así como la educación, los conocimientos y las investigaciones en materia de salud (OPS/OMS, 2011). Además, la organización recomienda la incorporación cada vez mayor de las TIC en la comunicación y salud, considerando que el uso y la aplicación en el área pueden ampliar sobremanera el alcance de las acciones de salud para el individuo y para las poblaciones, movimiento especialmente adecuado al sector público.

Cabe señalar que en Brasil se está fortaleciendo una política centralizada e integral que aborda el uso de las TIC en la salud, en la cual el *Telessaúde Brasil Redes* es una de las acciones pioneras de este proceso, y parte de una política más amplia de la información en salud y que fortalece el uso de las TIC en el área. Además del programa, otras son las acciones de eSalud implementadas desde el Ministerio de Salud, entre ellas destaco tres acciones más recientes que están relacionadas con los mecanismos de información en salud: e-SUS, e-SUS Hospitalar y e-SUS SAMU. Según el propio Ministerio, están los tres enmarcados programas en la acción del SUS electrónico, en el marco de la eSalud, cuyo objetivo es facilitar y contribuir a la organización del trabajo de los profesionales de salud, elemento considerado por el Ministerio de Salud como decisivo para la calidad de la atención a la salud proporcionada a la población.

Estas acciones están alineadas, como presentamos en el capítulo anterior, con el movimiento internacional de la incorporación de las TIC no solo en el campo de la salud, sino que en distintos campos y a partir de diferentes estrategias. En la segunda edición de la Cumbre Mundial de la Sociedad de la Información, por ejemplo, realizada en Túnez en el año 2005, en el documento final, publicado bajo el título de “Agenda Túnez para la Sociedad de la Información”, se reconocía la necesidad de mayor financiación en varios campos que no han sido atendidos como se debería en las actuales políticas de financiación de las TIC. Entre ellos, las aplicaciones TIC y contenidos destinados a la integración de las TIC en la implementación de estrategias de erradicación de la pobreza y programas de desarrollo sectorial, especialmente en materia de salud, educación, agricultura y medio ambiente.

El programa *Telessaúde Brasil Redes* es una acción que busca mejorar la calidad de la atención en la Atención Básica⁶⁵ en el Sistema Único de Salud (SUS), a partir de la integración de la enseñanza y el servicio a través de herramientas de tecnologías de la información, ofreciendo condiciones para promover la Teleasistencia y la Teleducación. El programa es compuesto por directivos de instituciones de salud, instituciones formadoras de profesionales de la salud y los servicios de salud del SUS. El *Telessaúde Brasil Redes* trabaja con Núcleos de Telesalud Técnico-Científicos, ya implementados en 11 estados, los cuales están conectados en red y ofrecen teleconsultorias a aproximadamente 1.500 Unidades Básicas de Salud.

El *e-SUS* es una de las estrategias del Ministerio de Salud para desarrollar, reestructurar y asegurar la integración de los sistemas, con la finalidad de permitir un registro del estado de salud individual. El *e-SUS AB*⁶⁶ es una estrategia de reestructuración de la información de salud en la atención básica en el ámbito nacional. La calificación de la gestión de la información es esencial para aumentar la calidad de la atención a la población.

⁶⁵ En Brasil, la Atención Primaria en Salud es preferencialmente llamada de Atención Básica, diferente de lo que pasa con los organismos internacionales, como la OPS y la OMS. Por ese motivo, y respetando la manera como la propia política pública es nombrada en Brasil, he optado por dejar en el texto el nombre Atención Básica.

⁶⁶ e-SUS AB en referencia a la Atención Básica, en referencia al anterior.

La Estrategia *e-SUS AB* propone la reestructuración del Sistema de Información de Atención Básica (SIAB), comprendiendo que para eso es fundamental el aumento de la gestión de la información, la automatización de los procesos, la mejora de las infraestructuras y la mejora de los procesos de trabajo. Esta acción está en línea con la reestructuración general de los sistemas de información del Ministerio de Salud, con la implementación de la Política Nacional de Información e Informática en Salud (PNIIS), así como la aplicación de normas para los sistemas de interoperabilidad y de información de salud para información sanitaria en el SUS.

El *e-SUS Hospitalar* tiene su acción en los hospitales y el desarrollo de sus sistemas de informaciones. Algunas de las características de *e-SUS Hospitalar*, que están disponibles en la página web del Ministerio de Salud, también están alineadas con los planes de los organismos internacionales mencionados anteriormente, tales como:

- **Historia Clínica Electrónica:** La historia clínica electrónica es el conjunto de informaciones asistenciales del usuario, provenientes de la atención sanitaria en diferentes áreas (ambulatorios o de hospitalización), registrados electrónicamente.
- **Calificación de Riesgo:** El sistema de clasificación de riesgo del *e-SUS Hospitalar*, permite identificar y registrar la gravedad del paciente durante el tratamiento, por lo que el equipo de atención puede identificar, a través de colores y formularios dinámicos, la necesidad de priorizar o no el cuidado de un determinado paciente en particular, de acuerdo con la emergencia del caso.
- **Formularios dinámicos:** El *e-SUS Hospitalar* incluye una herramienta para la construcción de formularios dinámicos que agreguen valor a la historia clínica electrónica, pues permite el registro de información en la historia clínica del paciente.

- Rastreabilidad: Con el *e-SUS Hospitalar* es posible identificar/localizar toda la medicación del paciente.
- Programación Ambulatorial: El módulo de Programación del *e-SUS Hospitalar* fue construido para absorber las demandas de los hospitales de gran productividad. A través de este módulo se pueden programar cualquier tipo de procedimiento: consultas, exámenes y cirugías.

El sistema utilizado en el *e-SAMU* para capturar los datos del SAMU (Servicio de Atención Móvil de Urgencia) está diseñado para trabajar de forma autónoma, a partir de la integración del sistema desarrollado para el SAMU, así como los registros de los procedimientos que se han realizado en casos de emergencia y que deberán ser incorporado en la producción de boletines gestionados por la regulación central⁶⁷.

Estas estrategias y programas están enmarcados en los debates que se verifican en Brasil sobre la política de información en salud. En este escenario se encuentra el Departamento de Informática del SUS (DATASUS)⁶⁸, creado en el año 1991, y que tiene desde entonces la difusión pública y gratuita de las informaciones en salud, bien como en la oferta de instrumentos que faciliten su uso, como objetivos importante de acción.

El sistema de informaciones viene de una lucha por la democratización de las informaciones en salud en Brasil, a su vez en el marco de la retomada de la democracia en el propio país, que ha vivido por 30 años bajo la dictadura militar. La limitación del acceso a las informaciones no se debía únicamente a las

⁶⁷ Las informaciones obtenidas sobre los programas y proyectos del e-SUS fueron obtenidas en la página web del Ministerio de Salud - <http://dab.saude.gov.br/portaldab/esus.php?conteudo=esus>.

⁶⁸ De acuerdo con informaciones de la página web del departamento, al Departamento de Informática del SUS compete: I - Promover, regular y evaluar las acciones para informatizar el SUS, dirigidas al mantenimiento y desarrollo del sistema de información sanitaria y de los sistemas de la gestión interna del Ministerio de Salud; II - Desarrollar, investigar e incorporar productos y servicios de tecnología de la información para permitir la implementación de sistemas y la difusión de la información necesaria a las acciones de salud, de acuerdo con las directrices de la Política Nacional de Salud; III - Mantener las bases de datos necesarias para el sistema de información sanitaria y para los sistemas internos de gestión institucional; IV - Garantizar a los gestores del SUS y demás órganos el acceso a los servicios de tecnología de la información y a las bases de datos mantenidas por el Ministerio de Salud; V - Definir programas de cooperación tecnológica con instituciones de investigación y capacitación para la búsqueda y transferencia de tecnología y metodología en el segmento de tecnología de la información en salud; VI - Apoyar a los Estados, los Municipios y el Distrito Federal en la informatización de las actividades del SUS.

restricciones tecnológicas del período, sino que, principalmente, a una política de información que estaba subordinada a intereses de la “seguridad nacional” y al sesgo corporativo de las instituciones de salud (Lima et al, 2009)

En el año 2011, el DATASUS pasa a integrar la Secretaria de Gestión Estratégica y Participativa del Ministerio de Salud, comprendiendo de esa manera que la información es fundamental no solo para la democratización de la Salud y la mejora de su gestión, sino que posibilita las actividades de participación sobre el uso de los recursos disponibles.

Según la OMS, "Sistema de Información en Salud es un mecanismo de recogida, procesamiento, análisis y transmisión de la información necesaria para organizar y operar los servicios de salud, y también para la investigación y la planificación con el fin de controlar la enfermedad" (Lima et al 2009:123).

Por lo tanto, la idea de difusión de información, todavía bajo una mirada lineal de su producción y extensión, se encuentra en la etapa final de la cadena de elaboración de un sistema de información, una vez que los datos y la información se han definidos, recogidos, almacenados y procesados. Sin embargo, la política de información en salud defiende que el énfasis en la difusión debe estar presente desde el inicio del proceso, en la definición de los sistemas, incorporando la necesidad de integración de las diferentes bases de datos para el análisis de las tendencias y de la situación de salud de las localidades.

El año 2003 fue un hito en Brasil para el debate y fundación de una propuesta para una Política Nacional de Información e Informática de Salud (PNIIS). Integrado en la construcción de la agenda estratégica del Gobierno Federal, el Ministerio de Salud ha establecido el desarrollo de las TIC en las políticas de salud como uno de sus objetivos sectoriales prioritarios. Esta definición está en consonancia con el contexto internacional que ha puesto de relieve la importancia de las políticas y estrategias sectoriales de comunicación e información en materia de salud, frente a su capacidad para generar nuevos procesos y

productos, y cambios en los modelos de gestión institucional (Ministério da Saúde, 2004).

En diciembre de 2003, la XII Conferencia Nacional de Salud decidió en favor del desarrollo y de la implementación de políticas coordinadas de información, comunicación, educación permanente y popular en salud para las tres esferas de gobierno, garantizando una mayor visibilidad de las directrices del SUS, de la política de salud, las acciones y el uso de recursos, para aumentar la participación y el control social y satisfacer las demandas y expectativas sociales. Según afirman en el documento de la PNIIS, estas políticas debería ser diseñadas para fortalecer la democratización de la información y de la comunicación en todos los aspectos; y asegurar la compatibilidad, la interface y la modernización de los sistemas de información del SUS y la mejora de la integración y la coordinación con los sistemas y bases de datos de interés para la salud.

El objetivo de la PNIIS es promover el uso innovador, creativo y transformador de la tecnología de la información para mejorar los procesos de trabajo de la salud, lo que resulta en un Sistema Nacional de Información de Salud articulado, que produzca información para los ciudadanos, para la gestión, para la práctica profesional, para la generación el conocimiento y para el control social, asegurando beneficios mensurables de eficiencia y calidad a través de la expansión del acceso, la equidad, integralidad y la humanización de los servicios y contribuir así a la mejora del estado de salud de la población.

La PNIIS tiene sus bases en los procesos de participación establecidos por el SUS, y prevé que la ampliación del uso de la información en lo cotidiano del proceso decisorio de la salud, incluyendo también el control social, la gestión y los procesos de trabajo en salud, de manera articulada y democrática, entiende que será más fácil enfrentar la desigualdad del acceso de los usuarios y trabajadores del SUS a los beneficios de los avances tecnológicos.

Tanto la PNIIS, como los debates y acciones desde el gobierno sobre el uso de las TIC en la salud dialogan con las estrategias establecidas por los organismos

internacionales. Como vimos anteriormente, en 2011, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en concordancia con las estrategias establecidas por la OMS sobre eSalud, publica el documento *“Estrategia y Plan de acción sobre eSalud (2012-2017)”*⁶⁹, cuyo propósito es contribuir al desarrollo sostenible de los sistemas de salud de los Estados Miembros. Con su adopción, se busca mejorar el acceso a los servicios de salud y su calidad, a través de la utilización de las TIC, la formación en alfabetización digital y TIC, el acceso a información basada en pruebas científicas y formación continua, y la implementación de diversos métodos que permiten avanzar hacia sociedades más informadas, equitativas, competitivas y democráticas. La organización defiende que en este tipo de sociedades, el acceso a la información sobre salud es un derecho fundamental de las personas.

Las directrices brasileñas acerca de la información en salud, sus flujos y procesos gerenciales, son fundamentales para los debates de la convergencia tecnológica en el ámbito de la salud. Sin embargo, cabe señalar que el proceso de innovación que conduce a la apropiación y al uso de las tecnologías es algo complejo, colectivo, y sometidos a intensas negociaciones de significado, forma e informados por el contexto en el que los actores se posicionan. Durante todo el proceso, cambian tanto el contexto y las relaciones entre los actores, como los artefactos tecnológicos (Guimarães, Silva y Noronha, 2009).

Eso implica afirmar que el proceso de la eSalud no se da de la misma manera en todos los países, ni siquiera en los mismos lugares. Por lo tanto, en el recorrido sobre los debates realizado sobre el tema en Brasil, fue posible observar que por un lado, se mantiene un discurso del uso instrumental del uso de la información en salud, que actúa bajo la configuración de un sistemas de conductas planificables que las estrategias comunicativas informacionales en la salud reforzaran y a su vez contribuyeron a una difusión de informaciones según intereses de los discursos autorizados en el campo.

⁶⁹ En el Plan, se definen algunos componentes de la eSalud basados en lo que ha presentado el Observatorio Global para la Salud: Registro médico electrónico (o historia clínica electrónica), Telesalud (incluida la telemedicina), mSalud (o salud por dispositivos móviles), eAprendizaje (eLearning, en inglés, incluida la formación o aprendizaje a distancia), Educación continua en tecnologías de la información y la comunicación, Estandarización e interoperabilidad.

Por otro lado, se observa la defensa del uso no instrumental de la información, que responda a los procesos de democratización de la información y consecuentemente de participación en el campo de la salud. Eso está relacionado con los procesos que van más allá de la difusión de informaciones, en un espacio comunicativo relacional que prevé la circulación de los sentidos, y que debe considerar los conocimientos, las diferencias y las singularidades de los más diversos colectivos, más allá de la transmisión de informaciones de un polo con conocimientos a otro que nada sabe, esté presente en los procesos de elaboración, implementación y gestión de las políticas públicas y sus estrategias comunicativas en el campo de la salud.

De ahí he seguido las pistas para profundizar el debate de la eSalud en los procesos comunicativos, de manera a ampliar las opciones de utilización de las TIC en el campo y ampliar la participación de los actores involucrados en los procesos de salud.

La información en salud actualmente en Brasil está intrínsecamente relacionada a las tecnologías que soportan su producción, difusión y divulgación, según apunta Moraes (2002). Además, afirma que la información en salud subsidia la construcción de un saber normalizado, legitimado por los ensayos clínicos y por la pesquisas científicas, que actúan definiendo un patrón de comportamiento saludable, universal, sin considerar contextos y singularidades propias de las personas y colectivos.

La autora afirma que esa es la comprensión del significado de la información en salud en el contexto brasileño actual: instrumentos que, aunque sofisticados tecnológicamente, todavía obedecen a la misma racionalidad fundada a finales del siglo XVIII. Así, plantea la necesidad que construir alternativas a ese modelo hegemónico, que presenten procesos más allá del desarrollo tecnológico. Es decir, con cambios que se ocupen de un proceso de democratización y ampliación del entendimiento de la información en salud, más allá de pequeñas modernizaciones, las cuales dejan intacta la lógica hegemónica.

Estos temas están directamente relacionados con las relaciones de poder en la sociedad, y su acción no se encuentra solamente en el acceso a las informaciones en salud, pero antecede a su producción, es decir, los intereses que están en la pauta de la legitimación de lo que es considerado como información válida o no válida, a quién llega y de qué manera, etc. Pensar alternativas creativas a ese *status quo* es un reto importante actualmente es lo que plantea Moraes (2002:58):

A informação em saúde também é expressão dessa racionalidade seletiva e estrutural e se constitui em um espaço estratégico de relações de poder e produção de saber, selecionado tanto em uma perspectiva intrínseca ao próprio complexo tecnológico e econômico de produção de informação quanto e, fundamentalmente, enquanto instrumento implícito aos processos de produção de conhecimento sobre a saúde. (...) Assim, a informação em saúde tem sido utilizada pela elite política, econômica e tecnológica, de forma a instrumentalizar, escamotear e/ou justificar decisões ou não-decisões voltadas para o avanço ou a manutenção dos interesses hegemônicos em uma dada conjuntura.

Por lo anterior, se formula una comprensión de dirección de las TIC que esté al servicio de nuevas formas de participación e de afirmación de nuevas dimensiones de la ciudadanía. En ese sentido, la ciudadanía que se defiende se basa tanto en el derecho a ser informados y participar en la definición de la política de información, como también en la construcción social y política del sujeto informacional, que puede manifestarse a partir de nuevos protagonistas, en un renovado espectro de innovación y transformación social (Moraes, 2002).

El campo de la comunicación en salud está enmarcado en tales discusiones, así como el debate de la participación y del uso de las TIC en el ámbito, reconociendo que no se puede tener una visión simplificadora del relacionamiento entre tecnologías, espacios de prácticas constituidos y cambios sociales. A pesar de la importancia atribuida a la dimensión libertaria y democrática de las TIC, se hace necesario considerar otros elementos en el debate de las tecnologías.

Para seguir con esa profundización, se hace fundamental considerar los debates sobre las tecnologías en salud que se realizan en Brasil. Tal hecho contribuye en *la profundización del concepto de la eSalud en la comunicación que se persigue, y cómo ese lugar comunicativo se conecta a una ampliación de la participación*, de manera a que las personas, individual o colectivamente, puedan apropiarse de las cuestiones de salud de acuerdo con lo que hace sentido para su vida. Por lo anterior, pensar en procesos singulares en el uso de las TIC en salud requiere, en ese momento, lanzar una mirada hacia las herramientas conceptuales sobre el uso de las tecnologías en salud a partir de una posición que también amplía el concepto mismo de las tecnologías más allá de artefactos tecnológicos.

Desde el ámbito de la “Política nacional de gestión de tecnologías en salud”, las tecnologías en salud son definidas como el conjunto de actividades gestoras relacionadas con los procesos de evaluación, incorporación, difusión y gerenciamiento de la utilización y retirada de las tecnologías del sistema de salud. Este proceso debe tener como referenciales las necesidades de salud, el presupuesto público, las responsabilidades de los tres niveles del gobierno y el control social, además de los principios de equidad, universalidad e integralidad, que fundamentan la atención a la salud en Brasil. La Política, además, considera como tecnología en salud: medicamentos, materiales, equipamientos y procedimientos, sistemas organizacionales, educacionales, de información y soporte, y programas y protocolos asistenciales, a través de los cuales la atención y el cuidado con la salud son ofrecidos a la población (Ministério da Saúde, 2004, 2010)

Considerado como un elemento importante en los procesos de trabajo en salud, las tecnologías ganaron connotación diferenciada a partir de Gonçalves (1994), quien las definió como "tecnologías materiales" (maquinaria y equipo) y "tecnologías no materiales" (conocimiento técnico). El autor, en este momento, hace una ruptura con los conceptos más clásicos de las tecnologías, que la relacionaba estrictamente con el mundo material, como instrumentos y herramientas. De esta manera, comprende que existe una dimensión material y otra no material en el saber tecnológico (Bertussi, 2010).

Sin embargo, con las formas de consumir y gestionar los procesos de atención en salud, Merhy (2006) extiende el concepto de tecnologías, hasta ahora traducido hegemónicamente de esta manera. Al discutir el trabajo del médico como figurativo de los modelos de tecnoasistenciales, este autor utiliza la figura metafórica de *las tres maletas médicas*, para demostrar las herramientas tecnológicas del trabajo de ese profesional. Incluye, dentro de esta perspectiva, "ciertos conocimientos constituidos para la producción de productos singulares, e incluso para organizar las acciones humanas en los procesos de producción, también en su dimensión inter-humana" (Merhy, 2006:19).

Por lo tanto, el autor ofrece tres posibilidades tecnológicas como mediadoras de los procesos de producción en la salud, a saber: Las *tecnologías duras*, que son aquellas muy estructuradas (maquinaria y equipamientos tecnológicos, o también normas y estructuras organizativas); las *tecnologías blandas-duras*, que expresan saberes bien estructurados que operan en los procesos de trabajo en salud. Se consideran blandas por comprender un conocimiento adquirido y que se inscriben en la manera cómo actúan los profesionales, y duras por ser un saber-hacer bien estructurado, bien organizado, normalizado y estandarizado (la medicina Clínica, la Psicoanálisis, la Epidemiología, y todos los demás conjuntos de conocimientos bien estructurados).

Por fin, el autor define las *tecnologías blandas*, que son las no estructuradas y productoras de encuentros marcado por el trabajo vivo en acto, de relaciones intercesoras como las que son producidas en el encuentro entre el trabajador de la salud y el usuario cuando acontecen los actos de salud (se refiere a la escucha, la producción de vínculo, la autonomía, el acogimiento, y en el propio proceso de gobierno del trabajo – la gestión). *Estas tecnologías recuperan la centralidad del sujeto (trabajador y usuario) como un elemento constitutivo de la producción del cuidado en salud.*

El trabajo en salud, según el autor, no puede ser globalmente capturado por la lógica del trabajo expresado en los equipamientos y en los saberes tecnológicos estructurados, pues su objeto no está plenamente estructurado y sus tecnologías

de acción más estratégicas se configuran en procesos de intervención en acto, operando como tecnologías de relaciones, de encuentros de subjetividades, más allá de los saberes tecnológicos estructurados, comportando un grado significativo de libertad de elección, en la manera de realizar esa producción (Merhy, 2006).

De esta manera, para pensar en tecnología y salud se debe tener como eje analítico vital el proceso de efectividad de la tecnología blanda y sus modos de articulación con las otras. *Las tecnologías blandas son lo que confieren vida al trabajo en salud, y que posibilita al trabajador actuar en cada contexto, de cada usuario, que tiene por características la singularidad*, siendo que las tecnologías duras y blanda-duras deberían ser utilizadas como referencia en este proceso. “Cuanto menos creativo es el trabajo y con menor flexibilidad para enfrentar las contingencias que la singularidad impone, se torna en un trabajo menos vivo y más muerto” (Merhy, Feuerwerker y Ceccim, 2006:151).

Privilegiar las tecnologías blandas y ubicar las demás tecnologías a servicio de las relaciones entre todos los actores involucrados en el proceso de la salud, *favorece una manera importante de participación en el territorio de la salud*, que no pertenece solamente a los trabajadores que actúan en el ámbito, sino que debe incluir los conocimientos de usuarios y sus familias (Merhy y Feuerwerker, 2009). De ser así, esta concepción de la salud está relacionada a una manera de pensar los procesos comunicativos y los usos de las TIC desde una perspectiva relacional que propongo para esta investigación, privilegiando los saberes de las personas en el encuentro, considerando sus contextos y singularidades.

Así, se hace evidente, que los análisis sobre las transiciones tecnológicas en salud, deben buscar entender analíticamente, de modo articulado, el lugar que ocupa el núcleo de las tecnologías blandas y su manera de operar los procesos productivos, como también los tipos de disputas que los modelos competidores imponen en este territorio y la composición de las cajas de herramientas utilizadas por sus protagonistas para dar sentido a las acciones de mantenimiento o de superación de un cierto proceso productivo hegemónico (Merhy, 2006:26).

De la misma manera, considerando que la salud es un campo de producción en acto (Merhy, 2006), es decir, que la producción del trabajo y de los significados se dan siempre y cuando haya el encuentro de sujetos en situaciones de trabajo o de cuidado, considero que *las TIC en las estrategias comunicativas en salud deben propiciar este encuentro de manera a estimular el diálogo y la creatividad*. De lo contrario, las TIC serán una herramienta más de la caja tecnológica que dispone la salud.

Esta perspectiva de las tecnologías en salud a partir del encuentro entre los actores beneficia el análisis que he emprendido de la eSalud y la participación en las prácticas comunicativas en salud. La participación en los procesos de producción, circulación y reconocimiento tiene implicaciones importantes que he tenido el cuidado de observar y trabajar: que es una pretensión, es decir, algo que se persigue como objetivo fundamental pero no dado de antemano, que está enmarcada en una disputa de los sentidos sociales, y que el uso de las TIC es visto como una herramienta, importante, pero no única, en tal proceso. Esto porque las TIC son ellas mismas un campo de disputas, y no están libres de coerción de diferentes sistemas que regulan las relaciones en la sociedad. Significa decir que el poder de habla y de escucha también está distribuido de manera desigual en esta instancia.

Las TIC tienen que ser parte de proyectos en los cuales la comunicación esté atravesada por una perspectiva relacional, para que no se reproduzcan las relaciones unidireccionales de aquellos legitimados a hablar, enviando a los receptores las informaciones, proceso ahora mediado por las nuevas tecnologías. Éstas, como resultado de una perspectiva relacional, deben ser parte del fenómeno comunicativo, donde las personas sean consideradas como sujetos activos en las instancias de producción, circulación y reconocimiento.

Con esta postura sobre la comunicación como un lugar de producción de sentidos a partir de los contextos singulares y entendimientos sobre los temas de la salud, estamos de acuerdo con Vasconcelos (2002) cuando defiende que ampliar los usos potenciales de las TIC en la gestión de la salud implica, entre otras

iniciativas, una nueva concepción de la organización de la información de salud donde sean estructurados mecanismos y condiciones para crear un entorno propicio para la creación de una sinergia de habilidades, recursos y recuerdos, productos y matrices del conocimiento sanitario, producido colectivamente por los sujetos. Este entorno propuesto por el autor tiene como ejes orientativos la integración y la coordinación de la información en salud y la convergencia de las tecnologías.

Esta mirada hacia las estrategias comunicativas con el uso de las TIC a partir de una perspectiva relacional en el campo de la salud está en la pauta de algunos sectores del Ministerio de Salud en Brasil, como también de grupos organizados en instituciones públicas de salud, como presentaré a partir del estudio de caso. Sin embargo, tales perspectivas enfrentan luchas cotidianas con otros sectores, bajo la lógica desigual combinada para dentro del mismo Ministerio, que desarrollan estrategias comunicativas a partir de una perspectiva de campañas de salud bajo una lógica de actuación desde una matriz difusionista, como se desprende de las estrategias de la telemedicina, que funcionan como un dispositivo traductor para la información desde un emisor con conocimientos específicos hacia un receptor que tiene la necesidad de cambiar su comportamiento hacia prácticas de salud consideradas más adecuadas. De esa manera, no sitúa la comunicación bajo parámetros sociales complejos.

Un ejemplo que destaco de una estrategia comunicativa más horizontal desde el Ministerio de la Salud es la “*Comunidade de Práticas*”⁷⁰ (Comunidad de Prácticas), creada hace dos años por el Ministerio de Salud. Es un espacio virtual donde gestores y trabajadores de la salud se encuentran para trocar informaciones y compartir experiencias sobre su cotidiano de trabajo. Esos actores conforman, de esa manera, una red colaborativa cuyo objetivo es mejorar las condiciones de cuidado a la salud e la población. La idea de la comunidad

⁷⁰ Informaciones elaboradas a partir de la página web del proyecto: <https://novo.atencaobasica.org.br/>. En el Ministerio de Salud, el proyecto es desarrollado por el DAB (*Departamento de Atenção Básica, da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde – DAB/SAS/MS*) en asociación con el IASIN (*Instituto da Atenção Social Integrada*), contando con el apoyo de la OTICS (*Observatório de Tecnologias em Informação e Comunicação em Sistemas e Serviços de Saúde*) y de la Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde, a los cuales se juntan otras entidades de la sociedad civil.

surge a partir de la constatación de que Brasil es un país con dimensiones continentales, con una variabilidad de culturas, territorios y retos para la salud. Así, los equipos de salud de todo el país desarrollan maneras específicas de organización y modos singulares de cuidar de acuerdo con las necesidades y características de salud de los ciudadanos con los cuales se relacionan.

La apuesta en el uso de las TIC, en este caso, se fundamenta en la necesidad de superar las barreras de la distancia y del aislamiento con el uso de las herramientas de la Web 2.0 para potencializar el encuentro de los trabajadores. Tales intercambios están previstos en distintos espacios: por medio de inserción de relatos en la plataforma, en las comunidades creadas por los participantes, a partir de cursos gratuitos en línea, además de un chat disponible en la plataforma.

La idea que está en el centro del proyecto es reconocer los conocimientos singulares de las experiencias de cada trabajador de salud. La Comunidad de Prácticas se propone, de esa manera, a ser un espacio vivo y dinámico, que contempla las distintas voces que conforman la variedad de experiencias en salud. El proyecto consiste en un conjunto de estrategias articuladas en torno a un objetivo principal: ofrecer una plataforma virtual que permita la creación de comunidades virtuales entre los trabajadores y gestores de la Atención Básica de las tres esferas de gobierno (municipal, estadual y federal).

Esta experiencia, y la lógica que traspasa el proyecto, ha influenciado otros movimientos del propio Ministerio como cursos a distancia para profesionales de salud, que utilizan de las herramientas de la comunidad de prácticas para llevar a cabo estrategias de reconocimiento y cooperación en los procesos de educación y salud. Emerge, de esa manera, un *análisis de los diversos actores que actúan en el campo de la salud*, sean ellos usuarios, trabajadores, gestores, acerca de los hechos del cotidiano, incluso la enfermedad. Esta *producción y circulación de saberes no está contemplada en el espacio hegemónico de los medios de comunicación*, los cuales privilegian un único discurso científico oficial.

Este nuevo arsenal conceptual ha impuesto, según Pitta y Magajewski (2000) un rediseño de las tradiciones fronteras físico-territoriales y administrativas de los servicios de salud y obligando a los gestores a pensar la planificación de cualquier acción sectorial - incluyendo las de información/comunicación o de telecomunicaciones – basadas en nuevos territorios de naturaleza socio-espacial. *Territorios socialmente constituidos por flujos, movimientos, patrones culturales, los modos de construcción de las necesidades de salud* y las demandas sociales que se entrelazan de manera compleja.

En el contexto analizado emergen nuevas identidades sociales, espacios y redes de pertenencia, y las luchas colectivas incorporan nuevas estrategias para mover el punto de partida de las demandas direccionadas al Estado. Estas demandas, ahora estructurados de manera poli-céntrica - con múltiples y nuevos actores, objetivos y estrategias de expresión pública, pasan a dar lugar también a las nuevas posibilidades de uso de las TIC, y que no pueden ser ignoradas por el campo gubernamental. El contexto descrito anteriormente marca también la crisis de un discurso con tendencia universal, de difusión de informaciones, de cambios de comportamientos hacia discursos de lo qué es saludable, es decir, las estrategias típicas del desarrollismo (Pitta y Magajewski, 2000).

Así, es fundamental desplazar y ampliar el concepto de la eSalud, que no pasa solamente por el uso de las TIC como artefactos tecnológicos o plantea la comunicación a distancia, la telemedicina, o inclusión de programas y software en los servicios de salud. Estas son acciones importantes y cruciales para el desarrollo de la salud, en especial en un país con un territorio amplio como Brasil. Sin embargo, se defiende la necesidad de constituir, a partir del *uso de las TIC de manera singular e compartida*, una praxis comunicacional, en los procesos continuos y dinámicos de interlocución, involucrando profesionales de salud, gestores, la población, *de manera a crear espacios singulares de participación*, como “nuevas arenas” (Moraes, 2002) donde se reconozca la existencia de una polifonía social, con la capacidad de acoger y ampliar las muchas voces que contienen una multiplicidad de posibles significados para la salud y la vida.

Estas realidades están presentes en los campos de análisis que he elegido para el estudio de caso, como presentaré en el próximo apartado. A partir del recorrido histórico de esos campos y un análisis de reflexivo que busco en distintos autores y en el cruce con los paradigmas de la comunicación, es posible comprender las prácticas consumadas en los dos espacios: la *Atención Básica* y la *Salud Mental*. Son influenciados, pero también influyen diferentes maneras de producir los encuentros y, así, reflejen distintas de producir sus estrategias comunicativas, y, como definiendo, tensionando distintas maneras de promover la participación de los actores, sean los usuarios o los trabajadores de la salud.

3.4. Aproximación a los dos campos de análisis: la Atención Básica y la Salud Mental

Los dos dispositivos elegidos para el estudio de caso, *el Programa Telessaúde Brasil Redes* y *la Radio Maluco Beleza*, que presentaré en el próximo capítulo, son prácticas y programas que están ubicados en lugares distintos en el campo de la salud en Brasil: la Atención Básica y la Salud Mental, respectivamente. Comprender estos dos campos dentro de la política pública brasileña es fundamental para contextualizar los análisis de los casos y alcanzar las diferencias de relaciones que esos dos territorios tensionan en las estrategias comunicativas y la participación, bien como en la utilización de las TIC, considerando la relación que se establece a partir de los distintos usos de las tecnologías.

El territorio de la Atención Básica prevé diseños clásicos de la participación en lugares determinados como el control social presentado anteriormente, como también trabaja generalmente a partir de temas y programas establecidos unidireccionalmente, hecho que produce consecuencias en sus ofertas comunicativas, como el Programa *Telessaúde Brasil Redes*, que en la lógica de la comunicación tiene por objeto de la recepción una intervención técnica positivista, unidireccional y lineal, la cual establece los parámetros de la participación. Tal lógica impone dicotomías en lo cotidiano del trabajo y cuidado, emisor-receptor, que cabe a los trabajadores, en algunos casos, buscar alternativas para romper con este proceso.

En cambio, el campo de la salud mental tiene influencias de una lucha marcada por una manera distinta de mirar al sufrimiento de las personas y por el rompimiento con los componentes clásicos de la intervención médica, como los manicomios o la psiquiatría medicalizante. Como consecuencia, proporciona la apertura de espacios para que otras miradas sean incorporadas a los procesos comunicativos desde una perspectiva relacional, que produce y pone en circulación otros sentidos sociales para el discurso sobre la locura y la enfermedad, como en el caso de la *Radio Maluco Beleza*. También, posibilita un

cambio en el propio proceso comunicativo, que en este proyecto es todo realizado por usuarios, trabajadores, comunicadores.

3.4.1. La Atención Básica: un campo de tematización de la salud

La Atención Básica en Salud (AB) viene ocupando, desde su enunciación como una política de reorganización de la atención de la salud por la OMS, a partir de los años 70 y en especial con la conferencia de Alma-Ata como presentado en el capítulo anterior, un reglamento estratégico de intervención y formulación teórica para los sistemas de salud. Si, al principio, fue una estrategia pensada para las sociedades con bajos niveles de desarrollo, hoy se supone que es el principal dispositivo de organización, constitución y articulación de redes de atención de salud para muchos países llamados centrales (Cecílio et al, 2012).

En Brasil, cuando se trata de el acceso de la población a servicios de salud, la AB es pensada, como la puerta de entrada en el sistema público de salud y como el primer nivel de contacto de la población con este sistemas, lo que sería el punto más cercano a las familias y colectivos. En tal sentido, se prevé que la AB debería coordinar los flujos de los usuarios entre los distintos servicios de salud, tratando de garantizar un acceso más equitativo de la población (Cecílio et al, 2012)⁷¹.

Según la Política Nacional de Atención Básica (PNAB), la atención básica se caracteriza por un conjunto de acciones de salud a nivel individual y colectivo, que abarca la promoción y protección de la salud, la prevención de enfermedades, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación, la reducción de daños y el mantenimiento de la salud con el fin de desarrollar una atención integral que incida en el estado de salud y en la autonomía de las personas, y en los factores

⁷¹ En Brasil, fue con el movimiento de reforma sanitaria, que llevó a la creación del Sistema Único de Salud (SUS), sobre todo a partir de finales de 1980, cuando los municipios asumieron gradualmente la prestación de los cuidados básicos para sus ciudadanos, las actividades de atención realizadas y ofertadas en estas unidades, denominadas Unidades Básicas de Salud (UBS) ganaron complejidad, debido a la expansión de la atención médica en tres especialidades principales (médicas, pediatría y ginecología), mantenidas el resto de las actividades de salud pública. Es un período en el que se experimentan varios dibujos de la atención básica, que distinguen entre sí por el mayor o menor desarrollo de la atención médica no programada, el grado de incorporación de la atención dental y otros profesionales de la salud, por las formas de trabajar el territorio y la organización del proceso de trabajo, y en particular por el grado de adopción o no de actividades llamadas programáticas. Las propuestas para acoger los conceptos de vínculo y de responsabilidad sanitaria también han ganado espacio, como se puede ver en las formulaciones de la política de humanización defendidas por el SUS.

determinantes y condicionantes de salud de las comunidades. Se desarrolla mediante el ejercicio de prácticas de atención y gestión, democráticas y participativas, en la forma de trabajo en equipo, orientadas a las poblaciones de territorios definidos, de las que se asume una responsabilidad sanitaria, considerando las dinámicas existentes en el territorio en que viven estas poblaciones. Utiliza tecnologías de atención complejas y variadas que auxilian en el manejo de demandas y necesidades de salud más frecuentes y relevantes en su territorio, respetando los criterios de riesgo, de vulnerabilidad, de resiliencia y el imperativo ético que cada demanda, necesidad de salud o sufrimiento debe ser aceptados (Ministério da Saúde, 2006).

La Atención Básica, como he presentado en el segundo capítulo, *viene influenciada por las estrategias de la promoción de la salud*, la cual pone de relieve la *necesidad de llevar informaciones relevantes y necesarias para responder a problemas de salud de las personas según sus necesidades*, es decir, promover la salud según patrones establecidos por un conjunto de expertos, organismos internacionales, instituciones de salud, gobiernos locales, entre otros. Configura, de esta manera, una actuación basada en *propuestas que por lo general adquieren caminos unidireccionales*, que consideran los factores determinantes de la calidad de salud, la necesidad de informaciones y conocimientos para promover la autonomía (Silva Junior y Alves, 2006).

La enfermedad, desde esta perspectiva, es vista como la colección de síntomas que se vuelven, en su totalidad, significantes de la enfermedad corporificada en el individuo. La influencia nuclear de la epidemiología se vuelve cada vez más reconocible en estas perspectivas que rigen la organización de las prácticas de salud contemporáneas. La epidemiología es la principal herramienta para la planificación local y la definición / identificación de los temas prioritarios (Feurwerker, 2005), que son la base para la articulación de acciones y prácticas de salud y la programación de salud es la principal estrategia para la organización de las prácticas de atención.

Esta cantidad de informaciones, a su vez, es generada a partir de lógicas variadas que están en disputa en la sociedad - lógicas de mercado, neoliberal, comunitarias, entre otras -, y tensionan los temas trabajados como prioridad en la salud, en especial en el ámbito de *la Atención Básica donde los temas de salud adquieren relevancia para la divulgación* en la sociedad, como contexto privilegiado de estrategias de educación en salud.

Los temas elegidos como prioritarios por las autoridades gubernamentales conforman la agenda de prioridades del gobierno (*agenda setting*). *La definición de una agenda de prioridades no es un proceso natural, lógico o mecánico, sino el resultado de un complejo proceso de disputa y negociación* entre los diferentes actores (gubernamentales y no gubernamentales) en contextos diferenciados. Por lo tanto, la inclusión o exclusión de un tema como una prioridad del gobierno deben ser analizados desde la perspectiva de las oportunidades que se presentan con el fortalecimiento de una política (Borges y Baptista, 2010).

La política de salud en Brasil ha estado marcada por la verticalidad de estas acciones. Las respuestas gubernamentales a la enfermedad, así como las propias enfermedades que deben incluirse en la agenda del gobierno, fueron tradicionalmente fundadas por los conocimientos técnicos.

Esta agenda de los temas importantes, de esta manera, tiene intereses diversos que representan estas disputas de perspectivas de la sociedad, de comprender la enfermedad como un proceso de cura del individuo, de relaciones dicotómicas de lo bueno y malo para las personas, de influencias del mercado y sectores privados con su oferta de medicinas y innovaciones tecnológicas, entre otras tantas cuestiones. Se impone una necesidad de hablar de ciertos temas de salud en el espacio público, identificados como de interés de los colectivos, sin embargo eliminando los propios colectivos del debate sobre estos temas, limitándose a una posición pacífica de recibir la información y, además, responsabilizarse por controlar su salud, simplificando la complejidad de los distintos contextos (Badia, 1992).

Relacionado con lo anterior, otro tema que se destaca en la AB es la lógica del usuario como sujeto y protagonista de los procesos de toma de decisiones en las acciones de salud dirigidas a él o a su colectivo, que trae la perspectiva de la participación y el control social como elementos fundamentales. Sin embargo, desde una cierta perspectiva, se pidió a la sociedad en general a participar en este proceso de su propio control, pues se desarrolla una serie de acciones para un trabajo con la conciencia de cada individuo, por lo que sea "médicamente alerta." Es necesario que cada ciudadano esté informado de lo que es necesario y posible conocer en la medicina.

Por lo tanto, está relacionado con estrategias educativas y de transmisión de informaciones de manera exhaustiva. Esta misma racionalidad se extiende hasta nuestros días, en que la mejor manera de evitar la enfermedad es prevenirla a través del acceso a la información sobre sus modos de transmisión. Tal como afirma Moraes (2002:41), esta descripción rigurosa y exhaustiva no tiene por objetivo solamente ampliar la capacidad de comprensión sobre el proceso salud/enfermedad, más bien tiene un carácter prescriptivo de aquellos que saben más hacia los que no tienen la capacidad para alcanzar tal entendimiento, sean ellos los usuarios o mismo los trabajadores que reproducen estas perspectivas en la relación de cuidado con los usuarios.

Según Feuerwerker (2005:496), los programas producen efectivamente una cierta planificación de las prácticas de salud, al mismo tiempo en que crean una gran cantidad de "procedimientos obligatorios". Es decir, las necesidades de salud definidas técnicamente por la epidemiología y las prácticas establecidas por Programación en Salud definen y al mismo tiempo *limitan el repertorio de acción de los trabajadores, pues no consideran las singularidades* y ofrecen pocas tecnologías para el cuidado y para manejar los aspectos subjetivos atravesados en el proceso de vivir y enfermarse. *Sin nuevas tecnologías, la atención se restringe o reproduce el modelo hegemónico.*

Os trabalhadores são considerados "caixas vazias", que devem ser orientadas pelas normas. Ou seja, por meio dos programas - que estabelecem e padronizam ações- e das capacitações e dos manuais - que

levam as orientações programáticas aos trabalhadores - espera-se normalizar e ordenar o seu trabalho, no caso do SUS, em direção a práticas inovadoras de saúde. (Feuerwerker, 2005:500)

La AB sería, según la autora, el espacio donde se esperaría la producción de prácticas innovadoras: los equipos de salud de la familia y la noción de territorio, comprendido no solamente como área geográfica, sino incluyendo toda la complejidad de las relaciones sociales y económicas establecidas en su interior; como también el Agente Comunitario, por su capacidad de ampliar el dialogo con la población.

Sin embargo, por lo que he podido observar, se convierte en un espacio de reproducción del modelo hegemónico, y que representa a las prácticas comunicativas una necesidad de respuestas lineales y prescriptivas. El uso de las tecnologías también opera en el mismo paradigma, siendo un mediador tecnológico en la transmisión de informaciones. Los territorios comunicativos, de esa manera, no han logrado ampliarse para una mirada hacia las singularidades de las personas y la construcción singular de las relaciones en acto.

3.4.2. La salud mental: la relación con las singularidades

La *política de salud mental* ha sido objeto de importantes y significativos cambios, evolucionando de un modelo basado en la referencia del hospital como lugar de cuidado⁷², hacia un modelo de atención diversificada, *centrada en los individuos y sus procesos singulares de sufrimiento*, buscando alternativas y ofertas distintas para cuidar de las personas. Eso implica maneras distintas de pensar las estrategias comunicativas y el lugar y la función de la participación de las personas.

La perspectiva de abordaje de la comunicación no se encuentra en transmitir informaciones para un cambio de comportamiento saludable, sino que una

⁷² Especialmente a partir del año 2002, se observa decisiones emitidas por el Ministerio de Salud para el establecimiento de una red de atención psicosocial sustitutiva de los hospitales psiquiátricos estandarizada para todo el territorio nacional. El objetivo era reorientar el modelo de atención psiquiátrica, anteriormente centrado en el hospital, para formar una red comunitaria, territorial y sustitutiva de los hospitales psiquiátricos.

estrategia de incluir las personas en todos los procesos como una de las ofertas de cuidado. *Esto cambia el entendimiento del proceso comunicativo y la posición de la participación como constitutivos del proceso de cuidado, y no fuera del mismo*, como la comunicación unidireccional de los programas de promoción de la salud o también como los espacios formales establecidos para el control social.

El campo de la salud mental construye este entendimiento a partir de una lucha conocida en Brasil por el proceso de *la Reforma Psiquiátrica en Brasil* es contemporáneo al movimiento de la Reforma Sanitaria de los 1970 mencionados anteriormente, y que *ha marcado sus estrategias participativas y comunicativas, ambas vistas de manera plural y basados en procesos relacionales*.

A lo largo de la historia de la humanidad, la locura ha recibido varios enfoques y tratamientos, de acuerdo a cada época y cada contexto, que la caracteriza como un fenómeno social interpretado de muchas maneras diferentes. En el contexto de la Psiquiatría, bajo el dominio de la medicina, en especial a partir del siglo XIX, se utilizaron diversas técnicas para el tratamiento de la locura, seguido por la propia evolución de la psiquiatría, empleando las técnicas de cada época para el tratamiento de la salud mental, como el *electroshock*, el uso intensivo de medicamentos, la camisa de fuerza, etc. El uso de estas técnicas, consideradas ahora agresivas e inapropiadas, consistía, en su momento, en descubrimientos médicos al cuidado de los enfermos mentales. Aunque las técnicas empleadas en el tratamiento psiquiátrico hubiesen caminado en paralelo a los avances de la medicina, muchos abusos, engaños y desconsideración atingieron a los que sufren de trastornos mentales, causando un profundo sufrimiento para ellos y sus familiares, hecho que conlleva a la discriminación social, la negación de los derechos fundamental para el hombre y la reclusión en los patios de los manicomios.

Bajo este escenario, la Reforma Psiquiátrica defendía: cambios en los modelos de atención y de gestión en salud, la defensa de la salud colectiva, la equidad en la oferta de los servicios, y el protagonismo de los trabajadores y usuarios de los servicios de salud en los procesos de gestión y producción del cuidado. Aunque

contemporáneo de la Reforma Sanitaria, el proceso de la Reforma Psiquiátrica brasileña tiene una historia propia, enmarcada en un contexto internacional de cambios en el ámbito psiquiátrico. El proceso de la Reforma Psiquiátrica, fundado a finales de los años 70, fue influenciado por la crisis del modelo de asistencia basado en el hospital psiquiátrico, bien como por los esfuerzos de los movimientos sociales por la lucha de los derechos de los pacientes psiquiátricos.

La Reforma Psiquiátrica es un proceso político y social complejo, compuesto por actores, instituciones y fuerzas de distintos orígenes, que inciden en territorios diversos, en los distintos niveles de gobierno, en las universidades, en el mercado de los servicios de salud, en los consejos profesionales, en las asociaciones de personas con trastornos mentales y sus familias, en los movimientos sociales, y en el territorio del imaginario social y la opinión pública. Comprendida como un conjunto de transformaciones de prácticas, saberes, valores culturales y sociales, es en lo cotidiano de las instituciones, de los servicios y de las relaciones interpersonales que el proceso de la Reforma Psiquiátrica avanza, aunque no esté libre de tensiones, conflictos y retos.

El proceso de la Reforma Psiquiátrica apunta a la *construcción de una red comunitaria de cuidado como elemento fundamental para su fortalecimiento*. La articulación en red de los más variados servicios sustitutivos al hospital psiquiátrico es importante para la *constitución de un conjunto vivo y concreto de referencias capaces de acoger a la persona con sufrimiento mental*. Esta red, a su vez, es más amplia que el conjunto de servicios de salud de un determinado municipio, articulada de manera permanente con otras instituciones, asociaciones, cooperativas y distintos espacios de la ciudad. La red de atención a la salud mental del SUS está definida como una base comunitaria, y por lo tanto prevé un movimiento permanente de construcción de múltiples ofertas para las personas con trastornos mentales.

La construcción de una red de ofertas es capaz de *enfrentar la complejidad de las demandas de inclusión de un grupo que sigue estigmatizado en el imaginario social acerca de la locura*. Esas ofertas, más allá de los equipamientos de salud

de la ciudad, promueven un proceso de re-significación de la locura, contribuyendo a la promoción de autonomía y ciudadanía.

Para la organización de esta red, la idea de territorio es especialmente orientadora. *El territorio designa no solamente un área geográfico, sino de las personas, de las instituciones, de las redes y de los escenarios en los cuales actúan los diversos colectivos.* De esa manera, trabajar en el territorio no es lo mismo que trabajar en la comunidad, sino trabajar con componentes, saberes y fuerzas concretas de los colectivos que proponen soluciones, presentan demandas y que pueden además construir objetos comunes. Trabajar en el territorio significa, por lo tanto, rescatar los saberes y potencialidades de los recursos de los colectivos, construyendo colectivamente las soluciones, la multiplicidad de intercambios entre las personas y los cuidados en salud mental.

Otro punto que marca el campo de la salud mental como un *proceso de singularización* del cuidado es la sustentación de un modelo *centrado en las demandas individuales* de las personas y en el *estimulo al vínculo entre los usuarios y trabajadores en un proceso relacional del cuidado*. Este modelo se concreta a través de un *proyecto terapéutico individual o singular del usuario (PTI o PTS)*, cuyo objetivo principal es *particularizar la atención ofrecida a las personas en contraposición a la tradicional colectivización de los planes y acciones* que siempre organizaron el funcionamiento tanto de los hospitales psiquiátricos, en particular, como también de las estrategias de la salud como he destacado en la Atención Básica (Furtado, 2001).

Eso marca el campo de una manera distinta al que hemos visto en las estrategias anteriores, buscando una nueva composición simbólica para los temas, las acciones, las estrategias para el cuidado en la salud mental. La “transferencia simbólica” (Badia, 1992) de los temas en la salud mental no solo traban una disputa con el proceso de tematización que encuentro en la AB, como hacen un giro de frente a la comprensión del proceso comunicativo. Si en el campo anterior se trata de una necesidad de intervenir a través de la dimensión informativa bajo ciertas perspectivas hegemónicas, de manera a producir el mundo de las

representaciones cotidiana de los individuos, en la salud mental la búsqueda es *promover espacios de circulación, producción y reconocimiento a partir de las personas, respetando el sufrimiento y produciendo sentidos a partir de su mundo, y no fuera de él.*

Si el entendimiento en el campo parte del principio de la pluralidad de ofertas, buscando de esta manera una apuesta en la vida de las personas como generadora de su autonomía, las estrategias comunicativas también persiguen esta pluralidad, reconociendo a todas las personas como sujetos activos y legítimos del proceso comunicativo. Esto también determina otra manera de visualizar *la participación*, ésta aquí entendida como *un proceso constitutivo de distintas ofertas para las personas estar en el mundo y poder actuar sobre él.*

De esta manera, existe una relación indisociable entre las experiencias de sufrimiento psíquico y las ofertas de poder participar en el mundo como constitutivos de la experiencia del cuidado, incluyendo la participación instituida en el SUS. De esa manera, se observa la participación de la lucha en la salud mental tanto en los espacios formales de participación del SUS, como también otros espacios construidos en contextos locales.

Eso implica también una profundización en el tema del territorio de acción del cuidado, que influye en los procesos comunicativos. La lucha en la salud mental de ampliar el concepto de territorio también se caracteriza por una disputa en no quedarse presa al territorio del diagnóstico médico de las enfermedades. Al contrario, tiene éste como un componente del territorio existencial de las personas, visto como una multiplicidad, no les otorgando un único lugar del usuario de salud mental. De esta manera, *este posicionamiento rompe con las estrategias únicas de información para un determinado problema, ampliando la cantidad de voces que puede tener el campo*, emergiendo una polifonía (Bakhtin, 1992) de sentidos y nuevas voces que componen el escenario comunicativo que influyen directamente en los procesos comunicativos y que tensionan un visión unidireccional de producir la comunicación y los sentidos. No solo tiene legitimidad la voz del médico o la del usuario como aquel con problemas

mentales, como también existe un *reconocimiento de una multiplicidad de voces legitimadas a producir y a circular conocimientos* en el territorio de la vida.

Algunos avances en la lucha contra el estigma de las personas con trastornos mentales fueron alcanzados, en especial en aquellas situaciones donde los programas promueven concretamente la inclusión social de las personas, como en el caso de las residencias terapéuticas, proyectos de generación de ingresos y actividades culturales promovidas por la red de servicios. Distintos grupos culturales, como es el caso de la “Radio Maluco Beleza”, se han formado en el campo de la Reforma, con actividades como el teatro, las artes plásticas, la radio comunitaria, TV experimental, literatura, entre otros. Ya existe una producción significativa en esta área. Del mismo modo, los grupos culturales ya establecidos son llamados a contribuir al debate sobre la Reforma, en particular centrándose en los retos del modelo de atención y la lucha contra el estigma de la locura.

La construcción de espacios comunicativos democráticos, a mi juicio, pasa necesariamente por la posibilidad de *emerger las singularidades de las personas y el respeto a su autonomía* como elementos para la posibilidad de reconocer la multiplicidad de saberes y sentidos que están en escena de cuidado en salud como un proceso relacional, con una capacidad de acoger y amplificar las muchas voces que contienen cantidad de significados posibles para la salud, marcada no solamente por la ausencia de enfermedades. De esta manera, reconocer y cooperar con nuevas disposiciones de las estrategias comunicativas que implican una ampliación en la manera de pensar la participación y el uso de las nuevas tecnologías, factores relevantes para las políticas públicas en el campo de la salud.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN: PRESENTACIÓN, CONTEXTUALIZACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS CASOS DE ESTUDIO

4.1. La producción del desigual uso de las TIC.

4.1.1. Las TIC y la Salud: otras prácticas.

Para empezar este último apartado de la investigación, recupero el objetivo principal de la misma que ha sido el de *describir y analizar* los usos de las Tecnologías de la Información y de la Comunicación (TIC) en el campo de la salud y los efectos en los procesos participativos en dos dispositivos específicos del sistema público de salud brasileño, entre los años 2014-2015, desde una perspectiva relacional de la comunicación, que la entiende como un proceso de producción social de sentidos en el marco de un contexto social y cultural.

Además, interesa reforzar que lo presentado en los dos apartados anteriores no representa solamente un campo conceptual desconectado de la práctica, es a su vez un campo de prácticas y perspectivas, que constituye y es constituido por las distintas prácticas en lo cotidiano de las estrategias comunicativas en los servicios de salud. Esto comprende afirmar que en la investigación no me he alejado del campo de prácticas de la comunicación y salud, como un lugar separado del campo teórico. Es a su vez parte de la construcción teórico-metodológica conectada con el campo de la investigación desde una aproximación de arriba-abajo y de abajo-arriba (top-down y bottom-up), y que me ha permitido analizar los dos dispositivos tomados como estudio de caso en esta investigación.

Lo anterior se refleja en el recorrido metodológico que he buscado en la presente investigación. En lugar de comenzar con algunas teorías y conceptos que se tengan que someter a prueba o examinar, he buscado un enfoque en el que las teorías y los conceptos se desarrollan conjuntamente con la recogida de datos para producir y justificar nuevas generalizaciones y crear así nuevos conocimientos y formas de comprensión (Gibbs, 2012).

A partir de las reflexiones planteadas hasta el momento, pensar la participación en las estrategias comunicativas en el campo de la salud, a partir del debate de

los usos de las TIC, presupone, en primer lugar, afirmar que en las distintas perspectivas de la comunicación presentadas existe una forma de participación.

En segundo lugar, y como consecuencia, interesa pensar, por un lado, qué significa participar bajo la influencia de un esquema emisor-receptor de la perspectiva informacional de la comunicación, en el cual se presupone una participación desde un lugar determinado del proceso comunicativo, libre de influencias y ruidos, en una posición de receptor de las informaciones que tienen por objetivo final cambiar ciertos comportamientos. Por otro lado, qué relaciones emergen cuando el contexto, los actores, los sentidos están en negociación y circulación en los procesos comunicativos, haciendo de la comunicación algo que no está libre de interferencias, donde las personas se posicionan como sujetos activos y se negocian los distintos sentidos que pueden tener la salud y la vida.

Estas cuestiones son fundamentales para comprender la relación entre la comunicación y la participación en el campo de la salud, y cuáles contextos son constituidos a partir de la utilización de las TIC. Además, nos permite observar cómo, en la formación de las políticas públicas en Brasil, conviven diferentes prácticas, en una lógica desigual y combinada, en los mismos mecanismos organizacionales, como he podido observar y analizar en el capítulo anterior.

A partir de algunos de los objetivos específicos fijados en esta investigación, que prevé por un lado *señalar* la convivencia y disputa entre diferentes modelos de la comunicación que emergen de esos dos casos y proponer cambios para incorporar a todos los actores como sujetos activos; como también *analizar* los usos de las TIC como dispositivos/herramientas más allá de aparatos tecnológicos, considerando sus singularidades como espacios de prácticas y cambios sociales y *observar* cómo se incorporan las singularidades del contexto de los actores en el uso de las TIC en las estrategias comunicativas en el campo de la salud, he optado por desarrollar un estudio de caso a partir de dos dispositivos construidos *como casos múltiples de análisis* (Yin, 1989, 1998, apud Carazo, 2006).

Tal como hemos podido observar en el capítulo anterior, la experiencia brasileña en el campo de la salud tiene singularidades importantes, rasgos de la propia construcción de las políticas públicas. Son cuestiones constitutivas que emergen en ese campo y que afectan a las distintas experiencias comunicativas, aparentemente opuestas, dentro de las grandes experiencias gubernamentales. Dentro del mismo territorio de la salud, la Atención Básica (AB) y la Salud Mental enuncian prácticas de cuidado distintas y construyen, en consecuencia, relaciones casi opuestas entre los procesos comunicativos y la participación. Son distintos paradigmas en la organización del estado nacional que he observado dentro del Sistema Único de Salud brasileño (SUS).

El territorio de la AB prevé diseños clásicos de la participación, como hemos visto, en lugares determinados como el control social, y que tendrá consecuencias en sus ofertas comunicativas, como el Programa *Telessaúde Brasil Redes*, que en la lógica de la comunicación tiene por objeto de la recepción en el acto comunicativo una intervención técnica. A su vez, el campo de la salud mental, que tiene influencias de una lucha por una manera distinta de mirar el sufrimiento de las personas y de rompimiento con los componentes clásicos de la intervención médica, como los manicomios o la psiquiatría medicalizante, abre espacios para que otras miradas sean incorporadas a los procesos comunicativos en el campo, como en el caso de la *Radio Maluco Beleza*, desde una perspectiva de producción y circulación de otros sentidos sociales para el discurso sobre la locura.

De esta manera, la elección de los dos casos fue una estrategia dirigida a comprender las dinámicas de los usos de las TIC en cada uno de esos espacios, como contextos singulares, evidenciando la tensión que se establece entre los modelos de comunicación y los modelos de salud y la influencia de estas dinámicas en los procesos participativos y las estrategias comunicativas llevadas a cabo en cada una de estas experiencias, teniendo como presupuesto la idea de que tales contextos no representan una relación de causa o consecuencia de determinadas teorías, sino que interactúan con los múltiples sentidos sociales.

Considerando que no existen prácticas homogéneas de cuidado en salud, los dos casos me han permitido también captar la diversidad que refleja la realidad de los procesos comunicativos en el campo y estudiar el fenómeno del uso de las TIC y la participación en el campo de la salud desde múltiples perspectivas y no desde la influencia de una sola variable (Chetty, 1996, apud Carazo, 2006).

Hechas las consideraciones anteriores, presento en este último capítulo los dos dispositivos que he elegido para estudio de casos. He considerado en esta investigación cuestiones vinculadas a la práctica profesional y la relación con y entre los usuarios, y que pueden ser encontradas en las experiencias cotidianas de las acciones comunicativas en el campo de la salud. De esa manera proporcionarán elementos para discutir la participación a partir de uso de las TIC en el campo de la comunicación y salud a partir de la discusión presentada hasta el momento, y proponiendo nuevas cuestiones para el campo.

4.1.2. La *Rádio Maluco Beleza*

La *Radio Maluco Beleza* es parte de un proyecto más amplio que lleva en mismo nombre, el proyecto “Maluco Beleza”, desarrollado por el núcleo de comunicación del Servicio de Salud Dr. Cândido Ferreira, un servicio público de la Red de Salud Mental de Campinas (Municipio del Estado de São Paulo). Desde su creación en 2002, el objetivo del proyecto es reducir el prejuicio sobre la locura, revelando nuevas posibilidades para el tratamiento y la convivencia con las diferencias y con los diferentes.

Una de las acciones inicial fue el programa de radio “Maluco Beleza”, resultado de una colaboración entre el Servicio de Salud y la Radio Educativa del municipio, que transmite mensualmente el programa producido por los participantes, con una hora de duración. Basado en técnicas de comunicación comunitaria, los participantes de la radio tienen la oportunidad de revelar sus puntos de vista a toda la sociedad. El objetivo es reducir el sesgo que aún existe en la población con respecto a las personas con enfermedad mental y locura.

El proyecto “Maluco Beleza”, fue reconocido en 2008, por el Ministerio de la Cultura de Brasil, como “Punto de Cultura Maluco Beleza”⁷³, hecho que le ha aportado inversiones gubernamentales importantes para potencializar las estrategias comunicativas que se realizaban. Con eso, la institución ha logrado construir en sus dependencias su propio estudio de radio y ha podido poner en práctica la *Radio Maluco Beleza Online*, un espacio más ampliado en la red de internet, con una grade de programación hecha tanto por los usuarios, como también abierta a los demás colectivos del entorno, grupos vinculados a la institución, trabajadores, entre otros.

Además, la institución ofrece a la población en general varios cursos de capacitación tanto para los usuarios de salud mental, como para la comunidad, además de un estudio y una sala de inclusión digital y producción audiovisual. Existe también un espacio de edición digital donde se ofrecen cursos de audiovisuales para los participantes y la comunidad en general. Actualmente, la página web *Maluco Beleza* (www.radiomalucobeleza.org.br) transmite 28 programas presentados y producidos por los usuarios, los trabajadores y las familias de la Red de Salud Mental y otras iniciativas sociales del municipio donde están ubicados.

Se destaca que *el propio proyecto de comunicación practicado por la institución, responsable por la radio, pero también por otras acciones de comunicación, fue pensado de manera horizontal y para involucrar a los actores – trabajadores y usuarios – como sujetos activos del proceso comunicativo y como forma de reinserción psicosocial. Se ha buscado ampliar el papel de la comunicación en la institución, más allá del trabajo clásico de un "Gabinete de Prensa", el cual se dirige únicamente a la relación institucional con los medios de comunicación, funcionarios, empleados y socios.*

La comunicación en la institución ha sido desarrollada y ampliada en el contexto de la salud mental a lo largo de los años en conexión con la lucha de la reforma

⁷³ El “Punto de Cultura” es una política gubernamental brasileña importante para comprender parte de las acciones de este campo de estudio de la investigación. Por lo tanto, la política y sus desdoblamientos estarán detallados más abajo.

psiquiátrica, con el objetivo de alcanzar un entendimiento actual de la comunicación como fuente de poder, de derechos, de ciudadanía, de libertad, como instrumento de movilización social, de construcción y reconstrucción de identidades, como productora de sentido a través de la afectividad, de la ampliación de posibilidades personales y colectivas, todos estos elementos formando un concepto más amplio de la rehabilitación psicosocial (Roldão y Moreira, 2007).

O projeto de Assessoria de Comunicação do Cândido Ferreira foi traçado estrategicamente para desmitificar e transformar o conceito de loucura da sociedade, mostrando os benefícios que a reforma psiquiátrica traz à vida de todos os cidadãos, revelando que a convivência com os diferentes e com as diferenças é absolutamente possível e rica, que somente uma sociedade que convive com as diferenças é que pode conviver e desfrutar da paz. (Roldão y Moreira, 2007:73).

Esta mirada *está conectada con la perspectiva relacional* que he planteado en la investigación, *considerando que no se produce sentido desde un único lugar autorizado o instancias oficiales de la comunicación y trabajando desde la multiplicidad*. El proyecto de comunicación de la institución ha creado mecanismos para que todos en la institución, sean los trabajadores de la salud, los profesionales de comunicación y los usuarios, fuesen productores de sentidos con canales variados para expresarse, como vehículos de comunicación hecho por todos los interesados, señalando una lugar de participación como productores de la comunicación.

4.1.2.1. *El Servicio de Salud Dr. Cândido Ferreira: breve contextualización*

En Brasil, a finales de los años 80, se inició un proceso de cambios en la atención de la salud mental. Este proceso fue llamado en Brasil de Movimiento de la Lucha Antimanicomial (contra los manicomios, proceso conocido en España por “desmanicomialización”), dentro del proceso de la Reforma Psiquiátrica, el cual he presentado al final del capítulo anterior, y previa la apertura de los Hospitales

Psiquiátricos, ofreciendo un trato más humano y comunitario⁷⁴. El Servicio de Salud Dr. Cândido Ferreira ha seguido esta historia, y desde el año 1990, la entidad sufre transformaciones derivadas del movimiento de la Reforma Psiquiátrica y del Movimiento de la Lucha Antimanicomial⁷⁵.

El año de 1990⁷⁶ el servicio para atender a fines exclusivamente públicos, pasando a integrarse al sistema municipal de salud y universalizando sus servicios a toda la población, lo que permitió la aplicación de la Reforma Psiquiátrica y, como consecuencia, se inició el proceso de desinstitucionalización⁷⁷ de los internos y la capacitación de ellos y de la sociedad para una posible interacción social.

Esta apertura ha permitido la mejora en el proceso de atención de la salud mental, y desencadenó una mayor relación de corresponsabilidad de los usuarios y sus familias en su tratamiento, además de desarrollar el proceso de rehabilitación. Esto implica una (re)construcción de la red de relaciones y del propio capital social, considerando el tiempo necesario para el aprendizaje de cada uno, respetando el deseo, la capacidad y los límites singulares, a partir de las tareas del día a día, sea en el cuidado de su propia higiene personal, en cuidar de la limpieza de la casa, o en coger un autobús, ir a la iglesia, ir al banco, utilizar su propio dinero, o satisfacer sus necesidades con las compras en tiendas locales. La rehabilitación de los usuarios es posible a partir del momento en que son incluidos en la sociedad. De esta manera, la apertura de la institución ha posibilitado también la reflexión sobre el imaginario social de la "locura", y ha contribuido a reducir los prejuicios contra las personas con trastornos mentales. La apuesta es que las sociedades que conviven con las diferencias de forma

⁷⁴ Informaciones obtenidas a partir de la página web de la institución - www.candido.org.br - y materiales comunicativos de la misma.

⁷⁵ Su fundación se da en 1924 como el primer sanatorio psiquiátrico filantrópico del Estado de São Paulo. Con motivo de la proclamación de la República Federativa del Brasil, en 1889, los dementes y desocupado han sido recogidos de las calles y han sido emplazados en el sótano de la Penitenciaría Pública de la ciudad, bajo una práctica higienista y positivista del nuevo régimen que se instauraba en el país. Allí, muchos murieron a la espera de una plaza en el único hospital público del estado – el Juqueri, fundado en 1898 y ubicado en la ciudad de Franco da Rocha.

⁷⁶ En mayo de 1990, a partir de la promulgación de la Ley Municipal 6.215/90, se implementa un sistema de gestión compartida entre la institución y el municipio de Campinas, mientras que se une a su campo de acción para atender a fines exclusivamente públicos.

⁷⁷ La desinstitucionalización psiquiátrica es el proceso que, en lugar de mantener a la persona que sufre una enfermedad mental confinada en hospitales psiquiátricos (manicomios), se busca una atención digna e integrada en la sociedad.

constructiva son más capaces de vivir en las complejidades y adversidades inherentes a la vida.

El objetivo principal de Cândido Ferreira se convierte, por lo tanto, en la rehabilitación psicosocial, la inclusión social y la restitución plena del derecho a la ciudadanía de las personas con trastornos mentales y la coexistencia de los diferentes, produciendo salud, autonomía y vida.

4.1.2.2. *Los Pontos de cultura como política pública en Brasil*

Importante también en la contextualización de la *Rádio Maluco Beleza* es que, desde el año 2008, es parte del programa del gobierno federal conocido como *Ponto de Cultura* (Puntos de Cultura). Fue un marco relevante para el proyecto y sus participantes, entre otras cosas, porque fue posible construir todo el equipo de radio en la propia institución con la subvención recibida, además de abrir la posibilidad de la radio online y cursos para los usuarios y las personas en general. Por lo tanto, comprender esta iniciativa federal es relevante para comprender las estrategias comunicativas realizadas por la institución.

El elemento relevante que emerge con los *Pontos de Cultura*⁷⁸ fue el reconocimiento de los eventos culturales y producciones que eran parte integrante de los territorios. Tal exploración de esas iniciativas culturales ha posibilitado la descentralización presupuestaria del ámbito de la cultura y la inversión en la cultura desde aquellos que ya la producían y la practicaban en las comunidades. Este cambio en la lógica de la inversión fue posible solamente por medio de otro cambio de orden conceptual: el *reconocimiento de la cultura como práctica inherente al hombre y de que todos la producimos en nuestros cotidianos*. Era necesario, entonces, *romper con el concepto que cultura es sólo aquello que se produce dentro de los lugares específicos* para tal, o por artistas reconocidos por los medios de comunicación de masas.

⁷⁸ Este programa del gobierno federal tuvo su inicio en el año 2004 a partir del Ministerio de Cultura.

Con esa política de la cultura, se ha buscado una reorientación del presupuesto, eliminando el poder centralizado de las manos de los empresarios privados que decidían la forma de pagar impuestos al gobierno por medio de las leyes de incentivo y volviendo, entonces, hacia el gobierno la gestión de la promoción, creación y acceso a la cultura, no de manera vertical, de arriba hacia abajo, sino de abajo hacia arriba, desde las comunidades.

Este “rastrear” de las experiencias y la inversión cultural *ha permitido visibilizar muchas producciones culturales, hasta ahora restringidas a sus territorios*. En todos los rincones de Brasil, emergieron colectivos de cultura, que tejieron una red de cultura extendida, punto por punto. Las narrativas producidas en estos sitios establecieron un diálogo desde la voz de aquellos que hacen la propia cultura. Las conexiones resultantes de ese proceso han permitido a las comunidades invertir en la producción y la formación de las personas involucradas. *El reconocimiento a través del espejo de la cultura es fundamental para la formación de una sociedad que reconoce su propia producción, que reconoce la diversidad y la polifonía del enmarañado de culturas, en una práctica de educación para la diversidad que permite cambios éticos, estéticos y políticos* (EPS em Movimento, 2014).

La producción cultural de los Puntos de Cultura, según Turino (2010), no se ajusta a los modelos preestablecidos, no es clásica ni popular; también no se puede reducir a conceptos como la cultura y la ciudadanía y la inclusión social. El Punto de Cultura es un concepto de la autonomía y el protagonismo sociocultural, teniendo la cultura como factor de transformación social.

Todas estas características afectan sobremanera en la producción de la comunicación en la institución como presentado anteriormente. *Este posicionamiento tensiona los sentidos clásicos atribuidos a la salud mental en la sociedad, y pone en debate el derecho a la comunicación de manera inseparable al derecho de la salud: las personas tienen el derecho de expresarse e ser consideradas, es decir, el derecho de participar en la lucha por otros sentidos en la producción del vivir*. Esta apertura para espacios de diálogos pone de relieve la

producción del cuidado como campo relacional (Franco y Merhy, 2011), y permite la circulación de nuevas subjetividades para la salud.

La conformación de esta estrategia comunicativa, como resultado, busca romper con un modo de promover la comunicación desde una matriz exclusivamente lineal. No deja de producir materiales, notas de prensa, informativos, sino que busca forjarlo desde una apuesta en la circulación y reconocimiento de otros sentidos para el campo de la comunicación y salud. Se utiliza de la radio, de la experiencia de las personas en la comunicación, como también de otros vehículos de comunicación hecho por todos de la institución – usuarios, trabajadores de la salud, comunicadores – como herramientas válidas y legítimas para divulgar y comunicar la institución.

Esto implica una apuesta en la intervención social relacionada directamente a la apuesta política de la propia política nacional de salud, el SUS. Por lo anterior, sitúa la comunicación como elemento constitutivo en el proceso de producción, ejecución y gestión de las políticas públicas en las áreas en las que desea una acción pública, incluida la salud.

En este sentido, este proyecto me ha permitido profundizar en los usos de las TIC en salud, tensionando los debates más oficiales que se están realizando sobre el contexto de la eSalud y las perspectivas de la comunicación que influyen la participación de las personas. El proyecto, a través de la radio online, crea espacios más amplios de participación, siendo la tecnología un dispositivo relacional que ha posibilitado amplificar las voces de los sujetos, y no como un artefacto tecnológico para facilitar una comunicación informacional.

Experiencias como estas también permite reflexionar sobre una de las directrices del SUS, la *descentralización relacionada a los procesos comunicativos en el campo de la salud*, al derecho a hablar y ser escuchado de manera más democrática en la sociedad. Así, esta directriz también se realiza cuando favorece la emergencia de canales locales de expresión y circulación de mensajes, que prevé en su contrapunto, de manera constitutiva, la creación de canales y

procedimientos de escucha; se reparte los recursos de manera más equitativa, y cuando los diversos contextos y actores son contemplados (prioridades, contenidos, representaciones, formatos de materiales, etc).

4.1.3. *Telessaúde Brasil Redes*

El otro territorio que he transitado para componer el análisis de la investigación es el Programa *Telessaúde Brasil Redes*, una acción nacional que busca mejorar la calidad de la atención y la atención primaria en el Sistema Único de Salud (SUS), a partir de la integración de la enseñanza y el servicio a través de herramientas de tecnologías de la información, ofreciendo condiciones para promover la Teleasistencia y la Teleducación⁷⁹.

El contexto del surgimiento del programa en Brasil viene dado por la importancia que se buscaba para la Atención Básica como ordenador del cuidado en las redes de atención a la salud, siguiendo a un modelo ampliamente divulgado por los organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de Salud (OPS) – que denominan este campo como Atención Primaria en Salud. En ese momento, se había identificado que uno de los problemas y obstáculos para la expansión y mejora de la calidad de la atención primaria estaban relacionados con la capacitación de los profesionales según el modelo propuesto por la AB (Campos et al., 2009).

Así, en el contexto de la APS, el programa viene apoyar a la Estrategia Salud de la Familia (ESF)⁸⁰, programa que tuvo su origen en el nordeste brasileño con los

⁷⁹ La ejecución del programa empezó en 2007 con el Proyecto Piloto en apoyo a la Atención Básica en Salud (AB), involucrando nueve Centros de Telesalud ubicados en universidades en los estados brasileños de Amazonas, Ceará, Pernambuco, Goiás, Minas Gerais, Río de Janeiro, São Paulo, Santa Catarina y Rio Grande do Sul, con la meta de calificar aproximadamente 2.700 equipos de la “Estrategia Salud de la Familia” en todo el país y la consecución de los siguientes objetivos: La mejora de la calidad del cuidado en los centros de atención primaria del SUS, con resultados positivos en la solución del primer nivel de atención; significativa reducción de costes y de tiempo de desplazamientos; la fijación de los profesionales de salud en las zonas de difícil acceso; mejor agilidad en el cuidado; optimización de los recursos dentro del sistema en su conjunto, beneficiando, por lo tanto, aproximadamente 10 millones de usuarios del SUS.

⁸⁰ La Estrategia de Salud de la Familia (ESF) es el modelo de atención del campo Atención Primaria en Salud (APS), que se basa en el trabajo de equipos multidisciplinarios en un territorio vinculado y desarrolla programas de salud a partir del conocimiento de la realidad local y de las necesidades de la población. El modelo del ESF tiene por objetivos propiciar el acercamiento de las unidades de salud de la familia; promover el acceso a los servicios, permitir el establecimiento de vínculos entre el personal y los usuarios, la continuidad de la atención y aumentar, a través de la co-responsabilidad de la atención, la capacidad de

Agentes Comunitarios de Salud (ACS), en el año 1993, con el objetivo de que la salud pudiera llegar a las poblaciones más aisladas y sin ayuda. Cada equipo de la ESF es compuesta por un médico, un enfermero, técnicos auxiliares de enfermería y los ACS. También, cuentan con cirujano-dentista, auxiliar y técnico de salud bucal.

Importante resaltar para esta investigación que la ESF, y como consecuencia *las estrategias del Telessaúde, han adoptado los conceptos y discursos de la Atención Básica*, que como presentado en el capítulo anterior que se caracterizan por un conjunto de acciones de salud, individual y colectiva, que comprenden, entre otros temas, los discursos y prácticas de la promoción y protección de la salud. Eso influye en las estrategias comunicativas de la política pública de la AB y consecuentemente del *Telessaúde*.

Se destaca, *por un lado, que la ESF adopta elementos que tensiona los discursos hegemónicos y busca estrategias diferenciadas*, como la figura de los agentes comunitarios por su capacidad de diálogo con la población, como también el conocimiento sobre el contexto local (Feuerwerker, 2005). *Por otro, existe un riesgo de captura de los discursos de la promoción de la salud, siendo los ACS o otros trabajadores un mediador de este modelo.* “Se, por um lado, multiplicam-se iniciativas criativas nos espaços locais, a potência política que o trabalho intersetorial exige – tanto no controle de recursos como no estabelecimento de prioridades de ação – escapa da governabilidade das equipes e está ausente da agenda da maior parte dos gestores da saúde e dos prefeitos” (Feuerwerker, 2005:495).

Como señalado anteriormente, *el modelo de la promoción de la salud preconiza la transmisión de informaciones* para responder a los problemas de salud, por lo que la participación de las personas estaría enmarcada en la recepción y realización de las acciones. Además, tiene como una de las principales estrategias la educación en salud, que por lo general está marcada en el campo de la salud por

resolución de los problemas de salud más comunes, produciendo el mayor impacto en el estado de salud local.

acciones de capacitaciones unidireccionales, que corresponden a la linealidad de la comunicación que he señalado.

En coherencia con los planteamientos hechos, un primer objetivo del *Telessaúde Brasil Redes* para la Atención Básica fue *la capacitación profesional con el objetivo de que fuera más resolutive y eficaz*, utilizando las tecnologías interactivas de educación a distancia, la tele-educación, desarrolladas en los grandes centros de investigación de las universidades brasileñas, con el fin de superar las estrategias de formación profesional utilizados anteriormente y que han tenido un éxito limitado según apuntan Campos et al. (2009). *De esa manera, se destaca que el programa tiene una importante dirección educacional, características que sigue presente actualmente.*

En su principio, en el año 2007, el *Programa Nacional de Telessaúde* tiene el objetivo de desarrollar acciones de apoyo a la asistencia a la salud y, más importante, de educación permanente en salud. En ese primer momento, los núcleos se concentran básicamente en las universidades. Posteriormente, el Programa sufre alternaciones, ampliaciones y avances. En el año de 2010, se establecen directrices para la organización de las Redes de Atención a la Salud (RAS)⁸¹ en el ámbito del SUS, una estructura de organización del sistema de salud en la cual está previsto el funcionamiento del programa. Entre otros temas, la directriz está alineada con los principios de participación social; educación en salud; y atención a la salud centrada en el individuo, en la familia y en la comunidad, considerando las particularidades culturales, de género, bien como la diversidad de la población (Oliveira, 2013).

Por fin, y en su situación actual, en el año de 2011 se redefine y amplía el programa, que empieza a llamar *Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes*, con el refuerzo de los siguiente conceptos: los principios de adecuación de la información al contexto de origen de la demanda y la garantía de condiciones

⁸¹ En ese momento, valorando las particularidades de la organización y gestión del sistema de salud brasileño, caracterizada por la intensa fragmentación de servicios, programas, acciones y prácticas clínica, se ha considerado la necesidad de innovar en el proceso de organización del sistema de salud, redirigiendo sus acciones y servicios en el desarrollo de una RAS, para producir impactos positivos en los indicadores de salud de la población. Las redes prioritarias son: de atención a las mujeres embarazadas, de urgencia y emergencia, de atención psicosocial, de cuidado a la persona con deficiencia y la atención al cáncer.

para la participación de todos los profesionales de las equipos de salud en las acciones ofrecidas por el programa. El programa se desvincula única y exclusivamente de las universidades, y pasa a vincularse también con los servicios de salud como núcleos ordenadores (Ministério da Saúde, 2012; Oliveira, 2013).

El Programa *Telessaúde Brasil Redes* está compuesto por directivos de instituciones de salud, instituciones formadoras de profesionales de la salud y los servicios de salud del SUS, que consisten en:

- Centro de Telesalud Técnico-Científica - instituciones educativas y de gestión y/o de servicios de salud responsables de la formulación y gestión de Teleconsultorías, Telediagnósticos y Segunda Opinión Formativa;
- Punto Telesalud - servicios de salud a través de los cuales los trabajadores y profesionales del SUS demandan Teleconsultorías y Telediagnósticos.

Si bien inicialmente el eje de las acciones del Programa era la educación realizada por medio de materiales educativos y de divulgación, conducta que sigue presente en sus actividades, actualmente las estrategias principales son la Teleconsultoría, la Segunda Opinión Formativa, y Telediagnóstico. Vale resaltar que tales actividades también tienen un *carácter educativo de calificación profesional* por medio de la interacción en la plataforma.

Según los documentos del *Telessaúde Brasil Redes*, **teleconsultoría** significa el diálogo a través de los instrumentos de telecomunicaciones, entre los profesionales del área de la salud, por medio del cual se aclaran dudas acerca de procedimientos clínicos. La teleconsultoría presenta dos grandes modalidades disponibles según el momento de envío y recepción de la información: La **síncrona** o en tiempo real, donde el acto o intercambio de información se realiza al momento, esto es, mientras los actores están conectados a través del sistema, generalmente por la internet o videoconferencias. Otra modalidad es la **asíncrona**, en la cual la interacción entre los actores no ocurre instantáneamente,

es decir, los actores no tienen que estar conectados al mismo instante, y es realizado a través de mensajes en la plataforma del programa (Haddad, 2012).

La **segunda opinión formativa** es la unidad que consta de preguntas y respuestas, es el resultado de una teleconsultoría que ha sido sometida a revisión de los profesionales del programa, definida en cuanto a su relevancia en la atención básica, y en el que la respuesta producida se basa en la literatura, destacando la mejor evidencia científica y clínica disponibles sobre el tema (Haddad, 2012).

El **telediagnóstico**, según definición del Ministerio de Salud, es “un servicio que utiliza las tecnologías de información y comunicación para apoyar el diagnóstico a través de distancias geográficas y temporales”. En este servicio, los datos de laboratorio se recogen bajo la AB y tienen su diagnóstico realizado en centros de referencia (núcleos de telesalud y servicios colaboradores), sin la necesidad de la presencia del médico especialista en el momento de ejecución del examen⁸² (Ministério da Saúde, 2012).

La educación a distancia (EAD) o **tele-educación** es una forma de educación que permite el aprendizaje, con la mediación humana de los recursos didácticos organizados sistemáticamente, presentados en diferentes soportes de información, utilizado solo o de manera combinada, y transmitido por diversos medios de comunicación. En el escenario de telesalud, el proceso de solicitud y respuestas de las teleconsultorías, la publicación de una segunda opinión formativa, además de las webpalestras, cursos a distancia, la facilitación de objetos de aprendizaje dinámicos, entre otras actividades, son todas consideradas como tipos de tele-educación (Ministério da Saúde, 2012), debido al carácter más horizontal que la educación ha asumido en los últimos años en el programa.

⁸² La tecnología utilizada para la transmisión de datos puede ser desde un simple envío de señales a través de redes de telefonía hacia los más complejos sistemas de transmisión de imágenes. Se cree que la implementación de los servicios de diagnóstico remoto puede reducir los costos de atención de la salud, evitar largos desplazamientos de pacientes y profesionales, además de promover el acceso al diagnóstico oportuno y al tratamiento que de otra manera sería imposible

De acuerdo con las conclusiones de los trabajadores en el primer seminario nacional del programa, realizado en el año 2009, algunas cuestiones consideradas fueron de interés de la investigación, y nos proporcionaron subsidios para el análisis más crítico del caso. Uno de los puntos trabajados fue la necesidad de ampliar y adaptar los contenidos a las distintas demandas que coexisten en el país, aunque hubo un reconocimiento de que las actividades de la tele-educación trabaja con temas del cotidiano de las equipos de salud de los distintos municipios participantes. Así, la participación de los trabajadores en el desarrollo de los temas y de los materiales fue considerado importante para mejorar el sistema del programa.

Siguiendo en el tema de la participación, los integrantes del seminario apuntaron para la necesidad de involucrar los usuarios en el debate de las políticas públicas de educación permanente en salud, en un proceso de co-responsabilidad de la comunidad en la atención a la salud en las comunidades.

Podemos observar que en Brasil se está fortaleciendo una política centralizada e integral que aborda el uso de las TIC en la salud, en la cual el *Telessaúde Brasil Redes* es una de las acciones de este proceso, como hemos destacado en el capítulo anterior.

4.1.3.1. Análisis de los materiales educativos del programa Telessaúde Brasil Redes

Todas estas características ejercen influencia en la producción de la comunicación en el *Telessaúde* que he tenido el interés de observar, en especial por la *relevancia que la matriz informacional* ha adquirido en el campo de la salud en dispositivos mediadores de todo tipo, apuntando a un *riesgo de ser el programa un "traductor" autorizado del conocimiento científico* y de una misma manera de pensar la salud y la relación que se establece con las personas y sus contextos. Como señalado anteriormente, eso influencia el rol que adquieren las personas en el proceso comunicativo, tensionando la participación de las mismas

– trabajadores y usuarios, como sujetos activos o bien como recibidores de la comunicación.

Así, para componer el análisis realizado en el programa, he realizado un análisis previo de los proyectos de educación en salud del Programa *Telessaúde Brasil Redes* y sus respectivos materiales comunicativos disponibles en la página web del programa⁸³. Son proyectos que presentan un tema de salud de relevancia nacional, como la diabetes, las drogas, la sexualidad, por ejemplo, a partir de diferentes estrategias comunicativas tanto para los profesionales de salud, como para la población en general, tales como materiales de apoyo (guías, encuestas, legislación, etc.), audios (con informaciones para la orientación y aprendizaje), videos orientativos, además de cursos de capacitación para profesionales, entre otros. Esos materiales están disponibles para que sean utilizados por todos los municipios que constituyen los núcleos del programa, con el objetivo de mejorar la calidad del sistema sanitario y fomentar la educación en salud.

He revisado de manera sistemática dichos materiales a partir de una síntesis de las principales características del modelo informacional, basado en distintos autores, propuesta por las Araújo y Cardoso (2007). Las variables consideradas para el análisis fueron:

1. Linealidad;
2. Transmisión de los mensajes;
3. Bipolaridad;
4. Interferencia y ruido;
5. Planteamiento de la lengua como un conjunto de códigos con significados preestablecidos.

Como resultado, una primera particularidad de los materiales comunicativos analizados del *Telessaúde* es la linealidad. *Los documentos analizados trabajan con la comunicación bajo una lógica lineal, que atraviesa un camino sin variantes.*

⁸³ Cada núcleo del Telessaúde tiene un nombre específico para esta actividad, por lo que hemos optado por no elegir un único en este artículo, y hacen los materiales de acuerdo con sus necesidades y de manera distinta. Sin embargo, en muchos casos los temas coinciden, y la lógica de producción y uso de los materiales también son muy semejantes.

Como resultado de ello, contempla sólo una de sus dimensiones, la tecnológica, cuando en la comunicación también son movilizadas dimensiones afectivas, cognitivas, políticas, económicas, etc. Esas dimensiones no están presentes en los objetos comunicativos ofrecidos por el Programa, es decir, no son trabajados en los materiales otros factores que afectan a la salud, tales como las condiciones sociales, económicas o culturales.

Luego, hemos podido observar otra característica importante que es la transmisión de los mensajes de manera unidireccional, de un polo a otro sin oportunidad de interacción. Aunque exista la posibilidad del feedback, el retorno del mensaje no cambia esa característica en su esencia, pues no permite al receptor alterar las reglas de la comunicación: él solamente da una respuesta en cuanto a la posibilidad y el modo de apropiación del mensaje, lo que permite solamente al emisor reconstruir sus estrategias.

Con relación a lo apuntado anteriormente, los materiales comunicativos del *Telessaúde* cierran la comunicación entre los polos de la relación, dejando de lado las otras voces que componen la escena comunicativa. Lo que Araújo y Cardoso (2007) llaman de "bipolaridad", refleja un modelo fuertemente centralizado, reservando a unos, los emisores, el derecho a hablar y a otros, los receptores, la asignación de "decodificar" los mensajes recibidos. El receptor, como resultado, se percibe como uno que no tiene nada que decir.

También, en los videos, textos o audios disponibles para la población o bien los trabajadores de la salud, hemos podido observar que existe una intención de quitar toda la interferencia en la comunicación, es decir, eliminar los ruidos que puedan existir para volver la escena comunicativa aséptica como garantía del éxito del mensaje.

Por fin, y a su vez muy importante, es el planteamiento de la lengua como un conjunto de códigos con significados preestablecidos y estables, por lo tanto, susceptible de ser transferido. Brasil es un país con realidades socioculturales muy distintas, tanto en relación a los estados brasileños, bien como a las

desigualdades que existen dentro de una misma ciudad. Además, trabajar con temas relacionados con la salud presupone trabajar con personas de distintas edades, género, etc. De esa manera, el proceso comunicativo debe considerar esa diversidad.

Esa característica impone a la comunicación una dificultad en comprender los significados que no están presentes en las palabras, pero que son dinámicos y se producen en la relación comunicativa entre los interlocutores: dependen de conocimientos previos, expectativas, legitimidad, intereses, o sea, numerosos factores que influyen la escena comunicativa.

Consideramos, así, que los materiales comunicativos del programa *Telessaúde* están enmarcados en la matriz informacional. Los materiales educativos, bajo esa perspectiva, están alineados con las estrategias de la comunicación para el cambio de comportamiento, muy utilizada en el modelo difusionista, y largamente utilizada en los procesos comunicativos en las estrategias de promoción de la salud.

4.1.3.2. *Presentación del Núcleo Telessaúde Bahia*

Otra estrategia de entrada en el territorio del *Telessaúde* para componer los análisis de este campo en la investigación fue el contacto con trabajadores de un núcleo específico del programa, en coherencia con la característica multimétodo de los estudios de caso a partir de la combinación de distintas herramientas metodológicas y conceptuales. Considerando la multiplicidad de territorios, prácticas y núcleos del programa en todo Brasil, he realizado una aproximación con el núcleo de *Telessaúde Brasil Redes – Bahia*⁸⁴.

Es un proyecto reciente, que inició sus actividades en el año 2013, y nace con un reto atender a los 417 municipios del estado. El proyecto resulta de una coordinación entre distintas instituciones, órganos gubernamentales, municipios,

⁸⁴ Bahía es una de las 27 unidades federales de Brasil, se encuentra en el sur del Nordeste, y la capital del estado es Salvador, la tercera ciudad más poblada de Brasil. A pesar de ser la octava economía más grande de Brasil, se observa un marco de mala distribución de la riqueza, reflejado en el sexto menor índice de desarrollo humano (IDH) de Brasil.

además de instituciones educativas que ofertan a los trabajadores materiales educativos y apoyan a los profesionales del núcleo en la toma de decisiones, por medio del acceso a las fuentes actualizadas de informaciones científicas.

Por lo anterior, es posible destacar que ese núcleo está enmarcado en el momento del Programa donde la estrategia está en poner foco en los municipios y descentralizar el programa, ubicado anteriormente en las universidades, en lugar de la centralidad que había adquirido las actividades de tele-educación. Además, tiene un carácter más regional, localizado, y con el objetivo principal de promover soporte asistencial. Asimismo, busca constituirse como una herramienta de apoyo a la educación para los equipos de la ESF.

El núcleo ofrece a los equipos de salud de los municipios las diversas opciones presentes en el programa a nivel nacional: teleconsultoría, segunda opinión formativa, telediagnóstico y tele-educación.

Este caso de análisis es un *espacio formal de telemedicina*, cuyo discurso oficial es el de calificar y mejorar las acciones relacionadas a la salud. De esta manera, *pone en evidencia un uso de las TIC para sanar los problemas de salud de lugares menos favorecidos de Brasil*, y de alguna manera depositan en las TIC y las tecnologías en general las expectativas de desarrollo de sistemas de salud, de comunicación entre los actores, entre otros.

Así, fue posible reflexionar sobre cómo una mirada hacia las ofertas de las TIC y las perspectivas de la comunicación tensiona los espacios de participación de los trabajadores. Es un espacio que me ha proporcionado también el análisis del desarrollo de capacidades y la construcción de espacios de reflexión sobre el uso de las TIC por parte de esos trabajadores del campo de la salud, considerando que son ellos también analizadores de la participación.

Comprender, desde la mirada de los trabajadores de salud, cómo se da la participación en los procesos comunicativos también es objeto de estudio de esta investigación. Entendemos que al contemplar tanto los usuarios como los trabajadores, y solamente en esta condición, tendremos bases para una visión

más global del tema, donde los informantes que componen los servicios podrán construir una narrativa de lo qué y cómo está sucediendo la participación en los procesos comunicativos en salud a partir del uso de las TIC en esos espacios analizados.

4.2. Elección de las categorías analíticas: producción de sentido en el análisis de los casos de estudio

En mi recorrido investigativo, he utilizado la codificación como manera de organizar y también examinar los datos que iban emergiendo del campo de estudio, sin una separación entre la recogida de las informaciones y sus análisis. De ser así, las categorías o conceptos que las categorías representan provienen de la apuesta teórico-metodológica de la investigación: teorías, investigaciones publicadas, estudios anteriores, temas presentes en las entrevistas, o bien de interpretaciones que producía a lo largo de la investigación sobre el objeto de análisis (Gibbs, 2012).

Eso implica afirmar que todo el recorrido y presentado hasta el momento es considerado como el campo de la investigación, siendo que cada apartado de los capítulos anteriores fueron también definidos a partir de todo el cruce y análisis de la información recogida, sea la revisión documental o los estudios de casos. Todo el material tiene una coherencia a partir de la perspectiva relacional de la comunicación que se busca para comprender y avanzar en el análisis de la participación en el campo de la comunicación y salud a partir del debate del uso de las TIC.

Teniendo la producción de sentido como un elemento importante de perspectiva relacional, fue posible ampliar la discusión misma de las categorías en las prácticas discursivas, utilizadas aquí como estrategias para hablar, explicar, organizar y dar sentido al mundo, cuyas especificidades están relacionadas con el contexto en el que se las producen (Spink, 2013). Así, las categorías que presentaré representan una multiplicidad de posibilidades de utilización y sentidos, apoyando el entendimiento y la discusión de los casos.

Por lo anterior, en lugar de empezar el análisis con una lista dada de códigos, he optado por trabajar con la codificación abierta, buscando un nivel de codificación más centrado en categorías, es decir, más analítico y teórico (Gibbs, 2012). Además, en el camino he respetado la flexibilidad que me permitía una mirada

más cualitativa al proceso investigativo, modificando y alterando el análisis durante todo el proceso. En este propósito, no he buscado una traducción de los fenómenos al nivel conceptual, pero su papel en las prácticas sociales, que he buscado reforzar no solo en los estudios de caso, como en toda la investigación.

Las categorías, de esta manera, fueron establecidas a la luz del contexto en la cual se utilizan y para dar soporte a la discusión que se pretendía emprender. Eso significa que los diferentes momentos de la investigación también representaron contextos de producción para los que fue necesario establecer categorías que orientaron el análisis. Si bien en un primer momento he lanzado mano de mis gafas para construir categorías a partir de elementos teóricos y conceptuales, también fruto de esta interacción permanente con la práctica, a medida en que iba avanzando en la investigación he profundizado en nuevas producciones (Ruiz Olabúenaga, 1996; Valles, 1999). Esta organización me ha permitido organizar el trabajo y comprender los planteamientos iniciales que me hicieron interaccionar con el campo de estudio y buscar explicaciones para lo que estaba pasando. “Por supuesto, nadie empieza con una carencia absoluta de ideas. El investigador es a la vez un observador del mundo social y una parte de ese mismo mundo” (Gibbs, 2012).

4.2.1. Un primer nivel de análisis: ordenando la mirada al objeto de estudio

Hechas las consideraciones anteriores, destacamos un primer nivel de elementos organizadores más generales del campo de la comunicación y salud que compusieron una primera aproximación al análisis del objeto de la tesis, y que ha sido importante como dispositivos para la matriz de análisis de los casos durante todo el proceso de investigación. Son ejes vitales que componen el análisis de la participación en el campo de la salud a partir del uso de las TIC. Sin imponerla como definitiva al principio de mi trabajo, esta codificación abierta inicial fue inevitable para una primera sistematización y orientación de los datos, y configura para la investigación el primer grande campo de visibilidad.

El primer elemento hace referencia *al objeto de la acción*, que es la intervención médica analizada a partir de la comunicación para la salud y la participación, observando si las experiencias que fueron analizadas del uso de las TIC en el ámbito de la salud, examinados a partir del eje de la participación, promueven una ampliación de este objeto, es decir, si el proceso comunicativo cambia de alguna manera la percepción de que la intervención médica es más que un proceso salud/enfermedad, detectado a partir de signos y síntomas, sino que hay otros elementos que interfieren en este proceso, tal como el contexto y las singularidades de los individuos.

El segundo campo de análisis es el de la *instrumentación*, o sea, en qué medida el uso de las TIC en el campo de la salud y la participación en los procesos comunicativos permiten la construcción de un conocimiento colectivo que se puede acceder, con el objetivo de proporcionar nuevos conocimientos acerca de lo que está siendo identificado en la práctica. En este caso, son elementos que se proponen ayudar a identificar el problema y ayudar a actuar sobre el problema.

Finalmente, el tercer gran componente de análisis es la *calificación*. Eso porque las acciones analizadas no se proponen solamente a actuar en el objeto o bien a instrumentar la acción profesional, sino que tienen la intención de calificar la manera de cuidar y de ser cuidado, es decir, promover la participación con la intención de mejorar la atención, mejorar la calidad de vida, mejorar el conocimiento del usuario, entre otros.

4.2.2. Las categorías centrales: los sentidos y la participación en el centro del debate

Un segundo nivel de análisis, también orientadores generales de los casos, ha emergido a partir de la profundización en la perspectiva relacional de la comunicación con la cual he trabajado y a partir de la mirada hacia el campo de la salud como un campo relacional. Son las categorías: **producción, circulación y reconocimiento**. Son elementos de esa perspectiva, agregados a otros

referenciales teóricos, que están en la base de las categorías que han emergido de las entrevistas.

Esas categorías funcionan en el análisis emprendido como *categorías centrales* en torno a las cuales he podido tejer la descripción narrativa y conceptual a partir de elementos de la teoría fundamentada con la cual he trabajado. “De acuerdo con la teoría fundamentada, la categoría nuclear debe tener un sólido fundamento en los datos recogidos. Se trata de una entidad conceptual central y recurrente, relacionada de manera sustancial y rica con otras categorías y con considerable potencia para el análisis” (Gibbs, 2012).

En efecto, si bien tales instancias se refieren en general a la perspectiva relacional de la comunicación, una de las cuestiones que emerge con más fuerza de mi investigación es el reconocimiento de que en las distintas perspectivas de la comunicación existen instancias de producción, de circulación y de reconocimiento, pero que se configuran y se mezclan de maneras distintas tensionando la participación de las personas. Así, como categorías centrales tales instancias adquieren una relevancia distinta, donde he podido relacionar otras ideas temáticas que han surgido de los casos de estudio.

Eso implica reconocer también que *tales instancias se visibilizan a través del modo como se configuran según la especificidad de cada lugar, y que a partir de esas especificidades cabe la discusión de la participación.*

Esto porque he podido comprender a lo largo de la investigación que la participación no tiene en sí misma un carácter positivo o negativo, no existe bajo valores como la verdadera o la genuina participación, como también no está dada de antemano según prevé cierta estrategia o herramienta. Así, se destaca que no existe una relación dicotómica entre el plano discursivo de ciertas intencionalidades y su efectiva concreción en las prácticas, es decir, no necesariamente aquel que enuncia la participación la realiza.

Más bien, *la participación está relacionada a la posibilidad de circulación y negociación* de la multiplicidad de sentidos sociales que existen en los procesos

comunicativos, que a su vez va más allá de los medios de comunicación. *Reconocer esa multiplicidad y legitimar otras voces en la escena comunicativa en el campo de la salud* son principios importantes previstos en la perspectiva relacional. Eso caracteriza procesos participativos más equitativos y democráticos.

Como ya aclarado en capítulos anteriores, las perspectivas comunicativas y su efecto en la participación en salud están enmarcadas en la manera como estas categorías se relacionan, y los usos de dispositivos como las TIC están también mediados por estas influencias, creando contextos singulares que interesan traer al debate

La producción, la circulación y el reconocimiento son conceptos que están también enmarcados en una disputa de sentidos y del poder en la sociedad: cómo concebir la comunicación y quiénes son los que tienen ese derecho (producción); dónde el material comunicativo o la información deben circular, en especial donde no deben llegar (circulación) y desde qué instancias – instituciones de salud, médicos, profesionales de la salud, etc. – la comunicación en salud es considerada legítima, las informaciones verdaderas, etc (reconocimiento).

Significa entonces que las categorías centrales me han permitido analizar los diferentes efectos producido en los diferentes modos de participar. De esa manera, gran parte de la variación en el comportamiento, las acciones, el lenguaje y las experiencias relevantes se puede explicar por referencia a ellas, dando soporte, incluso, a explicar los casos contradictorios o alternativos (Gibbs, 2012).

4.3. Las categorías analíticas: actualizando el análisis en las prácticas

Por lo anterior, las entrevistas fueron analizadas a la luz de esas instancias: producción, circulación y reconocimiento, ordenadoras y nucleares en las categorías propuestas para los análisis. Vale resaltar que aunque sean ellas ordenadoras, no necesariamente aparecen de manera literal en cada una de las categorías que se presentan a continuación, sino que sus presupuestos teóricos, añadido a otros referenciales por los cuales he caminado en la investigación, han ejercido una influencia en la lectura de las entrevistas y producción de las categorías.

También, esas instancias presentan al campo de la comunicación y salud un reto de promover los principios del SUS presentados en el capítulo anterior: los llamados principios doctrinarios – universalidad, equidad y integralidad -, y los organizativos – descentralización, jerarquización y participación, matices importantes que componen la lectura del material hemos recogido de las entrevistas y pesquisas realizadas.

Es importante considerar que las categorías no son independientes, se interaccionan en la producción de sentido de ese campo. Además, no se agotan en sí mismas, son una producción de ideas y conceptos que reflejan un determinado momento del contacto con el campo.

A manera de resumen, presento una tabla con las categorías de la matriz de análisis.

Categorías iniciales	Objeto de la acción: Intervención médica analizada a partir de la comunicación para la salud y la participación	Instrumentación: El uso de las TIC en el campo de la salud y la participación en la construcción de un conocimiento colectivo.	Calificación: El uso de las TIC - calificar la manera de cuidar y de ser cuidado, es decir, promover la participación con la intención de mejorar la atención, entre otros.
Categorías centrales	Producción	Circulación	Reconocimiento
Las categorías situadas en los estudios de casos			
<i>Rádio Maluco Beleza</i>		<i>Telessaúde Brasil Redes</i>	
1. El uso de las TIC: un dispositivo de activación de un circuito de producción y expresión de los sentidos	El uso de las TIC, si bien apuntan a una participación más activa, por si solas no logran cambios en los procesos comunicativos. Es necesario que sean las TIC dispositivos de participación, en un proceso que esté él mismo atravesado por un cambio en la manera de concebir la comunicación.	1. Una propuesta lineal de la oferta: unidireccionalidad desde o campo de comunicación, de la Atención Básica y del Ministerio de la Salud	Lógica unidireccional y lineal de la comunicación, que corresponde al clásico camino emisor – mensaje – canal – receptor. No solamente las estrategias comunicativas actúan bajo esa linealidad, sino que esta lógica implica otras acciones unidireccionales en la oferta: los discursos de la APS, de la promoción y prevención, o también la prevalencia de los discursos oficiales, como la voz del Ministerio de la Salud.
2. Producción de otros sentidos sociales: realizar comunicación, comprender los diagnósticos, etc.	El proceso comunicativo establecido debe posibilitar la producción y circulación de otros sentidos, es decir, poder hablar, poder expresarse, permite a las personas resignificar ideas y conceptos. Los sentidos tienen el atributo de la pluralidad y del dinamismo, y designa algo en construcción permanente, es decir, los sentidos son producidos en situación, en un ato comunicativo.	2. Racionalidad de la mirada médica hegemónica responsable por la organización, manutención y circulación de las bases informacionales en salud	Una perspectiva lineal de pensar la comunicación, bien como la participación coincide con un <i>modus operandis</i> de la racionalidad médica hegemónica, basada en un sistema de conductas del proceso salud/enfermedad. La enfermedad, bajo una mirada hegemónica en la salud, tiene su significado hacia el individuo, el portador del cuerpo enfermo. Eso implica la creación de conocimientos específicos, de clasificación, los cuales serán la base para la clasificación de las enfermedades.

<p>3. Reconocerse: construcción de redes e producción de modos de existencia</p>	<p>La perspectiva relacional considera que se produce sentido no sólo en las instancias de producción y circulación (lo que, simplificando, vendrían a ser el emisor y el canal en la perspectiva instrumental) sino también en la de reconocimiento. Somos todos no solo productores de sentidos, sino que productores y responsables por la circulación de los sentidos, no dejando solamente a las instancias oficiales este proceso, tal como prevé la perspectiva instrumental.</p>	<p>3. Mediador tecnológico X Dispositivo de diálogo</p>	<p>Reproducción de las figuras de los mediadores en la comunicación, como el modelo de la comunicación en dos pasos. La cuestión que se pone de relieve es ¿qué tipo de diálogo contiene el Telessaúde en cuanto mediador tecnológico? Esa mediación, bajo el uso de la tecnología, funciona como un “dispositivo más eficiente de codificación del mensaje, un “traductor” autorizado del conocimiento.</p>
<p>4. Polifonía: el campo y el sujeto con muchas voces</p>	<p>Según Bakhtin (1992), en cada habla, enunciado o texto, está expresada una multiplicidad de voces, aunque la mayoría no sea consciente por quien habla. Las voces representan distintos intereses y posiciones en la estructura social, hecho que hace con que el lenguaje sea un campo de disputas sociales, en el cual son propuestas, negociadas y ratificadas o rechazadas las relaciones de poder.</p>	<p>4. Producción de la comunicación como una relación: la línea de fuga de los equipos</p>	<p>Proceso de captura y producción de líneas de fuga por parte de los trabajadores: tentativa constante de producir la comunicación con los trabajadores de la salud a partir de una lógica dialógica y relacional, considerando el encuentro entre las personas como el productor del acontecimiento.</p>
<p>5. Autonomía e Apropiación: ejercicio de libertad</p>	<p>Dos importantes temas que emergen de la perspectiva relacional de la comunicación aparecen en las entrevistas: autonomía y apropiación. La posibilidad de apropiarse de algo es un parámetro importante para la equidad en la salud, y no solamente es posible en la medida en que el dispositivo de comunicación ofrecido es adecuado, como también que se les otorguen la oportunidad de producir todas las etapas de la comunicación.</p>	<p>5. La participación como problema: el reconocimiento de los profesionales de salud en el programa</p>	<p>La no participación más efectiva de los trabajadores en la plataforma, aunque utilicen distintos medios de comunicación para comunicarse, pero no llegan a utilizar el <i>Telessaúde</i>, justo en una oferta que se reconoce como una tecnología de comunicación. Eso genera en el equipo una constante búsqueda por soluciones, alternativas y tentativas de comunicación.</p>
<p>6. Diferencia y repetición en el cuidado</p>	<p>Tener el presupuesto de la comunicación como dispositivo de producción de sentidos, significa también enfrentar una disputa importante en el campo de la salud que es la manera de</p>	<p>6. Acceso virtual: la tensión entre problema de infraestructura y la percepción de necesidad</p>	<p>El tema del acceso, desde la mirada de la infraestructura, es una cuestión importante no solamente en la entrevistas, como también en todos los documentos que hemos</p>

	<p>ver el sufrimiento de las personas como una enfermedad, en un proceso lineal y de repetición que entiende que para enfrentar ese problema, existen estrategias específicas, científicas, definidas por los profesionales de la salud, para solamente de esa manera llegar a una condición real de salud (Merhy, Feuerwerker y Cerqueira, 2010).</p>		<p>analizado sobre los procesos de e-Salud, es decir, la importancia y la problemática que puede tener la implementación de esos programas en lugares donde la infraestructura básica es deficiente.</p>
--	--	--	--

Presento a continuación las *categorías situadas en los casos de estudio y la discusión* emprendida no solo a partir de las entrevistas, como también a partir del cruce constante y sistemático con todo el aporte teórico en producción: de toda la literatura, autores y teorías que han permeado la investigación.

4.3.1. Categorías situadas en el caso *Rádio Maluco Beleza*

Los trechos de las entrevistas están identificados en el texto a partir de los siguientes códigos: *Entrevistas Individuales (I)* - un comunicador del proyecto (C.I), un psicólogo de la red de salud mental del municipio (P.I) y dos locutores⁸⁵ de la radio (L.1.I y L.2.I). *Grupo focal (GF)* con nueve locutores de la radio (L.1.GF; L.2.GF, sucesivamente hasta L.9.GF).

El uso de las TIC: un dispositivo de activación de un circuito de producción y expresión de los sentidos

Como apuntado y analizado a lo largo de esta investigación, trabajo con el presupuesto que el uso de las TIC, si bien apuntan a una participación más activa de las personas en la comunicación, por sí sola no logran cambios en los procesos comunicativos. Esto porque las modalidades de la comunicación vinculadas a su práctica no están alejadas de la coerción de otras órdenes que influyen en la sociedad, de estrategias que buscan la manutención de una legitimidad de aquellos que pueden hablar sobre la salud - las instituciones, los médicos - como también qué decir y cómo hacerlo – el proceso dicotómico de salud/enfermedad, cuyas estrategias de enfrentamiento se basan en las teorías comportamentales (con la información adecuada es posible alcanzar un cambio adecuado en el comportamiento de las personas).

Así, es necesario que sean las TIC dispositivos de participación, en un proceso que esté él mismo atravesado por un cambio en la manera de concebir la comunicación, como se destaca de la propuesta de la institución. Fue posible observar que las distintas actividades sugeridas -cursos, eventos, medios de comunicación- reflejan una *ampliación de las ofertas para los usuarios de la red*

⁸⁵ Se ha optado llamar a los participantes de la radio de locutores, respetando la manera como describen a sí mismos (en portugués, esta palabra remite a la palabra locura). Son o fueron usuarios de la red de salud mental, como también miembros de la comunidad en general.

de salud mental, como dispositivo de activación de un circuito de producción y expresión de los sentidos.

Estas cuestiones emergieron en las entrevistas, y se destaca que el uso de las TIC, a través de la radio online, ha ampliado el espacio de poder decir lo que uno quiere.

“Quando entra rádio online em 2010 muda tudo, porque na verdade o MB é programa que e veiculado na rádio da prefeitura, e a rádio da prefeitura não deixa a gente falar tudo. Os usuários não expressam tudo o que eles querem. Então a gente tem que ouvir toda a gravação e cortar tudo o que não pode ser veiculado naquele espaço, como menção ao governo ou pessoas. E se não é feito essa seleção aqui, eles barram todo o programa na rádio. Isso já aconteceu” (C.I)

Se observa que la producción del programa transmitido mensualmente en la radio pública de la ciudad viene cumpliendo un importante papel de romper con la matriz clásica informacional en las instancias de circulación y producción de la comunicación. Sin embargo, a partir del espacio abierto que les fue proporcionado en la radio online, los participantes alcanzaron un mayor grado de libertad en la producción de los programas, de los temas trabajados, etc.

“A rádio online vem trazer essa liberdade de falar o que quiser de fato. Muda porque se bem eles são os protagonistas do MB, mas muda que eles vão produzir o programa deles. A gente ajuda quando eles sentem necessidade de algo, então conversam e dialogam para aprimorar, mudar, colocar quadros, etc. Eles ficam mais na produção de fato: escolhem os entrevistados, criação do nome, cada um cria o seu, escolhem o tipo de programa, uns querem de música, outros de entrevistas, outro quer misto. E nisso que muda” (C.I)

Además, los participantes de la radio entienden que con la radio online, la capacidad de conexiones y creación de red ha sido ampliada.

“Muda porque ele é produzido, gravado e editado, tem oportunidade de ser ouvido no mundo inteiro. Posso usar a própria tecnologia da internet, por exemplo, posso mandar um recadinho no Facebook para um amigo meu sobre o programa que eu gravei, ouça meu programa, através da rede social posso também colocar recados e falar do meu programa, uma forma de fazer propaganda. Muda a dimensão. Antes fazer apenas o MB, que é um programa municipal, só de manhã, agora tem a rádio online tem o mundo inteiro para te ouvir. E são poucos os programas de rádio online na área da saúde mental que a gente tem conhecimento” (L.1.I)

Dicen que con la radio en Internet, no solo toda la gente les puede oír, sino que también pueden conectarse a través de las redes sociales, profundizando el propio circuito de producción, circulación y expresión.

“Com a rádio online você tem a opção de estar em mais lugares que só a pessoa clicar e já está te ouvindo, Mesmo que a pessoa me conheça pessoalmente, ela tem a oportunidade de ouvir a minha voz. A rádio online nos leva para o mundo” (L.2.I)

Los participantes del grupo focal también hablaron de los beneficios percibidos a partir de la radio online. Tener un espacio más amplio de expresión, individual o colectivo, participar de toda la producción del programa, expresarse sobre temas variados, son cuestiones relevantes para los participantes.

“Tive o prazer de entrevistar um radialista de uma rádio aqui de Campinas. E foi um prazer muito grande ter ele aqui conosco, porque além desse nosso trabalho ser feito aqui online, nós temos também um programa que vai para a rádio aberta, no caso seria a rádio Educativa, que coloca nosso programa MB ao ar também, via FM, e isso é uma coisa muito legal, porque além de fazermos o nosso trabalho online, nosso trabalho também vai para a população em geral independente de ter ou não um microcomputador em casa, um aparelho qualquer, nós estamos em vários lares. E eu acho isso muito bacana, porque estamos em muitos lugares” (L.1.GF)

Además, en el grupo focal esta categoría fue marcada por la posibilidad de poder circular los programas con más facilidad, agilidad y “para todo el mundo”, como expresaron. Las posibilidades que emergen de las TIC, tales como la producción de contenidos, espacio para divulgarlos, ampliación del territorio donde pueden llegar los programas, entre otras cuestiones, son aspectos que aparecieron con fuerza en los participantes del grupo focal.

“Uma coisa que eu acho interessante porque ao mesmo tempo que eu estou aqui, a minha voz está lá fora do país. Para mim isso é muito interessante, a gente ter a capacidade através da rádio online de mostrar o conteúdo que a gente tem, não só para quem está no Brasil, mas para quem está fora também. Esse mundo virtual veio para melhorar o nosso sistema mundial” (L.3.GF)

Esta producción que trabaja con las TIC desde una mirada relacional también es considerada como una ampliación de la oferta de una manera de cuidar que sitúa las personas en la centralidad de los procesos de salud.

Na hora que a gente consegue ter esse aparato tecnológico a nosso serviço, para ter a rádio aqui dentro, com um estúdio, com a possibilidade de flexibilizar as grades no sentido de poder ofertar mais. É maravilhoso. Vejo uma ampliação de ofertas, daquela janela e porta que eu te falei antes. Se antes eu tinha que formatar um programa para durar uma hora na rádio educativa, eu tenho estúdio 24 horas aberto aqui para dar voz a quem não chegava na educativa. Isso é mágico (P.I)

Producción de otros sentidos sociales: realizar la comunicación, comprender los diagnósticos, etc.

Por lo anterior, se percibe que el proceso comunicativo establecido en este espacio posibilita la producción de otros sentidos, es decir, poder hablar, poder

expresarse, permite a las personas resignificar ideas o conceptos muy arraigados tales como la comunicación, la locura, los diagnósticos, la enfermedad, etc.

La responsable por la comunicación de la institución apunta dos movimientos interesantes en su entrevista: un movimiento particular, en el cual ella misma ha resignificado el tema de la locura, considerado hasta entonces un tabú en su vida, generando miedo y angustia.

“Tinha medo no início, pois quando entrou não tinha o ponto de cultura tal como é hoje, então era muito triste porque ficava todos os corredores fechados, só tendo atividades uma vez por semana quando tinha reunião do programa Maluco Beleza (...) Depois começou a melhorar. Acho que a gente fantasia muito em relação aos usuários da saúde mental. A gente não sabe como agir, não sabe como funciona. A gente ouve falar de surto, de agressão. Mas não é bem assim” (C.I)

También, apunta para un intenso movimiento de los propios participantes, que cambian su lugar a partir de la participación en la radio: salen de una posición única, impuesta por la limitación del diagnóstico de la locura, para un lugar de múltiple producción de comunicadores, de militantes de la salud mental, se presentan como periodistas en eventos, son invitados a ser conferencistas, son músicos, cantantes, etc.

“Se você for ver, muitos temos uma coisa depressiva, se depressão é um diagnóstico psiquiátrico, todo mundo tem seu momento melancólico, depressivo. Aqui os diagnósticos se dissolvem, o que é fantástico, porque todo mundo aqui é tratado como igual, ele também é um comunicador, ele também é um locutor, ele também é um jornalista, fazemos a mesma coisa, produzimos a mesma coisa, produzimos juntos. Eles falam dos temas que interessam, se colocam muito bem. (...) Muitos se interessam por música. Acho que muitos usuários da saúde mental são artistas. Todos tem composição própria, música, poema, quadro, tem muita produção. Eles chegam dizendo que tem uma música própria e se podem gravar no estúdio. Eles mesmos agendam horário, buscam batidas no computador, pensam na música. Saem realizados e felizes. (...) Nas palestras, por exemplo, a

gente apresenta, mas eles conduzem a conversa. (...) Se apropriaram de fato desse fazer comunicação. Essa troca que temos com o usuário da saúde mental. Além de nós que trabalhamos com eles adquirir esse conhecimento, beber dessa fonte, mas gera para outras pessoas. Eles participam de várias palestras em diversas áreas, visitas ao MB, procuram para fazer projetos de fim de ano da graduação aos montes” (C.1)

Los participantes de la radio también comparten de esa misma visión. Hablan de un lugar mucho más amplio que la locura: se presentan como comunicadores, que aunque tengan también una enfermedad mental, ésta aparece como una característica que no determina la manera como interaccionan en la vida.

“Aqui não estamos preocupados não só com o CID que ela tenha, com medicação (...) Esse é o diferencial. A gente tem também esse crachá de jornalista, de repórter, é muito importante para nós também isso” (L.1.1)

“Como te falei, nós somos os porta-vozes daqueles que se calaram por muitos anos. Você vai hoje nas residências terapêuticas, vê muitos idosos com sequelas de como era o tratamento no passado. Hoje fazer um programa de rádio é uma coisa inédita. Não só eu como toda a equipe da rádio Maluco Beleza. Todos nós temos os nossos sofrimentos, mas toda quinta-feira nós estamos aqui pontualmente para fazer um programa de rádio. Porque nós gostamos de se comunicar, eu gosto quando falam “eu te vi na televisão”, “eu escutei você no rádio”, a gente acha muito gratificante isso. Isso é uma coisa que não se tira da gente”(L.2.1)

Relatan también que la voz de los pacientes de la salud mental era muda, es decir, no tenía derechos. Esto tiene relación con el modelo lineal también de la concepción de la salud, que la entiende como un proceso de salud-enfermedad, sin ver a los sujetos como una producción de modos de vivir que supera una producción dicotómica y cerrada. En las entrevistas, todos apuntan para esa disputa en el campo de la salud.

“Aqui contempla outras dimensões, as relações, as ideias, e uma coisa muito importante: como mudou a saúde mental. Antes, a gente não tinha direito a voz. Hoje, a nossa voz tem muitos direitos. Quando você ia imaginar um paciente falando na rádio? A voz do paciente na saúde mental era uma voz muda. Ele não tinha direitos. Por exemplo, antes quando o paciente estava internado e chegava um telefonema para ele, as vezes demorava mais de 20 dias para ele saber. Hoje em dia, com a comunicação, a nossa própria voz está saindo para fora, não só dentro do município, mas para através da rádio online a gente está no mundo todo. Além de produzir todos os nossos programas, a voz tem os direitos e dá voz para outros que muito se calam infelizmente nos porões do manicômio, dos sanatórios e até faleceram sem ter o direito a essa voz. Por isso a importância da nossa bandeira da luta antimanicomial, para que não retorne antigos costumes” (L.1.I)

“Quem disse que um esquizofrênico faria um programa de rádio? Um esquizofrênico, que tem problemas mentais, que tinha alucinações. No passado você era confinado ao manicômio a vida inteira. Talvez se eu tivesse esses sintomas que tenho hoje, fosse no passado eu estava ferrado. Ia ficar em um manicômio para o resto da vida. Porque não tinha remédios suficientes, não tinha profissionais suficiente antigamente. Quem disse que paciente psiquiátrico faria programa de rádio nas décadas de 40, 50, 60?” (L.2.I)

Además, el propio desarrollo de la comunicación, de los programas de la radio, de las entrevistas, no está condicionado a una determinada manera de producir la comunicación, tal como vemos cotidianamente en los periódicos. Los participantes se preocupan en elaborar un programa con calidad y que interese a la gente, pero que no esté determinado por reglas fijas, ni asumen ningún tema que sea obligatorio o prioritario. Los temas relacionados con la salud por veces se queda olvidado, porque dicen que hacen salud con la radio.

Una vez más, es posible observar la disputa con el modelo informacional, que cierra la comunicación en dos polos de la conversación, sin interferencias, con sus reglas y legitimidades. Además, este modelo, por lo general, determina los

temas de una manera a homogenizar los intereses que en realidad son múltiples y diversos.

“Poder fazer a comunicação é totalmente diferente, porque aqui é tudo totalmente democrático. Somos nós que fazemos tudo. A gente escolhe tema, escolhe música, escolhe quem vai fazer o que, se esse mês eu quero fazer entrevista, o outro mês troca quem faz. É como se fosse de baixo para cima. O vídeo da diabetes ele já vem pronto, montado de uma agência publicitária, aqui é tudo criado com nossas capacidades, com nosso jeito de ser e de fazer. E isso para nós é o melhor, é o que dá mais certo” (L.1.I)

La psicóloga también refuerza estos temas y cuenta que el lugar de los manicomios, del loco y de la locura en el imaginario de nuestra sociedad está muy arraigado en territorios negativos, y quitar esas barreras es un esfuerzo inmenso, pero que están logrando con la radio.

“Para o nosso campo, e aí tem outra imagem que eu uso demais: foram 200 anos construindo os manicômios, e 20 poucos anos (reforma psiquiátrica), é muito pouco tempo para tirarmos os muros, as barreiras que os 200 anos de história impõe para o lugar da loucura. Então, por mais que a gente tenha tido esse terreno propício, que tivemos atores, um protagonismo e a intenção, a gente ainda precisa fazer muito mais. A gente vive falando que precisamos falar do que a gente faz, precisamos divulgar mais, precisamos estar na mídia, precisamos melhorar a imagem da instituição. Então, é um projeto que nasceu há 12 anos, mas que precisa de alargar e muito. Precisa continuar tendo muita vontade” (P.I)

También, afirma que el actor principal en un proyecto de comunicación en un servicio de salud mental debe ser el propio usuario, es decir, el portavoz de su propio proceso de salud. En este sentido, afirma que cambia también la idea que tienen los propios trabajadores de la salud acerca del proceso terapéutico de los pacientes. Si bien existe por un lado la necesidad de un movimiento más duro, de la clínica y de los medicamentos específicos, también existe un otro proceso que es relacional, y que posiciona a los pacientes más allá de enfermedad. Eso

implica un cambio en el modelo de atención a los usuarios de la salud mental, que también se configura como un campo de disputas de sentidos en la salud.

“Quando você pensa um projeto de comunicação dentro da saúde mental, quem é o ator principal? O usuário. Ele que é porta-voz disso. E aqui é ele quem pega o microfone da rádio e diz que é a locutora do programa MB. (...) Porque a gente tem uma pessoa que tem uma história dentro de um manicômio e hoje ela está sendo protagonista dentro de uma rádio online. (...) Quando eu falo que tinha um terreno propício, é porque permite um protagonismo de atores importantíssimos nesta história que são os usuários. A gente deu voz aos usuários a partir deste projeto. O percurso da reabilitação ainda tem algo de um trabalho duro que é o da clínica. Refazer os espaços de cuidado, até você ter de fato pontos de produção de vida, tem um gap nesta história” (P.I)

Además, es un disputa que involucra a todos los actores: trabajadores y usuarios, y solamente en esta relación que se establecerá otra dimensión del cuidado. Una otra perspectiva de trabajar la comunicación en la institución también fue fundamental en el proceso.

“Existe na instituição uma intenção de algo aconteça, porque a gente pode dizer que as ações de comunicação estão dadas, que elas permeiam o nosso cotidiano, mas se você não tiver intenção de aquilo aconteça, isso não acontece. (...) Esse encontro, nesta instituição teve uma comunicação que se apresentou permeável para a saúde mental e a saúde mental se tornou permeável para essa comunicação. Então teve essa vontade de se misturar. Eu poderia ter aqui só uma assessoria de comunicação e encomendar uns releases, para anunciar de forma objetiva que eu trato de pessoas de uma outra maneira” (P.I)

Tal como en las entrevistas, los participantes del grupo focal hicieron una ruptura con los referentes clásicos de la comunicación, posicionándose como quienes hacen comunicación, pero de una manera distinta y mejor, según ellos mismos. En el espacio de la radio online, pueden ejecutar sus programas con más tiempo y dedicación, pero lo hacen con mucho cuidado, para que el producto final sea de

calidad: buscan fuentes, músicas, entrevistas, oyen a sus programas para ver qué pueden mejorar, demandan ayudas especializadas.

“Aqui não tem aquele cronograma que você olha na televisão, ela passa de cima embaixo correndo. Aqui a gente fala e as pessoas entendem o que estamos falando. Agora na televisão, por exemplo, é um segundo, aquilo desce que não dá nem tempo de você ler a primeira que já está na última. Dá mais um espaço de alguns segundos que você consegue ler tudo o que está passando ali. Prefiro a rádio online, a rádio MB” (L.2.GF)

“Eu trabalhei em uma emissora de televisão aqui em Campinas durante vários anos, como operador de áudio e depois como controle mestre. Esse um segundo que você falou, você não imagina o quanto custa dentro de uma rede de televisão. E realmente, é horrível a quantidade de comerciais que você vê dentro de uma emissora de televisão. Aqui pelo menos o nosso trabalho é aberto, não tem esse desgaste que é o comercial, que para eles é importante, claro, para manter a emissora, mas, para nós não temos essa necessidade, ainda bem” (L.1.GF)

También, queda evidente en la discusión la necesidad de cambiar algunos conceptos tan arraigados como la locura, que encierra a las personas en una única categoría, a lo que la comunicación ha respondido por muchos años con un silenciar de esas voces y la estigmatización de las personas que sufren alguna enfermedad mental. Los participantes afirman que se sienten con más capacidades, y que tener un espacio como la radio les permite expresar sus distintas competencias. Así, rompen con la idea única de que “para los locos, el manicomio”.

“Para mim a rádio é muito importante na minha vida, e quero continuar bastante tempo para contemplar essa vitória nossa, que não é fácil. A gente ouve vozes, tem esquizofrenia, é bipolar, e você fazer programa de rádio. Quem disse que no passado o paciente psiquiátrico faria um programa de rádio, hoje é possível isso.

Hoje qualquer um pode entrar no site da instituição e ouvir os nossos programas. Pode escolher o seu programa predileto e ouvir” (L.4.GF)

Reconocerse: construcción de redes y producción de modos de existencia

La perspectiva relacional considera que se produce sentido no sólo en las instancias de producción y circulación (lo que, simplificando, vendrían a ser el emisor y el canal en la perspectiva instrumental) sino también en la de reconocimiento. Así, todos somos productores de sentido. Somos todos no solo productores de sentidos, sino que productores y responsables por la circulación de los sentidos, no dejando solamente a las instancias oficiales este proceso, tal como prevé la perspectiva instrumental. Una comunicación multidimensional, entendida como la articulación de prácticas, saberes, memorias, expectativas, emociones, lugares de hablas.

“A programação da rádio online está lotada, não tem mais espaço para programas atualmente. Se no início se pensou que teria alguma dificuldade para preencher todos os espaços, agora é mais difícil porque as pessoas querem participar. (...)Tudo tem uma participação. A comunicação rádio, MB, vem abrindo possibilidades, cavando espaços” (C.I)

Las prácticas de reconocimiento transitan por diferentes instancias que he destacado a partir de las entrevistas: reconocerse a uno mismo como un interlocutor legítimo en el proceso comunicativo y el reconocimiento que adquieren los participantes en otros espacios a partir de ese lugar de comunicadores en una radio. Este reconocimiento está vinculado a una intensa construcción de redes de convivencia y producción de modos de existencia que extrapolan el lugar de la enfermedad mental.

“Antes o comum era a exclusão. Hoje participação é estar inserido na sociedade, estar inserido dentro de um ponto de cultura, estar inserido dentro de um centro

de convivência, ter os direitos de estar inserido não apenas em um tratamento em um CAPS. A participação é um todo de poder estar com outras pessoas, poder compor com outras pessoas por um ideal. (...) Com a rádio deu mais visibilidade e mais oportunidades. Nas reuniões que eu vou eu sempre falo da rádio, as pessoas perguntam querem saber” (L.1.I)

Los participantes no solo ampliaron o bien reforzaron sus redes sociales a partir de la radio y de la radio online, sean en espacios virtuales o en movimientos sociales en los cuales están involucrados, como también disputan su propia manera de vivir, operando la vida más allá de la enfermedad. Esto significa afirmar que el poder decidir sobre su vida y su cuerpo tiene relación con la idea que reconocerse en el sufrimiento, y éste no prevé necesariamente como única opción el manicomio, los medicamentos o la clínica tradicional. Tener el derecho a producir modos de existencia es reconocerse como una multitud, y que las ofertas para su tratamiento son amplias. La comunicación está atravesada por esta idea.

“Eu já era conselheiro de saúde. Sou conselheiro de saúde. Semana que vem, dia 14 (fevereiro) vou tentar ser conselheiro municipal (e na ocasião foi eleito) pela ONG Aflore que eu faço parte. Há 8 anos estou nesta ONG Aflore – Associação Florescendo a Vida de Usuários, Familiares e Amigos da Saúde Mental de Campinas. Faço parte do Ajuda Mutua, que é toda segunda-feira, 4 da tarde do CAPS Novo Tempo. Bem antes da rádio já era conselheiro, trabalhava na gráfica do Cândido” (L.2.I)

Algunos de los participantes relatan que estar en la radio ha ampliado su capacidad de participar en redes sociales, hecho que a su vez ha producido nuevos modos de estar en el mundo. Uno de los participantes, que no sabe leer o escribir, tiene un perfil en una de las redes sociales disponibles en internet, y también hace un programa de radio por skype en una localidad de Brasil lejos de donde vive. Vale resaltar que esta persona, por ejemplo, tiene también un diagnóstico de enfermedad mental muy grave, pero que ha producido para sí mismo una vivencia más allá de una única determinación social, aunque si sigue su tratamiento como parte de su vida.

“Eu gosto de participar do rádio, participo. Tenho um programa na Bahia que também eu faço. (...) No skype, e eu cheguei até fazer programa de rádio na Bahia” (L.5.GF)

En su militancia cotidiana en la lucha contra los manicomios en Brasil, los participantes son frecuentemente invitados a encuentros, a eventos, o bien a conocer proyectos practicados en otros lugares, como fue el caso de uno de los entrevistados que ha viajado a Canadá para conocer cómo son los proyectos de salud mental del país.

“Já fomos convidados para diversos eventos como Fórum Social Mundial, fazer workshop. Estamos sendo convidados para dar uma palestra na UEL em agosto. Tivemos aquele evento no RJ que fizemos um workshop, conhecemos o Hotel da Loucura, no OcupaNise. Além de todo esse trabalho, tenho um outro lado que é na luta antimanicomial” (L.1.I)

Los participantes también expresaron la importancia que representa la participación en la radio como forma de conquistar un reconocimiento en la sociedad: en sus familias, con sus amigos, en eventos en los cuales participan, etc.

“Você tem mais informações. Todo mundo te conhece melhor. Mais autonomia. Hoje eu estou bem com minha família, minha irmã, minhas primas, primos, antes a gente brigava bastante, hoje estamos bem e a rádio ajudou bastante nesses 12 anos. Desde 2002 para cá eu estou muito bem. Bem na igreja, bem nos remédios, bem na psiquiatria da rádio, essas coisas que mudaram na minha vida desde 2002. Melhorou minha saúde” (L.2.I)

“Eu acredito que o programa de rádio online ele me traz primeiro superação, porque lá atrás quando eu queria fazer uma faculdade na área de comunicação, que eu queria ser publicitária, hoje eu aqui trabalhando como locutora, como recepcionista dentro do Ponto de Cultura é como se eu realizasse um sonho” (L.7.GF)

Un punto interesante que ha emergido de uno de los participantes es que las personas sean ellas portadoras de alguna enfermedad mental, o cualquier otro problema de salud, si están solas están peores. Eso demuestra la importancia de una construcción de redes que forjan a todo instante: desde redes en el propio colectivo del programa, pero también con los demás, fuera de la institución. Expresan que para conducir todo un programa tienen que estar muy atentos con lo que pasa en su cotidiano, pues siempre surge una buena idea, una charla, una posibilidad de entrevista. Esto amplía de manera considerable las muchas conexiones que pueden existir en la vida de cada uno, y que les hace sobrevivir.

*“É legal participar da rádio digital online do MB. Acho que o MB sozinho ele não é MB. Ele é um maluco bobo, um maluco que não sabe nada. Eu acho que MB é aquele que anda, que gira, que toma ônibus, que vai para lá, conversa com um, conversa com outro. Então ele está participando. (...) Então a gente sempre tem conteúdo, sempre tem alguma coisa nova que a gente ouve das pessoas, que a gente vê nas ruas, a gente traz para a rádio online, a gente traz para a rádio MB”
(L.2.GF)*

Hablan además de superación, es decir, que el hecho de producir un programa semanal o quincenal para la radio online, y un otro mensual para la radio convencional, es una tarea que les ha impulsado a desarrollar habilidades múltiples para la función de locutores de acuerdo con lo que demandaba sus propias fragilidades. Así, demuestran que tienen claro sus dificultades, pero que eso es propio de cualquier persona, y que pueden mejorar de acuerdo con sus necesidades.

“Para mim eu falo e vou dizer de novo. O fato de fazer um programa no rádio e levar para a rede mundial que é a internet significa atuação e crescimento, porque através desse programa eu cresci muito, na maneira de falar, melhorei muito, aprendi. (...) Eu sou portador de deficiência visual, nunca estive atuando em nada, e o fato de eu aparecer, a minha voz para a internet, isso é muito gratificante, importante demais para a gente. Muitas vezes as pessoas podem falar que ele tem uma deficiência, não é capaz de fazer, e com isso ficava escondido, como

todos que não faziam isso, antes de ter o MB. Para mim foi um salto muito grande na história da minha vida. E creio que para todos os usuários da rádio” MB.
L.9.GF

Esta construcción de una multiplicidad de modos de existencias tiene que ver con la multiplicidad de ofertas que se hace para las personas se conectaren con las cosas del mundo, del cotidiano, no limitando a una única posibilidad de cuidado y en este caso está relacionado también con la ruptura de una única manera de participar en el proceso comunicativo.

“Se a gente está dizendo do sofrimento psíquico, acho que ele tem que ter vários pontos de conexão, tem que ter muitas portas e janelas abertas. O efeito terapêutico pode ser maior quando ele está sendo sujeito e falando na rádio, do que quando ele está como objeto de cuidado do trabalhador do CAPS. Isso tem que ser tratado com o maior cuidado, porque eu tenho o maior respeito pelos trabalhadores de CAPS, aposto nisso, acho que é uma janela de ofertas, mas hoje o que temos é uma sobrecarga para essa janela com gente pendurada para fora. As portas e janelas não estão suficientes para os pontos de conexão que o usuário nômade exige” (P.I)

Polifonía: el campo y el sujeto con muchas voces

Todo el proceso comunicativo, como visto anteriormente, está atravesado por una multiplicidad de voces, que representan distintos intereses y posiciones en la estructura social, hecho que hace con que el lenguaje sea un campo de disputas sociales, en el cual son propuestas, negociadas y ratificadas o rechazadas las relaciones de poder (Bakthin, 1992).

Sin embargo, comprendemos que el concepto de polifonía no comprende solamente la posibilidad de muchas voces, sino que implica también entender que cada sujeto es una multiplicidad de voces en disputa, y que a su vez instituí y es instituido por la multiplicidad de voces de los espacios que vivimos. Por lo

anterior, la locura, los manicomios, el loco, el propio sujeto está él mismo atravesado por una multiplicidad de voces y discursos.

Lo que surge en la entrevistas con mucha fuerza es que, a partir de la posibilidad de forjar la comunicación, la diversidad convive, es decir, no existe una tentativa con que desaparezcan las diferencias y las voces de los diferentes. Con la posibilidad de producir una cantidad de programas que ha sido creada a partir de la radio online, los entrevistados relatan que han ampliado la posibilidad de convivencia de las diferencias, de los distintos temas, de diferentes maneras de hablar, etc.

“O que muda, além disso, tudo com a rádio online é que entra outros coletivos para participar também de toda essa história. E ajuda também a desmitificar a questão do usuário da saúde mental. A comunidade vem, e são crianças, adolescentes em situação de rua, terceira idade. Então entra um misto. É um outro aporte da rádio online. Conseguimos pelo ponto de cultura a comunidade participar. Eles vem, começam a fazer o programa. Quando tem os passeios eles participam, a gente comemora o aniversário de fundação da rádio online, todo mundo se une para uma atividade e misturamos todos os públicos, e isso é muito interessante” (C.I.)

Desde la perspectiva informacional de la comunicación, esas cuestiones podrían ser consideradas como ruidos, es decir, que bastaría con quitar toda la interferencia en la comunicación para volver la escena comunicativa aséptica y garantizar el éxito, distinto de lo que pasa en la *Radio Maluco Beleza*.

“É fantástico essa produção invertida do que estamos mais acostumados a ver. As vezes você está pensando em uma coisa, mas eles querem outra. Muitas vezes na própria produção do MB, eles intervêm, mudam. Eles chegam com a criatividade deles e propõe no grupo. É fantástico receber essa comunicação deles. Eles são muito criativos, muitos são artistas, então eu não preciso produzir nada pronto, de antemão, e dar para eles” (C.I.)

En la perspectiva relacional, en cambio, las diferencias entre los sujetos y también en la manera de entender la comunicación, son consideradas ventajas para la producción de diferentes programas, cuadros, entrevistas, o sea, toda la programación de la radio online que configura una multiplicidad.

“Eu tive a oportunidade de participar de várias oficinas junto a esse coletivo de pessoas. Você dar a ferramenta para que exista produção é sempre mais do que o resultado. Eu fiz uma oficina com um grupo bastante diverso, trabalhadores, usuários, terceira idade, comunidade, porque um projeto de cultura agrega tudo isso. (...) Quando a gente quer que a diversidade conviva, a gente não quer que desapareça as diferenças, muito pelo contrário, a gente quer que as diferenças convivam. Esse inclusive é um equívoco que precisa ser superado: eu não sou igual a você, eu sou diferente de você, e o mais legal é que nas nossas diferenças a gente possa fazer coisas interessantíssimas. Esse projeto de comunicação diz disso. Eu já participei de situações onde isso se evidenciou. Nenhum momento tentamos chapar as diferenças tornando a coisa homogênea, porque não é” (P.I)

Esto se relaciona con una apuesta desde el campo de la salud mental de comprender y defender las diferencias como multiplicidad de existencias que puede tener una misma persona en su vida.

“Ninguém é só uma coisa, a gente se deixa atravessar por um tanto de outras coisas, e você tem sua marca. Quando você tem um projeto onde está dado que a diferença é algo que pode agregar para fazer um tempero interessante, você não precisa ser uma única coisa. (...) Isso tem que trazer reflexão para o modelo, porque o modelo chapa, homogeniza também. (...) Este espaço permite a circulação da palavra de maneira sem igual. Quem assistiu as primeiras reuniões de definição da grade de programação da rádio online, e era a coisa mais diversa que você pode imaginar o público que se apresentou para essas primeiras grades, todo mundo poder falar e apresentar uma proposta é muito emocionante, e você não vê isso em qualquer lugar. Eu fico pensando nas outras instituições, nas escolas, nas organizações, nos serviços públicos, não consigo achar um lugar que isso é permitido” (P.I)

Esta diversificación proporcionada por la radio y el trabajo a partir de la diferencia contribuye a crear otros sentidos para la salud mental.

“Isso é bom para a saúde para poder diversificar, não deixar tudo com um rótulo. Porque aí volta a questão do diagnóstico, da medicalização, psiquiatra, psicólogo. Para deixar um espaço diferenciado” (L.1.I)

Este tema se relaciona con el atributo de *la integralidad*, que especifica que cada persona es un todo indivisible y miembro de una comunidad, por lo que el sistema de salud debe respetar esa visión integral, promoviendo, protegiendo y recuperando la salud. Aquí, la práctica de escuchar y reconocer al otro en su diferencia a partir de una oferta de espacios de diálogo y negociación de los sentidos promueve esta ampliación de las estrategias comunicativas en el campo de la salud, ampliando a su vez el propio cuidado en salud.

Autonomía e Apropiación: ejercicio de libertad

Dos elementos que emergen de la perspectiva relacional de la comunicación aparecen en las entrevistas: autonomía y apropiación. La posibilidad de *apropiarse* de algo es un *parámetro importante para la equidad en la salud*, y no solamente es posible en la medida en que el dispositivo de comunicación ofrecido es adecuado, como también que se conceda la oportunidad de producir todas las etapas de la comunicación. El trabajo en la radio ha generado una importante autonomía a los participantes no solo en la producción del programa, como también ha capturado otros campos de sus vidas.

“Eles têm toda a capacidade do mundo e autonomia para fazer isso. Isso é legal. Para que eles se apropriem da comunicação, do espaço que tem aqui disponível. E realmente se tornem comunicadores, por isso eles se apresentam dessa forma, como locutores, como jornalistas, etc. É muito diferente de ter a formação, fazer a faculdade, a gente aprende a produzir. Eles têm uma formação diferente. Sai

muito dessa coisa da área da saúde. Porque você pode pensar que eles vão produzir só coisas da área da saúde mental, mas não. São n coisas que aparecem. Só aparece quando, por exemplo, vai ter um evento, como o Encontro Estadual da Luta Antimanicomial, aí é algo grandioso, que está acontecendo em Campinas pela primeira vez, então a gente tem que falar disso. Mas não que necessariamente, diariamente a gente tenha que falar sobre saúde” (C.I)

Estas cuestiones constituyen un ejercicio de libertad no como algo abstracto o como esencia y derecho inherente a los seres humanos, como pensadores relevantes como Amartya Sen han propuesto, sino que entendida más allá, como nos presenta Foucault (1995, 2004), ubicada en la posibilidad que cada sujeto disfruta de definir las estrategias de su vivir, disputando los sentidos sociales vinculados a esas prácticas. En las entrevistas emerge el tema de la autonomía generada a partir de la participación en la radio.

*“E a autonomia é uma questão importante. Buscar uma pessoa para entrevistar, por exemplo. Criar mesmo o programa, produzir seu programa. Como se fosse um filho, um produto importante, que estão cuidando e lapidando diariamente. (...) Muda o sentido da vida deles a participação na rádio online. Porque no MB a gente faz a produção coletiva, percebe-se que uns falam mais, outros menos, mas quando chega na rádio online é um programa deles, para eles produzirem. A gente auxilia, e neste caso a gente é que tem uma mínima participação, mas a participação deles é integral, toda voltada para aquilo. **A participação gera autonomia para eles.** No estilo de vida, de ser mais comunicativo” (C.I)*

Los participantes son capaces de producir todo un programa según sus propias necesidades e intereses, como también esta participación les ha proporcionado, por ejemplo, viajar a encuentros o eventos sin el auxilio de un profesional de la salud. Eso, según se observa en las entrevistas, es un punto muy importante para los locutores.

“Esse crescimento, você poder ir para um lugar como esse, viajar, conhecer outras pessoas, as pessoas te verem de uma forma diferente. (...) No meu caso

eu tive um exemplo que eu tive alta psiquiátrica em um dia, e viajei no mesmo dia a noite para participar de um FSM, sem acompanhamento médico, com acompanhamento de um jornalista da rádio e a equipe da MB. Quanto isso é gratificante, quanto isso é positivo na vida da gente. Uma equipe médica, de psiquiatria, de psicólogos, enfermeiros, confiaram no que eu ia fazer lá, na minha responsabilidade como jornalista, para poder melhorar a minha saúde. De lá para cá só tem melhorado. Sim, as vezes acontece altos e baixos, mas isso acontece na vida de todas as pessoas, como diz o ditado, de médico e louco todo mundo tem um pouco. A gratificação de participar, de ser considerado aqui dentro e lá fora é muito importante para todos nós” (L.1.I)

Según emerge de las entrevistas, estos procesos, por ejemplo, han proporcionado cambios individuales y singulares en los participantes, relacionado con prácticas de cuidado adecuadas a su vida, y no solamente vinculados a discursos preestablecidos en la salud como supuesta práctica de libertad. El discurso de ducharse como práctica de higiene y que la libertad sería alcanzada con la posibilidad de un lugar adecuado para ducharse, por ejemplo, no tenía sentido para uno de los usuarios. Sin embargo, la necesidad percibida en ducharse y asearse para entrevistar alguna persona ha proporcionado un cambio personal, individual, pero aún distante de los discursos higienistas y comportamentales tan arraigados en el campo de la comunicación para la salud.

“O locutor X mesmo disse que tinha um sério problema com tomar banho, ele não tomava. Isso dava uma alergia muito séria na perna dele. Então começamos a dizer que ele tinha que tomar banho, que para receber os convidados no programa ele tinha que estar de banho tomado. Ele entendeu então que isso era importante. Hoje ele chega e conta que tomou banho, que cortou a unha, para ficar bem junto às pessoas convidadas, caso contrário ele mesmo diz que elas não vão querer participar, ou não vão ficar à vontade. Hoje ele é super articulado, comparando do que eu vi quando entrei aqui, que era muito quieto, na dele. Hoje quando chega pessoas para visitar o Ponto de Cultura, ele chega e conta do programa dele, ele apresenta o espaço” (C.I; he ocultado el nombre del participante de la radio citado en este trecho)

El ejercicio de libertad también emerge en el grupo focal. Los participantes expresaron que antes de la radio no tenían libertad y espacio para decir lo que deseaban, y que el estigma de la locura les impedía aún más de poder expresarse.

“Particularmente, a rádio online significa tudo, significa a vida. Significa capacidade em primeiro lugar. Porque antes de conhecer o MB eu não tinha essa liberdade de me expressar através do rádio, de mostrar o que eu posso fazer. Enfim, eram muitas coisas que eu não fazia antes de estar aqui, e hoje eu faço. Então para mim significa a vida, tudo o que eu sempre sonhei. Sempre sonhei em falar sobre a minha vida, participar do rádio. (...) Esse programa para mim significa muito, que eu posso falar. Cada programa que a gente faz a gente aborda um assunto diferente. Significa liberdade de expressão. Dentro desse programa eu tenho um espaço sertanejo, porque como eu mexo com música sertaneja eu posso ter a liberdade de tocar músicas minhas, interpretar músicas de outros grandes artistas” (L.9.GF)

Todo el movimiento de crear la radio, que por muchos años funcionó de manera más precaria hasta lograren la inversión para construir un estudio en la institución y la consecuente posibilidad de la radio online, fue un proceso en que muchos de los participantes estuvieron involucrados, en cada etapa, cada problema, cada suceso.

“Começo da rádio online. Através do programa de rádio MB veiculado pela Rádio Educativa de Campinas, que já existem há 12 anos, foi o início de tudo. Foi quando a gente começou com essa ideia de locução, com a ideia do programa de rádio, e de mesclar a comunicação com a saúde mental. Através disso nós nos desenvolvemos e nos especializamos até que há mais ou menos 3 anos surgiu a ideia da rádio online, porque nos tornamos um ponto de cultura, e tivemos condições financeiras para criar um estúdio de rádio aqui dentro e também de poder criar uma rádio online. Além da gente conseguir também ampliar os nossos próprios programas” (L.7.GF)

“Isso mesmo, tudo começou com o programa MB. A gente vinha fazendo músicas, samba enredos, poesias, e surgiu essa oportunidade de fazer a rádio online. (...)A rádio MB foi a causa de tudo isso. Que surgiu essa oportunidade para todos nós fazermos este programa pela rádio online” (L.8.GF)

Esto ha generado en los participantes un sentimiento de apropiación no solo de las herramientas de comunicación disponibles, sino que de todo el proceso. Además, se destaca una apropiación de las tecnologías ofrecidas en este espacio, que fueron adecuadas a lo largo del tiempo por y para los participantes. La radio es un lugar de todos, casi que sagrado.

Diferencia y repetición en el cuidado

Lo mencionado anteriormente está muy vinculado con esta última categoría, resaltando que están todas ellas en mutua producción. Tener el presupuesto de la comunicación como dispositivo de producción de sentidos, significa también enfrentar una disputa importante en el campo de la salud que es la manera de ver el sufrimiento de las personas como una enfermedad, en un proceso lineal y de repetición que entiende que enfrentar ese problema, existen estrategias específicas, científicas, definidas por los profesionales de la salud, para solamente de esa manera llegar a una condición real de salud (Merhy, Feuerwerker y Cerqueira, 2010). Una manera lineal de entender la comunicación en el campo de la salud ayuda en ese proceso: para cambiar un comportamiento o práctica no adecuada, es necesario dar información a las personas como estrategia (perspectiva informacional). Esto comprende una manera repetitiva de ver el cuidado en salud, sin considerar los más diversos aspectos que comprenden la vida de una persona y determina cómo y en qué lugar debe participar las personas en los procesos de cuidado en salud.

“Nós também temos as nossas limitações. Para eles o diagnóstico é muito forte, principalmente porque já desencadeou surtos. (...) Então eles começam a

entender e a se colocar em outro lugar. (...) A saúde entra no que eles estão fazendo por eles próprios, no bem que fazem a si mesmos. (...) A comunicação, o ponto de cultura, eu não vejo como tratamento de fato. É um tratamento no sentido de mudar o lugar deles, como ter uma profissão, eles se tratam dessa forma. Isso é saúde. A saúde entra dessa forma, fazer o que gosta e se sentir bem com aquilo (...) Eles são conhecidos em outros lugares, e eles ficam muito felizes. Estamos em uma universidade dando palestra, por exemplo, e vem uma pessoa de outro lugar reconhecer um participante, diz que viu em outro lugar, em um outro encontro onde estiveram juntos. Eles se sentem bem em ser reconhecidos” (C.I)

La perspectiva relacional de la comunicación trabaja entonces con la perspectiva de la diferencia, y permite que emerja y esté en la escena comunicativa los distintos contextos y las diferentes maneras de las personas conducir a su vida. La comunicación es entendida como una herramienta de trabajo, es decir, como parte importante de los proyectos de cuidado e instala otras maneras de participar.

“Todos nós temos a comunicação como uma grande ferramenta de trabalho, hoje a comunicação é vital para que os projetos de cuidado deem certo. Então eu vejo nessa ação transformadora. Se eu usar a potência disso que a gente está construindo aqui, eu consigo que as pessoas se manifestem do seu cotidiano de sofrimento e de cuidado, isso pode ser transformador. Um programa de rádio está dizendo isso. Dizendo do cotidiano, das dificuldades que eu vivencio, do ponto de ônibus, do que fui tratada mal pelo médico do serviço de saúde. Me faço ouvir e refletir o cotidiano e isso pode transformar. Eu vejo aí a maior potência. A saúde precisa disso. A saúde precisa se colocar em constante reflexão do seu fazer, porque ela não pode partir do pressuposto que ela sabe do sofrimento do outro e ela tem algo dado para ofertar para melhorar que a gente que isso não existe. Eu não posso vender felicidade. Esse é um tema muito interessante. O mundo que tem que ser absolutamente feliz e sano. Esse poder de transformação da autorreflexão o projeto de comunicação estimula e produz. Produz o encontro,

produz a reflexão, produz a escuta, produz vida. É produção de vida. É poder falar de vida no lugar de falar de doença” (P.I)

La responsable por la comunicación y los locutores de la radio cuentan cómo la participación en la radio ha ayudado a los usuarios en su salud de una manera más integral: han presentado mejoras visibles en los cuadros psicóticos; la relación con sus familias ha mejorado o ha sido restablecida; la actuación en distintas actividades relacionadas con la salud mental – grupo de familiares, luchas por derechos, etc. – ha desarrollado una potencia de ayuda mutua, unos a los otros.

“Melhora o respeito deles com eles mesmos. Tem também a questão da família respeitá-los pelo que eles são e pelo fazem, eles trazem muito isso. Reconhecem o trabalho deles. Eles não veem a rádio, seja o MB ou rádio online, como uma diversão. Eles têm um compromisso, no horário, pontual, correto. Eles as vezes quando vão participar de um programa de TV, ficam preocupados com a roupa que vão usar. Esse sentido do cuidado, um respeito com eles próprios. Não só o cuidado relacionado com um diagnóstico de doença mental, é tudo, a parte física” (C.I)

“A melhora das pessoas que passam por aqui ou frequentam aqui é muito grande. O MB é um diferencial aqui dentro do Cândido. É um lugar que não parece um serviço de saúde. Não tem a característica de um serviço de saúde. Aqui ninguém precisa saber o CID de ninguém. Isso não é o principal, o diagnóstico não nos importa. O que realmente importa é querer estar aqui, querer ser locutor, querer fazer as entrevistas, querer participar das atividades que tem do Ponto de Cultura. O reconhecimento dentro da família também é importante. (...) Me viram como uma pessoa normal, não ficaram pensando se ia dar certo ou não, preocupado com o CID dela” (L.1.I)

“Isso é bom para a saúde para poder diversificar, não deixar tudo com um rótulo. Porque aí volta a questão do diagnóstico, da medicalização, psiquiatra, psicólogo. Para deixar um espaço diferenciado. Que bom seria se em cada serviço de saúde tivesse um ponto de cultura, tivesse uma rádio, tivesse um teatro, tivesse uma

manifestação de cultura. Nesse sentido ele gera conhecimento na área da comunicação e saúde” (L.1.I)

“Para mim na vida foi muito importante a rádio, porque eu sou esquizofrênico, mania de perseguição, ouvir vozes. Eu sempre tive crises antes de 2001. Eu ficava em observação no CAPS, era muito nervoso, quebrava tudo em casa, agredia minha própria mãe, minha família, brigava muito. E hoje esse quadro mudou. Há 12 anos que eu estou na MB me ajudou muito na saúde mental. Tomo remédio também há 12 anos (fala o nome da medicação). É um remédio muito forte, que dá uma sensação horrível no corpo, mas você tem que tomar. Vou conversar com a médica para negociar se eu posso parar de tomar esse remédio porque eu já estou muito bem. Já há 12 anos eu estou tomando esse remédio e a médica disse que seriam só 5 anos, já são 7 anos a mais. Eu pego do alto custo da Unicamp” (L.2.I)

Lo psiquiatras de la institución “prescriben” la participación en la radio como una alternativa positiva en los tratamientos.

“Os próprios psiquiatras falam para os usuários sobre o MB, perguntam se conhecem, se já estiveram por lá. Eles recomendam. Eles sabem como funciona. Eles entram com medicamentos, aquela coisa certinha, acompanhamento e agente entra com a parte legal da coisa. Eles incentivam” (C.I)

Además, los trabajadores de la radio crearon a lo largo del tiempo una relación de respeto con los profesionales de la salud de la red de salud mental del municipio, y producen también el cuidado hacia las personas que participan en la radio de una manera integral.

“A gente tem sempre essa troca com a referencia dos usuários. Se ele não está muito bem, avisamos. Ou a gente percebe que alguém não está legal, está mais agitado, ligamos para a referencia para tentar ajudar. Temos esse lado do cuidado neste sentido. Quando percebemos que alguém não está bem, porque convivemos diariamente com algumas pessoas. Fazemos isso para ajudar, para

que não desencadeie um surto de fato para ele ficar internado, para ele não perder o MB, para não perder as atividades dele” (C.I)

Una de las locutoras de la radio, que fue usuaria de la red de salud mental, ahora trabaja en el departamento de comunicación donde está ubicada la radio, y también ayuda a los otros con sus programas. Además, narran en las entrevistas que son ellos mismos productores de cuidado con los demás, cuando detectan que algo no está bien.

“(…) hoje ela ajuda a produzir os programas dos demais participantes. Isso mostra que sai do lugar da saúde mental, que está em tratamento, ela ajuda outras pessoas” (C.I; he ocultado el nombre de la participante de la radio citado en este trecho)

También, es posible observar en las entrevistas que el cuidado consigo mismo supera la enfermedad mental. Ser uno mismo más que el diagnóstico es lo que les permite buscar mejorar y desarrollarse en otros campos de su vida: si son locutores de la radio, necesitan mejorar su dicción, por ejemplo. Sin excepción, todos relatan historias de mejoras, de superación, y afirman que eso es salud.

“Dificuldade de dicção (...) Depois quando a gente passou a ser Ponto de Cultura, a gente teve aqui uma fonoaudióloga que ajudou bastante. (...) Mas, com o passar do tempo você vai melhorando. Você consegue elaborar as perguntas você mesma, a própria pessoa consegue fazer suas pesquisas e elaborar as perguntas para o entrevistado, ouvir mais, porque as vezes uma pergunta que a gente faça você me responde a segunda pergunta que eu tinha preparado para você. Isso tudo é saúde, com certeza” (L. 1.I)

Un usuario y participante de la radio, ya mencionado anteriormente, tiene una enfermedad mental avanzada, desde hace años, hecho que ha generado importantes consecuencias en su vida: es casi analfabeto, no trabaja, las relaciones siempre fueron difíciles, entre otros problemas que usuarios de la salud mental enfrentan. Con la *Rádio Maluco Beleza*, las cosas cambiaron, pues

participa semanalmente de la producción de los programas, ha establecido un vínculo de amistad con otras personas, etc.

Cuando fue inaugurada la radio online, la vida de este hombre cambió más: tiene un programa semanal cuyo tema es música, e incluso invita a otros artistas a participar. También, ha conocido un programa online de otro Estado brasileño en el cual participa también semanalmente vía skype. Para acceder a las páginas web que le interesan, siempre pide a alguien que le escriba en un papel, con letras grandes, para poder comprender las letras del papel y la correspondencia con las letras del teclado en el ordenador. Está en las redes sociales y siempre en contacto con las demás personas. Estos movimientos demuestran una mejora de salud que no es la clásica mejora esperada para los enfermos mentales. Exponen a su vez una posibilidad de estar en la vida, interactuando con las personas, conviviendo con su sufrimiento, a partir de una combinación de ofertas diferentes para su cuidado.

“Ele é uma figura interessante. Mexeu muito com ele todo o processo da rádio. (...) Ele foi o primeiro que quis o programa da rádio online, ele inclusive participa de vários outros programas além do dele próprio. (...) Ele é o que mais deslanchou na rádio online. Porque ele busca outros lugares. Ele ia em um outro programa gravado em Sousas, fora do Cândido, eram cantores que estavam começando a sua carreira. Ele ia no programa, conversava com esses artistas, e na outra semana estes cantores estavam participando do seu programa na rádio online no Cândido. Ele foi o único que trouxe convidados. Ele articulava sozinho tudo” (C.I)

En el grupo focal, este fue uno de los temas con más expresión por parte de los participantes. Todos detallan historias sobre cómo la participación en la radio ha mejorado su salud. Algunos cuentan que no sufren más crisis de esquizofrenia, y otros relatan que se sienten mal los días en que no pueden estar en la radio. Dicen: *“esto es como un píldora, un remedio”*.

“No meu caso específico, pessoal, está ajudando muito no meu tratamento. Eu faço tratamento terapêutico, isso tem me ajudado muito porque eu estou fazendo uma coisa que eu gosto” (L.1.GF)

“A rádio online e a MB estão ajudando muito no meu tratamento. Eu não vou falar que estou totalmente curado, mas está me ajudando. Os dias que eu não venho fazer o programa da rádio eu não me sinto bem, mas os dias que venho é uma alegria, uma paz, rever os amigos. Isso aqui é como se fosse uma pílula, um remédio para a gente. Não só para a gente, mas com certeza para as outras pessoas também” (L.6.GF)

Además, cuentan que mismo cuando se sienten enfermos, hacen un esfuerzo para no perder el día del encuentro, de grabación, que según ellos agrava aún más su estado de salud. Y afirman: “los locutores cuando están enfermos van al trabajo. Aquí pasa lo mismo”. Esa citación en específico demuestra también que se considera la locura como cualquier otra enfermedad que pueda tener una persona, desde un resfriado hasta una diabetes, y refuerza que los trastornos que por ventura puedan tener no determinan única y exclusivamente quienes son en la vida.

“Todos nós ficamos doentes, mas é difícil quando a gente está doente para fazer o programa da rádio online ou o MB, mas a gente supera, porque a rádio ela faz bem para a saúde. No momento em que você entra no estúdio e está fazendo a programação, elaborando o programa, e a sua mente ela se transforma, ela já é outra. A saúde melhora muito e você consegue fazer. A não ser que seja doença grave mesmo e a pessoa não consegue vir. O resto a gente supera através da rádio” (L.2.GF)

Estas cuestiones colaboran, según los participantes, para la relación con los trabajadores de la salud, emergiendo nuevas maneras de cuidar, además de las medicinas e hospitalización. También, la comunicación les ha permitido expresarse mejor, hablar de sus necesidades, hecho que refuerza esta perspectiva del cuidado.

“Na minha opinião, melhora muito até para os cuidadores, para os agentes que cuidam dessa parte na saúde. Eles através de nós vão aprender como cuidar melhor da gente, ver as nossas dificuldades e as nossas capacidades também. Saber corrigir quando tem alguma... atender as necessidades de cada um de nós. Melhora muito nessa parte. Já é bom o jeito que eles cuidam, mas melhora muito mais, amplifica muito mais a gente poder mostrar a nossa capacidade, se expressar. E eles vão ver através disso e com certeza vão fazer até mais projetos para a gente participar” (L.9.GF)

Esto todo, afirman, es salud.

“Não é dizer que estamos dando a cura para a saúde mental. Não é dizer que a pessoa, o paciente o usuário tem a cura total da saúde mental, porque a gente sabe que o tratamento tem que levar a sério e tudo, mas tem como ele melhorar de vida, ter uma qualidade de vida melhor. E aqui com certeza é um dos lugares que ele tem uma qualidade de vida melhor” (L.1.I)

“Aqui só tem coisas positivas, e coisas positivas só tendem a nos ajudar” (L.9.GF)

4.3.2. Categorías situadas en el caso *Telessaúde Brasil Redes*: Núcleo Bahia

Los trechos de las entrevistas del *Telessaúde* están identificados en el texto a partir de los siguientes códigos: el médico telerregulador (MTS), el psicólogo que trabaja en la gestión institucional del núcleo (GTS) y la comunicadora del proyecto (CTS).

Una propuesta lineal de la oferta: unidireccionalidad desde o campo da comunicación, de la Atención Básica y del Ministerio de la Salud.

He podido observar que la oferta del *Telessaúde Brasil Redes*, en cuanto programa gubernamental, atiende a una lógica unidireccional y lineal de la comunicación, que corresponde al clásico camino emisor – mensaje – canal – receptor. No solamente las estrategias comunicativas actúan bajo esta linealidad, sino que esta lógica implica otras acciones unidireccionales en la oferta comunicativa en el campo de la salud: los discursos de la Atención Básica de la promoción y prevención, y también la prevalencia de discursos oficiales, como la voz del Ministerio de Salud.

La circulación de la información, en este sentido, atiende a características cerradas, que a su vez está relacionada a una producción en general determinada desde arriba hacia abajo. Como trabajado en los capítulos anteriores, este es un modelo dominante en el campo de la comunicación y salud, transferencial y centralizador, y aunque bajo un disfraz tecnológico actual, sigue su recogido hegemónico.

Esto tiene implicaciones e influye en las estrategias comunicativas del núcleo que he tenido contacto. He podido aprehender de las entrevistas la utilización masiva de estrategias clásicas de la comunicación en general y de la comunicación utilizada en el campo de la salud, como la producción de materiales informativos,

notas de prensa, entre otras herramientas, como se destaca de la entrevista con la comunicadora del programa.

“Então, apoio ao profissional para que ele utilize a plataforma do Telessaúde, realização webtreinamentos e divulgação deles a depender do caso, se não for feita pela monitora de campo deve ser feita pela comunicação, aviso por email de que o cadastro foi realizado e construções de como acessar (...) Então a gente faz peças, boletins, alimenta sites, chama atenção para a importância e os resultados do Telessaúde na Bahia. Pode ser com lembretes das possibilidades do Telessaúde (...) Sem tem alguma coisa que chama muito a atenção, a gente faz um release E aí divulga no site e nas redes sociais, chamando para a visita ao site” (CTS)

La divulgación, además, está relacionada en su mayoría con el proceso de tematización en la salud que he destacado en el capítulo anterior, es decir, la divulgación de informaciones exhaustivamente y con base en temas prioritarios que son definidos en una lógica unidireccional de producción.

“Datas de comemoração do calendário da saúde... Por exemplo, eu já estava pesquisando para fazer uma peça sobre o dia mundial de luta contra o câncer para divulgar. O que eu considero como importante que eles discutam, saibam... uma tentativa de manter um canal atualizado e que eles entendam também que é um modo de obterem informações importantes, qualificadas. O intuito é sempre esse, então entra cursos, datas festivas, comemorativas da saúde, dentre outras coisas. Então, a comunicação não se restringe às ações do Telessaúde para o profissional, mas o que a gente considera importante que eles saibam” (CTS)

También, se observa que las ofertas están relacionadas a las estrategias de educación para la salud, en un esquema de transferencias de informaciones, como se puede destacar:

“Se tiver uma notícia importante referente, por exemplo, vacinação ou novos métodos para tratar usuários de álcool e outras drogas... tudo aquilo que diz respeito ao profissional elas são abordadas” (CTS)

Si bien existen espacios para feed-back por parte de los trabajadores de la salud de los municipios, que son los “consumidores” de esta oferta, ellos todavía participan poco o no participan nada en ese espacio de diálogo, sea proponiendo un tema de interés para las palestras o bien como un retorno de los efectos producidos en los equipos después de una teleconsulta.

“(os profissionais sugerem temas) Isso nunca aconteceu, embora agente tenha deixado bem claro, durante as webpalestras, e também por email, que quem tivesse um tema que achasse interessante, que enviasse para o email da comunicação” (CTS)

Incluso, estos espacios de feed-back en su mayoría vienen siendo utilizados por los profesionales para informar problemas de acceso o demandar la grabación de una webpalestra, no configurando necesariamente un cambio en la unidireccionalidad del proceso de conversación establecido.

“Mas, esse e-mail também serve para municiar as monitoras de campo sobre problemas de cadastro, de utilização, necessidade de marcação de webtreinamento. Constantemente eu recebo email nesse endereço dizendo que tem problemas para acessar, ou então, confirmação de recebimento, feliz páscoa, continue nos auxiliando a ampliar e fortalecer o SUS na Bahia... Feed-back sobre o tema, obter gravação da webpalestra, tem essa interlocução que a comunicação faz que não é unilateral, eles retornam, dão feedback” (CTS)

La propia plataforma está configurada a partir de una lógica cerrada de conversación en el espacio comunicativo con los profesionales de la salud. En la dinámica de demanda de consultoría, cuando un profesional de algún municipio dispara una pregunta al núcleo de telesalud, la respuesta tiene que atender a tres espacios definidos en la plataforma, sean ellos: los dos primeros campos

comprenden respuestas más directas sobre el problema, y un último campo dedicado a una contextualización del problema bajo los principios de la Atención Básica. El médico telerregulador señala que el profesional tiene libertad para escribir en esos campos. Sin embargo, se observa que esa libertad está en una posibilidad de acción individual por parte de los trabajadores del núcleo, pues la oferta de la plataforma del *telessaúde* es limitada en este sentido.

*“A cara de e-mail é muito no sentido de ter caixa de entrada, de saída, enviadas, negadas, canceladas. Mas quando responde à pergunta do profissional, ele não tem uma única caixa como no email, tem alguns campos que de uma certa forma, concordo, pode ficar um pouco formatada a resposta, e isso é uma realidade, no entanto tem uma certa liberdade do teleconsultor em escrever nesses campos”
(MTS)*

Es posible observar lo que señala Feuerwerker (2005) que los programas producen una cierta planificación de las prácticas de salud al crear una gran cantidad de "procedimientos obligatorios". Es decir, las necesidades de salud definidas técnicamente por la epidemiología y las prácticas establecidas por la Programación de Salud definen y limitan al mismo tiempo el repertorio la acción de los trabajadores, pues no consideran las singularidades y ofrecen pocas tecnologías para el cuidado y manejo con los aspectos subjetivos que intervienen en el proceso de vivir y enfermarse.

Lo expuesto anteriormente está relacionado con los paradigmas dominantes en el campo de la comunicación y salud que he trabajado, que responde a estos procedimientos obligatorios con una comunicación unidireccional e informacional. Esta ordenación proporciona elementos para analizar de qué manera tales paradigmas actúan en las ofertas en el ámbito de la salud: sea de servicios, de cuidado, de especialidades, de cursos, de prevención, etc. Una vez más, esta combinación determina la manera como participan los trabajadores en este espacio comunicativo, y como esta oferta también posiciona una cadena de participación de los demás trabajadores bajo una perspectiva lineal y centralizadora.

“Eu tenho toda uma teoria para isso, e concordo que tem essa cultura mesmo de uma certa forma na relação que as equipes estabelecem com os usuários que é de... estamos em uma população pobre, que não tem educação, que não empoderada, e que nossa função, a função da saúde da família, da AB, em grande medida é a promoção da saúde, educação e saúde, e vigilância... promover. Em grande medida isso já dá o lugar desses materiais educativos ou dessas atividades. Muita gente vê a AB como promoção e prevenção. E que vamos resolver tudo promovendo grupos, fazendo palestras, fazendo campanhas, ações no território” (MTS)

Esta influencia histórica que establecen los paradigmas hegemónicos de la salud instituye relaciones entre la oferta y la demanda en el campo de la salud y que se reproduce en el *Telessaúde*, importantes de observar y que se destaca en las entrevistas. La Atención Básica oferta un conjunto de enunciados relacionados con la promoción de la salud, materiales informativos, entre otros. Con una oferta limitada de producción de la comunicación, el consumo del *Telessaúde* también está limitado a sus estrategias lineales. Esta oferta exhaustiva también instituye una cierta manera de demandar de los servicios.

En las entrevistas, los profesionales del núcleo, de una manera general, relatan que los profesionales de la salud de los municipios todavía acceden de manera tímida a la ofertas del *Telessaúde* (teleconsultorías), y cuando lo hacen, la mayoría pide materiales de promoción de salud, como se destaca:

“Vale a pena ressaltar que geralmente quando se quer fazer um grupo de educação e saúde, por exemplo, se pede muito mais material, e não pergunta-se como organizar.... Pedem muito material, principalmente enfermeiras (os). Material para fazer educação e saúde, material para fazer uma atividade de formação, material para organizar certo grupo, para implantar conselho local de saúde. Tem muito. Cerca de 70% ou mais de solicitantes são enfermeiros, grande parte dessas solicitações são para educação e saúde/promoção e organização do processo de trabalho, por exemplo, implantação do acolhimento” (MTS)

Además, la participación en el *Telessaúde* actualmente refleja la manera prioritaria como la Atención Básica ha producido la participación de los trabajadores de la salud. Siendo la oferta de sus discursos con base en la promoción, prevención y educación en salud, las acciones en general estaban relacionadas a programas de capacitaciones, siendo los enfermeros las figuras responsables por la formación de los equipos de salud. Se destaca una reproducción de este escenario, ahora mediado por el *Telessaúde*.

“Isso leva, por exemplo, que a gestão, quando tem uma capacitação, um treinamento para uso da plataforma do Telessaúde, a gestão manda a enfermeira, a maioria dos profissionais que vão aos treinamentos são da enfermagem. Tem pouco médico, dentista, ou ACS... Mas maioria esmagadora é a enfermagem, que já tem esse lugar de capacitação e treinamento, de entender de tudo que tem a disposição no município, e ele quem vai. E ele vai para Telessaúde também, que vai ao treinamento, e passa então a ser a figura mais ligada à ferramenta, tanto por que ela foi enviada para os treinamentos, como também por que ela tem essa função de gestão administrativa, de capacitação dentro da equipe. Esse lugar ela ocupa. Então quando se vai utilizar a ferramenta, na minha hipótese, quem vai utilizar é a enfermeira, e ela pede material, pois a tem a ver com esse lugar dela que é da promoção, da prevenção e da capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde. Tem um grande viés do perfil de solicitações por conta disso” (MTS)

Esta discusión está relacionada en el campo de la salud con la inseparabilidad del acto de consumo y del acto de producción, y que podemos observar en las estrategias comunicativas hegemónicas como respuesta a una relación de la oferta y demanda en la salud.

Los paradigmas hegemónicos en el campo de la comunicación y de la salud priorizaron la "campaña" como instancia dotada de una eficiencia para dar cuenta de un posible ajuste entre los campos de la oferta y la (potencial/posible) demanda de servicios de salud. Luego, cambiaron la atención al proceso y a la capacidad de ciertas técnicas e instrumentos de la comunicación que por sí solos serían capaces de implantar en el otro las llamadas expectativas en el campo de

la oferta. En tercer lugar, como una forma de legitimar las pedagogías, las hipótesis y la lógica inherente al campo de la oferta, se suman a las tecnologías en uso, los insumos de la experiencia del usuario, una apuesta del discurso de la propia Atención Básica (Fausto Neto, 1995).

En la secuencia, decepcionados con los medios de comunicación en sí, se apuesta en la contractualidad del encuentro de los códigos, como una posibilidad de superar las diferencias entre los actores de los ámbitos de la oferta y la demanda. Por último, se asigna a los usuarios posibilidades de nuevas gestiones y estrategias con que las políticas puedan tener lugar de manera efectiva a través de "las políticas de recepción". Sin embargo, los argumentos de tales modelos son conceptualmente antiguos: actúan e/o se explican bajo la lógica de los protocolos clásicos (Fausto Neto, 1995).

Esa "contractualidad" en la oferta del *Telessaúde*, actuando bajo una matriz informacional (linealidad, contractualidad de los códigos, etc.) de los clásicos protocolos, tiene efectos en los pedidos de los profesionales de la salud que acceden al programa como se ha destacado. Se presupone en esa contractualidad una relación de iguales que no necesariamente tiene en cuenta las diferencias regionales, especificidades culturales y del contexto, que presentan códigos distintos de relación y de conducta.

Existe por parte del programa, y utilizado por el núcleo, una acción que busca minimizar esta relación a partir de las figuras de mediadores regionales, es decir, personas responsables por la mediación de la comunicación del programa con los trabajadores de los municipios que tienen instalada la estructura del *Telessaúde* en un servicio de salud local. Lo que se observa es que estas acciones de medicación están dedicadas actualmente a entrenamientos y actividades educativas para la utilización de la plataforma virtual.

"A gente criou uma metodologia que vamos nas chamadas "micro-regiões" e fazemos atividades presenciais com um representante de cada equipe, para apresentar os serviços, dizer como funciona a plataforma do Telessaúde, falar

como o Telessaúde pode influenciar na sua rotina, e vai ativando para usar os sérvios de teleconsultoria, participar de webpalestras” (GTS)

Además, se entiende como importante la aplicación de herramientas relacionadas con la educación en salud para aquellos con una estructura más deficiente.

“A gente ainda não começou a fazer atividades do tipo webaulas, na minha ideia particular, esses conteúdos são interessantes para poder falar sobre esses assuntos, ofertar esses conhecimentos sem ter que estar sempre ao vivo, ou no presencial ou na conexão. Se você disponibiliza o conteúdo, uma pessoa pode, com a experiência multimídia, se relacionar com conteúdos que nunca teve acesso. Essa é uma possibilidade que eu considero, principalmente para aqueles que têm menos estrutura” (GTS)

En esta linealidad, fue posible percibir que existe poco espacio en la oferta instituida del *Telessaúde* para reconocer los efectos que una consulta, una información o una palestra ha generado en los profesionales de la salud que las reciben, es decir, los sentidos que han adquirido en la práctica o, antes de eso, los sentidos que motivan a los profesionales a pedir una teleconsultoría, un material o participar en una webpalestra.

“E a gente vai percebendo como as equipes respondem à essas demandas, estamos pedindo feed-back, criamos um mural no site e a gente vai começar teste para se comunicar com eles. É um volume muito grande de profissionais e a gente não pode prescindir desses conteúdos (...) A gente não consegue saber exatamente o que acontece do lado de lá” (GTS)

Desde una perspectiva relacional de la comunicación, se entiende que el material comunicativo, la respuesta del médico o la webpalestra adquieren sentidos distintos para aquellos que consumen esta producción. Para responder a esta dinámica, sería necesario un espacio distinto que la plataforma misma no tiene capacidad de acoger. Son otras ofertas, otros espacios de diálogos que, como será destacado en otra categoría más adelante, el equipo del núcleo intenta crear.

“Não se trata só de se aproximar e se relacionar com os profissionais na perspectiva de apoiar o processo clínico, mas na perspectiva de apoiar ou qualificar os profissionais para dar condições de uso para o Telessaúde. (...) O Telessaúde está o tempo inteiro se relacionando para fazer com que profissionais e gestores da saúde atuem de maneira a fazer com que os processos sejam mais qualificados” (GTS)

“Tenho refletido sobre o uso de ofertas que usam tecnologia de informação e comunicação - TIC, como o TS, pelas equipes na AB; acredito que, para uma equipe de saúde da família passar a usar no seu cotidiano tecnologias como essas (inclui-se, aí, o TS), é preciso uma transformação importante nos modos como essas equipes organizam seu trabalho; são necessários outros hábitos, outras "formas de fazer", que os trabalhadores vão conformando e incorporando em sua prática cotidiana” (MTS)

Para *circular los sentidos y descentralizar* la comunicación, es fundamental comprender que en la comunicación existen distintas perspectivas, dar visibilidad al punto de vista del otro y a los muchos sentidos que adquieren una misma acción, que puede ser una palestra o una pregunta. Son estrategias de identificación de otras voces y de apoyo a la producción y circulación de otras miradas en el proceso comunicativo. No se trata de definir como buena o mala una estrategia, lo que se busca es una articulación de distintas perspectivas para alcanzar otras maneras de promover la comunicación.

Racionalidad de la mirada médica hegemónica responsable por la organización, manutención y circulación de las bases informacionales en salud

Esta perspectiva lineal de pensar la comunicación, bien como la participación coincide con un *modus operandis* de la racionalidad médica hegemónica y que está vinculada con las estrategias comunicativas e informativas en el campo,

instrumento fundamental para el propio desarrollo de los saberes médicos, basados en un sistema de conductas del proceso salud/enfermedad.

Como señalado anteriormente, existe una base de datos construida a lo largo del tiempo que implica conocimientos específicos que son la base para la clasificación de las enfermedades y la consiguiente posibilidad de constitución de acervos estadísticos, que a su vez generan protocolos específicos y que son utilizados por el *Telessaúde*.

Bajo esa mirada, ha sido creada inúmeras bases de datos en salud que sirven de apoyo para las respuestas de los médicos a las demandas en el proceso del *Telessaúde*. Para responder a las solicitudes que llegan desde los profesionales de salud, los teleconsultores tienen a su disposición este banco de datos. También, estas informaciones orientan la producción de los materiales educativos del programa.

“O teleconsultor quando responde segue um percurso estruturado em que a pergunta é o objeto de trabalho, um problema, inclusive identificar o problema é parte do processo. Qual é o problema? Então quanto melhor formulada a questão, melhor a gente consegue dar uma resposta a ela. Então existem bases de dados que estão disponíveis para os teleconsultores e que eles vão pesquisar, todos os trabalhos que podem colaborar para responder ao problema. Então é um trabalho de pesquisa, análise e síntese. O desfecho é o conteúdo aplicado àquela realidade que o profissional trouxe. Ele acessa bases de dados científicas, para identificar se existem respostas ao problema. Ele pode pegar trechos de diversos trabalhos. Constrói uma resposta direta ao problema. Estudam e associam esse estudo com experiência própria. Tem bagagem para dialogar com questões que são do cotidiano da Atenção Básica” (GTS)

Por lo anterior, he podido observar que la estructura comunicativa de la plataforma, en lo que es la dinámica de oferta de teleconsultorías, tiene características muy cerradas, contemplando un contexto delimitado de posibilidades de elaboración de las respuestas a partir de directrices como los

principios de la Atención Básica, elementos de la relación salud/enfermedad y de las informaciones para el cambio de comportamiento, entre otras cuestiones. En este contexto, se observa poco espacio para profundizar las cuestiones bajo parámetros contextuales y sociales más complejos, contemplando una baja interacción entre los diferentes discursos que pueden tener la salud.

“Como se organiza os campos da resposta do teleconsultor? Ele tem a resposta principal, que é o primeiro, ele tem que responder o foco da pergunta de cara, para gerar o interesse em responder, para não gerar frustração em quem perguntou, isso estimula também quem está perguntando a continuar vendo as outras coisas e não acha que está enrolando. Então tem a resposta direta. Depois tem o espaço para complementação, onde coloca mais informações sobre o tema. Depois tem outro campo, atributos da AB, que eu acho muito caro esse campo, porque ele é o que se propõe, em grande medida, fazer aquele suporte mais pedagógico no sentido de certa “indução”, ou de produzir outros regimes de verdade em relação à estratégia de saúde da família” (MTS)

También, sin una participación más efectiva de la voz de los trabajadores en la circulación de los temas e intereses, como señalado en la categoría anterior, esta influencia de la racionalidad hegemónica reproduce la tematización en la salud a partir de los temas prioritarios de la Atención Básica y de las instancias oficiales en las acciones comunicativas del programa, como las webpalestras, por ejemplo.

“A gente fez a primeira sobre febre XX que foi uma demanda específica da diretoria de vigilância epidemiológica do Estado da Bahia. Outra sobre saúde bucal e AB, sífilis, todos assuntos prioritários na situação de saúde do Estado da Bahia” (GTS)

Esto tiene implicaciones importantes en la participación de los actores, pues las representaciones sociales sobre la salud son elaboradas a partir de la interacción con discursos de varias génesis, con grados y niveles diferenciados de elaboración y comprensión. No solo el imaginario popular construye la enfermedad, pero existen otros universos de significación que inciden en ese

proceso, resultado de innúmeros intercambios como, por ejemplo, el imaginario religioso y sus explicaciones sobre los males del cuerpo, que pertenecen o ordenes de racionalidades diversas y, muchas veces, disonantes o antagónicas (Rondelli, 1995).

“Tudo isso é importante, não tenho dúvida, agora tem muito uma representação do que é AB, que ainda opera muito fortemente. A questão da vigilância, que é o pilar do próprio SUS, e também em grande medida da atenção, em como se conformou o programa da saúde da família nos anos 90, depois a estratégia de saúde da família, que é muito forte. A organização em programas, essas caixinhas dialoga com isso. Isso tem a ver como os profissionais entendem como são os seus papéis.” (MTS)

Circular los diferentes sentidos presupone que las nociones sobre la salud, la enfermedad y el cuerpo solo pueden adquirir sentido si indagadas desde diferentes lógicas, en un proceso comunicativo relacional que busca reconocer distintos canales de expresión. Lo que se observa en los procesos oficiales del *Telessaúde* es que este espacio para conocer al otro y, más, conocer el contexto de una pregunta o bien los efectos de una respuesta es muy limitado. De esta manera, sigue reproducida la percepción y legitimidad de ciertas voces en este proceso comunicativo.

“Claro que isso não representa todas as equipes, mas tem certa cultura que permeia isso, que é muito forte. Então, a minha teoria é que, falando da questão que você disse de passar informação, tem a ver um pouco com isso, com esse lugar de que nós somos a equipe de saúde da família, nós sabemos, nós estamos aqui para prevenir, para promover, para educar, então portanto eu passo o meu conhecimento para a população, para que ela se eduque, e passa a usar de forma adequada a unidade, que ela não adoça tanto...” (MTS)

En este tema, vale recuperar que uno de los principios del SUS es el *atributo de la integralidad*, que especifica que cada persona es un todo indivisible y miembro de

una comunidad, por lo que el sistema de salud debe respetar esa visión integral, promoviendo, protegiendo y recuperando la salud.

El concepto de integralidad, según Feuerwerker (2005) también está relacionado con la organización de los servicios y de las prácticas y debe estar vinculada a la necesidad de horizontalización de los programas de salud. La política de salud en Brasil, al revés, ha estado marcada por la verticalidad de estas acciones. Las respuestas gubernamentales a la enfermedad, así como las propias enfermedades que deben incluirse en la agenda del gobierno, fueron tradicionalmente fundadas por los conocimientos técnicos, en particular el conocimiento producido por la salud pública.

En la comunicación, los atributos de la *integralidad* considerados como indispensables son, entre otros: la práctica de escuchar y reconocer al otro (polifonía, reconocimiento del lugar de diálogo), la oferta de espacios para la discusión y el intercambio (de la comunicación) y la negación del cierre de los sentidos en detrimento al privilegio de las voces autorizadas (una comunicación multidimensional, entendida como una articulación de las prácticas, saberes, recuerdos, expectativas, etc). La integralidad, de esta manera, se opone a la fragmentación y la atención de manera desarticulada, en oposición a la especialización y a los discursos únicos y considerados legítimos en el proceso, y permite percibir un proceso que contempla la comunicación como un espacio de producción de otros sentidos sociales, en el cual está enmarcada la producción, circulación y apropiación.

Se observa que el *Telessaúde*, a partir de un modelo informacional, pone de relieve las instancias de producción y circulación entendidas como la transferencia de contenidos predeterminados, de un polo a otro, a partir de una demanda sobre salud de los trabajadores. Los presupuestos que opera en esta racionalidad es que la enfermedad existe, emite señales y síntomas, es una categoría que se está por descubrir, y esto se hace por medio de la relación pregunta-respuesta que está presente en la base del *Telessaúde*. Esta racionalidad encuentra en los

elementos del modelo informacional una matriz que facilita el proceso comunicativo.

“O médico telerregulador, ele recebe todas (as solicitações)... a plataforma funciona como um e-mail. Então ele recebe na sua caixa de entrada todas as situações de teleconsultoria de qualquer profissional das equipes de saúde da família da Bahia. Nesse caso, o meu papel. Então, o que eu faço é ver a pergunta, a solicitação, ver se é realmente do escopo do TS, e sendo ele é aceito. Se não é do escopo do TS, outros temas, a gente devolve, explica que não é, e cancela. Sendo do escopo, aceita e analisa, a classifica de acordo com a classificação internacional de APS, CIAP, ou até CID para complementar o CIAP, e ver qual o teleconsultor que mais se encaixa para responder à solicitação” (MTS)

Como consecuencia de lo expuesto anteriormente, se destaca el poco espacio que ofrece el *Telessaúde*, en su plataforma de teleconsultoría, o bien en las posibilidades de las palestras virtuales, para contemplar otros sentidos sociales para el tema de la salud y los efectos que puede tener una información cuando llega a su destino final. Esta dinámica, incluso, es una apuesta que el equipo intenta cambiar.

“A pergunta é sempre se ampliou a resolubilidade na AB. Minha pergunta é... o que é essa tal de ampliação? É só as pessoas adoecerem menos ou comerem mais vegetais, menos gordura e fumar menos? Isso significa que a gente melhorou ou ajudou a melhorar a saúde daquele lugar? Ou a própria forma de se relacionar e o modo conceber o trabalho e fazer com que as pessoas lidem com os usuários que confiam neles, isso já não são um grande resultado? Que seja o modo como a equipe se relaciona entre si, por que às vezes, é péssimo, é pobre em termos de propostas” (GTS)

Este componente unidireccional de la lógica informacional instituí en el proceso una estrategia comunicacional en el sentido de consumir la voz del otro, y no dejarla circular o legitimarla. Sin una construcción de espacios de escucha, se

produce una oferta materializada – las respuestas, las palestras virtuales – pero bajo un código determinado. Además, legitima el conocimiento de aquellos que históricamente han ocupado el lugar de las voces legitimadas en el campo de la salud, en especial los médicos. Aunque la idea del *Telessaúde*, asociado al potencial de las TIC, haya sido una participación más horizontal, sigue una matriz vertical de actuación del médico como ordenador.

“Assim, por mais que o Telessaúde para AB seja uma oferta para toda a equipe, o médico, pelo papel instituído que possui no atual modelo hegemônico de produção de cuidado, termina sendo uma peça central da engrenagem quando pensamos os objetivos principais dessa oferta” (MTS)

Toda esta reflexão traz o entendimento de que práticas de gestão organizadas com essas características, de captura do trabalho vivo para uma direção diferente da produção do cuidado pelas equipes e regidos pelas tecnologias duras, não dialogam com os desafios de implantar um modelo assistencial que se contraponha ao MMH, como se espera do PSF. (...) Podemos perceber que, por si só, o TS não é capaz de transformar as práticas e reorganizar processo de trabalho. (Oliveira, 2013:71)

Para fuera de estos espacios hegemónicos y oficiales de la producción de la información en salud, que determinan las reglas de la comunicación, existen espacios no hegemónicos que están disputando otras reglas, otras racionalidades, otros sentidos, y que disputan la producción y circulación de la comunicación, pero que muchas veces no son reconocidos.

Mediador tecnológico X Dispositivo de diálogo

Otra categoría que emerge en la relación establecida entre la discusión propuesta en los apartados anteriores y el análisis del *Telessaúde* es el debate de una reproducción de las figuras de los mediadores en la comunicación, como explicado en el primer capítulo a partir de las influencias de modelo de la

comunicación en dos pasos. En este plano, para no incidir en el riesgo de establecer una relación dicotómica entre si existe o no espacios de diálogos, la cuestión que se pone de relieve es ¿qué tipo de diálogo contiene el *Telessaúde* en cuanto mediador tecnológico?

Desde las figuras de los mediadores de campo, que son la referencia para los municipios en el uso del *Telessaúde* como citado anteriormente, todavía tienen un carácter de entrenamiento en el uso de la plataforma como herramienta material, más que un papel de abrir espacios de diálogos para diferentes usos de la tecnología.

“A equipe de campo é conformada pelo coordenador de campo e os monitores de campo, pessoas que fazem trabalho de apoio para equipes de saúde em relação ao uso do Telessaúde. Equipe que treina no uso da plataforma online, que faz a gestão do fluxo da solicitação e resposta que o MS desenvolveu, e está em sua quarta versão, ofertada gratuitamente. O monitor de campo tem a tarefa de cadastrar as equipes na plataforma, treinar para o uso, acompanhar e monitorar esse uso, sempre estimulando o uso e entendendo as dificuldades que essas equipes têm o uso da ferramenta, a produção de sentido da ferramenta, diagnóstico das dificuldades para triangular com a gestão do núcleo e a gestão dos municípios para tentar entender e resolver. O coordenador de campo apóia e matricia essa equipe, coordena essas atividades, tem visitas ao campo com certa regularidade” (MTS)

Los mediadores de campo coinciden, en realidad, con la propia configuración que adquiere la plataforma, es decir, de una mediadora tecnológica de informaciones. Esto enmarca la influencia que ejerce una mediación tecnológica del uso de la plataforma y la reproducción de los parámetros hegemónicos utilizados en las estrategias comunicativas en la salud.

“Técnicas de suporte para tecnologias específicas, esse é o nome do contrato. Mas, basicamente é técnica de campo. É a figura dentro do núcleo de TS que faz o contato direto com o profissional. Primeiramente o contato é feito pelo

coordenador da AB, e caso o profissional tenha uma dúvida... ela não tira dúvida de fazer uma webpalestras, mas eles estão aqui para auxiliar e garantir a utilização das ofertas pelos profissionais (...) Se um profissional tiver problemas ele entra em contato com elas por e-mail e elas vão tentar solucionar, até marcar um treinamento à distancia com ele ou com a equipe dele, sempre visando a melhor utilização das ofertas” (CTS)

De esta manera, se puede observar que en las ofertas del *Telessaúde*, aunque hayan introducido la idea de mediadores, el programa todavía no localiza la comunicación bajo parámetros sociales complejos. Incluso, en muchos casos, los mediadores son las propias herramientas de comunicación, tales como los videos, la plataforma de teleconsultoría, puestas a disposición de los trabajadores de la salud de los municipios. Esta mediación, bajo el uso de la tecnología, funciona como un “dispositivo más eficiente de codificación del mensaje, un “traductor” autorizado del conocimiento científico para códigos más fácilmente reconocibles” (Inesita y Araujo, 2007:54).

“Elas volta e meia me dão feedback, alertam o que é importante comunicar, necessidades dos profissionais, tirando essas demandas, curso, webpalestras, essas demandas de resolução de problemas vem muito delas... elas identificam problemas, juntas sentamos e discutimos o melhor meio de solucionar o problema” (CTS)

En diversas situaciones, incluso, la red de comunicación percibida en el núcleo no ha sido producida a partir de la mediación de oferta instituida del *Telessaúde*, pero a partir de otras estrategias comunicativas que existían previamente y que tienen un reconocimiento de mayor sentido para las prácticas cotidianas de los trabajadores de la salud, como el contacto directo entre los médicos a través del teléfono para sanar dudas, debatir cuestiones, problemas, entre otros. Según se observa, esta acción representa una construcción de sentidos con el otro, a partir del dialogo en acto, y no una construcción solitaria de una respuesta a alguien sin un conocimientos previo del contexto.

“Tem toda uma discussão que eu faço na dissertação, da micropolítica, que o trabalho em saúde é trabalho vivo em ato, então... por ser trabalho vivo em ato o profissional de saúde se produz e produz o que vai fazer em relação. Então a gente liga, conecta com alguém da equipe, faz conversa de corredor e depois volta para o consultório, a gente liga para colega que conhece... Esse negócio de ligar pelo telefone, em minha opinião, faz muito mais sentido... não porque tem coisas que são imediatas para responder, as vezes sim, mas muito mais porque quando se liga para outro, você constrói a conduta com o outro. Você não faz uma pergunta, o outro constrói a resposta e você pega aquilo ali e vê o que faz, isoladamente, na solidão. Você participa da construção da conduta com o outro, tem uma alteridade. Tem alguém que está te apoiando, mas você não recebe aquilo de forma passiva. Você constrói aquilo que você mesmo vai utilizar. Muda completamente, e o telefone proporciona isso. O whatsapp é muito utilizado e passa por essa lógica” (MTS)

Las acciones de teleconsulta, aunque trabajen con un discurso de un diálogo de proximidad con los actores, no presuponen salir de una matriz informacional y de ciertas reglas y normas de los discursos oficiales. Se observa que las consultas, por ejemplo, son vistas como cursos individuales.

“Na verdade, se parar para analisar, a teleconsulta não deixa de ser um curso. É o momento que o profissional vai ter para tirar dúvidas sobre um tema que ele escolheu fazer a pergunta, tema de interesse dela. É diferente seu eu ofereço uma palestra sobre sífilis, ele pode ou não aparecer. A palestra ele vai ter uma dúvida do dia a dia ou não. Se ele faz a pergunta – teleconsulta –, vai ter uma pessoa super qualificada que vai responder a ele” (CTS)

Cabe agregar que los dispositivos de diálogos más directos, como pueden ser una teleconsulta síncrona, realizadas instantáneamente con los dos actores conectados al mismo tiempo, no necesariamente presupone reconocer al otro como un productor legítimo de sentidos para las demandas de salud. Es decir, la sincronidad no presupone necesariamente la participación fuera de una mirada

lineal. Tal cambio de actitud depende de las relaciones de simetría que se establecen en la red de conversación.

Estos movimientos, como he tenido el cuidado de observar, pueden reproducir una participación bajo ciertas reglas y lugares establecidos, y sin el reconocimiento de su producción de saberes. El equipo intenta promover un giro en esta percepción que la propia plataforma establece:

“Por isso que eu acho que a teleconsultoria síncrona tem uma grande potência, porque eu acho que a teleconsultoria assíncrona tem o seu lugar, mas com limites. Acho que tem uma importância de certas situações, vai ser muito importante que o profissional receba uma resposta adequada, bem localizada, baseada em evidências, dentro do que está sendo construído dentro do contexto da AB, das fontes, de forma estruturada, para certas situações clínica ou não, de cuidado. Às vezes vai fazer um grande diferencial para certas equipes que tiveram a motivação para fazer aquela solicitação” (MTS)

Tales cuestiones emergen como un reto para los trabajadores del núcleo, que buscan romper con las diferentes capturas que puede ejercer el uso de la tecnología como un dispositivo traductor del conocimiento y de las estrategias hegemónicas utilizadas en la comunicación en el campo de salud. Así, se destaca que el *Telessaúde* es también un campo de disputas de sentidos, de intereses, de voces.

De un lado, una disputa que ejerce la captura que la herramienta tecnológica, que establece una comunicación lineal y unidireccional, puede tener en la conversación:

“Limites que a plataforma tem para isso, mas que pode ser expandido, a gente pode ser capturado por ela, mas podemos também expandir o que ela representa, na perspectiva de disparar... ela coloca questões para a gente disparar na gente movimentos de conexão. Ela tem potencial para a comunicação se encerrar nela, ela puxa a gente para se enquadrar, mas a gente não precisa se enquadrar, a

gente pode também pegar ela expandir... ela sinalizar questões, como aconteceu algumas vezes, e agente detectar fragilidades, a partir de uma teleconsultoria despretenciosa a gente detectou uma fragilidade em um determinado fluxo importante da equipe e que foi revisto, a gente viu problemas de acesso da maternidade... Tem uma questão aí interessante e que tem uma potência” (MTS)

Por otro lado, se observa una disputa contante de romper con una mediación tecnológica que encierra el programa, incluso añadiendo a la demanda establecida a partir *Telessaúde* otros medios de comunicación que posibiliten una ampliación de la conversación para resolver los problemas de los trabajadores que demandaron una teleconsultoría.

“Ou quando é uma coisa que não tem como esperar, marcar um dia... a síncrona não tem 72 horas para responder, é quando tiver disponibilidade da equipe, de quem solicitou. Mas às vezes é uma demanda que deve ser síncrona, deve ser tão imediata, que nem as 72 horas deve dar conta. Algumas vezes já ligamos, tentar contato com solicitante e conversar diretamente por telefone. Eu já fiz isso” (MTS)

También, en esta disputa se observa la captura que puede establecer los temas prioritarios, que encierra la discusión en lo que debe ser tema de conversación entre los trabajadores de salud. Lo que se destaca es que el equipo de *Telessaúde* local busca una comprensión de la herramienta como dispositivo para ampliar este debate, tensionando este espacio de mediador tecnológico como un dispositivo de diálogo. Parte de este entendimiento viene dado por una búsqueda en la ampliación de los temas de conversación, que tienen sentido para los trabajadores de la salud de los municipios que intentan pautar temas distintos a los que son trabajados desde los discursos más oficiales. Se observa que las demandas de los profesionales de salud muchas veces funcionan como un dispositivo que tienen para pautar los temas que hasta el momento no eran considerados de interés general para aquellos actores legitimados para producir y circular información en salud.

“Parece que a teleconsultoria tem uma utilidade na qualificação quando ela passa a dar destaque para alguns temas que até então não eram destacados. Assim como as pautas na logística dos gestores que ficam sem ser trabalhadas porque ninguém priorizou. Nesse caso, o profissional que queria pautar e nunca conseguiu, conseguiu pautar com os teleconsultores e conseguiu respaldo. É uma coisa que pode ser transformadora, mas vai depender de como a pessoa faz uso disso e como isso impacta na micropolítica dos sistemas locais de serviços” (GTS).

Sin embargo, existe el riesgo de esta información seguir las reglas pre-existentes de la información en salud considerada como legítimas en las bases de datos, sin ampliar el debate sobre los contextos, sus singularidades y diferencias.

“Quando um profissional solicita uma teleconsultoria para um caso complexo, ele está dizendo de um lugar que merece uma intervenção, deve ser prioritário e que se traz essa intensidade para as pessoas é importante criar respostas. A gente entra através de um pedido que eventualmente esse profissional não faz a mais ninguém. Primeiro porque ele não percebe abertura, segundo porque não confia que de que ele está falando para alguém que não sabe e que não vai lidar bem com o não saber dele, e agente tem a obrigação de lidar bem com o não saber dele, pois isso é o objeto do nosso trabalho. Então para alguns profissionais isso é uma coisa boa. (...) Não sabe o tema e pede conselhos do que pode fazer com o usuário específico, ou com as pessoas em geral em situações gerais, como o Novembro Azul, o que falar, quais técnicas, materiais referentes, etc..”(GTS).

Existe, por parte del equipo, esta tentativa de alejarse de la mediación tecnológica que impone la plataforma para un dispositivo de diálogo. Sin embargo, esta es una oferta del equipo, y que no está contemplada en la plataforma, constatación que proporciona elementos para reflexionar sobre la dificultad que existe en la participación de los profesionales de la salud en el programa.

“Tentando produzir um entendimento, uma compreensão do que é isso, uma vinculação do fazer dele, que a princípio motivou a ele solicitar uma

teleconsultoria, o que mexeu com ele, o que incomodou e que o fez buscar o TS, e aproveitar para fazer essa oferta de articular o fazer dele com uma coisa mais ampla” (MTS)

Esta tensión entre la mediación tecnológica y el dispositivo de diálogo que representa el programa llama la atención para el debate del determinismo tecnológico, que impone ciertas reglas y presupone efectos de la utilización de las tecnologías, que serían capaces de devolver el hombre a su dimensión comunitaria, ya que permiten a los individuos participar activamente en las dinámicas de esas comunidades⁸⁶.

En algunas de las entrevistas, fue posible percibir un cierto “fetichismo” por las tecnologías, como trabaja Pierre Levy (1999, 2004), una idea determinada que las TIC y el *Telessaúde* son una especie de salvación para los trabajadores de los municipios del Estado, integrándoles a una dimensión comunitaria del actuar y del saber en salud. El equipo prevé una cierta relación más cercana, participativa y resolutive a partir de esta mediación, pero que no se tiene una dimensión de sus efectos:

“Hoje mesmo olhando teleconsultorias em andamentos, uma delas aplicada vacina em gestante antes do tempo, que riscos têm para a gestação. Olhando as respostas, estava dizendo que a partir de pesquisas tinham identificado que não tinha perigo para a gestante ou o feto. Só isso, já tira o peso com a relação aos riscos, mas não tira a responsabilidade de rever os processos para no caso de em um outro momento, com outra vacina que pode trazer riscos à gestação, aquilo não seja concretizado de maneira negativa. Isso pode ajudar alguém que não sabe, que seja recente na área ou na equipe, ou isso pode transformar toda uma prática que está forte e não é aquilo que a gente quer para o serviço, não é aquilo que ninguém quer para o serviço, mas que eventualmente acontece em diversos lugares. Por conta de ignorância, falta de preparo, prioridades, aquilo passa a ser

⁸⁶ Importante traer al debate en esa categoría uno de los precursores de las escuelas de pensamiento comunicacional, Ferdinand Tönnies, que vía en las tecnologías artefactos capaces de devolver el hombre a su dimensión comunitaria, ya que permiten a los individuos participar activamente en las dinámicas de esas comunidades (Sousa, 2003).

importante no momento em que alguém valoriza aquele fato e do lado de cá alguém responde, e valoriza de novo” (GTS)

Una información o experiencia pedagógica solamente produce sentido cuando dialoga con toda la acumulación anterior que las personas traen consigo. Partir de los incómodos, dialogar con el acumulado y producir sentido: esas son las claves para el aprendizaje significativo. (Franco y Merhy, 2011:12)

Producción de la comunicación como una relación: la línea de fuga de los equipos.

Importante destacar que lo presentado hasta el momento en las categorías anteriores tiene una relación directa con la oferta material del programa, es decir, el proceso de las teleconsultorías, la matriz lineal de la comunicación en las estrategias educativas, la lógica de transmitir información de un polo con conocimientos a otro que no conoce, entre otros. Esta oferta, como expuesto, influencia en la manera como los trabajadores del programa participan, y a su vez como los trabajadores de salud de los municipios, los consumidores de estas ofertas, se posicionan en el proceso comunicativo. Esto puede ser un proceso de captura por parte del equipo de *Telessaúde* del núcleo, pero también de líneas de fuga⁸⁷ para establecer otras relaciones a partir de esta estrategia comunicativa.

“E a cada contexto, em cada situação onde a gente percebe onde é mais favorável uma coisa do que a outra, a gente se conecta com eles de acordo com as necessidades. Fazer, por exemplo, uma oficina sobre como usar a plataforma do TS, e decidimos juntos a melhor forma, se presencial ou à distância” (GTS)

He podido observar en el caso del equipo del *Telessaúde* una tentativa constante de producir la comunicación con los trabajadores de la salud a partir de una lógica relacional, considerando el encuentro entre las personas como el productor del

⁸⁷ Siguiendo a la idea de poder para Foucault, todo proceso de captura del poder prevé estrategias de producción de líneas de fuga por parte de los individuos.

acontecimiento y produciendo sentidos para las cuestiones de salud en el proceso comunicativo.

“Uma solicitação de apoio, se a gente tratara como se fosse igual a outra simplesmente porque o texto se parece, porque a situação parece, pode correr risco de responder da mesma forma situações diferentes. Isso não é nada criativo. É importante que o relacionamento com essas pessoas seja uma construção. Por isso que os processos de monitoramento para nós são importantes. Alguém tem acompanhar as equipes para entender qual é a realidade deles. Do que eles dispõem no momento, como eles operam, se o serviço da condições para fazer atividades coletivas, se da condições de ofertar medicamentos prontamente, se da condições de fazer observação, enfim, qual é a realidade, qual é a estrutura, não só física, ou medicamentos, mas de relacionamento” (GTS)

Demuestran que disputan un uso para la plataforma no como la oferta final de la materialidad del programa, sino como dispositivo de diálogo entre trabajadores y teleconsultores. Para lograr estas acciones, apuestan en los más diversos canales de comunicación, más allá de la plataforma del *Telessaúde*: redes sociales, skype, youtube, entre otros canales.

“Recentemente a gente também colocou em prática o canal do youtube do TS, estamos divulgando as webpalestras lá e divulgaremos em breve outros vídeos. Utilizamos muito das redes sociais e do mailing. Usamos de uma estratégia que é a seguinte: pegamos todos os e-mails dos profissionais cadastrados e incluímos em uma mala direta. Então toda a comunicação que a gente queira fazer com os profissionais que foram cadastrados pelo TS a gente faz” (CTS)

“O TS o que ele oferta dele mesmo, que não é utilizando de outras coisas, é a plataforma, que aí você só utiliza os serviços de teleconsulta. Mas ele tem uma possibilidade tão grande de utilização com a questão da teleeducação, de promover aulas, cursos, através de outras plataformas, adobe conect, skype... a

gente procura todos os artifícios para levar informação para o profissional da ponta” (CTS)

Según narran, esta relación puede producir efectos concretos en las relaciones de los trabajadores de los municipios y, consecuentemente, produce efectos positivos en la producción del cuidado. Además, crea para el núcleo un conocimiento de otras realidades, contextos y singularidades que pueden generar efectos positivos para otros atendimientos.

“No que a gente está propondo construir a gente não fica no meio de um percurso condicionando eles a se relacionar como obrigação. A gente se coloca na cena, apresenta, e diz que estamos na mesma direção. E se for do interessa, vamos juntos, compartilhando, construindo. Não só fazer uma terceira coisa. Compartilha o que conseguimos acumular e vocês trazem o contexto favorável para que a gente possa entender como aplicar o conhecimento, aplica esse acumulo que está aqui e ampliar e variar o que a gente já tem” (GTS)

“Tem coordenadores muito bons na AB e abrem espaço para formação, indicam que os profissionais assistam às webpalestras, que de alguma forma solicitam com frequência a teleconsultorias, disponibilizam conectividade para que eles possam sempre estar movimentando ações dentro das equipes, que construam planos de intervenções. A gente fala isso nos treinamentos. Fala com os profissionais que eles podem utilizar as ferramentas para criar momentos, encontros, para fazer movimentos, para pautar coisas novas, para sair do automatismo do atendimento” (GTS)

También, según se conduzca las teleconsultorías, a partir de esta perspectiva más relacional del proceso, puede incluso cooperar a derribar ciertos discursos hegemónicos en la salud.

“Tem gente que acha que o hospital resolve e responde tudo, mas ele não discute questões de relacionamento, não vê singularidades da casa das pessoas, que

“muitas vezes são problemas de outra ordem, da dimensão social que não são trabalhadas por quase nenhum serviço” (GTS)

Según relatan, cuando una pregunta llega en la plataforma, hacen un análisis, muchas veces colectivo, del contenido del pedido. Este movimiento inicial genera en el equipo del núcleo un proceso intenso de diálogo, que superan los límites de producción de relaciones de la plataforma. Aunque inicialmente el pedido sea una teleconsultoría asíncrona, el equipo puede proponer una conversación más directa con los trabajadores, a través de una conversa síncrona, según el desenlace del análisis del pedido.

“Mas, eu acho que para o objetivo do TS, que é transformar as práticas na perspectiva da Educação Permanente em Saúde, e com a perspectiva de produção de redes, eu acho que não da conta. Porque, onde está a rede aí? A não ser na teleconsultoria síncrona, que eu me conecto com o outro, que eu crio conexões, eu ligo, etc, e que temos potencial para fazer isso... a gente viu essa potência se atualizando na teleconsultoria síncrona. E que foi inicialmente uma assíncrona que nós identificamos que deveríamos ligar, e sugerir do tipo síncrona, conseguimos realizar, e foi muito potente” (MTS)

De nuevo aparece el tema de la repetición y la diferencia en los procesos de cuidado en la salud. Por lo general, el cuidado en salud prevé un proceso lineal y de repetición que entiende que para hacer frente a determinados problemas, existen estrategias específicas, científicas, definidas de antemano por los profesionales de la salud, para solamente de esa manera llegar a una condición real de salud (Merhy, Feuerwerker y Cerqueira, 2010).

La plataforma del *Telessaúde* puede capturar para una actuación en la repetición de los modelos médicos hegemónicos. Sin embargo, a partir de las narrativas es posible observar una tentativa del equipo del núcleo de romper con los parámetros ofertados por el *Telessaúde*, haciendo del mismo una herramienta de aproximación, tal como otras herramientas posibles: el diálogo, los conocimientos,

la apertura para la discusión, el reconocimiento de las singularidades del contexto del caso, etc.

“A cada contexto o TS é demandado de uma forma diferente, o que faz com que a gente entenda que o TS faz apoio, mesmo que seja na área de gestão, ou na área de apoio de assistência. Respondendo à demanda concreta” (GTS)

“Tem uma coisa que é a nossa instituição, que sempre busca responder de maneira criativa, com o máximo de conteúdo, de instrumentos, reflexões, possíveis, porque existe uma proposta da instituição de sempre fortalecer e mobilizar atividades de educação permanente. Assim que esse processo de qualificação são o forte da instituição. Isso casou muito bem com o TS, porque o objeto de trabalho do TS é desenvolver processos de qualificação seja na clínica, seja no processo de trabalho das equipes, seja do sistema de saúde. Sempre pensando em fazer momentos que refletem, analisam e constroem novos cenários. Mas, a gente alguma autonomia sim, porque se o objetivo é fazer com que no final das contas a gente tenha ampliação na resolutividade da AB e agente tem várias opções para fazer isso, o que aparecer como demanda de acordo com esse objetivo a gente faz” (GTS)

Todas esas cuestiones funcionan como dispositivos para emerger otros sentidos, incluso para la ampliación de la calidad de los servicios de salud, que, en el caso del *Telessaúde*, no pasan solamente por una ampliación de los números de teleconsultorías, sino que por la capacidad de ampliación del dialogo y la negociación de sentidos que puede tener cada demanda.

“Não é o mecanismo, importante é a interação que se formou. Se for por telefone, por email, importante é que a informação chegue até o profissional” (CTS)

Estas experiencias, aunque todavía en nivel micro, permiten visibilizar que la *descentralización* del poder puede ganar concreción cuando se favorece canales locales de expresión y circulación de los mensajes, que trae en su contrapunto la creación de canales y procedimientos de escucha.

Este espacio comprendido como un proceso relacional, donde circulan un sinfín de sentidos para la salud y la vida y agenciado por lo sujetos y que trae en sí el atributo de la libertad, de la creación, de la inventiva, lo que Merhy (2006) llama de trabajo vivo, es donde los trabajadores de salud re-inventan, a cada día, su autonomía en la producción de actos de salud. Dar visibilidad a estas cuestiones que emergen de este encuentro entre los trabajadores e constituir las en materia-prima para la producción de redes de conversas colectivas entre los varios trabajadores, puede tener efectos positivos en la participación de estos actores como productores de sentidos y amplía las posibilidades de actuar de manera singular y no prescriptiva en lo cotidiano del campo de la salud.

La participación como problema: el reconocimiento de los profesionales de salud en el programa

Aunque se destaca en la categoría anterior que existe una tentativa del equipo en involucrar los trabajadores en un proceso de comunicación que supera las ofertas lineales del *Telessaúde*, en todas las entrevistas aparece la cuestión de la no participación más efectiva de los trabajadores. Esto genera en el equipo una tensión, y la constante búsqueda por soluciones, alternativas y tentativas de comunicación.

“É um campo aberto. Se não está acontecendo, não é porque a gente não quer que aconteça. Estamos sempre mobilizando ACS, médico, enfermeiros, se for da AB, e eventualmente envolve pessoas nem que a gente queira” (GTS)

Los entrevistados apuntan algunas cuestiones sobre esa relación: que no existe la “cultura” en el uso del *Telessaúde* o que los trabajadores no ven sentido en la herramienta para su cotidiano de trabajo. Incluso, apuntan el hecho de que no sea el programa una actividad obligatoria como una de las trabas a la participación.

“Eu acho que é uma questão de cultura organizacional mesmo. Tem pessoas que tem o perfil de ficar o tempo inteiro aproveitando as situações e tentando aprender

com elas, construindo, buscando soluções, situação puxando processos, abrindo reflexões. Tem gente que faz isso assim. E tem gente que não. Tem gente que faz pergunta e está no manual” (GTS)

“Acho que ainda está muito aquém do que poderia ser. Porque querendo ou não o Telessaúde não é um programa obrigatório, e acho que é uma questão de cultura, de mudar a cultura, que o profissional entenda que aquilo é uma ferramenta que vai qualificar o trabalho dele. Como não é obrigatória, não é todo mundo que vai usar... pensa que o que quer saber, não é pelo Telessaúde que vai buscar”. (CTS)

“Ter condições, por exemplo, para solicitar Teleconsultoria: principalmente conectividade, que aparece como entrave; ter computador para se comunicar, mas também questões de carga horária, estabelecimento daquilo enquanto uma rotina do serviço. São coisas que tem que ser o tempo todo trabalhadas junto os coordenadores da AB, secretários de saúde dos municípios, ou quem quer que viabilize e apareça na cena para que as condições ao acesso ao TS cresçam” (GTS)

Si bien tal categoría pide una profundización más detenida de lo que sería el punto de vista de los trabajadores, que no fue el objetivo de esa aproximación, a partir de las narrativas del equipo del núcleo es posible destacar algunas pistas sobre los efectos de esta relación y que proporciona elementos para pensar las ofertas de participación desde el programa.

Una primera cuestión que se visibiliza es un aparente paradojo que se establece por un lado entre lo que propone el equipo, es decir, una mirada del uso de la herramienta a partir de una comunicación más horizontal y relacional, buscando una construcción de sentidos singulares para las demandas. Por otro lado, la oferta informacional y unidireccional del *Telessaúde* de la plataforma.

“E aí estamos em uma situação que estamos propondo algo mais avançado ainda. A gente está propondo que as pessoas analisem o que elas vivem, criem as próprias regras para seguirem e eles não conseguem fazer isso” (GTS)

“Quando constrói objetivos que são definidos a partir de pensamentos coletivos, momentos coletivos, conversas que são compartilhadas, sugerem outra relação de relacionamento. Os coordenadores que percebem isso e dão espaços. Percebemos que temos equipes que fazem isso e utilizam o Telessaúde como ferramenta” (GTS)

Otra cuestión que se destaca es la estrategia que ha adoptado el núcleo en la implantación del *Telessaúde* en los municipios. Inicialmente, la estrategia fue crear las condiciones de uso de las ofertas de la plataforma para los trabajadores. Así, los contactos, las palestras y los entrenamientos locales fueron inicialmente direccionados para el uso de la tecnología, a como acceder a la plataforma. También los contactos del equipo de campo, los mediadores, estuvieron relacionados con problemas en el uso o no uso de la plataforma, problemas de acceso, etc.

“Então elas foram a campo e treinaram pelo menos um membro de cada equipe das equipes existentes no estado da Bahia. Treinaram presencialmente no primeiro ciclo de treinamento do TS. Metodologia utilizada: foi enviado um e-mail para o coordenador de AB de cada município, solicitando a presença de um membro de cada equipe de saúde do município, e que ele fosse participar do treinamento em sedes de diretorias regionais de saúde. Foram 31 municípios. No final, como todos da região se reuniram, nesse primeiro ciclo atingimos 96% do território estadual. Foram 402 municípios, de 417” (CTS)

“(…) houve uma atualização da plataforma do Telessaúde no início do ano e fez com que o processo de solicitação de teleconsulta fosse modificado, então a gente mandou um comunicado alertando de que houve essa atualização e que era importante que novas rodadas de treinamento à distância fossem realizadas para poder atualizar o profissional da nova utilização” (CTS)

Esto genera para los municipios todavía un uso instrumental de la herramienta. Diversas consideraciones sobre el tema del contexto que emergieron en las entrevistas están relacionadas con los problemas “físicos” de acceso, y no las

singularidades de contextos de los municipios, hecho que demanda una comunicación que invierta en estos problemas.

“E elas identificam, por exemplo, que muitas pessoas em uma dada região não conseguem entrar na plataforma, ou outra região com baixo cadastro, então a gente faz uma peça de incentivo voltada para aquela região” (CTS)

Actualmente, la estrategia del núcleo está cambiando. Además de la teleconsultoría, están introduciendo las webpalestras con temas referentes a la salud, hecho que ha generado una ampliación de la audiencia. Sin embargo, los trabajadores de los municipios siguen en un lugar de participación de receptores de esta comunicación, sin un movimiento de proponer temas o dar continuidad al debate. También, esta estrategia no ha ampliado el número de pedido de teleconsultorías, hecho que podría producir espacios de diálogo como apuntado anteriormente.

“(os municípios chegam a pedir temas?) Isso ainda não ocorreu. A gente deixa bem claro, durante as palestras, pelas ferramentas de mensagens da plataforma, e além de perguntar sobre dúvidas, pergunto se em sugestão de temas para as próximas webpalestras, deixo endereço de contato, etc. Isso tudo é sugerido, mas ainda não houve essa demanda de volta” (CTS)

Estas cuestiones también están relacionadas con lo que había sido apuntado en el primer Seminario Nacional del *Telessaúde Brasil*, en el año 2009. Según el documento final del encuentro, uno de los puntos trabajados fue la necesidad de ampliar y adaptar los contenidos a las distintas demandas que coexisten en el país, aunque hubo un reconocimiento de que las actividades de la tele-educación trabajan con temas del cotidiano de los equipos de salud de los distintos municipios participantes. Así, la participación de los trabajadores en el desarrollo de los temas y de los materiales fue considerado importante para mejorar el sistema del programa. Siguiendo en el tema de la participación, los integrantes del seminario apuntaron para la necesidad de involucrar los usuarios en el debate de

las políticas públicas, en un proceso de corresponsabilidad de los colectivos en la atención a la salud.

Es posible pensar que este núcleo del programa esté en un momento de transición en relación con la estrategia inicial de abordaje de los municipios, y que la falta de sentido en el uso de la plataforma pueda ser un efecto de esta estrategia. Esto porque, sigue presente en el discurso una idea de calificación, de concientización, que puede incidir en el riesgo de producir unidireccionalmente los sentidos para esta acción, sin tener el mismo significado para los trabajadores.

“Acho que falta, problema, em minha opinião, falta ainda inculcar, e isso toca o meu trabalho, acho que ainda é deficiente, pois não consegui ainda em larga escala mostrar que na verdade essa outra oferta, da teleconsultoria, é como se fosse um curso, só que não vai dar certificado. Acho que é isso que está faltando essa conscientização geral de que é uma excelente oportunidade (...) Agora acho que falta questão da conscientização maior dos profissionais em entender que esse é um modo também de se qualificar e eles quererem se qualificar, e por parte do Telessaúde descobrir modos mais eficazes de mobilizar essas pessoas para entender a importância do projeto, isso atrelado à colocação de computadores nas unidades de saúde, colocação de internet, isso tudo eu acredito que vai gerar um aumento da utilização e assim agilidade nos processo de tratamento ou processo de trabalho” (CTS)

También, está relacionado con lo que fue discutido en la primera categoría, es decir, que la oferta limitada del *Telessaúde* desde el punto de vista de los espacios comunicativos genera una percepción limitada del valor del consumo por parte de los trabajadores.

“Então, eu acho que a questão da produção de redes, dessa questão da mudança das práticas, tem um limite muito grande mesmo somente na resposta de teleconsultoria e de forma assíncrona principalmente” (MTS)

Estas cuestiones se configuran como analizadores interesantes en la medida en que he identificado a partir de la disertación de maestría que he tenido contacto que los profesionales de la salud, en especial los médicos, utilizan distintos medios de comunicación para comunicarse, pero no llegan a utilizar el *Telessaúde*, que es precisamente una oferta que se reconoce como una tecnología de comunicación.

“Diz que tem interesse em usar o TS pelo seu formato ser interessante, com retaguarda de um "especialista" em integralidade, mas que, como outros recursos supriam a necessidade dele (rede de amigos acessada por telefone, internet 3G no celular, demora permitida) e nunca teve necessidade "mortal" de uso, acabou negligenciando o TS. Complementa dizendo que tem o entendimento do formato e de como funciona o TS, mas que não "pegou" para utilizá-lo até agora” (Oliveira, 2013:59)

Eso está relacionado con lo que fue discutido en el capítulo anterior, es decir, que es fundamental desplazar y ampliar el concepto de la eSalud, que no pasa solamente por el uso de las TIC como artefactos tecnológicos o plantea la comunicación a distancia, la telemedicina, o inclusión de programas y software en los servicios de salud.

“A partir desses encontros, novas formas de produzir o cuidado podem ser inventadas; é onde se negociam a partir dos diversos projetos que cada um possui e se pactuam novas modelagens de organização do trabalho na equipe, novos direcionamentos e novos fluxos comunicacionais aparecem; onde se produzem novos significados e sentidos para o cotidiano da produção do cuidado; enfim, quando há grandes possibilidades de processos instituintes ocorrerem e de novos territórios serem criados. (...) Com frequência, essas formas não dialogam com ofertas das secretarias municipais de saúde, secretaria estadual de saúde ou MS. Assim, os trabalhadores lançam mão da criação de redes vivas de conexão (produção de encontro), seja na própria equipe, seja fora dela; seja pessoalmente, seja por telefone” (Oliveira, 2013:53)

Una narrativa de un proceso de teleconsultoría ha emergido en las tres entrevistas e ilustra la posibilidad de participación y reconocimiento por parte de los trabajadores en un proceso que se ha tensionado la oferta unidireccional del programa.

Relatan que una vez ha llegado una pregunta de una trabajadora sobre problemas con un recién nacido. Durante el trámite de contestación previsto en el programa, incluso con tentativas de hablar directamente con los trabajadores del municipio, el bebé murió. Sin embargo, el equipo de teleconsultores y los trabajadores del municipio optaron por mantener una teleconsultoría síncrona, mismo que el “problema” inicial que ha generado la pregunta al *Telessaúde* no tuviese más como llegar a una resolución positiva. Optaron, así, por mantener el diálogo en una perspectiva distinta de lo que definía los protocolos del programa, concretada en situación por todos los participantes: pensar sobre lo ocurrido no a partir de culpabilizar a alguien, sea del equipo o de la familia, pero con el propósito de discutir los procesos de trabajo que eran vividos por la equipe cotidianamente. Por fin, el retorno de este equipo de trabajadores para el núcleo fue muy positivo: tenían implementado espacios regulares de discusión, con la presencia de representantes de diferentes instancias de poder en el servicio, hecho que ya había promovido cambios en procesos de trabajos, protocolos, etc.

“Essa enfermeira estava com problema sério com esse bebe que estava acompanhando. Ela pediu uma teleconsultoria por vídeo, em tempo real, e no processo essa criança faleceu. Ainda assim, essa enfermeira fez questão de receber as informações, as orientações, as impressões do médico teleconsultor, e ela depois relatou que aquela teleconsultoria foi de grande importância porque gerou uma mudança na rotina da saúde do município. Eles agora estão tendo reuniões mensais, porque o teleconsultor indicou que seria importante, reuniões com o secretário de saúde que não eram freqüentes, estão ocorrendo, justamente por conta das orientações do Telessaúde” (CTS)

Accione como el *Telessaúde* son importantes para el desarrollo de la salud, en especial en un país con un territorio amplio como Brasil. Sin embargo, se defiende

la necesidad de constituir, a partir del uso de las TIC de manera singular e compartida, una praxis comunicacional, en los procesos continuos y dinámicos de interlocución, involucrando profesionales de salud, gestores, la población, de manera a crear espacios singulares de participación.

Además, esta mirada de la comunicación en el campo de la salud como un campo relacional permite comprender que la especificidad de la génesis de cada problema en las situaciones reales es necesariamente local, legitimando los conocimientos y comprendo a todos como productores legítimos de la comunicación, hecho que contribuye a una ampliación de la significación de los temas y estableciendo otro sentido para la participación. Por lo tanto, necesariamente hay que establecerse el diálogo entre las diferentes áreas técnicas y la gestión local para la elaboración de estrategias adecuadas para el enfrentamiento más efectivo de los problemas (Franco y Merhy, 2011:6).

Acceso virtual: la tensión entre problema de infraestructura y la percepción de necesidad

En todo análisis realizado sobre el campo de la TIC en la salud que he emprendido, el tema del acceso, desde una mirada de la infraestructura necesaria, es relevante para pensar la participación de las personas, considerando que la implementación de procesos de eSalud en lugares donde la infraestructura básica es deficiente tiene sus consecuencias. Sin embargo, se destaca una tensión que se establece entre el acceso desde otra mirada: de la necesidad percibida por los receptores de esa acción, considerando que el programa prevé la instalación de infraestructura necesaria en los municipios.

“Hoje a gente ainda passa por situações de que os profissionais não conseguem acessar, por falta de estrutura. É uma conversa típica com os gestores. Falo de estrutura interna, aqui, para o núcleo funcionar; falo de estrutura externa, para os profissionais que consomem o TS, para que eles consigam utilizar serviços; e falo

ainda sobre o relacionamento necessário entre os centros de referencia, universidade, que possam ofertar e compartilhar conhecimento, práticas, técnicas, que influenciam positivamente na reorientação do trabalho das equipes de saúde da família ou AB” (GTS)

Desde el punto de vista de la infraestructura, esta categoría se visibiliza como importante para pensar sus desdoblamientos en las estrategias comunicativas del programa. Considerando el estado de Bahia, donde he tenido contacto con el núcleo de *Telessaúde*, y extendiendo el análisis a todo Brasil, las diferencias sociales y económicas son relevantes para analizar cualquier acción de salud, sea entre los municipios, o bien en el mismo municipio. Esto implica conocer las singularidades de los contextos locales, y cuál es el alcance de la implantación de un programa, en especial aquellos en que el uso de la tecnología es fundamental, en municipios cuyo acceso es deficiente.

“Cada serviço tem seus objetivos, que não são os mesmos. Tem gente que só usa carta, telefone e e-mail? Além desses a gente utiliza skype, what, adobe, radicalizamos nas formas, porque queremos ao máximo fazer contato para ampliar ao máximo fazer conexões, para que as reflexões cheguem mais longe”(GTS)

Se observa por parte de los entrevistados una preocupación sobre el tema del acceso, pues si por un lado existe por parte del programa un esfuerzo de implementación de la estructura en los municipios –ordenadores, entrenamientos, etc-, por otro lado se percibe que la falta de infraestructura adecuada puede también ser la responsable por que la gente no acceda como esperado en el programa. Esta situación favorece, a largo plazo, una falta de motivación de los trabajadores, es decir, significa jugar con una expectativa de procesos comunicacionales que no se realizan al final. También, puede ampliar la distancia y diferencias que la propia desigualdad económica impone a esta relación.

“A questão de alargar que acontece... além da teleconsultoria por texto, chamada assíncrona, tem a teleconsultoria síncrona, que é a minoria, poucas, e as poucas

tem uma dificuldade de responder essas teleconsultorias síncronas, por vídeo, devido a grande dificuldade de se comunicar com as equipes para agendar um horário para responder. Não consegue contato, telefone não funciona, ou profissional não dá retorno em relação ao horário, ou quando dá retorno depois desmarca. São muitas situações, mas o fato é que fica o saldo de grande dificuldade de responder as teleconsultorias síncronas, que já são poucas demandas. Tem várias que tentamos semanas, até a ponto de desistir, ou finalmente dando resposta unicamente via plataforma, texto, pois o processo está a tanto tempo rolando que precisa ser resolvido. Até chega a perder o sentido, respondemos e fechamos o processo, depois de várias tentativas de comunicação por diversos meios” (MTS)

Si bien es cierto que la infraestructura tiene influencia en la participación de los trabajadores, se observa que también que el acceso está únicamente relacionado con esta cuestión, señalando la necesidad de trabajar de manera más horizontal y con una perspectiva relacional los procesos comunicativos que se establecen en los servicios de salud de una manera en general, que siguen influenciados por los modelos hegemónicos, centrados en los discursos del médico.

“Em lugar que tem toda estrutura para usar TS, a gente vê que tem pessoas que não usam, mesmo com tudo montado. E tem lugares que as pessoas mal tem internet, mas usam. E a gente tem acompanhado os horários e é quase ininterrupto, mesmo durante a madrugada. Ou seja, tem gente preocupada em melhorar. Se falassem do processo, ia ver que o médico faz com que todo mundo fique dependente dele, quando o serviço é médico centrado. É uma situação que enquanto não ficar no centro, for periférica, vamos atravessar problemas de qualificação o tempo todo.” (GTS).

Un dato interesante que surge de las entrevistas es que cuando el *Telessaúde* implementó un servicio de llamadas gratuitas, por teléfono – llamado en Brasil de servicio 0800 – hubo un gran número de acceso de los trabajadores de salud en busca de atendimientos, preguntas y solicitudes. De cierta manera, constata una sustentación de la expectativa en relación con programa, y que, al abrir la

posibilidad de una oferta viable de un canal de comunicación, los profesionales han accedido al *Telessaúde*.

Quando o Telessaúde no Rio Grande do Sul lançou, no discurso deles era assim, não faz sentido para o médico, ele é o que menos utilizava... Quando eles lançaram o telefone, o 0800, que é uma forma de responder síncrona, a quente, eles tiveram um boom de médicos. Porque era para médico no início, depois ampliou para outros profissionais, e os médicos passaram a utilizar brutalmente

Se destaca la necesidad de pensar sobre este campo virtual, que se configura como una novedad y al mismo tiempo sigue basado en discursos y modelos existentes en el campo de la salud. También, de qué manera esta herramienta virtual se actualiza en las prácticas de los servicios de salud, movilizand o la participación de los trabajadores y produciendo sentidos para sus cotidianos.

4.4. Consideraciones finales

Partiendo de una comprensión de que la participación existe en los distintos abordajes de la comunicación que he tratado con más relevancia, la matriz informacional y la perspectiva relacional, estos dos espacios trabajados como casos múltiples posibilitaron analizar esta multiplicidad, y la producción desigual combinada donde conviven diferentes prácticas en los mismos mecanismos organizacionales. Tales perspectivas influyen la manera como cada grupo piensa la participación, y consecuentemente, van a influenciar los proyectos, políticas, acciones, etc. Estas cuestiones fueron fundamentales para comprender la relación de la comunicación y la participación en el campo de la salud, y cuáles contextos son constituidos a partir de la utilización de las TIC.

En ese sentido, si bien la disputa de un modelo relacional de la comunicación en el campo de la salud apuesta en espacios más participativos de las personas, por rupturas en una matriz lineal de la comunicación, fue posible observar que el hecho de enunciar la posibilidad de “tener voz” y de “participar”, como el caso del *Telessaúde*, no establece necesariamente una relación de libertad de los individuos. Las propias TIC en el campo de la salud, si bien pueden promover espacios de participación, son ellas mismas espacios de control que oferta temas, discursos, en una disputa interesada de capturar el “querer” y el “hacer” de las personas.

La propuesta de una comunicación que en su base trabaja con elementos que busca contemplar a los sujetos como activos en el proceso comunicativo, como es el caso del proyecto *Maluco Beleza* y de la propia institución en la cual está ubicado el programa, promueve una apuesta en la intervención social que tiene como elemento central la ampliación del cuidado, sin estar circunscrito a una única manera de comprender la salud y el bienestar de las personas como prevé la dinámica hegemónica de la salud como ausencia de enfermedad o el sufrimiento como una enfermedad.

Trabajar con una multiplicidad de ofertas, incluso en el campo comunicativo, es disputar la idea de que existen distintos modos de sufrimientos, distintos modos de existencia y distintos sentidos que la salud y la enfermedad pueden adquirir en los diferentes contextos. Comprender y considerar a las personas como sujetos activos es apostar en esta multiplicidad. Estos elementos están en producción, y como tal deben encontrar espacios legitimados para producir y circular los sentidos, además siendo la apuesta continua en espacios de diálogos horizontales es una herramienta importante en este proceso. Lo que se observa en la radio es una ampliación de las ofertas para los usuarios de la red de salud mental, como dispositivo de activación de un circuito de producción y expresión de los sentidos.

La apuesta del *Telessaúde* no amplía esta comprensión de la comunicación, estando estructurada en una matriz lineal de promover el campo de la comunicación y salud. Aunque esté contemplado encuentros síncronos, no rompe con la estructura del discurso de los elementos clásicos del campo: promoción de la salud, educación para salud. Además, la multiplicidad y la complejidad tienen poco espacio para adquirir visibilidad y, en consecuencia, legitimidad de conocimientos.

Esta posibilidad de ampliación del proceso comunicativo para una perspectiva relacional y negociación de los sentidos a partir de las singularidades de los contextos está exclusivamente relacionada con la disponibilidad del equipo que trabaja en el núcleo del programa, que tiene una característica diferenciada de comprender las relaciones en el campo de la salud. Comprendiendo este espacio del territorio de las prácticas como un espacio de múltiples disputas (Merhy, 2006), es a partir de la actuación de los trabajadores y de sus intereses y miradas hacia el campo de la salud que se busca una manera de enfrentar la unidireccionalidad de la oferta del programa y prevalecer una participación de los trabajadores en la cual emerjan los contextos, las singularidades, los sentidos.

De esta manera, la posibilidad de encuentros que prioricen una comprensión más amplia del contexto con la presencia legítima de distintas voces en negociación, y

como consecuencia una comunicación que se establezca a partir de estas condiciones es una oferta de los trabajadores en su cotidiano, y no del aparato tecnológico que atribuye en su discurso la lógica de la participación más ecuaníme de los actores de la salud.

Las ofertas de la plataforma limitan esta producción, manteniendo matrices hegemónicas, por ejemplo la figura del médico como aquel que detiene el conocimiento sobre la salud, en una línea directa con la prioridad de transmitir una información de un polo con conocimientos específicos y legítimos a un receptor que necesita de educación y calificación, sean los demás trabajadores o los usuarios. La matriz informacional, de esta manera, sigue operando en la lógica de actuación de esta política pública, distinto del proyecto de la radio donde la propia apuesta de la comunicación recoge otros caminos, como la participación en un proceso de producción y circulación de la multiplicidad de sentidos en salud, que corresponde a la multiplicidad de sentidos en la vida.

Las diferentes ofertas en el campo de los modelos comunicativos van tensionar distintas maneras de participar. Una lógica que contemple espacios abiertos de circulación de sentidos, de producción de la comunicación y de reconocimiento de esta producción como legítima en la estrategia comunicativa va a influenciar una participación más implicada, no quedando limitada a los espacios clásicos, pero presentes también en estos lugares, y extendiendo incluso las posibilidades de redes de conexiones más allá de la institución de salud, visibilizando otras potencialidades de las personas y ampliando las posibilidades de cuidado. Se establece una relación de simetría que reconoce a las personas como sujetos legítimos en su diferencia.

El uso de las TIC, bajo esta perspectiva, generan nuevas asociaciones, como se destaca la radio online, resignificando las acciones y discursos de todos los actores involucrados en la institución y fuera de ella, sean los usuarios, los trabajadores, la comunidad alrededor, entre otros.

Por otro lado, una comunicación que se establece prioritariamente como una oferta lineal tensiona una participación de recepción de las acciones comunicativas, que es reproducida en el uso de las TIC en el programa *Telessaúde*. Como he podido observar, las demandas de los trabajadores hacia el programa tienen en sí características clásicas, como materiales de divulgación o bien de recibir informaciones a partir de un curso sin establecer una red de conversación posterior. La tensión del equipo del núcleo del programa al promover una participación distinta a partir de ofertas más horizontales de la comunicación tensiona en alguna medida esta participación. En lugar de solamente cumplir con la comunicación vía el espacio de preguntas y respuestas, se busca espacios más abiertos de diálogo con los trabajadores a partir de las cuestiones que emergen de la vida cotidiana.

Esta es una posibilidad que tienen las TIC, es decir, la emergencia de espacios más horizontales. Pero esta horizontalidad y posibilidad de participación está relacionada con la manera como es disparada la comunicación. Por este motivo la importancia de concebir la comunicación desde una combinación de perspectivas distintas en lugar de un único modelo unidireccional. Esta combinación es responsable por la configuración que adquieren los procesos de eSalud en las prácticas de los servicios de salud.

Una comunicación producida bajo una lógica relacional tensiona rupturas con las estrategias clásicas de la transmisión unidireccional de la información en salud. La matriz informacional prevé una contratación de códigos, siendo que en la lógica relacional esta producción se establece en un proceso de negociación de sentidos. La lengua misma sufre interferencias, y las diferencias no son comprendidas como ruidos de la comunicación. En la radio, se observa que los participantes se expresan a partir de diferentes registros de la lengua, muchas veces casi incomprensibles, y que son considerados como legítimos en la producción de los programas. Este reconocimiento tiene efectos en la salud y bienestar de los locutores, percibido a partir de la capacidad de conexiones que establecen en su cotidiano más allá de las cuestiones relacionadas a la salud mental.

En la oferta del aparato tecnológico del *Telessaúde*, estas diferencias se diluyen, en una tentativa de homogenizar la participación a partir de las entradas en la plataforma. La oferta como una contratación lineal de preguntas y respuestas oculta la posibilidad de las diferencias casi que como una búsqueda por “higienizar” la comunicación. Es la acción permanente del equipo del núcleo, como visto, la responsable por emerger los contextos y las diferencias a partir de los contextos y “ensuciar” la conversación de manera a llenar de sentidos la comunicación.

Las instituciones de salud, con pocas excepciones, siguen reproduciendo esta perspectiva informacional en sus estrategias comunicativas, que como he destacado está relacionada a una manera hegemónica de mirar el proceso salud-enfermedad.

Además, una comunicación que contemple estos elementos está directamente relacionada con una disputa política de acuerdo con *los principios del SUS*. La comunicación está en la estructura de los procesos de elaboración, implementación y gestión de las políticas públicas, y no puede ser únicamente manejada como una herramienta de divulgación de una determinada institución, un programa, una campaña.

Una comunicación que reconozca a todos como interlocutores legítimos, como sujetos activos, como detenedores de saberes que deben ser considerados como válidos, apuesta en la *universalidad* de la comunicación aplicada a la salud, comprendiendo la comunicación y la salud como derecho de todos. Estos dos casos, como se observa, demuestran distintas apuestas en esta perspectiva. Una perspectiva unidireccional de la comunicación que está fuertemente relacionada a una producción única de ver el sufrimiento de las personas, tiende a silenciar las distintas voces que deberían ejercer el derecho a hablar desde sus percepciones sobre la salud.

La comunicación considerada como un proceso relacional que trabaja a partir de las diferencias también abre la posibilidad para *equidad* en la comunicación,

partiendo del contexto y de las singularidades de cada persona como sujeto activo en la comunicación. Se observa de manera importante esta cuestión en la *Radio Maluco Beleza*, donde las diferencias son elementos para la producción de más vida en los participantes. La noción de contexto, además, afecta directamente el acceso de las personas a la información y la posibilidad de apropiación de los distintos productos comunicativos que son generados en salud, sean ellos materiales informativos o bien la propia relación que se establece entre los trabajadores y los usuarios; y los trabajadores entre sí, etc. Esta cuestión se queda más borrosa en el *Telessaúde*, considerando la falta de participación y más diálogo que se establece a partir de la oferta de la plataforma, quedando la responsabilidad para los trabajadores del núcleo.

La posibilidad de apropiación es, por lo tanto, un parámetro para la equidad. Sin embargo, aquí también cabe trabajar a partir del tema de la circulación. Bajo esa mirada, la equidad puede también comprender la capacidad de promover la circulación de las ideas y la participación de las personas de manera más ecuánime en la red de producción de los sentidos. Cabe a las estrategias comunicativas, cuando se discute desde una perspectiva relacional, promover en el campo de la salud una redistribución del poder de producir y circular las ideas.

Los atributos de la *integralidad* también aparecen en los casos: la práctica de escuchar y reconocer al otro (polifonía, reconocimiento del lugar de diálogo), la oferta de espacios para la discusión y el intercambio (de la comunicación) y la negación del cierre de los sentidos en detrimento al privilegio de las voces autorizadas (una comunicación multidimensional, entendida como una articulación de las prácticas, saberes, recuerdos, expectativas, etc.). La integralidad se opone a la fragmentación y a la atención de manera desarticulada, en oposición a la especialización, y permite percibir un proceso que contempla la comunicación como un espacio de producción de sentidos sociales, en el cual está enmarcada la producción, circulación y apropiación. Así, defiende que la comunicación no esté solamente con el foco en el ámbito de la producción, como en el modelo informacional donde la concepción de la comunicación es la transferencia de contenidos de un polo a otro.

La *descentralización* prevé una disolución del poder, y considera que el derecho a hablar y ser escuchado también se distribuye de manera desigual en la sociedad. En la *Radio Maluco Beleza*, y de manera importante a partir de la radio online, la capacidad de descentralización se ha potencializado, pues ha podido abrir aún más espacios para las distintas voces que están presentes en la institución de salud, usuarios y trabajadores, como también ha abierto un canal con todos los colectivos alrededor. Eso ha permitido ampliar la capacidad de interacción de las personas, sus redes de conexión, e incluso ampliar y resignificar los propios conceptos de la reforma psiquiátrica, involucrando a todos en una lucha cotidiana a partir de distintas herramientas.

La comunicación hecha por el Ministerio de Salud, por lo general, se da de manera centralizada y unidireccional, pues la institución detiene la mayor parte de los recursos para la comunicación, característica presente en el *Telessaúde*. Los municipios, que están más cerca de los contextos locales, cuentan con menos recursos y con pocas oportunidades para los sectores no gubernamentales y que sus voces puedan circular en el ámbito de la salud. Esto tiene una consecuencia en todas las instancias de la participación, pues reproducen la relación unidireccional y centralizadora en la comunicación, sea internamente o bien con la población o grupos a que representan.

La jerarquización emerge en los casos, con el tema de la legitimidad en el proceso comunicativo, como he destacado anteriormente, pues este principio en la comunicación demanda que se construya otra visión del poder para hablar, con el presupuesto de que sean legitimadas otras instancias, otras personas, otras voces. De esa manera, defiende que la comunicación no sea pensada y producida únicamente desde el Ministerio de Salud u otras instituciones oficiales. No solamente en los ámbitos oficiales, pero también en la relación que se establece con los usuarios, para que sus conocimientos sobre su vida, su cuerpo y sus problemas o soluciones sean contemplados como válidos en el proceso comunicativo. Esto implica crear condiciones para que la polifonía social sea considerada.

La participación está relacionada con todo lo anterior, y está presente de diferentes maneras en las dos experiencias. Los modelos de comunicación y los modelos de salud que operan en los casos, no de manera exclusiva, pero en combinación, van a tensionar e influenciar dicha participación.

CONCLUSIONES

Una apertura para nuevos campos de sentidos

En este trabajo doctoral me he propuesto analizar el tema de la participación en el campo de la comunicación y la salud, a la luz de la perspectiva relacional de la comunicación y de los usos de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC). Esta investigación supone una importante contribución al campo de la comunicación y la salud, por un lado, porque he podido dar visibilidad al campo de la salud como un espacio amplio y complejo de saberes en negociación, que no se encuentra circunscrito a un único eje que supone el saber médico, tampoco determina al campo una única manera de hacer participar a los actores involucrados, sea en los procesos comunicativos como también en los múltiples procesos que corresponde al encuentro de tales actores – trabajadores y usuarios. Otros muchos sentidos circulan en ese escenario por lo que los procesos comunicativos en el ámbito, manejados a partir de una perspectiva relacional con el uso de las TIC deben tener especial atención.

Por otro lado, y relacionado con lo anterior, esta investigación plantea al campo de la política importantes cuestiones para su formulación, pues he podido destacar que la mirada comunicativa para los múltiples efectos de las políticas públicas en el campo de los actores de la salud visibiliza la comprensión de que los saberes se confrontan, se complementan e influyen en el escenario social.

Partía de la hipótesis que el desarrollo de la perspectiva relacional de la comunicación a través de los usos de las TIC en el campo de la salud tiene efectos significativos en la extensión de la participación tanto de las personas usuarias de los servicios de salud, y en sus procesos de mejora, como de los trabajadores de la salud y sus cotidianos, bien como en la relación que se establece entre ellos, ampliando la percepción del complejo proceso de atención, más allá de la dualidad salud/enfermedad tradicional.

Además, otra hipótesis que he proyectado es que en el campo de la salud el modo de utilización de las TIC, por lo general, viene de patrones que han quedado superados y esta perspectiva relacional logra romper con el carácter

difusionista e instrumental de la comunicación en este campo de actividad y por lo que debería tener especial importancia en la definición de las políticas públicas en el ámbito.

Por fin, un posicionamiento investigativo que utiliza los conceptos como herramientas, buscando la construcción de una caja de herramientas teórica, amplía y pone en circulación las distintas miradas que tienen las personas, reconociendo como válida la voz de los actores como productores legítimos de conocimiento y teorías sobre su cotidiano.

Así, este trabajo ha generado algunas cuestiones que interesan al objeto de estudio que he dedicado atención y que se tratan de distintas órdenes y ejes de visibilidades, que a su vez dialogan con las hipótesis y problema de investigación. Un primer eje que presentaré está dedicado a los efectos de la perspectiva relacional a través de los usos de las TIC en el campo de la salud. El otro eje se ubica en los efectos de esa mirada hacia la formulación, implementación y evaluación de las políticas públicas en el campo de la salud. Por fin, el tercer eje se encuentra en el uso de los conceptos como herramientas, no como una cisión entre la teoría y la práctica, pero como un diálogo continuo entre ambas, que es una apuesta radical en la propia perspectiva relacional de la comunicación para dentro de la investigación.

En coherencia con lo anterior, y considerando el recorrido metodológico de esta investigación, a partir del estudio de caso y de uso de técnicas cualitativas de análisis, he podido confirmar las hipótesis que han sido planteadas, además de profundizarlas como supuestos que dialogan con los objetivos proyectados, permitiendo de esa manera nuevos matices de interés, y que corresponden a los ejes de resultados citados anteriormente. En consecuencia, los problemas han sido abordados y desarrollados uno por uno en la investigación, y componen las conclusiones presentadas.

Antes de dar paso a la presentación y desarrollo de los ejes de la conclusión, es importante destacar que los mismos no se realizan de manera separada, pero se

complementan, se entrecruzan y solo tienen sentido a partir de sus innúmeras posibilidades de negociación. Señalan, además, la convivencia de diferentes perspectivas de modelos y entendimientos en el campo de la comunicación y salud en Brasil y sus efectos en la participación de los actores.

1. Desarrollo de la perspectiva relacional de la comunicación a través de los usos de las TIC en el campo de la salud y sus efectos en la extensión de la participación

La participación en la perspectiva relacional y los sentidos en la salud

Partiendo del presupuesto de que la participación está relacionada a la posibilidad de circulación y negociación de la multiplicidad de sentidos sociales que existen en los procesos comunicativos, otra práctica comunicativa en el campo de la salud tiene como referencia la visibilidad de esta producción de sentidos en la vida cotidiana de las personas, consideradas como sujetos activos en las estrategias comunicativas. Esta lógica de la producción y circulación de sentidos, reconociendo a las personas como interlocutores válidos en el proceso comunicativo en la salud, pone de relieve la contextualización, condición de posibilidad de la comunicación.

También, prevé una participación que trasciende el rol de receptores, donde la experiencia de las personas, trabajadores o usuarios, sea considerada en la situación de interlocución. Esto conlleva aproximarse a una de las perspectivas del campo de la salud trabajadas en esta investigación, es decir, que la salud se produce en acto y que los sentidos atribuidos a la salud representan una multiplicidad en negociación. El cuidado en salud, desde esta mirada, contempla una convocación de situaciones y actuaciones distintas como manera de poner en circulación los sentidos en salud, teniendo como centro el campo relacional, lo que permite abrir el encuentro con los usuarios para espacios más amplios de habla y escucha. Esta convocación del cuidado a partir de una perspectiva relacional como dispositivo de encuentro, demanda de la comunicación otras estrategias y herramientas que no se limitan a la transmisión de informaciones.

La comunicación producida en acto pone de relieve los conocimientos de trabajadores y usuarios, participando como sujetos activos, ampliando las posibilidades de negociación de las informaciones en salud. La comunicación desde esta perspectiva representa incluso la posibilidad de ampliación de las ofertas para el cuidado y las ofertas de los trabajadores de la salud en su cotidiano, para que estas acciones puedan ser más efectivas y producir sentido para todos los implicados, funcionando como un dispositivo de activación de un circuito de producción y expresión de los sentidos.

La comunicación, de esta manera, no prevé solamente estrategias unidireccionales y con los presupuestos de entender el sufrimiento de las personas desde una única posibilidad de intervención, que acaba por silenciar los muchos sentidos que puede adquirir la salud en los diferentes contextos, tomados como multiplicidad a partir de la diferencia. Una comunicación en el campo de la salud que prioriza estrategias comunicativas como las campañas, la divulgación de informaciones, corre el riesgo de ocultar lo que pasa en la vida cotidiana de las personas.

Una enfermedad puede tener consecuencias en muchos campos de la vida de una persona, puede incluso no ser su problema más importante o puede estar relacionada a cuestiones singulares del contexto y de la cultura. También, como el caso de la salud mental, puede capturar y limitar al individuo a una única manera de ser reconocido en la sociedad, ocultando toda una multiplicidad que representa la vida de las personas. En el campo de la salud, muchos son los sentidos a ser considerados, y es a partir del encuentro tomado como productor de sentidos que otras subjetividades son forjadas. La comunicación tomada como un proceso relacional de circulación y negociación de estos sentidos adquiere especial relevancia en esta apuesta.

Las estrategias comunicativas, en especial aquellas que contemplan una perspectiva unidireccional e informativa de la comunicación, suelen producir campos de invisibilidades de las personas involucradas en el proceso comunicativo, sean ellas los usuarios, como también los trabajadores, haciendo

con que emerja un discurso único y heterogéneo y determina una producción de memoria que genera el olvido de aquello que no interesa.

Estas cuestiones del universo de la salud son importantes para pensar la participación, en cuanto un lugar de interacción, de producción de sentidos y de disputas e intereses. Las estrategias de comunicación son, a todo momento, atrapadas por esa lógica determinada por acciones interesadas, que no contemplan la realidad de las personas. Las campañas de salud, bajo una matriz informacional, promueven participación solamente como receptores, sin un proceso que contemple la circulación de los sentidos y reconocimiento de la multiplicidad de voces que existen.

Así, cuando pensamos participación y comunicación en el campo de la salud lo que se propone es fomentar espacios de visibilidades para estas cuestiones, como manera de reconocer los muchos sentidos que pueden adquirir la salud y ponerlos en circulación y negociación para el cuidado. En este sentido, no existe hablar por el otro o bien dar voz al otro, sino que prevé la capacidad de captar estas cuestiones desde otras fuentes, con otras herramientas, y desde otras miradas que no solamente aquellas legitimadas para hablar en el campo de la salud.

Esto tensiona incluso las intervenciones de la llamada comunicación participativa, o bien las convocatorias a la participación en el campo de la salud, que prevé dar voz al otro como estrategia de participación. El riesgo de estas acciones es que se autorice la participación según reglas y temas establecidos. De esta manera, es necesario pensar qué efectos producen las situaciones en las cuales las distintas voces circulan y producen la comunicación.

Dar voz al otro presupone una intencionalidad que se supone legítima desde un lugar que tenga voz y conocimiento hacia el otro que no la posee, quedando una vez la participación más atrapada en una matriz unidireccional de pensar la intervención social. Establece una relación dicotómica entre los que tienen voz y los que no la tienen. Además, califica a unos como sin voz, sin tener en cuenta la

cantidad de comunicación que es producida cotidianamente. Esto implica una visión simplista de la comunicación, la cual estaría determinada por algunos y de acuerdo con determinados medios como herramienta, como los medios de comunicación clásicos tenidos como prioritarios en las divulgaciones y estrategias comunicativas en salud.

Por lo anterior, no es la garantía de un espacio de conversación que determina que las personas o bien dialogarán o bien serán oídas. La necesidad que emerge es que las personas sean reinscritas en la política, a partir de estrategias más dialógicas y horizontales que contemplen el discurso del otro como válido, es decir, la vida del otro como válida e igualmente necesaria. Esto tiene la posibilidad de garantizar una extensión de la participación de las personas como algo singular y con sentido, ampliando las posibilidades de convivencia de las diferencias en el espacio público.

Ampliación del campo de la eSalud como herramienta de intervención

Sobre las bases de las consideraciones anteriores, lo que se visibiliza y se proyecta no es un rompimiento con la eSalud, sino la necesidad de ampliar y profundizar el debate tensionando las aplicaciones y los usos de las TIC en salud a partir de un debate más desarrollado de las tecnologías en el campo. La perspectiva relacional impone al debate de la eSalud este desplazamiento, incluso desplazar conceptos y estrategias que se quedaron normalizados a partir de las posibilidades que se atribuye a las tecnologías, como la extensión de la participación, la emergencia de contextos y de las singularidades, entre otros.

Las tecnologías en salud representan un campo de extenso debate, y no están circunscritas al uso de aparatos tecnológicos, son tecnologías de conocimientos, de modelos de salud y de comunicación, entre otras tecnologías que podemos considerar cuando desplazamos el concepto de un objeto material. Ampliar el debate de la eSalud significa también tener en cuenta que su manejo debe considerar las tecnologías materiales y no materiales y que es a partir de esta asociación, en cada situación, que va influenciar y legitimar los múltiples usos que

pueden adquirir las tecnologías en los contextos de salud. Tal perspectiva resalta la importancia de una mirada más cautelosa acerca de los contextos institucionales y culturales cuando pensamos el contexto de la eSalud, hecho que va de encuentro con la perspectiva de la comunicación que busco comprender en la investigación.

Se defiende que las tecnologías deben ser operadas como herramientas para ampliar las posibilidades de encuentros y, de esta manera, renovar las posibilidades de cuidado. Esta posibilidad confiere vida al trabajo en salud, y posibilita al trabajador actuar en cada contexto, que tiene por características la singularidad. Privilegiar las tecnologías desde una mirada más amplia favorece una manera importante de participación en el territorio de la salud en el sentido de incluir los conocimientos de todos los actores como sujetos activos.

De ser así, esta concepción del uso de las tecnologías en la salud está relacionada a una manera de pensar los procesos comunicativos y los usos de las TIC desde una perspectiva relacional, privilegiando los saberes de las personas en el encuentro, considerando sus contextos y singularidades. Considero que las TIC en las estrategias comunicativas en salud deben propiciar este encuentro de manera a estimular el diálogo y la creatividad. De lo contrario, las TIC serán una herramienta más de la caja tecnológica que dispone la salud, de reproducción de las mismas miradas.

Esto señala la necesidad de reflexionar sobre las promesas de las TIC como tecnologías innovadoras. En muchos casos, estas son utilizadas para excluir y no incluir a las personas en los procesos comunicativos. Las tecnologías en salud son atravesadas por intereses diversos que están en disputa en el campo, como he destacado en la investigación. Esto implica la determinación de temas, de tipos de tecnologías, de necesidades que responden a la creación una cierta tecnología, entre otros temas. De ser así, los sentidos que adquieren el uso de una tecnología en los colectivos deberían tener espacio privilegiado de negociación y conversación, para ampliar los sentidos determinados desde arriba

y extender de esta manera la participación según las posibilidades de acuerdo con las singularidades y diferencias.

Esta acción promueve una “resignificación” permanente de la vivencia con la tecnología. Pone, también, de relieve la legitimidad de aquellos que son autorizados a hablar de las tecnologías en salud, tensionando el debate único que vienen adquiriendo los procesos de eSalud en el ámbito, relacionados en su mayoría con una mediación tecnológica de procesos, como el telesalud.

Así, se defiende que las tecnologías no sean mediadoras de una cierta producción de la realidad – comunicación informacional, mantenimiento de la dualidad salud/enfermedad, etc. Que sean herramientas que produzcan nuevas asociaciones, nuevos sentidos para los colectivos. Para esto, su utilización no debe estar enmarcada solamente desde un modo de concebir la eSalud. En consecuencia, promover una reflexión sobre las estrategias de las TIC en salud no es una cuestión solamente de cambiar lo que está puesto sino que tensionar otra manera de comprender como una multiplicidad también la producción y la circulación de los usos de las tecnologías de manera de reconocer sus diferencias.

Se puede inferir que asignar a las tecnologías la responsabilidad de la democratización de la información, haciendo caso omiso a la reproducción de las relaciones de poder que se encuentran en las TIC, es reproducir el equívoco del presupuesto desarrollista de la comunicación, que pensaba la comunicación y la divulgación de las innovaciones como premisa para la superación de la pobreza, del no conocimiento, de los hábitos considerados no saludables, etc.

Lo que se formula es una concepción de direccionamiento de las TIC que se ponga al servicio de nuevas formas de participación y de afirmación de las nuevas dimensiones de la ciudadanía. También, que contemple los muchos sentidos que pueden adquirir no solamente lo que representa la salud, pero también los diferentes usos de las TIC en distintos contextos.

En un contexto de políticas públicas e incorporación de la ciudadanía desde perspectivas más democráticas, no se puede concebir a las personas como receptores pasivos, hecho que señala la necesidad de repensar y debatir la eSalud, que por lo general viene cargada de formas de aprendizaje que quedaron antiguas. Estas cuestiones son esenciales cuando se piensa la participación, pues las personas no son máquinas decodificadoras de mensajes, y en su cotidiano son productoras de sentido para todo lo que les es remitido. Sin embargo, estas cuestiones no encuentran lugar de importancia en un modelo mecánico de la comunicación, hecho que provoca un vaciamiento de los procesos o proyectos que prevén la participación popular.

Así, la formulación de políticas públicas deben contemplar las aplicaciones TIC más allá de su infraestructura necesaria, para que sean capaces también de generar mecanismos de participación ciudadana a partir del uso de estas tecnologías en la medida en que se sepan utilizarlas y se tengan acceso a ellas, considerando también los distintos sentidos y usos que puede tener las TIC en cada contexto. Por lo tanto, es necesario que sean las TIC dispositivos de participación, en un proceso que esté él mismo atravesado por un cambio en la manera de pensar y hacer la comunicación.

2. Campo de las políticas: una mirada comunicativa hacia el proceso de implementación, formulación y ejecución de las políticas públicas en el campo de la salud

La formulación y ejecución de políticas públicas, como señalado a lo largo de la investigación, son atravesadas por intereses distintos, bajo la influencia de inúmeros discursos que forjan verdades en la sociedad. Analizar las prácticas comunicativas en la salud representa lanzar una mirada hacia las diferentes acumulaciones que las políticas adquieren en lo cotidiano. Así, la comunicación en el campo de la salud trabajada desde una perspectiva relacional representa también una manera de analizar el proceso de formulación, implementación y evaluación de las políticas públicas.

Por lo general, he podido destacar que las políticas prevén un proceso comunicativo como una transmisión unidireccional, de arriba abajo, sin espacio para el diálogo, lo cual generalmente es entendido como ruido en el proceso de formulación e implementación de las políticas. Esta perspectiva de comprender el proceso de elaboración de las políticas está enmarcada en una matriz dual de ver la realidad social, tal como lo es la salud/enfermedad, emisor/receptor, etc.

Por el contrario, los formuladores de las políticas deberían mirar hacia el proceso comunicativo como un lugar de producción de sentidos que influyen las distintas maneras como las políticas se realizan en lo cotidiano. Así, fomentar o ampliar otras instancias y otros canales de comunicación es una posibilidad de incorporar al campo de la política las instancias de producción, circulación y reconocimiento, también poder ver y reconocer los efectos de este proceso a partir de otras miradas que no sean los clásicos procesos evaluativos.

La participación en salud, como una política pública y una directriz fundamental del sistema de salud brasileño, debe buscar también esta profundización. En este sentido, es necesario fomentar la participación no solamente en instancias deliberadas donde se supone que es el lugar de la participación, como los consejos de salud o las oidorías en los servicios de salud, sino que contemplar la participación en el proceso comunicativo como manera de circular otros sentidos para la vida, para la enfermedad, etc. La propia política de participación en salud, cuando piensa específicamente la intersección salud y comunicación, prevé acciones en el sentido de ampliar la vocalización de las necesidades y de los deseos de la población, además la escucha de los profesionales y de los servicios. Según defiende la política, formular y deliberar juntos significa un avance para el control social - y éste es el efectivo desafío presentado a la gestión participativa, que requiere la adopción de prácticas y mecanismos innovadores que realicen la participación popular. Presupone, por lo tanto, ampliación de espacios públicos y colectivos para el ejercicio del diálogo y de pactar las diferencias.

De ahí que no se trata de una cuestión de cambiar la política, sino pensarla en su ejercicio a partir de una mirada más horizontal y dialógica, promoviendo, reconociendo o potenciando espacios colectivos que lleven a cabo estrategias en este sentido. El propio hacer comunicativo tiene que prever un giro hacia una otra manera no tradicional de difundir informaciones.

En este sentido, también cabe la pregunta ¿para qué participar?

Pude observar que la participación señala la capacidad de la política inventarse en lo cotidiano de las acciones en el campo desde esta otra perspectiva que tiene como centro un proceso relacional. En tal sentido, se puede afirmar que la política existe, pero ella solamente se realiza en la inmaterialidad del trabajo en salud, de los encuentros cotidianos entre trabajadores y usuarios, trabajadores y trabajadores. La comunicación, de esa manera, debe priorizar los temas que emergen de esta red de conversaciones, que informa a la política cómo ella acontece en la vida de las personas.

La equidad, tomando los principios del SUS, por ejemplo, presenta al campo de la comunicación y salud el reto de promover la redistribución del poder de producir y hacer circular sus ideas, ser oído y ser tomado en cuenta. Esto implica reconocer las singularidades, los contextos, las personas como productoras de conocimiento, y tales conocimientos deben ser considerados como producto y productor de las políticas.

No se trata de una disputa de una participación mejor o peor según distintas perspectivas. Así, la necesidad de esa interlocución se acentúa en el interior de los espacios públicos de participación tanto del Estado, como de la sociedad civil cuando tenemos en juego proyectos tan distintos de pensar el cuidado en salud, y sus estrategias comunicativas y participativas.

El relacional debe ser intercesor en las acciones/políticas, como una herramienta disponible, como también disponer de muchas tecnologías, materiales y no materiales, teniendo siempre la vida del otro y su cantidad de sentidos como foco prioritario. En la comunicación, reconocer que la circulación de distintos sentidos

intercede a favor del proceso comunicativo y en consecuencia amplía las potencialidades de las políticas públicas.

En tal sentido, el análisis de los casos que he emprendido señala para el proceso de implementación de la política pública de salud una evaluación desde una perspectiva de las estrategias comunicativas y a partir de ese aporte relacional de la comunicación.

La discusión puesta en foco en esta investigación, de esta manera, también implica una conversa necesaria sobre la formulación, implementación y evaluación de las políticas públicas. De ahí, algunas preguntas se destacan: ¿en qué medida o de qué manera aquellos que formulan la política conviven con su formulación y con la perspectiva de aquellos que la implementan? ¿Aquellos que la implementan, qué tipo de negociación establecen con los responsables por la formulación? ¿Cómo se analizan los distintos efectos que producen? ¿De alguna manera ellos retornan para las instancias de poder para repensar la política y rever su formulación y su implementación?

Más que buscar respuestas, estas indagaciones señalan cuestiones que emergen del campo de la investigación, y que están relacionadas con una apuesta en la necesidad de incorporar otras miradas hacia el proceso de formulación, implementación y evaluación de las políticas públicas.

Esta investigación me ha permitido desvelar esta relación entre el mundo de la formulación, el mundo de la implementación y el mundo de los efectos, y está ubicada justo en los efectos que esta relación produce en los actores y evidencia, también, que el conjunto de los actores que están implicados en los distintos momentos de ese proceso tiene influencia sobre el proceso de formación de las políticas y su aplicación.

En ese eje de conclusiones, cabe también otro conjunto de preguntas sobre los efectos de las políticas que surgen como resultado de la investigación: ¿para qué sirven ciertos efectos no previstos en cierto campo de la política? ¿Eso es

consumido de alguna manera por alguna instancia de actores? ¿Eso ha tenido algún efecto para los gobernantes o no?

La *Radio Maluco Beleza*, por ejemplo, en su manera de actuar, los procesos establecidos no están previstos ni en la política de participación en salud ni en las estrategias de eSalud practicadas por el Ministerio de Salud. Entonces, una vez más, cabe otra pregunta: ¿qué ha cambiado en la conducta del Ministerio de Salud percibiendo que sus políticas instituyen de un lado una estrategia altamente horizontal de producir la comunicación, con efectos importantes para lo que es la salud y la vida de las personas, y por otro lado, una oferta más limitada del uso de las TIC, y que tiene múltiples efectos en la vida cotidiana de los trabajadores, ya sea reproducirla o bien inventar nuevas maneras de ofertar para los demás actores según distintos contextos?

En el caso del *Telessaúde*, por otro lado, que responde a una estrategia clásica y unidireccional de producción de la política, existe en lo cotidiano de los actores una producción de ruptura de esta producción. ¿Existe visibilidad para los formuladores de las políticas estos efectos que dicen respecto a los procesos de los colectivos en producir otra manera de comprender las políticas en el acontecimiento de acciones, en el encuentro con los demás actores?

Es importante destacar que estos son efectos que son visibilizados a partir de los acontecimientos, es decir, en el momento en que se ha generado una conversación sobre los temas a partir del estudio de caso emprendido en la investigación, y de una aproximación relacional con los actores que he tenido contacto. Así, es necesario ir más allá de los clásicos parámetros de evaluación con categorías predefinidas y dar un salto en el plan discursivo de la fase de implementación de las políticas. Un análisis a partir de las estrategias comunicativas, por ejemplo, a partir de una mirada de producción de sentidos han revelado esas cuestiones.

Esto provoca para el campo de salud también la necesidad de una discusión sobre sus procesos de evaluación de las políticas y sus efectos teniendo como

estrategia un análisis de los procesos comunicativos en el ámbito, desde una perspectiva de la comunicación como un espacio de producción de sentidos para la salud.

Estas cuestiones señalan la necesidad de establecer redes de conversación más horizontales, para que no seamos atraídos por falsos discursos, o bien vaciar enunciados como la participación en salud. Por eso, la necesidad de tener los discursos como validos, para contrarrestar, analizar, reflexionar. Las prácticas de los gobiernos, en conclusión, no pueden existir sin invertir en conocer y reconocer estos modos concretos de hacer la política que se viabilizan como puntos de partidas constantes para los sentidos que adquieren las prácticas de salud en lo cotidiano.

3. La caja de herramientas como una apuesta de circulación y legitimación de los sentidos en el campo de la comunicación y salud

Por fin, otro eje importante de esta conclusión de la tesis es la aportación del uso de los conceptos como herramientas, a partir de la propuesta teórico-metodológica emprendida en la tesis. Esta apuesta me ha ayudado a ver y explicar las distintas experiencias con las que he tenido contacto. Como señalado, no se trata de una cisión entre la teoría y la práctica, sino una propuesta de diálogo permanente entre estos dos campos, considerando como irrefutable la idea que teoría y práctica caminan juntas y pueden ser dispositivos para pensar las múltiples experiencias que se dan en la vida.

El campo de la salud, como trabajado anteriormente, es como un campo complejo, una frontera que debe considerar la multiplicidad que representa la vida de una persona para llegar a una comprensión de la salud y del bienestar. Sin esta radicalidad, se apuesta en una mirada única hacia el proceso de salud/enfermedad, que demanda estrategias comunicativas a partir de una matriz lineal que considera a los receptores de la comunicación como sujetos pasivos.

De ser así, no he buscado encajar toda la experiencia vivida en una teoría, propuesta que estaría alineada a matrices unidireccionales de intervención. He

recogido de un conjunto de teorías y conceptos para hacer un diálogo con la práctica que vivía, en una apuesta también de que las personas en su cotidiano producen conocimientos que deben ser considerados legítimos y negociados.

Una apuesta como esta busca una aproximación con el campo de manera a visibilizar las distintas experiencias y miradas. Poner en circulación la teoría también es una manera de poner en circulación el conocimiento de las personas, pues la gente hace referencias en su cotidiano a cuestiones que tienen que ver con conceptos. La polifonía demanda esta ampliación, es decir, no es una cuestión de hablar por el otro, sino que hablar a partir del otro.

Una comunicación relacional debe compartir esa mirada, la producción de materiales debe contemplar lo que piensa, siente, entiende la gente por salud, incluyendo los trabajadores que también tienen sus contextos singulares y producen distintas producciones de lo que puede ser la salud. Así, las estrategias comunicativas no deben partir de un único lugar discursivo. La polifonía demanda ese hablar a partir de los otros.

Esta radicalidad también representa una defensa para la propia metodología como un pliegue entre mi defensa de la comunicación desde una perspectiva relacional y la propia producción de los análisis.

La caja de herramientas, de esta manera, adquiere también especial relevancia en el campo de la comunicación y salud, el cual demanda distintas miradas para comprender las situaciones cotidianas de los actores, sean los trabajadores o los usuarios, y el encuentro entre ellos. Esta apuesta está relacionada con tener como materia prima estos sentidos que emergen como cuestiones legítimas, y no únicamente una serie de temas predeterminados por un conjunto de actores históricamente legitimados para hablar en el campo de las teorías en la salud.

Esta red de conversación colectiva que se establece es productora de nuevos sentidos para el cuidado en salud, y demanda estrategias diferenciadas para cada experiencia. Demanda una participación de los actores como sujetos activos, que tienen legitimidad en la producción de conocimientos. La atención en salud en

esta dimensión se extiende a las posibilidades de escucha, de habla, de gestos, de olores, de miradas, de aproximaciones, es decir, se amplía los elementos sensibles y de pensamiento empleados en la producción del cuidado. Permitir espacios de conversación en que las multiplicidades del cuidado sean experimentadas y negociadas por múltiples sujetos en producción, se refiere a la comprensión de que cada sujeto es una multitud y que nos constituimos en la multiplicidad.

BIBLIOGRAFÍA

- ABRAHÃO, Ana Lucia; MERHY, Emerson Elias (2014). *Formação em saúde e micropolítica: sobre conceitos-ferramentas na prática de ensinar*. **Interface** 18(49):313-324.
- ALVES, Paulo César; RABELO, Miriam Cristina (1995). *Significação e metáforas: aspectos situacionais no discurso da enfermidade*. In: PITTA, Áurea Maria da Rocha (ed.). **Saúde e comunicação: visibilidades e silêncios**. São Paulo, Hucitec, p. 217-235
- AMMANN, Safira Bezerra (2003). **Ideologia do desenvolvimento de comunidade no Brasil**. 10 ed. São Paulo, Cortez.
- ARAÚJO, Inesita Soares (2007). *Comunicação e saúde*. In: MARTINS, Carla Macedo; STAUFFER, Anakeila de Barros (ed.). **Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde**. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, p. 101-124.
- ARAÚJO, Inesita Soares de; CARDOSO, Janine Miranda (2007). **Comunicação e Saúde**. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz.
- BADIA, Lluís (1992). **De la persuasió a la tematizació. Introducció a la comunicació política moderna**. Barcelona, Editorial Pòrtic.
- BAKHTIN, Mikhail (1992). **Marxismo e Filosofia da Linguagem**. São Paulo, Hucitec.
- BARRANQUERO, Alejandro (2009). *Latinoamérica: la arquitectura participativa de la Comunicación para el cambio*. **Diálogos de la Comunicación - Revista Académica de la Federación Latinoamericana de Facultades de Comunicación Social** no.78:01-14.
- _____ (2007). *Concepto, instrumento y desafíos de la educomunicación para el cambio social*. **Comunicar - Revista Científica de Educomunicación** 15(29):115-120.
- BELL, Daniel (1976). **El advenimiento de la sociedad post-industrial: un intento de prognosis social**. Madrid, Alianza Editorial.
- BELTRÁN, Luis Ramiro (2001). *La importancia de la comunicación en la promoción de la salud*. In: **Anais da Conferência Brasileira de Comunicação e Saúde**. Adamantina, SP, BR, p. 361. Consultado 14 de feb 2015. Disponible en <http://bit.ly/1O8L24Y>

- _____ (2005). **La comunicación para el desarrollo en Latinoamérica: Un recuento de medio siglo**. Documento presentado en el III Congreso Panamericano de la Comunicación. Buenos Aires, AR.
- _____ (2011). **Comunicación para la salud del pueblo: una revisión de conceptos básicos**. La Paz, OPS/OMS. Consultado 14 de feb 2015. Disponible en <http://www.ops.org.bo/textocompleto/incomu31887.pdf>.
- BERRIO, Jordi (1989). *L'opinió pública a la societat complexa*. In: **Anàlisi: quaderns de comunicació i cultura** no.12:155-161.
- _____ (1994). *Algunes aportacions al coneixement de l'Escola de Chicago*. In: **Anàlisi: quaderns de comunicació i cultura** no.16:151-161.
- BERTUSSI, Débora (2010). **O apoio matricial rizomático e a produção de coletivos na gestão municipal em saúde**. Ph.D. Thesis. Rio de Janeiro, UFRJ / Faculdade de Medicina – Programa de Pós-Graduação em Clínica Médica. 234 p.
- BORGES, Camila Furlanetti; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria (2010). *A política de atenção básica do Ministério da Saúde: refletindo sobre a definição de prioridades* (en línea). **Trabalho, educação e saúde** 8(1):27-53. Consultado 15 oct. 2015. Disponible en <http://www.scielo.br/pdf/tes/v8n1/03.pdf>
- CNS (Conselho Nacional de Saúde, BR) (2006a). **Coletânea de comunicação e informação em saúde para o exercício do controle social**. Brasília, Ministério da Saúde. 156 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde)
- _____ (2006b). **Relatório do seminário nacional de comunicação, informação e informática em saúde para o exercício do controle social: Brasília, 8 e 9 de dezembro de 2005**. – Brasília, Ministério da Saúde. 78 p. (Série D. Reuniões e Conferências)
- BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto (2007). *A saúde e seus determinantes sociais*. **Physis** 17(1):77-93.
- BUSTAMANTE, Javier (2001). *Hacia la cuarta generación de Derechos Humanos: repensando la condición humana en la sociedad tecnológica* (en línea). **Revista Iberoamericana de Ciencia, Tecnología, Sociedad e Innovación** no. 1, septiembre-diciembre 2001. Consultado 06 de may. 2015. Disponible en <http://www.oei.es/revistactsi/numero1/bustamante.htm>
- BUSTELO, Pablo (1998). **Teorías contemporáneas del desarrollo económico**. Madrid, Síntesis.

- CAMPOS, Francisco Eduardo et al (2006). *O programa nacional de telessaúde no Brasil: um instrumento de apoio à atenção primária*. **Latin American Journal of Telehealth** 1(1):39-66.
- CAMARGO-BORGES, Celiane; MISHIMA, Silvana Martins (2009). *A responsabilidade relacional como ferramenta útil para a participação comunitária na atenção básica*. **Saúde e Sociedade** 18(1):29-41.
- CARAZO, Piedad Cristina Martínez (2006). *El método de estudio de caso: estrategia metodológica de la investigación científica*. **Pensamiento y gestión: Revista de la división de Ciencias Administrativas de la Universidad del Norte** no.20:165-193.
- CARTA DE OTAWA PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD (1986). **Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud: Hacia un nuevo concepto de la Salud Pública** (en línea). Ontario, CA, OMS. Consultado 09 sep. 2015. Disponible en <http://bit.ly/1Lsp5aP>
- CASTELLS, Manuel (2000). **La era de la información: Economía, sociedad y cultura: Volumen I La Sociedad Red**. Madrid, Alianza.
- CASTIEL, Luis David; VASCONCELLOS-SILVA, Paulo Roberto (2003). *A interface internet/s@úde: perspectivas e desafios* (en línea). **Interface Comunicação, Saúde, Educação** 7(13):47-64. Consultado 04 may. 2015. Disponible en <http://www.scielo.br/pdf/icse/v7n13/v7n13a03>.
- _____ ; ALVAREZ-DARDET, Carlos (2005). *Las tecnologías de la información y la comunicación en salud pública: las precariedades del exceso* (en línea). **Rev. Esp. Salud Pública** 79(3):331-337. Consultado 20 jun. 2015. Disponible en <http://bit.ly/1MWjQ8K>
- CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira et al (2012). *A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel?* **Ciência & Saúde Coletiva** 17(11):2893-290.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe, CL) (2010a). **Monitoreo del Plan eLAC2010: Avances y desafíos de la Sociedad de la Información en América Latina y el Caribe** (en línea). Consultado en 15 de jun. 2015. Disponible en <http://bit.ly/111IZcH>
- _____ (2010b). **Las TIC para el crecimiento y la igualdad: renovando las estrategias de la sociedad de la información** (en línea). Consultado en 15 de jun. 2015. Disponible en <http://bit.ly/1LoC7WR>

- CISTERNA, Francisco Cabrera (2005). *Categorización y triangulación como procesos de validación del conocimiento en investigación cualitativa*. **Theoria** 14(1):61-71.
- COHN, Gabriel (2001). *A forma da sociedade de informação*. In: DOWBOR, Ladislav et al (eds.). **Desafios da comunicação**. Petrópolis, RJ, Vozes, p. 20-27.
- COMELIAU, Christian (2000). *El postulado del crecimiento indefinido*. **Revista Internacional de Ciencias Sociales, El debate sobre el desarrollo: más allá del Consenso de Washington** (en línea) no. 166. Consultado 20 jun. 2015. Disponible en <http://bit.ly/111IAXH>
- CONDE, Fernando y PÉREZ ANDRÉS, Cristina (1995). *La investigación cualitativa en salud pública*. **Rev Esp Salud Pública** 69(2):145-149.
- CUESTA CAMBRA, Ubaldo; MENÉNDEZ HEVIA, Tania; UGARTE ITURRIGAZA, Aitor. (2008). **Comunicación y salud: avances en modelos y estrategias de intervención**. Madrid, Editorial Complutense.
- CUMBRE MUNDIAL DE LA SOCIEDAD DE LA INFORMACIÓN (2004, Ginebra, CH). 2004. **Informe final de la fase de Ginebra** (en línea). Consultado 15 oct. 2015. Disponible en <http://bit.ly/1NFzQYW>
- DAGNINO, Evelina (2004). *Sociedade civil, participação e cidadania: de que estamos falando?* In: Daniel Mato (ed.), **Políticas de ciudadanía y sociedad civil en tiempos de globalización**. Caracas, FACES - Universidad Central de Venezuela, p. 95-110.
- DEL RÍO, Olga (2009). *TIC, derechos humanos y desarrollo: nuevos escenarios de la comunicación social*. **Anàlisi** no.38:55-69.
- DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix (1995). **Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia (Vol. 2)**. Rio de Janeiro, Editora 34.
- _____ (2001) **¿Qué es la filosofía?** Barcelona, Anagrama.
- DELGADO, Juan Manuel; GUTIÉRREZ, Juan (eds.) (1999). **Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales**. Madrid, Editorial Síntesis.
- DEMIER, Felipe (2007). *A lei do desenvolvimento desigual e combinado de León Trotsky e a intelectualidade brasileira: breves comentários sobre uma relação pouco conhecida*. **Outubro, São Paulo, Instituto de Estudos Socialistas** no.16:75-107.

DÍAZ BORDENAVE, Juan; MARTINS DE CARVALHO, Horacio (1978). **Planificación y comunicación**. Quito, CIESPAL.

DÍAZ, Hernán Alfredo (2011). *La Comunicación para la salud desde una perspectiva relacional*. In: CUESTA CAMBRA, Ubaldo, MENÉNDEZ HEVIA, Tania y UGARTE ITURRIZAGA, Aitor (eds.). **Comunicación y salud: Nuevos escenarios y tendencias**. Madrid, Editorial Complutense.

_____ ; URANGA, Washington (2011). *Comunicación para la salud en clave cultural y comunitaria*. **Revista de Comunicación y Salud** 1(1):113-124.

DRAIBE, Sônia Miriam (1998). *A construção institucional da política brasileira de combate à pobreza: perfis, processos e agenda*. **Caderno de Pesquisa n. 34**. Campinas, SP, UNICAMP.

ECHEVERRÍA, Javier (2008). *Apropiación social de las tecnologías de la información y la comunicación*. **Revista CTS** 4 (10):171-182.

EPS EM MOVIMENTO (2014). **De um ponto a outro: Ponto de Cultura e a Educação Permanente em Saúde** (en línea). Consultado 04 may. 2015. Disponible en <http://eps.otics.org/material/entrada-textos/de-um-ponto-ao-outro-ponto-de-cultura-e-a-eps/>

ESCOBAR, Arturo (2005). *El "postdesarrollo" como concepto y práctica social*. In: MATO, Daniel (ed.). **Políticas de economía, ambiente y sociedad en tiempos de globalización**. Caracas, Universidad Central de Venezuela, p. 17-31.

ESTRATEGIA PARA LA SOCIEDAD DE LA INFORMACIÓN EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE - eLAC. **Planes eLAC 2007, 2010 y 2015**. Consultado 15 jun. 2015. Disponible en <http://www.eclac.cl/socinfo/elac/>

FALEIROS, Vicente de Paula et al (2006). **A construção do SUS: história da reforma sanitária e do processo participativo**. Brasília, Ministério da Saúde.

FAUSTO NETO, Antônio (1995). *Percepções acerca dos campos da saúde e da comunicação*. In: PITTA, Áurea Maria da Rocha (ed.). **Saúde e comunicação: visibilidades e silêncios**. São Paulo, Hucitec, p. 267-293.

FERNÁNDEZ, Andrés; OVIEDO, Enrique (2010). **Tecnologías de la información y la comunicación en el sector salud: oportunidades y desafíos para reducir inequidades en América Latina y el Caribe**. Santiago de Chile, CEPAL. 53p. (Serie Políticas Sociales)

- FERNÁNDEZ JUAN, Amelia (2009). *Marco de referencia del derecho a la salud*. In: FERNÁNDEZ ALLER, Celia (ed.). **Marco Teórico Para La Aplicación Del Enfoque Basado En Derechos Humanos En La Cooperación Para El Desarrollo**. Madrid, Los libros de la Catarata, p. 143-166.
- FERRÉS, Joan (2011). *La educación mediática en la encrucijada*. **Conexiones** 3(1):37-52.
- FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz (2005). *Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS*. **Interface** 9(8):489-506.
- _____ ; ALMEIDA, Marcio Jose de (2000) *O Programa de Saúde da Família e o direito à Saúde*. **Olho Mágico** 6(22):22-25.
- FLICK, Uwe (2007). **Introducción a la investigación cualitativa**. Madrid, Morata.
- FOUCAULT, Michel (1980). **El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica**. México, Siglo XXI.
- _____ (1995). *O Sujeito e o Poder. Apêndice da 2ª edição. Michel Foucault entrevistado por Hubert L. Dreyfus e Paul Rabinow*. In: DREYFUS, Hubert e RABINOW, Paul. **Michel Foucault, Uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica**. Rio de Janeiro, Editora Forense Universitária, p. 253-278.
- _____ (2000). **Defender la sociedad**. Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica.
- _____ (2001). **Un diálogo sobre el poder y otras conversaciones**. Madrid, Alianza Editorial.
- _____ (2002). **La arqueología del saber**. Buenos Aires, Siglo XXI.
- _____ (2004). **Ética, sexualidade, política: Vol. 5. Ditos e Escritos**. Rio de Janeiro, Editora Forense Universitária.
- _____ (2007). **Nacimiento de la biopolítica: curso del Collège de France (1978-1979)**. Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica.
- FRANCO, Tulio Batista; MERHY, Emerson Elias (2011). *El reconocimiento de la producción subjetiva del cuidado* (en línea). **Salud colectiva** 7(1):9-20. Consultado 05 may. 2015. Disponible en <http://bit.ly/1O8L7Wu>
- FREIRE, Paulo (1973). **Extensión o comunicación: La concientización en el medio rural**. Buenos Aires, Siglo XXI.

- _____ (2005). **Pedagogía del oprimido**. Buenos Aires, Siglo XXI.
- _____ (2004). **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo, Paz e Terra.
- FURTADO, Juarez Pereira (2001). *Responsabilização e vínculo no tratamento de pacientes crônicos: da Unidade de Reabilitação de moradores ao CAPS Estação*. In: HARARI, Angelina y VALENTINI, Willians (eds.). **A reforma psiquiátrica no cotidiano**. São Paulo, Hucitec, p. 37-58.
- GIBBS, Graham (2012). **El análisis de datos en investigación cualitativa**. Madrid, Ediciones Morata.
- GÓMEZ, Guillermo Orozco (1997). *Medios, audiencias y mediaciones*. **Comunicar** no. 8:25-30.
- GONÇALVES, Ricardo Bruno Mendes (1994). **Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de Centros de Saúde de São Paulo**. São Paulo, Hucitec.
- GUMUCIO DRAGON, Alfonso (s.f.). **Comunicación para el Cambio Social: Clave del Desarrollo Participativo**. Consultado 13 mar. 2015. Disponible en <http://bit.ly/1PSbjo2>.
- _____ (2004). *El cuarto mosquetero: la comunicación para el cambio social*. **Investigación y Desarrollo** 12(1):02-23.
- _____ (2011). **La Comunicación para el Desarrollo en Naciones Unidas en Ecuador. Análisis sobre los enfoques y las prácticas**. Ecuador, CIESPAL.
- GUIMARÃES, Maria Cristina Soares; SILVA, Cícera Henrique da; NORONHA, Ilma Maria Horsth (2009). *Ri é a resposta, mas qual é a pergunta? Primeiras anotações para a implementação de repositório institucional*. In: SAYÃO, Luis et al (eds.). **Implantação e gestão de repositórios institucionais: políticas, memória, livre acesso e preservação**. Salvador, EDUFBA, p. 261-281.
- HABERMAS, Jurgen (1987). **Teoría de la acción comunicativa**. Madrid, Taurus.
- HADDAD, Ana Estela (2012). *Experiência Brasileira do Programa Nacional Telessaude Brasil*. Mathias, I.; Monteiro A. **Gold Book [on-line]: inovação tecnológica em educação e saúde**. Rio de Janeiro, Editora UERJ.

- HAMELINK, Cees. (2002). *El Derecho a Comunicarse* (en línea). **Boletín PADH**. Ecuador, Universidad Andina Simon. Consultado 05 sep. 2015. Disponible en <http://www.uasb.edu.ec/padh/revista4/cris/hamelink.htm>
- _____ (2005). *Direitos Humanos para a Sociedade da Informação*. In: MARQUES DE MELO, José; SATHLER, Luciano (eds.). **Direitos à Comunicação na Sociedade da Informação**. São Bernardo do Campo, SP, Editora Metodista, p. 103-151.
- HARDT, Michael; NEGRI, Antonio (2004). **Multitud: Guerra y democracia en la era del imperio**. Madrid, Debate.
- HERNÁNDEZ SAMPIERE, Roberto; FERNÁNDEZ COLLADO, Carlos; BAPTISTA LUCIO, Pilar (2003). **Metodología de la Investigación**. México, McGraw Hill.
- HIDALGO CAPITÁN, Antonio Luis (1998). **El pensamiento económico sobre el desarrollo** (en línea). Huelva, ES, Publicaciones de la Universidad de Huelva. Consultado 10 abr. 2015. Disponible en <http://bit.ly/1HZTxOz>
- HIRSCHMAN, Albert (1970). **Exit, voice and loyalty. Response to decline in firms, organisations and states**. Harvard, Harvard University Press.
- HOCHMAN, Gilberto (2010). *O sal como solução? Políticas de saúde e endemias rurais no Brasil (1940-1960)* (en línea). **Sociologias** 12(24):158-193. Consultado 15 oct. 2015. Disponible en <http://bit.ly/1YilTqm>
- IRIART, Celia; FRANCO, Tulio; MERHY, Emerson Elias (2011). *The creation of the health consumer: challenges on health sector regulation after managed care era*. **Globalization and health** 7(2):1-12
- LATOUR, Bruno (2012). **Reagregando o social: uma introdução à teoria do ator-rede**. Salvador, EdUFBA.
- KAPLÚN, Gabriel (2005). **Aprender y enseñar en tiempos de Internet. Formación profesional a distancia y nuevas tecnologías**. Montevideo, CINTERFORT/OIT.
- KAPLÚN, Mario (1987). **El comunicador popular**. 2 ed. Buenos Aires, Humanitas.
- KATZ, James; RICE, Ronald; ACORD, Sophia. (2006). *Usos da Internet e de Tecnologias Móveis nos Sistemas de Saúde: abordagens sociais e organizacionais num contexto comparativo*. In: CARDOSO, Gustavo y CASTELLS, Manuel (eds.). **A Sociedade em Rede - Do Conhecimento à Ação Política**. Lisboa, Imprensa Nacional - Casa da Moeda, p. 175-195.

LASSWELL, Harold; LERNER, Daniel; SPEIER, Hans (1979). **Propaganda and communication in world history**. Honolulu, East-West Center Book.

LAZARSELD, Paul Felix; BERELSON, Bernard; GAUDET, Hazel (1948). **The peoples choice: how the voter makes up his mind in a presidential campaign**. New York, Columbia University Press.

LERNER, Daniel (1956). **The passing of traditional society: Modernizing the middle east**. New York, The Free Press.

_____ (1972). **La comunicación colectiva y el desarrollo cultural**. Quito, CIESPAL.

LÉVY, Pierre (1993). **As tecnologias da inteligência**. São Paulo, Editora 34.

_____ (1999). **O que é o virtual?** São Paulo, Editora 34.

_____ (2004). **Inteligencia Colectiva. Por una antropología del ciberespacio** (en línea). Consultado 05 may. 2015. Disponible en <http://inteligenciacolectiva.bvsalud.org>

LIMA, Claudia Risso de Araujo et al (2009). *Departamento de Informática do SUS – DATASUS A Experiência de Disseminação de Informações em Saúde*. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE; OPAS (Organização Pan-Americana da Saúde)/FIOCRUZ (Fundação Oswaldo Cruz). **A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde**. Brasília, Ministério da Saúde.

LLANUSA RUIZ, Susana Beatriz et al. (2005). *Las tecnologías de información y comunicación y la gestión del conocimiento en el sector salud* (en línea). **Revista Cubana Salud Pública** 31(3):223-232. Consultado 15 jun. 2015. Disponible en <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v31n3/spu08305.pdf>

LOPES, Maria Immacolata Vassalo (2001). *Reflexiones sobre el estatuto disciplinario del campo de la comunicación*. In: FUENTES NAVARRO, Raúl y LOPES, Maria Immacolata Vassalo de (eds.). **Comunicación: Campo y objeto de estudio: Perspectivas reflexivas latinoamericanas**. Guadalajara, ITESO.

LUZ, Madel Therezinha (2004). **Natural racional social: razão médica e racionalidade científica moderna**. São Paulo, Hucitec.

_____ (2005). **Novos saberes e prática em saúde coletiva: estudo sobre racionalidades médicas e atividades corporais**. São Paulo, Hucitec.

- LYOTARD, Jean-François (1991). *La condición posmoderna*. Buenos Aires, Cátedra.
- MARQUES DE MELO, José (2007). **Entre el saber y el poder: Pensamiento comunicacional latinoamericano**. Monterrey, UNESCO.
- MARTÍN-BARBERO, Jesús (1991). **De los medios a las mediaciones**. 2 ed. México, Ediciones Gili.
- _____ (1992). *Pensar la sociedad desde la comunicación. Un lugar estratégico para el debate a la modernidad*. **Diálogos de la Comunicación** no. 32:28-34
- _____ (2001). *Deconstrucción de la crítica: Nuevos itinerarios de la investigación*. In: FUENTES NAVARRO, Raúl; LOPES, Maria Immacolata Vassalo de (eds.). **Comunicación: Campo y objeto de estudio: Perspectivas reflexivas latinoamericanas**. Guadalajara, ITESO, p. 15-42
- _____ (2005). *Tecnicidades, identidades y alteridades: Desubicaciones y opacidades de la comunicación en el nuevo siglo*. In: MARTÍN-BARBERO, Jesús et al. (ed.). **Tecnocultura y comunicación**, Bogotá, Editorial Pontificia Universidad Javeriana, p. 25-53.
- MARTÍNEZ-SALANOVA, Enrique (2009). *Medios de comunicación y encuentro de culturas: propuesta para la convivencia*. **Comunicar** 16 (32):223-230.
- MATTELART, Armand (2007). **Historia de la sociedad de la información**. Barcelona, Paidós.
- _____; MATTELART, Michèle (2005). **Historia de las teorías de la comunicación**. Barcelona, Paidós.
- MACBRIDE, Sean (ed.) (1987). **Un sólo mundo, voces múltiples. Comunicación e información en nuestro tiempo**. 2 ed. México, Fondo de cultura económica.
- McLUHAN, Marshall; POWERS, Bruce R. (1990). **La aldea global: Transformaciones en la vida y los medios de comunicación mundiales en el siglo XXI**. Barcelona, Gedisa.
- MEGAJEWSKI, Flávio Liberati (1995). *A hegemonia do discurso neoliberal no setor da saúde em Santa Catarina: Aproximações ao papel da imprensa como ator*. In: PITTA, Áurea Maria da Rocha (ed.). **Saúde e comunicação: visibilidades e silêncios**. São Paulo, Hucitec, p. 101-123

MENÉNDEZ HEVIA, Tania; CUESTA CAMBRA, Ubaldo (2011). *Educación para la salud en jóvenes a través de los medios sociales: desarrollo de un caso práctico sobre prevención de drogodependencias*. In: CUESTA CAMBRA, Ubaldo; MENÉNDEZ HEVIA, Tania y UGARTE ITURRIZAGA, Aitor (eds.). **Comunicación y salud: Nuevos escenarios y tendencias**. Madrid, Editorial Complutense.

MERHY, Emerson Elias (1985). **O capitalismo e a saúde pública**. São Paulo, Papyrus.

_____ (1986). **Alma-Ata: qual é o jogo?** (en línea). Campinas, SP, BR. Consultado 01 jun. 2015. Disponible en <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-19.pdf>

_____ (1992). **A saúde pública como política**. São Paulo, Hucitec.

_____ (2006). **Salud: cartografía del trabajo vivo**. Buenos Aires, Lugar Editorial.

MERHY, Emerson Elias; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz (2009). *Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea*. In: MANDARINO, Ana Cristina de Souza; GOMBERG, Estélio (eds.). **Leituras de Novas Tecnologias e Saúde**. Salvador, Edufba, p. 29-56.

_____; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz; CECCIM, Ricardo Burg (2006). *Educación permanente en salud: una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud*. **Salud colectiva** 2(2):147-160.

_____; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz; CERQUEIRA, Maria Paula (2010). *Da repetição à diferença: construindo sentidos com o outro no mundo do cuidado*. In: SILVA JUNIOR, Aluísio Gomes da; RAMOS, Valéria do Carmo; DAMASCENO, Verônica (eds.). **Semiótica, afecção & cuidado em saúde**. São Paulo, Hucitec, p. 60-75.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (1993). **O desafio do conhecimento científico: pesquisa qualitativa em saúde**. 2 ed. São Paulo, Hucitec.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, BR. Departamento de Informação e Informática do SUS. (2004). **Política Nacional de Informação e Informática em Saúde**. Brasília, Ministério da Saúde.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde (2005). DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma

dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília, OPAS.

_____. (2006). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Brasília, Ministério da Saúde.

_____. SCTI (Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos)/DCT (Departamento de Ciência e Tecnologia) (2010). **Política nacional de gestão de tecnologias em saúde**. Brasília, Ministério da Saúde.

_____/UFRGS (Universidade Federal do Rio Grande do Sul) (2012) **Manual de Telessaúde para Atenção Básica / Atenção Primária à Saúde**. Brasília, Ministério da Saúde. 123 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

MONTERO, Maritza. (2009). *El fortalecimiento en la comunidad, sus dificultades y alcances*. **Universitas Psychologica** 8(3):615-626.

_____. (2010). *Fortalecimiento de la ciudadanía y transformación social: Área de encuentro entre la Psicología Política y la Psicología Comunitaria*. **Psykhe** 19(2):51-63.

MORAES, Ilara Hammerli Sozzi de (2002). **Política, tecnologia e informação em saúde: a utopia da emancipação**. Salvador, Casa da Qualidade Editora.

MOSQUERA, Mario (2002). *Comunicación en salud: conceptos, teorías y experiencias* (en línea). **Comunit, La iniciativa de la comunicación**. Consultado 09 mar. 2015. Disponible en <http://bit.ly/1MtVrGa>.

MURCIANO, Marcial (1979). **La comunicación de masas entre el desarrollo y la dependencia: economía, sociología y política en la génesis de la investigación de la comunicación de masas en América Latina (1960-1975)**. Tesis Mag. Bellaterra, Barcelona, ES, Universitat Autònoma de Barcelona. 233p.

_____. (1985). *Estructura y política internacional de comunicación*. In: FONTCUBERTA, Mar de; MOLINERO, Cesar; ESCRICHE, Pilar; MURCIANO, Marcial. (eds.). **La comunicación internacional**. Barcelona, Mitre, p. 7-50.

NEUHAUSER, Linda; KREPS, Gary (2003). *Rethinking communication in the E-health era*. **Journal of Health Psychology** 8(1):7-23

- NGWENYAMA, Ojelanki; ANDOH-BAIDOO, Francis; MORAWCZYNSKI, Olga (2006). *Is there a relationship between ICT, health, education and development? An empirical analysis of five West African countries from 1997-2003* (en línea). **Electronic Journal on Information Systems in Developing Countries** 23(5):1-11. Consultado 08 jun. 2015. Disponible en <http://bit.ly/215PN4J>
- OHCHR (Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos, CH) (2008). **El derecho a la salud** (en línea). 66p. Ginebra, CH. (Folletos Informativos no. 31) Consultado 14 feb. 2015. Disponible en <http://www.ohchr.org/documents/publications/factsheet31sp.pdf>
- OLIVEIRA, Alice Guimarães Bottaro de; CONCIANI, Marta Ester (2009). *Participação social e reforma psiquiátrica: um estudo de caso*. **Ciência & Saúde Coletiva** 14(1):319-331.
- OLIVEIRA, João André Santos de (2013). **Telessaúde e os médicos da atenção básica: uma análise à luz da micropolítica do trabalho e da produção do cuidado em saúde**. Tesis Mag. Feira de Santana, UEFS (Universidade Estadual de Feira de Santana), Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. 88 p.
- OLIVEIRA, Francisco de (2013). **Crítica à razão dualista: o ornitorrinco**. São Paulo, Boitempo.
- OLIVEIRA, Valdir de Castro (2004). *Comunicação, informação e participação popular nos conselhos de saúde*. **Saúde e sociedade** 13(2):56-69.
- OLIVEIRA NETO, Alfredo; PINHEIRO y Roseni (2013). *O que a saúde tem a ver com rádio comunitária? Uma análise de uma experiência em Nova Friburgo – RJ*. **Ciência & Saúde Coletiva** 18(2):527-536.
- OMS (Organización Mundial de la Salud, CH) (1978). **Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud**. Alma-Ata, URSS, Oficina Regional de la OMS para Europa.
- _____ (2005). **Cibersalud** (en línea). 58a. Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra, Suiza (resolución WHA58.28). Consultado 01 jul. 2015. Disponible en <http://bit.ly/1MEpfhc>
- _____ (2006). **Building Foundations for eHealth: Progress of Member States**. (Report of the WHO Global Observatory for EHealth). Consultado 14 oct. 2015. Disponible en <http://bit.ly/1NiDwWh>

OPS (Organización Panamericana de Salud, US) (2001). **Manual de comunicación social para programas de promoción de la salud de los adolescentes**. Washington, OPS/Fundación W.K. Kellogg.

_____ (2007). **Agenda de salud para las Américas 2008 2017**. Washington, US.

OPS (Organización Panamericana de Salud, US)/OMS (Organización Mundial de la Salud, CH) (2011). **Estrategia y Plan de Acción sobre eSalud** (en línea). (51º Consejo Directivo de la OPS – 63ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas) Consultado 14 abr. 2015. Disponible en <http://bit.ly/1O64PC8>

PAIM, Jairnilson Silva (2008). *Modelo de atenção à saúde no Brasil*. In: GIOVANELLA, Lígia et al (eds.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, p. 547-573.

PAOLI, Antonio (1994). **Comunicación**. México, Editorial Edicol.

PASQUALI, Antonio (1990). **Comunicación y cultura de masas**. Caracas, Monte Ávila.

PEDROSA, José Ivo dos Santos (2007). *Educação popular no Ministério da Saúde: identificando espaços e referências*. In: Ministério da Saúde (ed.). **Cadernos de educação popular e saúde**. Brasília, BR, p. 13-17.

PINTOS, Virginia Silva (2001). *Comunicación y Salud* (en línea). **Inmediaciones de la Comunicación** no. 3:119-136. Consultado 15 oct. 2015. Disponible en <http://www.ort.edu.uy/fcd/pdf/InmediacionesIII.pdf>

PITTA, Áurea Maria da Rocha (1995). *Interrogando os Campos da saúde e da Comunicação: notas para o debate*. In: **Saúde e comunicação: visibilidades e silêncios**. São Paulo, Hucitec, p. 239-265.

_____ (2006). *Reflexões sobre o Pacto pela Democratização e Qualidade da Comunicação e Informação em Saúde*. In: CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Relatório do seminário nacional de comunicação, informação e informática em saúde para o exercício do controle social**. Brasília, Ministério da Saúde, p. 15-18.

PITTA, Áurea Maria da Rocha; MAGAJEWSKI, Flávio Ricardo Liberali (2000). *Políticas nacionais de comunicação em tempos de convergência tecnológica: uma aproximação ao caso da Saúde* (en línea). **Interface** 4(7):61-70. Consultado 07 jun. 2015. Disponible en <http://www.scielo.org/pdf/icse/v4n7/05.pdf>

- PNUD (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, US) (2003). **Notas prácticas: el acceso a la información**. Oslo, NO.
- POZO IRRIBARRÍA, Juan; FERRERAS OLEFFE, Miguel (2011). *La telefonía móvil como instrumento de comunicación para la información y prevención del consumo de drogas*. In: CUESTA CAMBRA, Ubaldo, MENÉNDEZ HEVIA, Tania; UGARTE ITURRIZAGA, Aitor (eds.). **Comunicación y salud: Nuevos escenarios y tendencias**. Madrid, Editorial Complutense.
- PRIETO RODRÍGUEZ, M. Ángeles; MARCH CERDÁ, Joan Carles (2002). *Paso a paso en el diseño de un estudio mediante grupos focales*. **Atención Primaria en Salud** 6(29):366-373.
- ROGERS, Everett (1976). **Communication and development: Critical perspectives**. Beverly Hills, Sage.
- _____; BACKER, Thomas (1993). **Organizational aspects of health communication campaigns: What works?** Newbury Park, Calif.,US, Sage.
- _____; SHOEMAKER, F. Floyd (1974). **La comunicación de innovaciones: Un enfoque transcultural**. México, Herrero Hermanos, Sucesores.
- ROLDÃO, Ivete Cardoso do Carmo; MOREIRA, Régis (2007) *Um jornalista na loucura, despertando loucos por jornalismo*. In: MERHY, Emerson Elias; AMARAL, Heloisa (eds.). **A reforma psiquiátrica no cotidiano II**. São Paulo, Aderaldo & Rothschild, p. 67-81.
- ROLNIK, Suely (2014). **Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo**. 2 ed. Porto Alegre, Sulina.
- RONDELLI, Elisabeth (1995). *Mídia e saúde: os discursos se entrelaçam*. In: PITTA, Áurea Maria da Rocha (ed.). **Saúde e comunicação: visibilidades e silêncios**. São Paulo, Hucitec, p. 38-47
- ROSTOW, Walt Whitman (1960). **The Stages of Economic Growth: A Non-Communist Manifesto**. Cambridge, Cambridge University Press.
- ROZEMBERG, Brani (2006). *Comunicação e participação em Saúde*. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al (eds.). **Tratado de saúde coletiva**. Rio de Janeiro, Hucitec, p. 741-766
- RUIZ OLABUÉNAGA, José Luis (1996). **Metodología de la investigación cualitativa**. Bilbao, Ediciones de la Universidad de Deusto.

- SALVAT, Guiomar; SERRANO, Vicente (2011). **La revolución digital y la Sociedad de la Información**. Zamora, Comunicación Social.
- SANTOS, Alaneir de Fátima dos et al (eds.) (2006). **Telessaúde: um instrumento de suporte assistencial e educação permanente**. Belo Horizonte, Editora UFMG.
- SARAMAGO, José (2010). **Todos los nombres**. Madrid, Alfaguara.
- SCHRAMM, Wilbur (1963). **The science of human communication**. New York, Basic Books.
- _____ (1964). **Mass media and national development: The role of information in the developing countries**. Stanford, University Press.
- _____ (1967). **El papel de la información en el desarrollo nacional**. Quito, CIESPAL.
- SERVAES, Jan (2000). Comunicación para el desarrollo: tres paradigmas, dos modelos. **Temas y problemas de Comunicación** 8(10):5-28.
- _____; MALIKHAO, Patchanee (2007). *Comunicación Participativa: ¿El nuevo paradigma?* **Redes.com: revista de estudios para el desarrollo social de la Comunicación** no.4:43-60.
- SIMELIO, Núria (2006). **Prensa de información general durante la transición política (1974-1984): pervivencias y cambios en la representación de las relaciones sociales**. PhD Thesis. Barcelona, UAB. 637p.
- SILVA, Angélica Baptista (2014). **Telessaúde no Brasil: conceitos e aplicações**. Rio de Janeiro, Editora DOC.
- SILVA, Marta de Oliveira da (2007). **Participação e Controle Social para Equidade em Saúde da População Negra**. Rio de Janeiro, CRIOLA.
- SILVA JUNIOR, Aluisio Gomes; ALVES, Carla Almeida (2007). *Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas*. In: MOROSINI, Márcia Valéria; CORBO, Anamaria D'Andrea (eds.). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro, EPSJV/Fiocruz, p. 27-41.
- SCHEFFER, Mário (2015). **Prevenção em aids no Brasil: depois do terror, a trapaça** (en línea). CEBES (Centro Brasileiro de Estudos de Saúde), Rio de Janeiro, BR, feb. 18. Consultado 13 sep. 2015. Disponible en <http://cebes.org.br/2015/02/prevencao-em-aids-no-brasil-depois-do-terror-a-trapaca/>

- SCHWARTZMAN, Simon (2004). **As causas da pobreza**. São Paulo, FGV Editora.
- SOUSA, Jorge Pedro (2003). **Elementos de teoria e pesquisa da comunicação e da mídia**. Porto, Edições Universidade Fernando Pessoa.
- SPINK, Mary Jane (ed.) (2013). **Práticas discursivas e produção de sentido no cotidiano. Aproximações teóricas e metodológicas** (en línea). Rio de Janeiro, Editora Cortez. Consultado 16 sep. 2015. Disponible en <http://bit.ly/1I7QWHP>
- STONE, Linda (1992). *Cultural Influences in Community Participation in Health*. **Social Sciences and Medicine** 35(4):408-417.
- TESSER, Charles Dalcanale; LUZ, Madel Therezinha (2008). *Racionalidades médicas e integralidade* (en línea). **Ciência e saúde coletiva** 13(1):195-206. Consultado 15 oct. 2015. Disponible en <http://bit.ly/1I7QYzE>
- TESTA, Mario (1988). *Atención ¿Primaria o Primitiva? de la salud*. In: **Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud**. Buenos Aires, Grupo Editor de las Jornadas, p. 75-90.
- TURINO, Celio (2010). **Ponto de cultura: o Brasil de baixo para cima**. 2 ed. São Paulo, Anita Garibaldi.
- UNCETA, Koldo; YOLDI, Pilar (2000). **La cooperación al desarrollo: surgimiento y evolución histórica**. Vitoria-Gasteiz, Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- VALLES, Miguel (1999). **Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión Metodológica y práctica profesional**. Madrid, Editorial Síntesis.
- VASCONCELOS, Eymard Mourão (2001). *Redefinindo as práticas de saúde a partir de experiências de educação popular nos serviços de saúde*. **Interface** 5(8):121-126.
- VASCONCELOS, Miguel Murat et al (2002). *Política de saúde e potencialidades de uso das tecnologias de informação*. **Saúde em Debate** 26(61):219-235
- VAZQUEZ, María Luisa et al (2002). *Los procesos de reforma y la participación social en salud en América Latina*. **Gaceta Sanitaria** 16(1):30-38.
- VERÓN, Eliseo; SIGAL, Silvia (1986). **Perón o muerte. Los fundamentos discursivos del fenómeno peronista**. Buenos Aires, Legasa.

- VILCHES, Lorenzo (2005). *El lenguaje red: sistemas de pensamiento y culturas de migración*. In: MARTÍN-BARBERO, Jesús et al. (eds.). **Tecnocultura y comunicación**. Bogotá, Editorial Pontificia Universidad Javeriana, p. 54-70.
- VILLASANTE, Tomás R. (1997). **Participación e integración social**. Madrid, Facultad de Sociología de la Universidad Complutense de Madrid.
- WAISBORD, Silvio (2001). **Árbol genealógico de teorías, metodologías y estrategias de comunicación**. s.l., Fundación Rockefeller.
- YIN, Robert K. (1989). **Case Study Research: Design and Methods (Applied social research Methods Series)**. Newbury Park, CA, US, Sage.
- ZIONI, Fabiola; WESTPHAL, Márcia Faria (2007). *O enfoque dos determinantes sociais de saúde sob o ponto de vista da teoria social*. **Saúde e Sociedade** 16(3):26-34.

ANEXOS

ENTREVISTAS TRANSCRIPTAS

RÁDIO MALUCO BELEZA

ENTREVISTAS INDIVIDUALES

Entrevista 1: Comunicador del proyecto (C.I)

Entrou no Cândia em julho de 2009. Já começou o primeiro contato com o Maluco Beleza. A própria entrevista de contratação foi com todos os participantes do Maluco Beleza, mais a gerente de comunicação.

Tinha medo no início, pois quando entrou não tinha o ponto de cultura tal como é hoje, então era muito triste porque ficavam todos os corredores fechados, só tendo atividades uma vez por semana quando tinha reunião do programa Maluco Beleza.

O primeiro contato com eles... algumas pessoas eu achava que não era paciente da saúde mental. Conhecer essas pessoas foi amenizando a situação de susto inicial. É curioso para saber quem está chegando, vem te cumprimentar.

Regis volta depois de 4 meses. Ele participava só da reunião de pauta e da gravação. Só vinha duas vezes no mês. Com a saída da Fernanda, ele vem um pouco mais. Eu ficava sozinha. Silvana vinha na hora do almoço fazer companhia.

Depois começou a melhorar. Acho que a gente fantasia muito em relação aos usuários da saúde mental. A gente não sabe como agir, não sabe como funciona. A gente ouve falar de surto, de agressão. Mas não é bem assim.

Quando entrei já tinha 7 anos do Maluco Beleza. Quando começou em 2002 era gravado na rádio educativa, e não no cândia. Às vezes montava esquema lá com mesa de som quando não tinha transporte para levar todos os participantes para a Rádio Educativa.

Depois com o edital dos Pontos de Cultura em 2008 isso mudou. Conseguimos montar a estrutura de rádio aqui. Quando cheguei o estúdio estava novo, com pouco menos de um ano. Aí começou a gravar aqui.

Eu não tinha contato direto na participação do programa. Ajudava a contatar entrevistados, mas só. A Fernanda que gravava e editava com eles. Ela saiu e tinha 5 programas para editar. Então eu aprendi na marra. Aprendi a editar. Nunca tinha mexido, só observado o que ela fazia. Então comecei a ter mais contato com toda a produção do MB. Depois disso, em 2010, conseguimos implantar a rádio online.

Quando entra rádio online em 2010 muda tudo, porque na verdade o MB é programa que é veiculado na rádio da prefeitura, e a rádio da prefeitura não deixa a gente falar tudo. Os usuários não expressam tudo o que eles querem. Então a gente tem que ouvir toda a gravação e cortar tudo o que não pode ser veiculado

naquele espaço, como menção ao governo ou pessoas. E se não é feito essa seleção aqui, eles barram todo o programa na rádio. Isso já aconteceu. Um programa sobre a ditadura foi barrado, teve outro que tinha questões políticas também foi barrado. A rádio online vem trazer essa liberdade de falar o que quiser de fato. Muda porque se bem eles são os protagonistas do MB, mas muda que eles vão produzir o programa deles. A gente ajuda quando eles sentem necessidade de algo, então conversam e dialogam para aprimorar, mudar, colocar quadros, etc. Eles ficam mais na produção de fato: escolhem os entrevistados, criação do nome, cada um cria o seu, escolhem o tipo de programa, uns querem de música, outros de entrevistas, outro quer misto. E nisso que muda.

E a autonomia é uma questão importante. Buscar uma pessoa para entrevistar, por exemplo. Criar mesmo o programa, produzir seu programa. Como se fosse um filho, um produto importante, que estão cuidando e lapidando diariamente. São 28 programas, gravados de segunda a quinta, durante todo o dia, e tem pessoas que o fazem semanalmente. Na sexta-feira é montada a grade da rádio online para a veiculação.

O que muda, além disso, tudo com a rádio online é que entra outros coletivos para participar também de toda essa história. E ajuda também a desmitificar a questão do usuário da saúde mental. A comunidade vem, e são crianças, adolescentes em situação de rua, terceira idade. Então entra um misto. É outro aporte da rádio online. Conseguimos pelo ponto de cultura a comunidade participar. Eles vêm, começam a fazer o programa. Quando tem os passeios eles participam, a gente comemora o aniversário de fundação da rádio online, todo mundo se une para uma atividade e misturamos todos os públicos, e isso é muito interessante.

A programação da rádio online está lotada, não tem mais espaço para programas atualmente. Se no início se pensou que teria alguma dificuldade para preencher todos os espaços, agora é mais difícil porque as pessoas querem participar.

A grade da rádio online é revista a cada 6 meses para inserir novos projetos ou deixar os programas que as pessoas não querem mais fazer, ainda que seja por este período de tempo. Essa dinâmica é importante para ter abertura para todos. As vezes não tem espaço para gravação, então começamos a usar o Tear das Artes, que é um centro de convivência (também aberto a usuários e pessoas da comunidade, também ligado ao Cândia), e quem mora perto a gente tenta fazer uma ponte com o estúdio de lá. Eles têm um estúdio lá e um programa, Ondas Mentais, mas a gente consegue alguns espaços.

O Cândia tem 11 CAPS espalhados pela cidade, 5 ou 6 centros de convivências, e tudo é administrado pela central que é Soudas, inclusive a comunicação. Então, algumas pessoas de CAPS que queriam ter um programa de rádio se uniram com o pessoal do Tear das Artes para conseguir fazer o programa. E eles mandam para a gente um programa de uma hora. E a gente deixa essa abertura, pode ter programa de uma ou meia hora. Isso ajuda na liberdade de quem está começando, pois querem ter um programa de rádio, mas não sabe se vai conseguir, se vai saber fazer ou dar conta da produção. Então sugerimos fazer quinzenalmente, ou mensalmente. Então cada semestre a própria pessoa muda sua dinâmica, aumentado muitas vezes sua frequência.

Temas

O principal tema é música. É muito variado, tem um que tem de rock, outro gospel, samba de raiz, misturado. Muita música. O da Silvana é o único que mexe mais com a questão da saúde. Ela tem o Programa de Peso, voltado para o público específico de gordinhos e ela traz bem a questão da saúde, tanto psíquica como física (emagrecimento, exercício físico).

Marcos Pio uma figura interessante. Mexeu muito com ele todo o processo da rádio. Desde que entrei, ele me perguntava sobre a rádio online, e eu não entendia, nem sabia desse projeto, se ia dar certo. O Pio é uma pessoa que sabe escrever só o nome, ele não sabe ler. Mas, na informática ele é fantástico. Ele foi o primeiro que quis o programa da rádio online, ele inclusive participa de vários outros programas além do dele próprio. Ele começou com um programa de música sertaneja. Além do MB, do programa da rádio online, ele participa de um programa da Bahia, pela Internet, pois ele aprendeu a ouvir outras rádios digitais, online, e ele chega até você e pede para escrever em letra de forma, porque então ele sabe as letras do computador, pois ele não sabe ler. Ele ouve uma rádio online, sabe do site e pede para escrever para que ele possa entrar e navegar pelo site para ouvir. Ele tem facebook também. Ele ouviu a rádio na Bahia, fez contato pelo skype com a pessoa responsável pela rádio e ele grava o programa todo dia de manhã na Bahia, ao vivo. É uma coisa que para ele é de outro mundo. Ele é o que mais deslanchou na rádio online. Porque ele busca outros lugares. Ele ia a um outro programa gravado em Sousas, fora do Cândido, eram cantores que estavam começando a sua carreira. Ele ia ao programa, conversava com esses artistas, e na outra semana estes cantores estavam participando do seu programa na rádio online no Cândido. Ele foi o único que trouxe convidados. Ele articulava sozinho tudo.

O processo de produção é de cada um. No começo, quando entrou a rádio online, foi dada uma oficina de fazer rádio online, explicando como ia funcionar, como seria transmitido, qual público que ia atingir, para eles entenderem. Começamos então ajudando aqueles que inicialmente queriam participar, mas não tinham ideia do que fazer. A pessoa então expunha seu desejo, o que tinha vontade de fazer, e então ajudávamos com pensar os quadros, entrevistas, música. Ajudávamos a montar para balancear o conteúdo.

O Marcos Pio ele sempre dizia o que queria, e o programa dele começou a ser temático: amor, higiene, etc. Mas sempre voltado para as músicas sertanejas que ele gosta. Ele começa com um tema, fala um pouco sobre ele, e entra música sertaneja ou entra uma pessoa para cantar. Durante as entrevistas, também auxiliamos de fora, mas conduzido por ele. Ajudamos com sugestões para colocar música quando já está muito longa a fala, e por aí vai. Auxilia neste sentido.

Participação

Muda o sentido da vida deles a participação na rádio online. Porque no MB a gente faz a produção coletiva, percebe-se que uns falam mais, outros menos, mas quando chega à rádio online é um programa deles, para eles produzirem. A gente auxilia, e neste caso a gente é que tem uma mínima participação, mas a participação deles é integral, toda voltada para aquilo. A participação gera autonomia para eles. No estilo de vida, de ser mais comunicativo.

Cuidado

Melhora o respeito deles com eles mesmos. Tem também a questão da família respeitá-los pelo que eles são e pelo fazem, eles trazem muito isso. Reconhecem o trabalho deles. Eles não vêem a rádio, seja o MB ou rádio online, como uma diversão. Eles têm um compromisso, no horário, pontual, correto. Eles às vezes quando vão participar de um programa de TV, ficam preocupados com a roupa que vão usar. Esse sentido do cuidado, um respeito com eles próprios. Não só o cuidado relacionado com um diagnóstico de doença mental, é tudo, a parte física. O Pio mesmo disse que tinha um sério problema com tomar banho, ele não tomava. Isso dava uma alergia muito séria na perna dele. Então começamos a dizer que ele tinha que tomar banho, que para receber os convidados no programa ele tinha que estar de banho tomado. Ele entendeu então que isso era importante. Hoje ele chega e conta que tomou banho, que cortou a unha, para ficar bem junto às pessoas convidadas, caso contrário ele mesmo diz que elas não vão querer participar, ou não vão ficar à vontade.

Hoje ele é super articulado, comparando do que eu vi quando entrei aqui, que era muito quieto, na dele. Hoje quando chegam pessoas para visitar o Ponto de Cultura, ele chega e conta do programa dele, ele apresenta o espaço.

Relação com o lugar de saúde

O Ponto de Cultura muda essa relação, porque aqui a gente deixa tudo mais livre. Todos os usuários que querem se inserir no MB, não só os que já participam, eles estão na internação, no momento de tratamento, mas quando entram na porta do ponto muda. Se eles querem ligar para a família, a gente não vê o diagnóstico, a gente deixa. Na internação eles podem tomar um café, aqui pode tomar quanto quiser. Lógico que estamos em um ambiente de tratamento, mas quando entra no ponto a gente trata eles como comunicadores, muda o lugar de usuário da saúde mental. A gente não vai se apresentar desta forma e eles não se apresentam mais desta forma. Quando eu entrei, eles falavam o diagnóstico, que era usuário, bipolar, etc., mudou: eu sou locutora, faço o MB, tenho um programa na rádio online X, muda o lugar. Participo do MB não como usuário da saúde mental. Eles foram se apropriando desta coisa de comunicadores, de locutores.

A Silvana, por exemplo, hoje ela ajuda a produzir os programas dos demais participantes. Isso mostra que sai do lugar da saúde mental, que está em tratamento, ela ajuda outras pessoas.

TIC no processo de comunicação que é levado a cabo na rádio

Eles dominaram e é super positivo para eles. Hoje, por exemplo, para ouvir o programa deles é na rádio online, no computador. Eles pedem ajuda, queria ouvir o programa na rádio e a gente ajuda.

Eles participam das redes sociais. Todos aqui têm facebook e todos se comunicam muito bem ali. Mesmo o caso do Pio que mencionei que não sabe nem ler, mas se comunica muito bem nas redes sociais (outra forma de

comunicação que não a tradicional, e excludente, ler e escrever – meu), tem seus contatos. Inventaram outras formas de comunicação.

É uma ferramenta que eles usam a todo o momento. O pessoal da internação mesmo, além do MB, vai ver o pessoal que tem diagnóstico, eles descem aqui porque o passatempo deles é a sala de informática.

Com o edital do Ponto de Cultura, além da sala de edição, foi criada a sala de informática. Outros usuários, que não necessariamente participam do MB, tem relação com o Ponto. Abriu portas para eles, no sentido de que estou no ambiente de tratamento, mas quando estiver tranquilo, vem para cá, vem para o computador, baixam música, a gente ajuda quando precisa.

Muitos se interessam por música. Acho que muitos usuários da saúde mental são artistas. Todos têm composição própria, música, poema, quadro, tem muita produção. Eles chegam dizendo que tem uma música própria e se podem gravar no estúdio. Eles mesmos agendam horários, buscam batidas no computador, pensam na música. Saem realizados e felizes.

E para além dessa comunicação MB, rádio, a gente também tem o carnaval, que faz com que abra esse espaço de composição de samba enredo para toda a rede, usuários e trabalhadores da saúde mental.

Tudo tem uma participação. A comunicação rádio, MB, vem abrindo possibilidades, cavando espaços.

Inversão da produção dos materiais comunicativos (mudar matriz do modelo informacional)

É fantástica essa produção invertida do que estamos mais acostumados a ver. Às vezes você está pensando em uma coisa, mas eles querem outra. Muitas vezes na própria produção do MB, eles intervêm, mudam. Eles chegam com a criatividade deles e propõe no grupo. É fantástico receber essa comunicação deles. Eles são muito criativos, muitos são artistas, então eu não preciso produzir nada pronto, de antemão, e dar para eles. Eles têm toda a capacidade do mundo e autonomia para fazer isso. Isso é legal. Para que eles se apropriem da comunicação, do espaço que tem aqui disponível. E realmente se tornem comunicadores, por isso eles se apresentam dessa forma, como locutores, como jornalistas, etc. É muito diferente de ter a formação, fazer a faculdade, a gente aprende a produzir. Eles têm uma formação diferente. Sai muito dessa coisa da área da saúde. Porque você pode pensar que eles vão produzir só coisas da área da saúde mental, mas não. São n coisas que aparecem. Só aparece quando, por exemplo, vai ter um evento, como o Encontro Estadual da Luta Antimanicomial, aí é algo grandioso, que está acontecendo em Campinas pela primeira vez, então a gente tem que falar disso. Mas não que necessariamente, diariamente a gente tenha que falar sobre saúde.

A saúde entra no que eles estão fazendo por eles próprios, no bem que fazem a si mesmos. Só isso que entra. A comunicação, o ponto de cultura, eu não vejo como tratamento de fato. É um tratamento no sentido de mudar o lugar deles, como ter uma profissão, eles se tratam dessa forma. Isso é saúde. A saúde entra dessa forma, fazer o que gosta e se sentir bem com aquilo.

Participação nos encontros a partir da rádio

Eles trazem muito coisa, até por conta das redes sociais. Participam do fórum de saúde, por ex, e ficam por dentro do que acontece, antenados com os eventos. Além disso, muitos deles fazem tratamentos nos CAPS, e aí eles divulgam. O Luciano Lira participa de um grupo de familiares e amigos que lutam em diversas frentes, como passe livre para usuários da saúde mental, não só para o tratamento como para o próprio laser. Com isso, ele foi para o Canadá, conhecer outros espaços para conhecer o tratamento.

Eles são conhecidos em outros lugares, e eles ficam muito felizes. Estamos em uma universidade dando palestra, por exemplo, e vem uma pessoa de outro lugar reconhecer um participante, diz que viu em outro lugar, em outro encontro onde estiveram juntos. Eles se sentem bem em ser reconhecidos (aumento da rede).

O Luciano Lira fala que a comunicação, a rádio, o MB, no sentido de saúde, fez com que ele nunca mais tivesse um surto. Desde que começou, nunca mais teve surto. De certa forma é saúde.

Nós também temos as nossas limitações. Para eles o diagnóstico é muito forte, principalmente porque já desencadeou surtos, então eles ficam meio assim, com medo, estou ansioso, estou... Calma, não é assim, também temos isso. Então eles começam a entender e a se colocar em outro lugar. São vítimas do estigma negativo da loucura.

Se você for ver, muitos temos uma coisa depressiva, se depressão é um diagnóstico psiquiátrico, todo mundo tem seu momento melancólico, depressivo. Aqui os diagnósticos se dissolvem, o que é fantástico, porque todo mundo aqui é tratado como igual, ele também é um comunicador, ele também é um locutor, ele também é um jornalista, fazemos a mesma coisa, produzimos a mesma coisa, produzimos juntos. Eles falam dos temas que interessam, se colocam muito bem.

Nas palestras, por exemplo, a gente apresenta, mas eles conduzem a conversa. Na oficina de rádio que nós demos no encontro estadual, eu expliquei como funcionaria e mostrei os quadros, e eles levaram a produção na oficina com os participantes. Se apropriaram de fato desse fazer comunicação.

Relacionamento dos trabalhadores da saúde com a rádio

Participam menos, eu sinto que eles precisavam participar mais. Quando começou a rádio online, era um misto de gente participando, usuário, funcionário. Agora, por conta dos trabalhos, diminuiu essa participação dos trabalhadores da saúde. Mas, os próprios psiquiatras eles tem o que chamam de tratamento terapêutico que tem que ajudar a pessoa a se encontrar, procurar uma profissão, que aí tem as oficinas do NOT para isso, mas o NOT mesmo, para que os usuários possam participar, eles têm um programa mensal na rádio online e cada mês é um monitor de uma oficina que vem acompanhar os usuários para participar da produção, ver como eles fazem. A produção do NOT é como a do MB, eles começam com reunião de pauta, discutem os temas, é o mesmo processo. É um grupo grande, entre 13 a 15 pessoas, trazem entrevistados. Temas variados também. No começo era mais sobre o NOT, as oficinas, para

explicar o que era cada uma, mas agora mudaram e tratam de diversos temas. É como se fosse um MB, chama “Not e Apostal”.

Os próprios psiquiatras falam para os usuários sobre o MB, perguntam se conhecem, se já estiveram por lá. Eles recomendam. Eles sabem como funciona. Eles entram com medicamentos, aquela coisa certinha, acompanhamento e agente entra com a parte legal da coisa. Eles incentivam.

Estabelecemos um espaço de conversa com os trabalhadores da saúde somente quando precisa. Por exemplo, um usuário que está começando o tratamento agora, desencadeou um surto, está precisando de uma ajuda, mas quer participar da rádio. As vezes a pessoa vem um dia, mas no próximo encontro ela está mal, em surto, aí liga aqui e fala que quer ir na rádio, para dizer a sua equipe que ele quer participar. A gente intervém, pois os médicos algumas vezes pensam que o usuário está mentindo para poder sair da internação. Então a gente confirma que vai ter o programa de rádio, pergunta se ele não pode sair para participar, a gente se compromete em colocá-lo no transporte para voltar, se alguém quiser vir com ele, se tiver necessidade, para ele não deixar de participar se isso é realmente importante para ele. A gente tem sempre essa troca com a referencia dos usuários. Se ele não está muito bem, avisamos. Ou a gente percebe que alguém não está legal, está mais agitado, ligamos para a referencia para tentar ajudar. Temos esse lado do cuidado neste sentido. Quando percebemos que alguém não está bem, porque convivemos diariamente com algumas pessoas. Fazemos isso para ajudar, para que não desencadeie um surto de fato para ele ficar internado, para ele não perder o MB, para não perder as atividades dele.

Quando a gente liga para liberar um usuário para participar do MB, geralmente eles deixam. Só quando está em surto mais agressivo que eles não liberam.

Também escutamos muito os participantes. Quando chegam com problemas, chorando, a agente senta, escuta, tenta fazer de tudo para acalmar, senta, conversa, desabafa. Eles têm e gostam esse espaço para falar, seja na rádio ou com as pessoas, e a gente tem esse espaço. Aí entra também o cuidado. A gente é um pouco de tudo, psicóloga, comunicadora... É um espaço que eles se sentem ouvidos: produzem o programa que desejam, tem amigos, tem espaço de conversa se precisam, eles gostam de fazer festa, de viajar... Tem essa troca.

O Régis convidou a gente para ir dar uma palestra em agosto na UEL. Eles ficam felizes. Vamos dar uma palestra, vamos mostrar nosso trabalho, nossa experiência, mas vamos ter essa troca com o outro. A gente senta, conversa, eles expõem o que eles querem. Não é dizer que vamos fazer a palestra e acabou (vertical). Pergunto sempre se eles topam, se acham que devem fazer, como deve fazer a palestra, vai dar uma atividade junto, como, quanto tempo. Tudo uma troca.

Conhecimentos para o campo da comunicação e saúde

Essa troca que temos com o usuário da saúde mental. Além de nós que trabalhamos com eles adquirir esse conhecimento, beber dessa fonte, mas gera para outras pessoas. Eles participam de várias palestras em diversas áreas, visitas ao MB, procuram para fazer projetos de fim de ano da graduação aos montes. Nos procurou um aluno de arquitetura, o que mostra que tem outras

áreas interessadas que não só comunicação e saúde. Gera muito conhecimento para outras pessoas, para outras áreas. As oficinas do NOT, geração de renda, sustentabilidade, economia solidária.

Existe retorno de médicos e psiquiatras sobre o retorno desse projeto? Se está ajudando?

Sim. Eles unem essa comunicação com a reforma psiquiátrica. Com a reforma, olha quantas coisas mudaram, inclusive essa possibilidade do MB. O Ponto de Cultura que antes era somente voltado para os usuários da saúde mental, agora é aberto à comunidade, então tem a inserção da comunidade com os usuários da saúde mental e vice-versa. Antigamente se falava para não chegar nem perto que é um manicômio. Hoje as pessoas jogam futebol na quadra do Cândido nos finais de semana. A comunidade vem no carnaval. Esse projeto ponto de cultura MB muda muito a vida dos usuários, também da comunidade, é uma ferramenta a mais.

Fala que eles não estão fazendo tratamento... Estão. Muitos deles chegam dizendo que não tem problema de saúde, que não precisa de CAPS (ainda que sejam pacientes com histórico de surtos). Dizem que gosta de ir ao MB, aqui é sua família, aqui faz o que gosta, aqui faz programa de rádio. Daqui não saio, diz. Então tentamos dizer que inserido em um CAPS facilita ele ir na oficina, inclusive no MB. Ir uma vez por semana no CAPS.

Entrevista 2: Locutora de la radio (L.1.I)

Apresentação

Estou no projeto da rádio Maluco Beleza desde o início quando o Régis me convidou. Sou a primeira voz feminina. Então tem 12 anos mais ou menos. Trabalhar no Ponto de Cultura faz uns 4 anos mais ou menos que eu sou recepcionista e faço um trabalho de recepção as pessoas que visitam, aí eu falo como funciona o Ponto de Cultura, de onde é que vem a verba, explico tudo direitinho. Então eu sou locutora há 12 anos e trabalho no Ponto de Cultura há 4 anos. E a rádio online vai fazer 3 anos, e tenho um programa na rádio online também.

Eu já conhecia o Régis por alguma coisa que ajudava, a escrever no jornal, uma poesia, aí ele apostou, tentou, muito difícil no começo. Primeiro a Rádio Educativa era lá na Torre do Castelo.

Dificuldade de dicção, primeiro as perguntas que a gente fazia para os entrevistados era tipo o aquário, então o Régis preparava para a gente as perguntas, mostrava, tinha muitas dificuldades. Lembro bem que no início alugava uma van para ir todo mundo gravar lá. Lembro que o Marcelo Pinta, que hoje trabalha no centro de convivência do Cândido, ele fazia alguns exercícios de fono com a gente antes de começar a gravar para melhorar a gravação. Depois quando a gente passou a ser Ponto de Cultura, a gente teve aqui uma fonoaudióloga que ajudou bastante.

Mas, com o passar do tempo você vai melhorando. Você consegue elaborar as perguntas você mesma, a própria pessoa consegue fazer suas pesquisas e elaborar as perguntas para o entrevistado, ouvir mais, porque às vezes uma pergunta que a gente faça você me responde a segunda pergunta que eu tinha preparado para você. Isso é uma coisa que eu tenho que perceber bastante, porque aquela já caiu, já morreu, então eu tenho que pensar, as vezes me responde alguma coisa que gera uma pergunta interessante. Uma das coisas que eu mais gosto de fazer é entrevista dentro do MB. Mesa redonda também gosto de participar. Enquete não gosto muito de fazer, as pessoas não gostam de te responder. Inclusive, eu tinha inicialmente colocado enquete dentro do meu programa da rádio online, mas agora nesse novo formato, nova edição pretendo tirar e ver se coloco outro quadro, outra coisa.

Como foi poder ter um espaço em uma rádio para falar?

Eu falo sempre assim, eu vou muito a faculdade para dar palestra, para jornalistas, psicólogos, e quem chamar a gente pode ir. Que estar aqui dentro do MB é a realização de um sonho, porque lá atrás quando eu tinha 22 anos, eu sempre gostei da área de comunicação e queria ser publicitária. Por dois anos seguintes eu cheguei a fazer inscrição na PUC, eu queria ser publicitária, mas infelizmente eu adoeci psiquiatricamente na época, não deu para eu fazer isso.

Quando eu vim para a instituição, há mais ou menos 15 anos atrás, eu trabalhava em outros setores. Comecei na oficina, como todo mundo começa. Depois passei por esse projeto de parceria entre o NOT e o Cândido, e aí eu trabalhei na loja, trabalhei bastante tempo no setor administrativo. Mas o NOT cresceu muito, e precisava de funcionário para trabalhar na recepção, e o Régis precisava de alguém, teve a oportunidade de colocar alguém da parceria aqui (MB). Como ele me conhecia há muito tempo por conta do MB e sabia da minha capacidade, ele conversou primeiro com a minha gerente no NOT e eles combinaram que tudo bem seu eu aceitasse e eu não tive dúvida, porque seria a oportunidade de vir trabalhar na área de comunicação e trabalharia mais perto da rádio. Foi por isso que eu vim. Falo que para mim é o céu, porque é a realização de um sonho.

Às vezes a gente vai para faculdade e dizem que sou muito desenvolta, para dar entrevistas na frente das câmeras, já dei até entrevista nacionalmente para uma emissora de TV, para mim isso é tudo natural. É difícil quando você não tem um meio de comunicação. Para completar eu gostaria de fazer, quando tiver a oportunidade, um curso de radialista do Senac, que é um curso técnico, mais curto, mas não tenho o fator financeiro.

Como é ter essa oportunidade para todos, para os usuários, etc?

A melhora das pessoas que passam por aqui ou frequentam aqui é muito grande. O MB é um diferencial aqui dentro do Cândido. É um lugar que não parece um serviço de saúde. Não tem a característica de um serviço de saúde. Aqui ninguém precisa saber o CID de ninguém. Isso não é o principal, o diagnóstico não nos importa. O que realmente importa é querer estar aqui, querer ser locutor, querer fazer as entrevistas, querer participar das atividades que tem do Ponto de Cultura. Tem gente que vem aqui por causa do famoso cafezinho da manhã ou da tarde,

as não tem condições financeiras de comprar na cantina, mas passa por aqui só por causa do café. E eu lembro uma vez que o Régis falou que o café também faz parte do Maluco Beleza. Lembro também do Luciano falando que depois que ele começou no MB ele nunca mais teve crise. O Sílvio Burza também fala que é muito gratificante para todos nós.

O reconhecimento dentro da família também é importante. Tem uma entrevista gravada que minha irmã diz que o MB foi uma maravilha na minha vida, a diferença que fez o MB na minha vida, a transformação que foi. Eu sinto isso também. Sinto porque é como assim... diferente de você que teve condições financeiras de fazer uma faculdade e estar no meio, eu não tive condições de fazer uma faculdade, mas eu tive com meu próprio esforço, com o reconhecimento das pessoas certas de reconhecer meu trabalho e me encaminhar para esse lado, reconhecer que ia dar certo e apostar em mim, na minha capacidade. Isso é muito bom. Me viram como uma pessoa normal, não ficaram pensando se ia dar certo ou não, preocupado com o CID dela. Esse tipo de coisa não passou...

Estigmatização da loucura. O que é normal?

Cada um tem o seu lugar na MB, cada um se encaixa de certa forma, e faz muito bem aquilo que faz. Então, acho que tem um diferencial é o carinho, amor que a gente é recepcionado aqui dentro, as pessoas que trabalham aqui, com quem a gente trabalha e convive. A maioria delas a gente percebe isso. Muito mais do que qualquer outra coisa, a gente considera o MB uma família. Porque pensa... quanto tempo a gente passa aqui? A gente passa muito mais tempo aqui do que em casa. Então... tem os aniversariantes do mês na última quinta-feira do mês, além de ouvir o programa de rádio conforme a programação, a gente faz a comemoração dos aniversariantes. Isso é uma coisa que as vezes a pessoa não teve condições financeiras de comemorar o aniversário dela com a família, ou ninguém lembrou, ou talvez seja aqui o único lugar onde as pessoas lembrem o aniversário dela. Tudo isso é diferente.

Aqui não estamos preocupados não só com o CID que ela tenha, com medicação... você já começa pelo lugar que você chega, pelo colorido que ele é. Um prédio todo pintado, grafitado. Aí você entra em um corredor, agora que é época de carnaval, está todo cheio de fantasias... tem uma costureira aqui a disposição, ajustando fantasia. Na outra semana tem o bloco. São todas atividades que passam pela área da comunicação. E o MB sempre presente em tudo isso.

Já fomos convidados para diversos eventos como Fórum Social Mundial, fazer workshop. Estamos sendo convidados para dar uma palestra na UEL em agosto. Tivemos aquele evento no RJ que fizemos um workshop, conhecemos o Hotel da Loucura, no OcupaNise. Além de todo esse trabalho, tenho outro lado que é na luta antimanicomial.

O MB ajudou também a participar de outras coisas?

Sim, porque tem pessoas que me conhecem de norte a sul do país, tem uma rede de amizades. Quando têm esses encontros a gente se revê, a rede de amizades que a gente faz. Muda, você fica uma pessoa mais alegre, mais expansiva. As

oportunidades que a MB te faz para você conhecer novos lugares. Não é só a questão de trabalho, dos workshops, sempre arruma algum tempinho para poder conhecer também esses novos lugares. No Fórum Social Brasileiro em BH, fomos conhecer Ouro Preto, um lugar que eu não conhecia. É muito gratificante.

Isso foi um convite para a rádio mesmo, participar do Fórum Social Brasileiro e FSM. FSM tem lá desde 2002. Quando o FSM fez 10 anos, lá em POA, a gente foi sozinho. Eu, o Luciano Lira e Silvio Burza. Fomos de avião, ficamos 10 dias viajando, hospedados lá sozinhos com toda autonomia. A questão da autonomia é muito importante falar disso. Ficamos sozinhos com toda autonomia. Fizemos a cobertura de todo o Fórum, tanto para a rádio, como também para o Jornal Candura, porque além do programa de rádio MB, a gente tem também o Jornal Candura que é muito importante também. A gente fez um especial sobre o evento.

Esse é o diferencial. A gente tem também esse crachá de jornalista, de repórter, é muito importante para nós também isso.

Autonomia

Esse crescimento, você poder ir para um lugar como esse, viajar, conhecer outras pessoas, as pessoas te verem de uma forma diferente. É muito importante. Porque como você falou do rótulo da loucura, a autonomia vem para tirar esse rótulo. Sai aquilo de dizer que esse aqui é um louquinho do Cândido Ferreira, ou de outro manicômio. Mas o Cândido Ferreira é um serviço saúde, e a gente está falando do MB que é super respeitado, que é um Ponto de Cultura, que tem uma rádio, um estúdio, um mega estúdio de rádio. Porque já tiveram pessoas que vieram aqui ser entrevistadas e disseram que é muito melhor que muita rádio por aí. Essa autonomia de ir, se apresentar, poder falar abertamente, essa questão das palestras. Eu estive na USF, alunos da Universidade SF e da UNIP de psicologia, eu fui representando os usuários da saúde mental, convidada por dois professores, cada um de uma faculdade. São valores mais do que financeiros, isso não tem preço, parodiando a publicidade.

Isso tudo é saúde, com certeza.

As próprias atividades que você tem aqui dentro. Por exemplo, falando um pouco do Ponto de Cultura, das atividades e cursos que são oferecidos gratuitamente aqui. Então tinha gente que não tinha condições financeiras de fazer um curso de letramento digital, não conhecia essa coisa da informática, não teria como fazer... o Marcos Pio, por exemplo, que é um locutor que além de trabalhar no programa da rádio MB e na rádio online, ele não é muito bem alfabetizado na escola, mas ele é totalmente alfabetizado na informática. Tanto é que ele tem um computador agora e no final do ano ele ganhou um tablet num sorteio.

Os cursos que tem aqui, as oportunidades que tem aqui, como o curso de fotografia que eu fiz, curso de roteiro, de filmagem, eu participei de filmagem. Fui convidada para participar de um vídeo institucional.

Diferença entre um material comunicativo pronto, sobre determinada doença ou problema, e o fazer a comunicação tal como eles fazem.

No vídeo de diabetes, acho que eles iam dar as orientações nutricionais, o que pode ou não pode comer, talvez alguma medicação. Na saúde mental, acho que são opções que a gente tem na saúde mental para viver melhor. Não é dizer que estamos dando a cura para a saúde mental. Não é dizer que a pessoa, o paciente o usuário tem a cura total da saúde mental, porque a gente sabe que o tratamento tem que levar a sério e tudo, mas tem como ele melhorar de vida, ter uma qualidade de vida melhor. E aqui com certeza é um dos lugares que ele tem uma qualidade de vida melhor.

Poder fazer a comunicação é totalmente diferente, porque aqui é tudo totalmente democrático. Somos nós que fazemos tudo. A gente escolhe tema, escolhe música, escolhe quem vai fazer o que, se esse mês eu quero fazer entrevista, o outro mês troca quem faz. É como se fosse de baixo para cima. O vídeo da diabetes ele já vem pronto, montado de uma agência publicitária, aqui é tudo criado com nossas capacidades, com nosso jeito de ser e de fazer. E isso para nós é o melhor, é o que dá mais certo.

Aqui contempla outras dimensões, as relações, as ideias, e uma coisa muito importante: como mudou a saúde mental. Antes, a gente não tinha direito a voz. Hoje, a nossa voz tem muitos direitos. Quando você ia imaginar um paciente falando na rádio? A voz do paciente na saúde mental era uma voz muda. Ele não tinha direitos. Por exemplo, antes quando o paciente estava internado e chegava um telefonema para ele, as vezes demorava mais de 20 dias para ele saber. Hoje em dia, com a comunicação, a nossa própria voz está saindo para fora, não só dentro do município, mas para através da rádio online a gente está no mundo todo. Além de produzir todos os nossos programas, a voz tem os direitos e dá voz para outros que muito se calam infelizmente nos porões do manicômio, dos sanatórios e até faleceram sem ter o direito a essa voz. Por isso a importância da nossa bandeira da luta antimanicomial, para que não retorne antigos costumes.

Rádio online. O que muda?

Meu programa é de meia hora, quinzenal, e eu tenho desde do final do ano passado. Tenho ajuda da Carlinha para produzir o meu programa que se chama “Programa de peso. O programa que te deixa leve”. Programa direcionado a um público de gordinhos e gordinhas, com alguns quadros dentro do programa.

Muda porque ele é produzido, gravado e editado, tem oportunidade de ser ouvido no mundo inteiro. Posso usar a própria tecnologia da internet, por exemplo, posso mandar um recadinho no Facebook para um amigo meu sobre o programa que eu gravei, ouça meu programa, através da rede social posso também colocar recados e falar do meu programa, uma forma de fazer propagando. Muda a dimensão. Antes fazer apenas o MB, que é um programa municipal, só de manhã, agora tem a rádio online tem o mundo inteiro para te ouvir. E são poucos os programas de rádio online na área da saúde mental que a gente tem conhecimento.

Com a rádio online você tem a opção de estar em mais lugares que só a pessoa clicar e já está te ouvindo, Mesmo que a pessoa me conheça pessoalmente, ela tem a oportunidade de ouvir a minha voz. A rádio online nos leva para o mundo.

Como é a produção do programa?

Eu penso em um tema, pesquisa sobre ele, vê quem pode ser entrevistado. A partir da pesquisa da internet, surgem as perguntas. Vê se a pessoa pode ser entrevistada no estúdio ou por telefone.

Eu já fiz até um curso de edição de rádio. Então tenho um pouco de noção do que está sendo feito, por exemplo, se a voz está estourada fica luz vermelha.

O que você entende por participação?

Antes o comum era a exclusão. Hoje participação é estar inserido na sociedade, estar inserido dentro de um ponto de cultura, estar inserido dentro de um centro de convivência, ter os direitos de estar inserido não apenas em um tratamento em um CAPS. A participação é um todo de poder estar com outras pessoas, poder compor com outras pessoas por um ideal.

No meu caso, a participação na área de comunicação, além do trabalho que eu desenvolvo aqui, é participar com meus amigos, com meus colegas, dentro de um programa de rádio. Seja ela ara rádio comum ou para rádio online, porque o programa MB também vai para rádio online.

Antes de entrar no MB, você participava dessa militância?

Sim. Eu entrei no Cândido em 1999. Quando tive alta da internação foi o meu primeiro encontro da luta antimanicomial, encontro nacional, em Alagoas, isso foi em 99. Tive alta e logo em seguida comecei a participar e viajei para esse encontro. Tem pessoas da luta antimanicomial que eu conheço desde essa época. Daqui do Cândido foi um técnico e mais 3 pessoas usuários.

Com a rádio deu mais visibilidade e mais oportunidades. Nas reuniões que eu vou eu sempre falo da rádio, as pessoas perguntam querem saber.

Tem a ver também com a rádio na época do 18 de maio, isso influencia bastante. Mas, nos encontros da luta antimanicomial, ex, teve um encontro que eu participei de toda a organização do encontro estadual que foi aqui em Campinas, a rádio MB fez toda a cobertura e fez o programa gravado lá. Foi sensacional.

Comunicação na área da saúde

Aqui também é comunicação na área da saúde. Tanto que o Ponto de Cultura teve ajuda não foi no Ministério da Saúde, e sim da Educação.

Isso é bom para a saúde para poder diversificar, não deixar tudo com um rótulo. Porque aí volta a questão do diagnóstico, da medicalização, psiquiatra, psicólogo. Para deixar um espaço diferenciado. Que bom seria se em cada serviço de saúde tivesse um ponto de cultura, tivesse uma rádio, tivesse um teatro, tivesse uma manifestação de cultura.

Nesse sentido ele gera conhecimento na área da comunicação e saúde.

Neste final de semana, por exemplo, tem dois fotógrafos famosos que têm um projeto de uma perua Kombi que roda vários lugares e estarão aqui no Ponto de

Cultura fazendo um trabalho de workshop de fotografia. Porque o ponto e a rádio são conhecidos. Um professor que deu aula aqui conseguiu trazer esse workshop para cá.

Entrevista 3: Locutor de la radio (L.2.I)

Apresentação

Para mim na vida foi muito importante a rádio, porque eu sou esquizofrênico, mania de perseguição, ouvir vozes. Eu sempre tive crises antes de 2001. Eu ficava em observação no CAPS, era muito nervoso, quebrava tudo em casa, agredia minha própria mãe, minha família, brigava muito. E hoje esse quadro mudou.

Há 12 anos que eu estou na MB me ajudou muito na saúde mental. Tomo remédio também há 12 anos (fala o nome da medicação). É um remédio muito forte, que dá uma sensação horrível no corpo, mas você tem que tomar. Vou conversar com a médica para negociar se eu posso parar de tomar esse remédio porque eu já estou muito bem. Já há 12 anos eu estou tomando esse remédio e a médica disse que seriam só 5 anos, já são 7 anos a mais. Eu pego do alto custo da Unicamp.

E a rádio na minha vida foi muito importante para mim. Tanto a rádio MB como a rádio online. Tenho um programa na rádio online que se chama “Especial de Lira – Homenagem aos artistas”, onde eu resgato cantores antigos como Altemar Dutra, Nelson Gonçalves, Aguinaldo Raiol, Aguinaldo Timoteo, Angela Maria, Beth Carvalho... Vários cantores que não estão mais na mídia. Toda semana tem um artista que eu faço. Eu gravo de duas em duas semanas, e gravo dois artistas para cada semana.

Participar na rádio, fazer o programa

Quem disse que um esquizofrênico faria um programa de rádio? Um esquizofrênico, que tem problemas mentais, que tinha alucinações. No passado você era confinado ao manicômio a vida inteira. Talvez se eu tivesse esses sintomas que tenho hoje, fosse no passado eu estava ferrado. Ia ficar em um manicômio para o resto da vida. Porque não tinha remédios suficientes, não tinha profissionais suficientes antigamente. Quem disse que paciente psiquiátrico faria programa de rádio nas décadas de 40, 50, 60?

Eu me acho de porta-voz daqueles que se calaram por muitos anos, aqueles que ficaram confinados, pessoas que até hoje ficaram com sequelas da saúde mental. Você pode ir na moradia dos mais idosos que não tem mais família, ou a família não cuidou, que se tornaram essas residências terapêuticas, cheios de sequelas da doença mental. Tomando muitos remédios fortes. Pessoa fica totalmente com sequelas da doença mental do passado. Hoje eu faço programa de rádio e fico muito feliz porque eu me acho, não só eu como toda a equipe do MB, nós somos porta-vozes daqueles que se calaram por muitos anos nos manicômios.

Produção do programa

Então, a Silvana e a Carlinha me ajudam. Como hoje, por exemplo, eu peguei a biografia da Simone e da Cassia Eller, que são as duas próximas artistas que eu vou fazer homenagem. Vou gravar hoje para passar semana que vem e daqui a duas semanas.

O que eu faço? A Carla ou a Silvana imprimem para mim, faz a biografia, tal, e eu simplesmente vou lá e converso, falo no estúdio, o Renan me ajuda também, que é o editor do programa. Ele vai lá e coloca as músicas, eu cito as músicas e falo da biografia dos artistas. Essa é a minha programação. Quem faz as pesquisas é Silvana e Carla para mim.

Participação em movimentos

Eu já era conselheiro de saúde. Sou conselheiro de saúde. Semana que vem, dia 14 (fevereiro) vou tentar ser conselheiro municipal (e na ocasião foi eleito) pela ONG Aflore que eu faço parte. Há 8 anos estou nesta ONG Aflore – Associação Florescendo a Vida de Usuários, Familiares e Amigos da Saúde Mental de Campinas. Faço parte do Ajuda Mutua, que é toda segunda-feira, 4 da tarde do CAPS Novo Tempo. Bem antes da rádio já era conselheiro, trabalhava na gráfica do Cândido.

Aí surgiu a ideia, o Régis me convidou... Eu achei que não ia pegar, que ia ser um foguinho e que ia apagar logo... Vamos fazer uma rádio. No começo achei que não ia pegar, mas pegou, né? Estamos há 12 anos. Nós íamos para o Castelo fazer gravação no começo, era dificultoso. Fomos para o São Gabriel. E hoje, depois de 12 anos, nós temos o nosso espaço aqui, o Ponto de Cultura, financiado pelo governo que nos ajudou. Esse espaço maravilhoso que montamos aqui dentro. No começo não foi assim, começou tudo devagarzinho. Eu achei que era um fogo que ia apagar, mas graças a deus não apagou não. Ficou aceso até hoje. Embora na saída do Regis foi triste, porque ele era o âncora mesmo, mas a Carlinha está dando conta.

Quando começou a participar na rádio melhorou toda essa participação e militância?

Melhorou bastante. Você tem mais informações. Todo mundo te conhece melhor. Mais autonomia. Hoje eu estou bem com minha família, minha irmã, minhas primas, primos, antes a gente brigava bastante, hoje estamos bem e a rádio ajudou bastante nesses 12 anos. Desde 2002 para cá eu estou muito bem. Bem na igreja, bem nos remédios, bem na psiquiatria da rádio, essas coisas que mudaram na minha vida desde 2002. Melhorou minha saúde.

Como ajuda a gerar conhecimento para a área da saúde?

Como te falei, nós somos os porta-vozes daqueles que se calaram por muitos anos. Você vai hoje nas residências terapêuticas, vê muitos idosos com sequelas de como era o tratamento no passado. Hoje fazer um programa de rádio é uma coisa inédita. Não só eu como toda a equipe da rádio Maluco Beleza. Todos nós

temos os nossos sofrimentos, mas toda quinta-feira nós estamos aqui pontualmente para fazer um programa de rádio. Porque nós gostamos de se comunicar, eu gosto quando falam “eu te vi na televisão”, “eu escutei você no rádio”, a gente acha muito gratificante isso. Isso é uma coisa que não se tira da gente.

Eu estive 15 dias no Canadá. Foi uma viagem inesquecível, um frio de lascar. Foi muito bonito, eu fiz até um quadro do diploma, está na minha sala. Foram 15 dias que aprendemos a saúde no Canadá, do Canadá para o Brasil e do Brasil para o Canadá. Foi um trabalho maravilhoso, gratificante. Nunca tinha saído do país, e foi um privilégio. Não só eu, mas foram 8 usuários e nenhum deles surtou durante a viagem. Claro, teve algumas briguinhas, mas isso é normal. Todo mundo deu conta.

Eu fico muito triste quando acontece crimes hediondos, aí falam que o fulano tinha crises esquizofrênica. Eu fico muito triste. Porque o verdadeiro esquizofrênico não faz mal a ninguém, ele faz para ele mesmo. Ele pode suicidar-se pelo sofrimento da saúde mental. Essa semana mesmo aconteceu um grave assassinato de um cineasta e a televisão começou a falar que o cara era esquizofrênico. Fico muito chateado porque isso não é verdade. O esquizofrênico ele sofre, sofre por dentro, quantos que se matam para não fazer mal a ninguém. A mídia só faz acusações. Precisava ter mais informações para saber o que são os esquizofrênicos.

Melhora na saúde

Uma vez eu fui a uma cidade e eles brincaram comigo: “vamos montar uma rádio aqui para os pacientes ficarem bom como você está bem”. E eu falei, então façam isso. Campinas é um dos pioneiros na rádio na saúde mental. Teve a rádio Pinel no começo, teve a rádio Muda aqui na Unicamp que eu participei quase 3 anos. Mas MB foi a que vingou mesmo.

Então o segredo é como eu estou brincando, é fazer mais rádio, mais programas para os pacientes começar a raciocinar, pesquisar, ver os artistas, que nem eu faço.

Eu vou sempre para a lan house, essa semana eu comprei um notebook, vou instalar a internet em casa.

Falta muito informação sobre a saúde mental.

Entrevista 4: Psicóloga de la red de salud mental del municipio (P.I)

Mundo do trabalho é uma escola. Cândido Escola, um lugar próprio da instituição. Instituição como intenção de ser um campo de formação. Corpo próprio dentro do Cândido que pensa a formação. A princípio uma comissão de estágios, que na medida em que foi se apropriando deste fazer e incorporando pessoas, foi virando o Cândido Escola. Hoje eu coordeno este espaço, compondo a executiva da instituição, o que engrossa o caldo do Cândido Escola. Desde 2004 nesta função. 14 no Cândido.

Existe na instituição uma intenção de algo aconteça, porque a gente pode dizer que as ações de comunicação estão dadas, que elas permeiam o nosso cotidiano, mas se você não tiver intenção de aquilo aconteça, isso não acontece. Eu costumo dizer que não existe o óbvio no nosso cotidiano do trabalho. Se a gente não anunciar isso e não dirigir a ação isso não acontece. Isso é fundante para o projeto de comunicação. Assim como foi para outros espaços como o Cândido Escola, que uma comissão de estágios se tornar o Cândido Escola, ações do cotidiano de produzir um jornal, de ter uma mídia acessível a todos, isso se tornar um projeto de comunicação, teve um ato fundante que é a intenção da instituição de dizer nos interessa ter um projeto de comunicação. Eu pude assistir esse anúncio, e devo dizer que tiveram protagonistas e vontade política para isso. Alguns atores foram fundamentais para essa história.

Agrego outro fator que é que existia um terreno totalmente propício para isso. As pessoas queriam dizer coisas, queriam noticiar coisas. Tinham pessoas clamando por este espaço.

É como um contexto: tinha intenção, teve vontade política, tiveram os atores e tinha um terreno propício. A gente precisava anunciar isso que a gente vem transformando.

Para o nosso campo, e aí tem outra imagem que eu uso demais: foram 200 anos construindo os manicômios, e 20 poucos anos (reforma psiquiátrica), é muito pouco tempo para tirarmos os muros, as barreiras que os 200 anos de história impõe para o lugar da loucura. Então, por mais que a gente tenha tido esse terreno propício, que tivemos atores, um protagonismo e a intenção, a gente ainda precisa fazer muito mais. A gente vive falando que precisamos falar do que a gente faz, precisamos divulgar mais, precisamos estar na mídia, precisamos melhorar a imagem da instituição. Então, é um projeto que nasceu há 12 anos, mas que precisa alargar e muito. Precisa continuar tendo muita vontade.

Quando eu falo que tinha um terreno propício, é porque permite um protagonismo de atores importantíssimos nesta história que são os usuários. A gente deu voz aos usuários a partir deste projeto. O percurso da reabilitação ainda tem algo de um trabalho duro que é o da clínica. Refazer os espaços de cuidado, até você ter de fato pontos de produção de vida, tem um *gap* nesta história. Porque se você for resgatar a literatura que fala da saúde mental, de um projeto de reforma, você vai ver muita história contada do que foi feito com os trabalhadores, vai escutar pouca coisa sobre as mudanças ocorridas com que realmente estava sendo cuidado. Isso é uma coisa mais recente, são pesquisas mais recentes que falam de qualidade de vida dos usuários, de como os familiares tem como impacto essa outra maneira de cuidar. Existe uma lacuna.

Quando você pensa um projeto de comunicação dentro da saúde mental, quem é o ator principal? O usuário. Ele que é porta-voz disso. E aqui é ele quem pega o microfone da rádio e diz que é a locutora do programa MB. Explicitar algo que é processual, que é uma transformação que será e é processual, mas é como chegar ao fim da linha e dizer, olha porque estou fazendo isso. Porque a gente tem uma pessoa que tem uma história dentro de um manicômio e hoje ela está sendo protagonista dentro de uma rádio online.

Visibilidade e dizibilidades

Eu tive a oportunidade de participar de várias oficinas junto a esse coletivo de pessoas. Você dar a ferramenta para que exista produção é sempre mais do que o resultado. Eu fiz uma oficina com um grupo bastante diverso, trabalhadores, usuários, terceira idade, comunidade, porque um projeto de cultura agrega tudo isso. Um projeto de cultura tira um pouco... Eu posso dizer que sou Heloísa, trabalhadora da instituição, com formação em psicologia, mas eu estou em um grupo criando, eu sou mais uma criadora. Quando a gente quer que a diversidade conviva, a gente não quer que desapareçam as diferenças, muito pelo contrário, a gente quer que as diferenças convivam. Esse inclusive é um equívoco que precisa ser superado: eu não sou igual a você, eu sou diferente de você, e o mais legal é que nas nossas diferenças a gente possa fazer coisas interessantíssimas. Esse projeto de comunicação diz disso. Eu já participei de situações onde isso se evidenciou. Nenhum momento tentamos chapar as diferenças tornando a coisa homogênea, porque não é. O que tiveram foram atores de uma capacidade, de uma generosidade.

Fala que ele permite a circulação da palavra de maneira sem igual. Quem assistiu as primeiras reuniões de definição da grade de programação da rádio online, e era a coisa mais diversa que você pode imaginar o público que se apresentou para essas primeiras grades, todo mundo poder falar e apresentar uma proposta é muito emocionante, e você não vê isso em qualquer lugar. Eu fico pensando nas outras instituições, nas escolas, nas organizações, nos serviços públicos, não consigo achar um lugar que isso é permitido.

Ainda sobre as oficinas, a gente fez produção de vídeos, fizemos um curta-metragem a partir desse projeto! Acho que tem uma coisa importante, estamos falando de um serviço que é público, que atinge várias pessoas, tem que ter grana para financiar, não tem jeito. As coisas não acontecem se você não tiver algo que financie. E ter o Ponto de Cultura associado a esse projeto foi o que viabilizou muitas ações, alavancou. Sem dúvida, o reconhecimento de que ações de comunicação têm esse selo de ser cultura acontecendo dentro dos espaços de cuidado de saúde mental alavancou um monte de projetos. Ter vindo a grana e ter sido usada para instrumentalizar esse coletivo diverso – trabalhador, usuário e comunidade – produziu coisas belíssimas. Tem que ter alguém que permita isso.

Sobre o poder fazer comunicação. Em contrapartida do fazer homogêneo de algumas práticas de comunicação em saúde.

Usar da associação livre para dizer disso, porque tenho a psicanálise como referencial teórico que me orienta dentro do mundo. Ninguém é só uma coisa, a gente se deixa atravessar por um tanto de outras coisas, e você tem sua marca. Quando você tem um projeto onde está dado que a diferença é algo que pode agregar para fazer um tempero interessante, você não precisa ser uma única coisa. Acho que um dos maiores impasses do contemporâneo é a questão, por exemplo, do uso de substâncias. Quando você convida para o cuidado alguém que faz uso de substâncias e você só fala sobre a substância, você reafirmará aquilo que é um escolha exclusiva de um objeto. Agora, se ele puder dizer de

outras coisas, que não só a relação dele com a droga, você aí ofertará cuidado. Para mim este é um exemplo tão obvio, que eu uso desta imagem para tentar dialogar sobre isso que você está dizendo.

Isso tem que trazer reflexão para o modelo, porque o modelo chapa, homogeniza também. Nós temos um modelo de reforma, que tem sido interessante, porque a gente está propondo transformar o cuidado saindo de uma instituição total para serviços que estão sediados nos territórios, que tem uma construção de redes, e todos esses jargões da saúde que são interessantes para uma reformulação, mas eles também chapam. Vou te dar um exemplo: estava em reunião outro dia onde apareceu como exemplo usuários de um CAPS que frequentavam outras atividades junto a comunidade. A profissional que estava trabalhando com eles nessa atividade junto com a comunidade, já tinha conhecido esses usuários do CAPS. Ela estava contando a diferença de postura desses usuários nessa atividade, do que como eles se comportavam dentro do CAPS, e como era nítida a mudança de comportamento. Lá no CAPS eles apareciam queixosos, muito demandantes, porque lá é o lugar que cabe a loucura. A gente criou um serviço que se não bem cuidado pelo poder público, com financiamento devido, ele se torna sim um pequeno manicômio. E neste outro lugar, onde ele estava fazendo ginástica harmônica em um hall de shopping, com todo mundo, ele não podia ser aquele louco de dentro do CAPS. Lá ele era o cara da comunidade. Isso diz alguma coisa, porque, por exemplo, se insiste que o CAPS é o lugar do cuidado. O que está acontecendo no CAPS que não permite outras coisas senão o louco?

Outra discussão que questiona nossa clínica, nosso modelo é o psicótico que usa drogas tem que estar no CAPS AD ou no CAPS III? Isso tem que permitir as pessoas se interrogarem, não precisa ter briga. Quem está tecendo uma rede de cuidado tem que ser nosso, não pode ser meu ou seu. Inclusive ele tem que estar aqui produzindo arte, produzindo cultura, tem que brigar pelo passe, militando.

Sobre o quanto esse projeto de comunicação é cuidado também. O cuidado não está só na clínica

O cuidado está na oferta. Se a gente está dizendo do sofrimento psíquico, acho que ele tem que ter vários pontos de conexão, tem que ter muitas portas e janelas abertas. O efeito terapêutico pode ser maior quando ele está sendo sujeito e falando na rádio, do que quando ele está como objeto de cuidado do trabalhador do CAPS. Isso tem que ser tratado com o maior cuidado, porque eu tenho o maior respeito pelos trabalhadores de CAPS, aposto nisso, acho que é uma janela de ofertas, mas hoje o que temos é uma sobrecarga para essa janela com gente pendurada para fora. As portas e janelas não estão suficientes para os pontos de conexão que o usuário nômade exige.

Esse encontro, nesta instituição teve uma comunicação que se apresentou permeável para a saúde mental e a saúde mental se tornou permeável para essa comunicação. Então teve essa vontade de se misturar. Eu poderia ter aqui só uma assessoria de comunicação e encomendar uns releases, para anunciar de forma objetiva que eu trato de pessoas de uma outra maneira. Isso é frio. A gente não sabe fazer assim. E o interessante é que esse projeto atrai pessoas que têm o mesmo interesse. Claro que tem rotatividade, pessoas que não se adaptam a isso.

Não é qualquer coisa você ter o bloco, diante desses quadradinhos todos que orientam a forma de financiamento. Só talvez alguns Dom Quixotes com seus moinhos de vento...

Tem algum momento de encontro dos trabalhadores com a equipe da rádio?

Eu já tive um programa, mas é difícil sustentar. É punk, tem que ter argumentos, tem que ter assunto, tem que ter pauta, tem que usar das ferramentas da comunicação que vocês dominam. A gente fez um formato de entrevistas. A gente tinha um monte de ideias, mas conseguiu operacionalizar pouco.

Acho que tem que ter um acompanhamento. Vejo que tem um grupo hoje que dá sustentabilidade para as ofertas que chegam. Estou um pouco distante.

Acho que tínhamos que pautar mais vezes alguns encontros, mais para conversar, não como obrigação. Espaços de diálogos. Posso falar da minha frente, mas acho que a parte de comunicação também carece desse cuidado institucional. De tempos em tempos, se a gente não for lá e colocar em pauta a questão da formação, da importância disso, para dentro e para fora, da importância de formar os trabalhadores e usuários, mas também sermos campo de formação para outras instituições. Se você não provoca o debate, tem que ter o animador. A gente usa dessa imagem que o gestor é um animador.

Sobre tecnologias

Eu acho que sou uma pessoa que gosta da tecnologia, sou curiosa para as coisas tecnológicas, mas brigo muito com ela. A tecnologia é dura. Engraçado querer emprestar esse termo para estar moderninho, como tecnologia das relações. Gosto mais de estratégias, arranjos. É uma pena, porque arranjo nos serviu tão bem para a história dessa instituição e de repente ele virou pejorativo, nas relações interinstitucionais... “essa instituição sempre fez muito arranjo, e agora está se havendo com o fato de não ser formal em algumas coisas”. Eu acho arranjo magnífico. Eu não o vejo como algo pejorativo.

Na hora que a gente consegue ter esse aparato tecnológico a nosso serviço, para ter a rádio aqui dentro, com um estúdio, com a possibilidade de flexibilizar as grades no sentido de poder ofertar mais. É maravilhoso. Vejo uma ampliação de ofertas, daquela janela e porta que eu te falei antes. Se antes eu tinha que formatar um programa para durar uma hora na rádio educativa, eu tenho estúdio 24 horas aberto aqui para dar voz a quem não chegava na educativa. Isso é mágico.

Desconstruir esse muro do manicômio é uma coisa maluca porque os jovens de hoje não viram o manicômio, então as vezes eles questionam o porquê de fazer a reforma. Para a gente que viu o manicômio é uma pergunta complicada. O problema é a contra-reforma, porque tem o jovem do pragmatismo que acha que se tiver uma instituição fechada, com leitos, você está cuidando. O problema de não ter vivido e agente no atropelo do tecnicismo usar de outras apostas corre o risco de, na nossa sociedade, dizer que talvez tenha que ter um hospital para cuidar mesmo, ou outras tecnologias, por exemplo, a eletroconvulsoterapia. Isso é tecnologia a serviço da saúde. Essa é a diversidade.

Conhecimento para o campo da comunicação em saúde

Todos nós temos a comunicação como uma grande ferramenta de trabalho, hoje a comunicação é vital para que os projetos de cuidado dêem certo. Então eu vejo nessa ação transformadora. Se eu usar a potência disso que a gente está construindo aqui, eu consigo que as pessoas se manifestem do seu cotidiano de sofrimento e de cuidado, isso pode ser transformador. Um programa de rádio está dizendo isso. Dizendo do cotidiano, das dificuldades que eu vivencio, do ponto de ônibus, do que fui tratada mal pelo médico do serviço de saúde. Me faço ouvir e refletir o cotidiano e isso pode transformar. Eu vejo aí a maior potência. A saúde precisa disso. A saúde precisa se colocar em constante reflexão do seu fazer, porque ela não pode partir do pressuposto que ela sabe do sofrimento do outro e ela tem algo dado para ofertar para melhorar que a gente que isso não existe. Eu não posso vender felicidade. Esse é um tema muito interessante. O mundo que tem que ser absolutamente feliz e sano. Esse poder de transformação da autorreflexão o projeto de comunicação estimula e produz. Produz o encontro, produz a reflexão, produz a escuta, produz vida. É produção de vida. É poder falar de vida no lugar de falar de doença.

GRUPO FOCAL

Mesa 1: Locutores de la radio (L.1.GF, L.2.GF y L.3.GF)

- (L.1.GF) Estou aqui na rádio online há pouco tempo, que eu conheci este espaço e gostei muito. Conheci toda a equipe e tenho passado bons momentos aqui.
- (L.2.GF) Já que vamos falar em sintonia online, aqui o papo é beleza. Eu já venho há cinco anos aqui na rádio maluco beleza. Acho que é muito legal ser maluco beleza, eu fiz até uma poesia maluco beleza, o que é o maluco beleza. Eu não sabia, aí conversando com um colega, com outro, participando do rádio, da mesa redonda, papo de doido, e pensando o que é maluco beleza... aí me veio na cabeça e fiz uma poesia.
- (L.3.GF) Maluco Beleza desde meu ponto de vista deve ser uma pessoa bem bacana. Acredito que todo mundo tem seu lado maluco.
- (L.2.GF) Ahh tem... todo mundo tem um pouco. Eu não sei qual o meu QI de maluco.
- (L.1.GF) Também não sei o meu. Eu fiz curso de técnico em eletrônica, então eu acompanhei, já tenho uma certa idade, a evolução da eletrônica, e sinceramente, eu comecei a mexer com rádio com válvula, por mais incrível que pareça. E hoje nós conseguimos colocar um sinal, uma rádio, em um celular, um tablet, em um equipamento que cabe no bolso da camisa. E eu sinto um grande orgulho de fazer parte hoje deste trabalho, deste projeto, porque é uma maneira de nós estarmos com todo mundo e ao mesmo tempo. Com todo mundo que eu falo é mundo mesmo, porque a internet você está a todo instante em todo lugar. E isso

é uma coisa que me deixa muito feliz, muito contente, por participar deste trabalho que nós estamos fazendo aqui.

- (L.2.GF) É legal participar da rádio digital online do MB. Acho que o MB sozinho ele não é MB. Ele é um maluco bobo, um maluco que não sabe nada. Eu acho que MB é aquele que anda, que gira, que toma ônibus, que vai para lá, conversa com um, conversa com outro. Então ele está participando. Ele é MB porque ele está vendo a maluquês dos outros também. E está sempre imaginando, sempre fazendo alguma coisa. É legal pra caramba a gente estar no continuando da vida para ir vendo os maluco belezas na rua, pela cidade, em todos os lugares.

- (L.3.GF) Uma coisa que eu acho interessante porque ao mesmo tempo que eu estou aqui, a minha voz está lá fora do país. Para mim isso é muito interessante, a gente ter a capacidade através da rádio online de mostrar o conteúdo que a gente tem, não só para quem está no Brasil, mas para quem está fora também. Esse mundo virtual veio para melhorar o nosso sistema mundial.

- (L.1.GF) No meu caso específico, pessoal, está ajudando muito no meu tratamento. Eu faço tratamento terapêutico, isso tem me ajudado muito porque eu estou fazendo uma coisa que eu gosto.

- (L.2.GF) Eu acho que é muito benéfico. Eu inclusive, uma mesa redonda assim que a gente fala, que a gente participa, a gente tem acesso, a gente fala a vontade sem ter medo de falar, sem ter preconceito. No caso, por exemplo, a televisão, para falar a verdade eu nem tenho televisão, não gosto, sinceramente televisão para mim tem que ser filme, programa muito bom. Porque hoje durante o dia você sintoniza a televisão, é 15 a 20 de propaganda, dá vontade de sair do ar. É só propaganda, eu não gosto. Para mim, programa de rádio e televisão tem que ser direto. Tem que ter os patrocinadores, tem que ter propaganda, mas não exagerar como o pessoal exagera, principalmente em propaganda de televisão.

- (L.1.GF) E em muitos casos, propaganda enganosa. Não são todas, mas têm, todos sabemos.

- (L.3.GF) A rádio online é uma forma de comunicação, dá para demonstrar através do conteúdo, através da voz, que o Ponto de Cultura é um lugar muito bom, que a rádio MB é um lugar muito bom e aos poucos vai se tornando cada vez mais conhecida e ficando divulgada. Onde a gente tem a capacidade de atrair outras pessoas para vir conhecer aqui pessoalmente. Porque a gente falar é uma coisa, traz alegria, mas alegria mesmo é você ver como funciona o sistema aqui.

- (L.2.GF) Aqui não tem aquele cronograma que você olha na televisão, ela passa de cima embaixo correndo. Aqui a gente fala e as pessoas entendem o que estamos falando. Agora na televisão, por exemplo, é um segundo, aquilo desce que não dá nem tempo de você ler a primeira que já está na última. Dá mais um espaço de alguns segundos que você consegue ler tudo o que está passando ali. Prefiro a rádio online, a rádio MB.

- (L.1.GF) Eu trabalhei em uma emissora de televisão aqui em Campinas durante vários anos, como operador de áudio e depois como controle mestre. Esse um segundo que você falou, você não imagina o quanto custa dentro de uma rede de televisão. E realmente, é horrível a quantidade de comerciais que você vê dentro de uma emissora de televisão. Aqui pelo menos o nosso trabalho é aberto, não

tem esse desgaste que é o comercial, que para eles é importante, claro, para manter a emissora, mas, para nós não temos essa necessidade, ainda bem.

- (L.2.GF) Nós aqui não temos, porque nosso Ponto de Cultura é livre, é bem legal, a rádio online digital muito legal também. Agora, eles lá fora já têm programas. Uma, tem patrocínio, eles precisam ganhar, eles trabalham para isso. Nós aqui somos voluntários, fazemos com gosto, com vontade. Então, acho que às vezes a gente fala certas coisas que não é cabível, mas acho que poderia através do governo, da prefeitura, governo estadual, federal, dar uma melhorada. Porque, por exemplo, os patrocinadores de televisão, de rádio, que a gente possa ter mais contato, saber mais o que a gente está assistindo, o que está ouvido.

- (L.1.GF) Tive o prazer de entrevistar um radialista de uma rádio aqui de Campinas. E foi um prazer muito grande ter ele aqui conosco, porque além desse nosso trabalho ser feito aqui online, nós temos também um programa que vai para a rádio aberta, no caso seria a rádio Educativa, que coloca nosso programa MB ao ar também, via FM, e isso é uma coisa muito legal, porque além de fazermos o nosso trabalho online, nosso trabalho também vai para a população em geral independente de ter ou não um microcomputador em casa, um aparelho qualquer, nós estamos em vários lares. E eu acho isso muito bacana, porque estamos em muitos lugares.

- (L.2.GF) Eu acho que o importante para o radialista é o tempo, porque não são todos que tem, a correria é muito grande. Sai da rádio, às vezes tem que estudar, tem que trabalhar, tem que fazer a programação, etc. Um exemplo, esse já não é o meu caso, porque eu vou lá fora buscar. Eu pego com as pessoas na rua, no ônibus, no trabalho. Então a gente sempre tem conteúdo, sempre tem alguma coisa nova que a gente ouve das pessoas, que a gente vê nas ruas, a gente traz para a rádio online, a gente traz para a rádio MB. Muitos aqui têm esse privilégio. Agora, a maioria não tem tempo.

- (L.3.GF) Eu fico contente com a rádio, porque aqui dá para a gente fazer o melhor programa possível. Eu falo da minha parte, e onde tem cultura e tentar levar educação para as pessoas. E tentar aprender cada vez mais com o pessoal aqui da equipe.

- (L.1.GF) Muitas vezes o radialista ele não tem tempo. Porque independente do tempo do programa, às vezes uma hora de programa leva uma semana de produção. E esse papo que nós estamos tendo aqui, é um papo completamente livre, aberto. É uma conversa entre amigos. Isso foi muito legal.

Mesa 2: Locutores de la radio (L.4.GF; L.5.GF y L.6.GF)

- (L.4.GF) Eu já estou praticamente há 12 anos na rádio MB e para minha saúde me ajudou muito. São 12 anos sem crise. Às vezes eu ainda tenho algumas alucinações, mas eu consigo superar e a rádio tem me ajudado bastante. Também faço programa na rádio online há três anos.

- (L.5.GF) Eu gosto da rádio MB, participo, eu não perco na Rádio Educativa, eu escuto muito rádio. Tenho um programa na rádio online, programa “Flash Back – Recordações”. Eu gosto de fazer programa aqui.

- (L.6.GF) Eu digo o mesmo que você, Luciano. A rádio online e a MB estão ajudando muito no meu tratamento. Eu não vou falar que estou totalmente curado,

mas está me ajudando. Os dias que eu não venho fazer o programa da rádio eu não me sinto bem, mas os dias que venho é uma alegria, uma paz, rever os amigos. A rádio online, além de ser essa rádio maravilhosa, ela é uma rádio educativa, ela leva informações, ela é uma rádio que também ajuda as pessoas que precisam de ajuda. Enfim, todas as pessoas que... Vários programas, de músicas antigas, coisas que é entretenimento, informações. Isso é rádio online. Para mim é muito importante na minha vida.

- (L.4.GF) Meu pensamento voa também no detalhe assim... Nós começamos há 12 anos, no estúdio pequeno na rádio educativa, nós íamos de perua van, e hoje depois de 12 anos nós temos o nosso próprio estúdio aqui no Cândido Ferreira, que nos possibilitou também ter a nossa rádio online. O projeto inicialmente era que tivéssemos uma rádio comunitária, mas foi muito difícil implantar aqui no nosso bairro porque já tem uma rádio comunitária, e por isso não seria possível viabilizar isso. Aí tiveram a ideia da rádio online. Tivemos o estúdio, através do projeto do Ponto de Cultura, que foi um investimento do governo. Nos ajudou bastante, e hoje temos nosso próprio estúdio. E como foi falado, a gente sente falta quando não vem aqui. Comigo também, quando eu não venho aqui eu me sinto ruim, quando eu venho aqui eu saio alegre.

- (L.6.GF) Isso aqui é como se fosse uma pílula, um remédio para a gente. Não só para a gente, mas com certeza para as outras pessoas também.

- (L.4.GF) O pensamento voa nisso aí, na realidade da gente hoje estar aqui tranquilo.

- (L.5.GF) Eu gosto de participar do rádio, participo. Tenho um programa na Bahia que também eu faço. Esse programa foi através do Francinaldo Batista. No skype, e eu cheguei até fazer programa de rádio na Bahia.

- (L.4.GF) Eu estou feliz. Estou há 3 anos, com a ajuda de toda a equipe aqui, que nos ajudam bastante. Fico muito feliz de homenagear artistas antigos, que não estão mais na mídia hoje.

- (L.5.GF) Eu também gosto. Para fazer programa de rádio tem que pensar no programa.

- (L.6.GF) Não é fácil fazer rádio, não é fácil trabalhar com rádio. Você tem que usar muito a cabeça, e você tem que estudar também, pesquisar na internet. Não é simplesmente falar, você tem que estudar para depois fazer a programação. Quem está lá fora pensa que é fácil.

- (L.4.GF) É verdade. No meu caso eu tenho ajuda da Carla e da Silvana, eu peço para elas pesquisarem no Google a biografia dos artistas, imprimir para mim, aí eu faço esse programa de rádio junto com essa parceria. Depois aqui no estúdio eu falo sobre eles, mas tem uma equipe que me ajuda a fazer a rádio online.

- (L.6.GF) Na verdade, só revolução. Esses três anos que estamos aqui fazendo os programas da rádio online foi uma revolução, porque tem coisas novas, programas novos. E foi muito importante, ajudou muito, principalmente a mim. Com certeza aos outros também, porque as pessoas viviam tristes, dentro de casa, não tinha amigos, não tinha ninguém. A rádio online é como se fosse uma pílula, um remédio para a gente, e com certeza para as pessoas lá fora também, porque não é só informações, a rádio online é mais do que isso, é entretenimento,

é educação, é música, é tudo de bom. Hoje por exemplo você liga o rádio é difícil escutar uma música antiga que você gostaria de ouvir e não ouve mais, mas você vai achar na rádio online, porque a gente toca também muita música antiga, anos 70, anos 80.

- (L.4.GF) Na minha saúde também foi muito bom, porque praticamente eu estou há 12 anos no MB e 12 anos sem crises. Sou conselheiro local de saúde, sou de distrital. Estou me candidatando para ser conselheiro municipal esse ano.

- (L.5.GF) Aconteceu muita coisa aqui dentro. Agora eu vou sair no carnaval do Cândido Ferreira. Todo ano eu saio. Não perco.

- (L.4.GF) Mostrando que a rádio não são 12 dias, são 12 anos de rádio. Para mim a rádio é muito importante na minha vida, e quero continuar bastante tempo para contemplar essa vitória nossa, que não é fácil. A gente ouve vozes, tem esquizofrenia, é bipolar, e você fazer programa de rádio. Quem disse que no passado o paciente psiquiátrico faria um programa de rádio, hoje é possível isso. Hoje qualquer um pode entrar no site da instituição e ouvir os nossos programas. Pode escolher o seu programa predileto e ouvir.

- (L.6.GF) Para mim é importante também porque pelo menos eu estou fazendo.. estou dando um pouquinho de mim. Estou fazendo a minha parte. Para mim é importantíssimo. Estou ajudando as pessoas. Mas não estou ganhando nada com isso. Mas eu penso assim, eu posso não ganhar hoje, mas amanhã eu tenho certeza que vou ganhar muito mais. Aqui é uma escola para mim. Nós nos sentimos famosos, essa é a realidade.

Mesa 3: Locutores de la radio (L.7.GF; L.8.GF y L.9.GF)

- (L.7.GF) Começo da rádio online. Através do programa de rádio MB veiculado pela Rádio Educativa de Campinas, que já existem há 12 anos, foi o início de tudo. Foi quando a gente começou com essa ideia de locução, com a ideia do programa de rádio, e de mesclar a comunicação com a saúde mental. Através disso nós nos desenvolvemos e nos especializamos até que há mais ou menos 3 anos surgiu a ideia da rádio online, porque nos tornamos um ponto de cultura, e tivemos condições financeiras para criar um estúdio de rádio aqui dentro e também de poder criar uma rádio online. Além de a gente conseguir também ampliar os nossos próprios programas.

- (L.8.GF) Isso mesmo, tudo começou com o programa MB. A gente vinha fazendo músicas, samba enredos, poesias, e surgiu essa oportunidade de fazer a rádio online. E como as janelas já estavam todas lotadas, o Régis, nosso ex-diretor, ele sugeriu para fazer alguma coisa diferente, aí eu escolhi o tema que é "Perfil Musical" e procurei buscar alguma coisa de música que agradasse a todo mundo, não só a adolescentes, como jovens, como pessoas da terceira idade. Então nesse programa que faço pela rádio online, eu toco mais música internacional, que é música romântica, às vezes vario com um pouquinho de blues, flash back, rock and roll, e também tem aquele balanço da jovem guarda, onde eu sempre procuro pegar os melhores artistas. A rádio MB foi a causa de tudo isso. Que surgiu essa oportunidade para todos nós fazermos este programa pela rádio online.

- (L.9.GF) Primeiro, tudo começou com essa força de vontade que foi de criar o MB. Foi se juntando coisas pequenas, várias coisas ao mesmo tempo, e se tornou essa maravilha que é MB, que é uma coisa enorme, um sucesso. Isso de um modo geral. Particularmente, a rádio online significa tudo, significa a vida. Significa capacidade em primeiro lugar. Porque antes de conhecer o MB eu não tinha essa liberdade de me expressar através do rádio, de mostrar o que eu posso fazer. Enfim, eram muitas coisas que eu não fazia antes de estar aqui, e hoje eu faço. Então para mim significa a vida, tudo o que eu sempre sonhei. Sempre sonhei em falar sobre a minha vida, participar do rádio. Dentro disso tudo eu tenho o programa “Flash Back”, semanalmente com outros amigos. Eu comecei com o programa “De bem com o sertão”, em 2011. Aí esse programa se extinguiu com a nova grade em 2012 e resolvemos mudar para o programa “Flash Back”. Esse programa para mim significa muito, que eu posso falar. Cada programa que a gente faz a gente aborda um assunto diferente. Significa liberdade de expressão. Dentro desse programa eu tenho um espaço sertanejo, porque como eu mexo com música sertaneja eu posso ter a liberdade de tocar músicas minhas, interpretar músicas de outros grandes artistas. Sem palavras, tudo, os três: rádio online, programa flash back, e o espaço sertanejo dentro o flash back, para mim significa o renascer de uma nova vida. Isso o que eu tenho para dizer foi muito bom para mim.

- (L.7.GF) Eu gostaria de falar um pouco do meu programa da rádio online, que se chama “Programa de Peso, o programa que te deixa leve”. É dedicado ao público de homens e mulheres gordinhos, mas não de um ponto de vista negativo. Dentro desse programa a gente tem dicas de autoestima, sempre trago entrevistados com temas que nos ajudem com uma vida melhor. Atualmente eu tenho... o Régis deu muita força no começo desse programa, atualmente a Carla tem ajudado a produzir o programa. Eu acho que eu cresci bastante aqui dentro da rádio online, e com esse tema também. Apesar de ser gordinha e continuar gordinha ainda, mas acho que é um programa diferente, porque ele abrange... Eu mudei as características do programa. Tinha, por exemplo, um quadro que era dedicado a um cantor literalmente de peso, falava da vida dele e tocava suas músicas. Hoje já não tenho mais isso. Tentei fazer entrevistas com as pessoas sobre temas relacionados. Infelizmente também eu não gostei muito, acho que não deu muito certo. Então eu procuro sempre diversificar dentro desse tema.

- (L.9.GF) Para mim eu falo e vou dizer de novo. O fato de fazer um programa no rádio e levar para a rede mundial que é a internet significa atuação e crescimento, porque através desse programa eu cresci muito, na maneira de falar, melhorei muito, aprendi... Inclusive teve uma fonoaudióloga em 2011 que veio dar algumas noções para a gente aqui. Isso foi muito proveitoso, eu aprendi muito. Expressões que são básicas no rádio. Eu sou portador de deficiência visual, nunca estive atuando em nada, e o fato de eu aparecer, a minha voz para a internet, isso é muito gratificante, importante demais para a gente. Muitas vezes as pessoas podem falar que ele tem uma deficiência, não é capaz de fazer, e com isso ficava escondido, como todos que não faziam isso, antes de ter o MB. Para mim foi um salto muito grande na história da minha vida. E creio que para todos os usuários da rádio MB.

- (L.8.GF) A rádio online... a gente vai se aperfeiçoando cada vez mais. Mas, a gente também tem que ter contato com pessoas... como eu, faço contato com

peessoas tais como donos de lojas de CD, cineasta, radialista, então a gente vai aprendendo. E uma das coisas principais que eu aprendi é não falar muito durante uma hora de programa, música. Então sempre procuro fazer um bloco de 4 ou 5 músicas. E é assim... o programa que eu faço da rádio online, a gente é muito emotivo, vai muito pela emoção. Por exemplo, eu, um dia antes da gravação do programa, eu começo a fazer a seleção das músicas. É como se diz na gíria, a peteca não pode cair. Você está selecionando as músicas e pensa que o segundo e o terceiro bloco tem que ser melhores, e a finalização do programa tem que ser melhor ainda. Porque quando estou ouvindo uma música, se me emociono com ela, porque é uma música linda, seja um rock ou uma música romântica, penso que a próxima música que vem deve ser bem melhor. Acho que é assim que funciona um programa pela rádio online. Porque se a gente não aprimorar, não fizer com carinho, com emoção, as pessoas não vão ouvir. Ela ouve, não gosta e da próxima vez não vai ouvir mais. Então é bom sempre fazer o melhor, que uma pessoa passa para a outra, e você adquire mais experiência. Eu costumo sempre quando saio daqui, eu pego o CD com o programa, chego em casa, pego um café e a primeira coisa que faço é ouvir. Então assim, não dá para corrigir todos os erros, mas aos poucos a gente vai corrigindo os erros que tem no programa.

- (L.7.GF) Eu acredito que o programa de rádio online ele me traz primeiro superação, porque lá atrás quando eu queria fazer uma faculdade na área de comunicação, que eu queria ser publicitária, hoje eu aqui trabalhando como locutora, como recepcionista dentro do Ponto de Cultura é como se eu realizasse um sonho e eu tenho um novo sonho agora, dentro da rádio, é fazer um curso técnico de locutora para me especializar mais, para poder melhorar mais. Tal como nós tivemos algumas aulas com a fonoaudióloga, eu acredito que tenho condições de melhorar. Porque antes a gente tinha mais vícios de linguagem, que foram melhorando. O Renan, que é da técnica, sabe muito disso. Eu estou conseguindo melhorar. Isso é com o passar do tempo, com tentar se ouvir, tentar estar a cada dia melhor. Além dessa superação própria, que é a principal, é a superação da família, dos amigos, dos companheiros que vêm, ouvem, comentam que nos ouviram. O menino da rua de casa me disse... “olha, você é locutora de rádio. Já vi seu programa”. Isso é ótimo, tudo de bom. E o melhor é saber que é feito por nós. Isso é muito importante.

- (L.9.GF) Na minha opinião, melhora muito até para os cuidadores, para os agentes que cuidam dessa parte na saúde. Eles através de nós vão aprender como cuidar melhor da gente, ver as nossas dificuldades e as nossas capacidades também. Saber corrigir quando tem alguma... atender as necessidades de cada um de nós. Melhora muito nessa parte. Já é bom o jeito que eles cuidam, mas melhora muito mais, amplifica muito mais a gente poder mostrar a nossa capacidade, se expressar. E eles vão ver através disso e com certeza vão fazer até mais projetos para a gente participar. Isso na parte deles. Na nossa, melhora muito. Como estava falando... para mim isso significa atuação. Coisa que eu não fazia, como os demais aqui também. Significa a força, atuação, a maneira da gente estar se divulgando, podendo também abrir espaço para outras pessoas que talvez queiram participar.

- (L.8.GF) As vezes a gente fazer programa de rádio, de rádio online, as pessoas pensam... “não fica doente, o radialista não fica doente?” Sim, é claro. Ele fica

doente. Todos nós ficamos doentes, mas é difícil quando a gente está doente para fazer o programa da rádio online ou o MB, mas a gente supera, porque a rádio ela faz bem para a saúde. No momento em que você entra no estúdio e está fazendo a programação, elaborando o programa, e a sua mente ela se transforma, ela já é outra. A saúde melhora muito e você consegue fazer. A não ser que seja doença grave mesmo e a pessoa não consegue vir. O resto a gente supera através da rádio.

- (L.7.GF) No meu caso eu tive um exemplo que eu tive alta psiquiátrica em um dia, e viajei no mesmo dia a noite para participar de um FSM, sem acompanhamento médico, com acompanhamento de um jornalista da rádio e a equipe da MB. Quanto isso é gratificante, quanto isso é positivo na vida da gente. Uma equipe médica, de psiquiatria, de psicólogos, enfermeiros, confiaram no que eu ia fazer lá, na minha responsabilidade como jornalista, para poder melhorar a minha saúde. De lá para cá só tem melhorado. Sim, as vezes acontece altos e baixos, mas isso acontece na vida de todas as pessoas, como diz o ditado, de médico e louco todo mundo tem um pouco. A gratificação de participar, de ser considerado aqui dentro e lá fora é muito importante para todos nós.

- (L.9.GF) Aqui só tem coisas positivas, e coisas positivas só tendem a nos ajudar.

ENTREVISTAS TRANSCRIPTAS

TELESSAÚDE BRASIL REDES: NÚCLEO BAHIA

Entrevista 1: Psicólogo que trabalha em la gestión institucional del núcleo (GTS)

Atividades

Gerenciamento de pessoal, de serviços. Processos administrativos de maneira geral. Coordenação de atividades técnicas, relacionamento com outras instituições, outros programas do MS. Está relacionado com os programas da AB.

O TS está também preocupado com o tema da infraestrutura dos municípios. Questões técnicas. O TS está o tempo inteiro se relacionando para fazer com que profissionais e gestores da saúde atuem de maneira a fazer com que os processos sejam mais qualificados. O TS atua com os profissionais, mas não deixa de se relacionar com os gestores.

Serviços de apoio estão mais ligados aos profissionais, mas o núcleo, para fazer com que os profissionais tenham condições, alguém tem que dialogar com os gestores para que eles entendam qual a estrutura que deve ser disponibilizada, quais os processos que devem ser fortalecidos, e o que isso deve influenciar na reorientação das atividades da saúde. Então, existe alguém no núcleo de TS ou no projeto único de TS, no caso dos projetos compartilhados entre município e SESAB. Então tem momentos que o próprio núcleo aparece na cena e começa a influenciar de maneira positivas as condições para que os profissionais usem. Não se trata só de se aproximar e se relacionar com os profissionais na perspectiva de apoiar o processo clínico, mas na perspectiva de apoiar ou qualificar os profissionais para dar condições de uso para o Telessaúde.

Ter condições, por exemplo, para solicitar Teleconsultoria: principalmente conectividade, que aparece como entrave; ter computador para se comunicar, mas também questões de carga horária, estabelecimento daquilo enquanto uma rotina do serviço. São coisas que tem que ser o tempo todo trabalhadas junto os coordenadores da AB, secretários de saúde dos municípios, ou quem quer que viabilize e apareça na cena para que as condições ao acesso ao TS cresçam.

Hoje a gente ainda passa por situações de que os profissionais não conseguem acessar, por falta de estrutura. É uma conversa típica com os gestores. Falo de estrutura interna, aqui, para o núcleo funcionar; falo de estrutura externa, para os profissionais que consomem o TS, para que eles consigam utilizar serviços; e falo ainda sobre o relacionamento necessário entre os centros de referência, universidade, que possam ofertar e compartilhar conhecimento, práticas, técnicas, que influenciam positivamente na reorientação do trabalho das equipes de saúde da família ou AB. Também tentamos fazer ponte, redes com eles para que eles se disponham a apoiar tecnicamente o trabalho.

Por exemplo, tem relacionamento construído com a Aliança de Redução de Danos Fátima Cavalcanti, que terão teleconsultores na área da saúde mental, psiquiatras e psicólogos, que vão responder teleconsultoria, vão participar de

atividades de vídeos, para apoiar os profissionais nesse tema. Essa construção é feita por pessoas da área da gestão do núcleo.

Como é a oferta do TS para esses locais, pessoas, etc? Vai pacote pronto do TS? Inclui singularidades do local?

Tem municípios, por exemplo, que responderam prontamente a demanda em relação a infraestrutura e conectividade. A gente criou uma metodologia que vamos nas chamadas “micro-regiões” e fazemos atividades presenciais com um representante de cada equipe, para apresentar os serviços, dizer como funciona a plataforma do TS, falar como o TS pode influenciar na sua rotina, e vai ativando para usar os serviços de teleconsultoria, participar de webpalestras. E estamos influenciando de outras maneiras a participação também, por exemplo, para acessar o Portal “Saúde Baseada em Evidências. Para conhecer a comunidade de práticas... estamos colocando isso no site também, para que eles conheçam.

E a cada contexto, em cada situação onde a gente percebe onde é mais favorável uma coisa do que a outra, a gente se conecta com eles de acordo com as necessidades. Fazer, por exemplo, uma oficina sobre como usar a plataforma do TS, e decidimos juntos a melhor forma, se presencial ou à distância.

Temos experiência onde as meninas de campo fazem uma atividade de treinamento e que o coordenador fala que vai ficar a semana toda no laboratório para fazer várias turmas para o treinamento de usar a plataforma. Fazem turmas das mais diversas formas, agentes comunitários de saúde, enfermeiros, médicos, técnicos... Também entra em situações de encontros de outros projetos, como o Mais Médicos, por exemplo, para falar sobre o TS. Tem até casos de médicos que não tem no país deles e o TS pode ajudar tecnicamente.

A cada contexto o TS é demandado de uma forma diferente, o que faz com que a gente entenda que o TS faz apoio, mesmo que seja na área de gestão, ou na área de apoio de assistência. Respondendo à demanda concreta.

Essa variedade de ofertas e certa “liberdade” de atuação está relacionado com TS de maneira geral ou com FESF?

Tem uma coisa que é a FESF, que sempre busca responder de maneira criativa, com o máximo de conteúdo, de instrumentos, reflexões, possíveis, porque existe uma proposta da instituição de sempre fortalecer e mobilizar atividades de educação permanente. Assim que esse processo de qualificação são o forte da instituição. Isso casou muito bem com o TS, porque o objeto de trabalho do TS é desenvolver processos de qualificação seja na clínica, seja no processo de trabalho das equipes, seja do sistema de saúde. Sempre pensando em fazer momentos que refletem, analisam e constroem novos cenários. Nesse sentido, os dois são os produtores desse processo... de quem é a “culpa”.

Mas, a gente alguma autonomia sim, porque se o objetivo é fazer com que no final das contas a gente tenha ampliação na resolutividade da AB e agente tem várias opções para fazer isso, o que aparecer como demanda de acordo com esse objetivo a gente faz.

Ferramenta

No que a gente está propondo construir a gente não fica no meio de um percurso condicionando eles a se relacionar como obrigação. A gente se coloca na cena, apresenta, e diz que estamos na mesma direção. E se for do interessa, vamos juntos, compartilhando, construindo. Não só fazer uma terceira coisa. Compartilha o que conseguimos acumular e vocês trazem o contexto favorável para que a gente possa entender como aplicar o conhecimento, aplica esse acúmulo que está aqui e ampliar e variar o que a gente já tem.

Vídeos prontos, promoção à saúde, ferramentas. Vocês usam?

A gente ainda não começou a fazer atividades do tipo webaulas, na minha ideia particular, esses conteúdos são interessantes para poder falar sobre esses assuntos, ofertar esses conhecimentos sem ter que estar sempre ao vivo, ou no presencial ou na conexão. Se você disponibiliza o conteúdo, uma pessoa pode, com a experiência multimídia, se relacionar com conteúdos que nunca teve acesso. Essa é uma possibilidade que eu considero, principalmente para aqueles que têm menos estrutura.

A gente começou a fazer uma atividade chamada webpalestras, que é uma webconferência com um tema. A gente fez a primeira sobre febre XX que foi uma demanda específica da diretoria de vigilância epidemiológica do Estado da Bahia. Outra sobre saúde bucal e AB, sífilis, todos assuntos prioritários na situação de saúde do Estado da Bahia. Na parceira com a Aliança, sobre saúde mental.

E a gente vai percebendo como as equipes respondem a essas demandas, estamos pedindo feed-back, criamos um mural no site e a gente vai começar teste para se comunicar com eles. É um volume muito grande de profissionais e a gente não pode prescindir desses conteúdos.

Agora, a gente tem discutido sobre o valor das ofertas. A gente sabe que uma teleconsultoria bem construída pode ser muito bem utilizada para uma situação focalizada, quando uma pessoa não sabe como faz e de repente com aquele conhecimento que foi uma resposta à demanda dele concreta ele pode confiar e começar a mudar a prática dele, entendendo que o que fazia antes não estava bem, etc. Ou ele pode usar aquilo para colocar na cena da equipe e pensar sobre o que estão fazendo para tentar fazer de outra forma.

Hoje mesmo olhando teleconsultorias em andamentos, uma delas aplicada vacina em gestante antes do tempo, que riscos têm para a gestação. Olhando as respostas, estava dizendo que a partir de pesquisas tinham identificado que não tinha perigo para a gestante ou o feto. Só isso, já tira o peso com a relação aos riscos, mas não tira a responsabilidade de rever os processos para no caso de em outro momento, com outra vacina que pode trazer riscos à gestação, aquilo não seja concretizado de maneira negativa. Isso pode ajudar alguém que não sabe, que seja recente na área ou na equipe, ou isso pode transformar toda uma prática que está forte e não é aquilo que a gente quer para o serviço, não é aquilo que ninguém quer para o serviço, mas que eventualmente acontece em diversos lugares. Por conta de ignorância, falta de preparo, prioridades, aquilo passa a ser importante no momento em que alguém valoriza aquele fato e do lado de cá alguém responde, e valoriza de novo.

Parece que a teleconsultoria tem uma utilidade na qualificação quando ela passa a dar destaque para alguns temas que até então não eram destacados. Assim como as pautas na logística dos gestores que ficam sem ser trabalhadas porque ninguém priorizou. Nesse caso, o profissional que queria pautar e nunca conseguiu, conseguiu pautar com os teleconsultores e conseguiu respaldo. É uma coisa que pode ser transformadora, mas vai depender de como a pessoa faz uso disso e como isso impacta na micropolítica dos sistemas locais de serviços.

De outra forma, existe uma proposta que o TS participe de processos que são gargalos no SUS como a procura de especialistas. Tem uma experiência no núcleo do Paraná, hospital de clínica com o município de Curitiba, que é recente e que fizeram um arranjo bem interessante. Nasceram com essa relação com o município, e combinaram o seguinte: o hospital tem bastantes especialistas na área de neurologista, o município tinha uma demanda alta, eles estabeleceram um referencial técnico para dizer que algumas pessoas da fila poderiam estabelecer uma relação de teleconsulta antes de serem atendidos. Isso não foi antes de regular, foi pós-regulação. Determinaram que alguns CIDs poderiam ir para a telerregulação e começaram a analisar caso a caso. A grande maioria não necessitava do atendimento do especialista, mas do seu conhecimento. Então começaram a fazer uma comunicação entre médicos, para apoiar clinicamente na área, a ponto dos médicos chegarem a conclusão de que não precisava mais regular, de que o conhecimento adquirido era suficiente para dar encaminhamento ao caso. Isso pode inclusive influenciar na dispensação de medicamentos, da área de neurologia, a partir de relacionamento direto com a farmácia para dispender medicamento. Como resultado, Curitiba teve um esvaziamento significativo da fila e mais de 5 mil teleconsultorias em um ano.

Depende de como fazer o arranjo. O TS pode atuar dessa forma a ponto inclusive de reorientar os processos de regulação de um município inteiro, um estado inteiro.

Sobre o modelo médico centrado. Qual experiência de vocês?

Na minha compreensão, trabalhar em equipe não combina muito com essa ideia de um relacionamento com o usuário ser feito somente por apenas um profissional. Nos princípios da APS, temos o serviço, por exemplo, tem a atenção pré-natal com puerperal com saúde bucal. Atenção a Criança com saúde bucal, não se faz atenção a certas populações sem considerar que tem viés da saúde bucal, abordagem da medicina, abordagem de enfermagem, acompanhamento que tem ser feito no território, identificação dos determinantes sociais. Tem uma perspectiva que eventualmente não é adotada, que é da saúde coletiva, que fica em conflito com essa ideia de que o usuário de um lado e tem atendimento médico e recebe encaminhamento para exames, recebe prescrição de medicamento ou vai para outro serviço. Quem faz o gerenciamento do cuidado é o médico e o conhecimento científico que ele acumulou e que ele tem competência de realizar. Para mim é uma situação conflituosa, poderia ser apenas de um médico, senão não precisaria de uma equipe inteira para fazer atividades junto com o usuário. Afinal de contas, existe um projeto de serviços em que as pessoas se complementam no trabalho ou são vários serviços dentro de uma casa e a depender do caso as pessoas se relacionam umas com as outras

de uma determinada forma? Dizer que a equipe agindo dessa forma não é algo muito organizado.

No TS, vemos que nesse processo de solicitação de consultorias para os casos é de alguma forma pode ser trabalhado para integrar as pessoas. Em um caso complexo no território, ele pode exigir que mais de um profissional atue ao mesmo tempo. Na área de saúde mental, isso flui melhor. Tem consulta compartilhada, atendimento compartilhado, visita compartilhada. O único que visita não é o ACS, a visita do médico não é um evento social, a enfermeira também está no território. Todos os profissionais devem estar no território.

Quando um profissional solicita uma teleconsultoria para um caso complexo, ele está dizendo de lugar que merece uma intervenção, deve ser prioritário e que se traz essa intensidade para as pessoas é importante criar respostas. A gente entra através de um pedido que eventualmente esse profissional não faz a mais ninguém. Primeiro porque ele não percebe abertura, segundo porque não confia que de que ele está falando para alguém que não sabe e que não vai lidar bem com o não saber dele, e agente tem a obrigação de lidar bem com o não saber dele, pois isso é o objeto do nosso trabalho. Então para alguns profissionais isso é uma coisa boa. Não sei, pelo menos conseguem falar.

Não sabe o tema e pede conselhos do que pode fazer com o usuário específico, ou com as pessoas em geral em situações gerais, como o Novembro Azul, o que falar, quais técnicas, materiais referentes, etc... A gente não consegue saber exatamente o que acontece do lado de lá.

O teleconsultor quando responde segue um percurso estruturado em que a pergunta é o objeto de trabalho, um problema, inclusive identificar o problema é parte do processo. Qual é o problema? Então quanto melhor formulada a questão, melhor a gente consegue dar uma resposta a ela. Então existem bases de dados que estão disponíveis para os teleconsultores e que eles vão pesquisar, todos os trabalhos que podem colaborar para responder ao problema. Então é um trabalho de pesquisa, análise e síntese. O desfecho é o conteúdo aplicado àquela realidade que o profissional trouxe. Ele acessa bases de dados científicas, para identificar se existem respostas ao problema. Ele pode pegar trechos de diversos trabalhos. Constrói uma resposta direta ao problema. Estudam e associam esse estudo com experiência própria. Tem bagagem para dialogar com questões que são do cotidiano da APS.

Acompanhamento do caso

Na verdade, os casos que solicitam teleconsultoria têm profissionais que ficam acompanhando de que maneira as equipes estão utilizando o TS. A referência de um profissional da saúde acompanhando até 160 equipes. A gente apóia cerca de 3200 equipes. Então teríamos que ter cerca de 20 pessoas para fazer esse trabalho e agente tem apenas 9. Então quem faz o monitoramento e avaliação do uso é uma equipe dedicada a isso que no caso atual a gente precisa ampliar. A gente foi crescendo paulatinamente, mas como tivemos uma inserção muito forte no campo desde o início, a gente já chegou ao nível que não consegue monitorar como está o uso. Tem núcleos que fazem esse acompanhamento periódico com

as equipes para saber como foi o processo de consulta depois da teleconsultoria, se foi feita alguma mudança, se discutiram o caso, etc.

Tem consignas da EP, praça, que rondam as práticas da FESF. Como isso reverbera para dentro da equipe, de discussão de casos, que a EP esteja presente?

Para o coordenador da AB, demonstram que estão utilizando o TS para essa finalidade. Eles estão fortalecendo a EP a nível local. Querem demonstrar que de alguma forma fazer reunião dos casos, pensar sobre o trabalho, e analisar os indicadores pensando que eles são pessoas e não números, uma coisa mais viva, é algo que deve ser valorizado. Tem coordenadores muito bons na AB e abrem espaço para formação, indicam que os profissionais assistam às webpalestras, que de alguma forma solicitam com frequência a teleconsultorias, disponibilizam conectividade para que eles possam sempre estar movimentando ações dentro das equipes, que construam planos de intervenções. A gente fala isso nos treinamentos. Fala com os profissionais que eles podem utilizar as ferramentas para criar momentos, encontros, para fazer movimentos, para pautar coisas novas, para sair do automatismo do atendimento.

Quando constrói objetivos que são definidos a partir de pensamentos coletivos, momentos coletivos, conversas que são compartilhadas, sugerem outra relação de relacionamento. Os coordenadores que percebem isso e dão espaços. Percebemos que temos equipes que fazem isso e utilizam o TS como ferramenta.

Relações de poder

É um campo aberto. Se não está acontecendo, não é porque a gente não quer que aconteça. Estamos sempre mobilizando ACS, médico, enfermeiros, se for da AB, e eventualmente envolve pessoas nem que a gente queira. O pessoal da saúde mental é muito aguçado, querem aprender, por conta da complexidade dos casos e não desperdiçam oportunidade.

Plano com a parceria com a aliança é envolver os CAPS para consultoria - Tem essa questão do isolamento. Ter acesso para discutir os assuntos que interessam é importante.

Caso sobre o bebe que morreu e mantiveram a teleconsultoria. Foi importante inclusive porque envolveu a secretaria de saúde, e modificaram fluxos. Depende de como se aproveita o momento. Aproveitar outras visões, outra maneira de pensar.

Isso é um jeito que a equipe da Bahia está inventando para aproveitar as ferramentas do Telessaúde. Como você vê as TIC na saúde.

Percebo risco que você aponta do automatismo. Uma solicitação de apoio, se a gente tratara como se fosse igual a outra simplesmente porque o texto se parece, porque a situação parece, pode correr risco de responder da mesma forma situações diferentes. Isso não é nada criativo. É importante que o relacionamento com essas pessoas seja uma construção. Por isso que os processos de

monitoramento para nós são importantes. Alguém tem acompanhar as equipes para entender qual é a realidade deles. Do que eles dispõem no momento, como eles operam, se o serviço da condições para fazer atividades coletivas, se da condições de ofertar medicamentos prontamente, se da condições de fazer observação, enfim, qual é a realidade, qual é a estrutura, não só física, ou medicamentos, mas de relacionamento.

Quando se fala que a equipe vai se juntar e fazer uma atuação no território, de equipe estamos falando? Vai todo mundo? Da capacidade de ativar uma rede? Pode haver uma retaguarda? Todo mundo responde aos problemas e questões de saúde da mesma forma? Como acontece em cada lugar?

Depende muito de quem da equipe se relaciona com que estamos colocando para se relacionar na cena. Se tem interesse e usa ao máximo, fizer melhor uso, vai conseguir coisas diferentes, porque as pessoas querem fazer diferente, e essas, com essa disposição, conseguem isso no TS, porque a nossa equipe está com essa disposição. Esse encontro de disposições pode produzir uma coisa potente. E a gente vê em várias situações. A gente não consegue dar conta de até onde isso repercute. Pesquisa avaliativa de atendimentos, mas saber até quando a onda do TS consegue é muito difícil, é intangível, é muito subjetivos saber no modo de conceber o trabalho, como afetou no relacionamento, as tensões, etc.

Esse resultado não é trabalhado. A pergunta é sempre se ampliou a resolubilidade na AB. Minha pergunta é... o que é essa tal de ampliação? É só as pessoas adoecerem menos ou comerem mais vegetais, menos gordura e fumar menos? Isso significa que a gente melhorou ou ajudou a melhorar a saúde daquele lugar? Ou a própria forma de se relacionar e o modo conceber o trabalho e fazer com que as pessoas lidem com os usuários que confiam neles, isso já não são um grande resultado? Que seja o modo como a equipe se relaciona entre si, por que às vezes, é péssimo, é pobre em termos de propostas.

Está tendo esse olhar para as relações? Até porque é muito difícil, e fica mais no quantitativo.

Acho que tem gente que vê isso sim. Consigo enxergar isso mais nos coordenadores e enfermeiras, que vão para as atividades, e vêem que é uma oportunidade interessante de colocar lá onde trabalha que pode criar outra maneira, colaborar para mudar, vencer rapidamente as perguntas que travam o processo. Tem gente que porque tem dúvida, não aplica o medicamento e encaminha para o centro de referencia. Aí fala que é um absurdo, não era para ter encaminhado. Existem processos que não estão bem articulados, tecnicamente não estão bem amparados e se estiverem tecnicamente amparados dá segurança para a equipe inteira entenda qual a melhor forma de fazer, e evite desgastes.

Estou falando da experiência que tenho aqui. Não é diferente dos outros lugares quando falam o que o TS pode ajudar. Que faça com que as equipes dependa menos de outros lugares e possam construir mais entre eles. Quanto mais sucesso você tem no lugar em que você está, menos frustrado você é, mais motivado, por mais que as condições não sejam tão boas. Quanto mais você consegue resolver, mais empoderado você se sente. Quer construir mais, fazer mais.

Conferencia TS de 2009: profissionais falavam da potencia da ajuda, mas que precisava mais do reconhecimento dos locais, adaptação de conteúdos. Isso é 2009, o que você acha de lá para cá?

De 2009 para cá aconteceu uma coisa importante que vai mudar um pouco a situação, que é o PMAQ da AB. Ele provocou nas equipes, nos municípios, nos gestores a necessidade de olhar com cuidado a cobertura e qualificação do processo de trabalho, de gestão, de gestão do cuidado... mexe com tudo para fazer com que equipe amplie sua capacidade de responder as demandas do território.

É uma pena que pmaq foi para alguns lugares de maneira burocrática, só pensando em resultados... tipo: quero saber se a gente vai ser bem avaliado para receber dinheiro a mais... enquanto que para quem faz apoio institucional tentou mobilizar o pmaq de outra forma. A ideia era oportunidade de colocar na pauta de gestores e profissionais a importância de arredondar processos. Fazer com que eles priorizem tudo aquilo que território deles demanda mais deles, seja ações estratégicas, questões específicas, questões singulares, mas que aprendam a sistematizar e até criar uma situação passível de avaliação, mais objetiva, organizada, para que todos pudessem se beneficiar daquilo.

Eu percebo que se fala muito de resultado. Tal estado não consegue passar da linha de xx teleconsultorias, xx cobertura de teleconsultorias, pessoas de encaminhamento... fala muito de resultado. Eu entendo que seja no contexto do pmaq, do telessaúde, ou do e-SUS agora, que está mexendo muito com os instrumentos e conseqüentemente com as rotinas, que as pessoas tem que começar a falar de processo com mais ênfase. Se falassem do processo, ia ver que o médico faz com que todo mundo fique dependente dele, quando o serviço é médico centrado

É uma situação que enquanto não ficar no centro, for periférica, vamos atravessar problemas de qualificação o tempo todo. Em lugar que tem toda estrutura para usar TS, a gente vê que tem pessoas que não usam, mesmo com tudo montado. E tem lugares que as pessoas mal tem internet, mas usam. E a gente tem acompanhado os horários e é quase ininterrupto, mesmo durante a madrugada. Ou seja, tem gente preocupada em melhorar.

Porque desse não uso?

Eu acho que é uma questão de cultura organizacional mesmo. Tem pessoas que tem o perfil de ficar o tempo inteiro aproveitando as situações e tentando aprender com elas, construindo, buscando soluções, situação puxando processos, abrindo reflexões. Tem gente que faz isso assim. E tem gente que não. Tem gente que faz pergunta e está no manual.

E aí estamos em uma situação que estamos propondo algo mais avançado ainda. A gente está propondo que as pessoas analisem o que elas vivem, criem as próprias regras para seguirem e eles não conseguem fazer isso.

Quando a gente encontra equipes que estão com essa disposição, é muito potente, porque estamos com essa disposição.

Treinamento: É possível que vocês usem isso de forma que os processos mudem, só que tem lugar que não quer mudar, tem gestor que não quer mudar.... que quer fazer que se repita uma coisa, mas vocês querem fazer outra. Talvez vocês aproveitem isso, o TS pode provocar mudança. Mudar é encarar novas coisas que talvez as pessoas não consigam lidar, mas tem que continuar. Fazer uma mudança importante vai desafiar, fazer com que se dedique mais. Algumas pessoas olhavam desconfiadas com a proposta de mudança, e algumas diziam que não tinham como se dedicar mais. Existe certa ideia de que as pessoas não são capazes e que acho que é muito importante.

Por exemplo, serviços que encaminham muito seja porque não tem estrutura de trabalho, ou porque tem uma organização de trabalho que é frustrante, não gera muitos resultados, não vincula... tem algumas unidades do PSF que é burocrática, ela só faz encaminhamento de exames e dispensa de remédio. É um trabalho muito morto, e não fortalece na cabeça de ninguém que isso serve para alguma coisa a não ser o processo burocrático, automático. Quando você coloca que isso tem que mudar, que você tem que assumir as rédeas da situação, e deve construir junto com o usuário a solução no território, o trabalhador vê que não é isso que ele faz.

Casos “bem sucedidos”, efeitos na ponta, para usuários

Tenho sonho de que os usuários entendam, conheçam e se empoderem da possibilidade do TS. De tal forma que ele dissesse que gostaria que antes que o encaminhasse para algum serviço, fosse pedida uma teleconsultoria antes. Eu acho que estamos longe disso ainda, mas desconfio que alguns lugares, é possível que alguém esteja desse jeito. Mas, não conheço. É possível que tenha apresentado para o usuário como um serviço a mais que tem no município.

Não são muito noticiada as iniciativas do SUS. Não conheço uma forma eficiente de dizer que o TS seja um plus, uma coisa boa.

Comunicação não só passar informações, mas produção de sentidos nas relações

Por exemplo, dentro do campo de gestão, cadastro nacional dos estabelecimentos de saúde, tem o lugar que diz que tem telessaúde instalado, mas no serviço não tem explicando que tem. Não é responsabilidade de o comunicólogo informar, mas da equipe noticiar, dizendo que em varias situações, solicitar encaminhamento com especialista, ou mudar de lugar que teoricamente tem mais estrutura para atender a demanda, pode aproveitar apoio técnico para aproveitar da melhor forma os problemas e demandas que trazem para a gente. Tem gente que acha que o hospital resolve e responde tudo, mas ele não discute questões de relacionamento, não vê singularidades da casa das pessoas, que muitas vezes são problemas de outra ordem, da dimensão social que não são trabalhadas por quase nenhum serviço.

Saúde da família recebe muitas pessoas que dizem que estão doentes, mas tudo o que acontece na vida das pessoas acabam indo para lá. Tudo cai na AB, e hospital não responde questões cotidianas, que envolve a vida das pessoas.

Risco do automatismo das respostas. O médico responde em ato, não só TS, tem um jeito de fazer, resposta pronta, que estão tentando fazer diferente

Se a gente pega casos singulares e tenta compreender e responder de maneira singular, a gente consiga escapar um pouco da resposta genérica. A gente sempre vai olhar de maneira diferente.

Depende, tem que olhar caso a caso. Tem gente que traz questões bem específicas e que tem que trabalhar caso a caso. Na plataforma tem uma entrada quando é de um caso específico, e tem que ir ao detalhe, e não em resposta genérica. Tem que perceber se situação é mais delicada.

Classificação de atendimentos

Médico teleregulador quando recebe, analisa teor do pedido. Casos que merecem discussão maior, e pede um debate na equipe.

Essa ferramenta que usam é leve, e isso é importante para os municípios.

Essa é uma forma de se relacionar, e o TS entra nisso. A gente, muitas vezes, é visto como o lugar que viabiliza isso... Fala lá com o TS como uma ferramenta que se reúne a distância. Mas nós não somos uma ferramenta, isso tem a tecnologia X que faz. A questão é que nós pautamos através disso assuntos que envolvem processo de qualificação, mudança de estrutura de serviços, formação de política, formação de redes, processo de trabalho, etc. São assuntos que nós colocamos por meio de ferramenta.

Temos recebido muitas visitas de pessoas da área da saúde do Estado, que nos perguntam como trabalhamos, qual o nosso processo de trabalho. E mostramos na ferramenta onde dialogamos. Queremos gerar desacomodação na pessoa, e sempre temos uma proposta... precisamos nos comunicar com as regionais, não conseguimos bancar tantos encontros presenciais. E a gente queria aprender a trabalhar com essas ferramentas. Mas lá a gente não consegue fazer isso. E pensamos, então, em como planejar, em como processos como esse podem ser inseridos, como esses processos podem encaixar.

Cada serviço tem seus objetivos, que não são os mesmos. Tem gente que só usa carta, telefone e e-mail? Além desses a gente utiliza skype, what, adobe, radicalizamos nas formas, porque queremos ao máximo fazer contato para ampliar ao máximo fazer conexões, para que as reflexões cheguem mais longe.

Entrevista 2: Comunicadora del proyecto (CTS).

Apresentação

Fui contratada para fazer com que as ações e ofertas do TS fossem conhecidas pelos trabalhadores de toda a AB da Bahia. E meu trabalho envolve lidar com as redes sociais, criar peças de estímulo ao uso das ofertas, acompanhar as viagens com as monitoras de campo – registrar, tirar fotos, gerar relatórios. Na verdade eu

lido com todas as informações em termos de dados e comunicação que dizem respeito ao TS na Bahia.

Meu trabalho está diretamente ligado ao das monitoras de campo, principalmente elas me dão subsídios para que eu direcione a comunicação, aí depende estrategicamente com a gente vai fazer... pode ser por região, depende muito e também isso mais relacionado com a plataforma. Mas também tem ações relacionadas às webpalestras, que foi uma oferta que ganhou bastante força no último semestre de 2014 com relação ao TS.

Nós lançamos novo site, que tinha sido feito pela Secretaria de Saúde mas estava um pouco defasado e não tinha o elemento de interatividade que a gente gostaria que tivesse.

Recentemente a gente também colocou em prática o canal do youtube do TS, estamos divulgando as webpalestras lá e divulgaremos em breve outros vídeos.

Utilizamos muito das redes sociais e do mailing. Usamos de uma estratégia que é a seguinte: pegamos todos os e-mails dos profissionais cadastrados e incluímos em uma mala direta. Então toda a comunicação que a gente queira fazer com os profissionais que foram cadastrados pelo TS a gente faz. Desde avisar que vai ter webpalestra ou até para lembra de uma data festiva.

Então acaba sendo um trabalho bem vasto, munir de a gestão do TS de dados para fazer relatórios. Bem amplo o trabalho.

Informações em conexão com os campos?

Isso. A gente fez questão que a nossa comunicação fosse voltada para o profissional. Porque existe o TS voltado para o gestor, mas quem faz essa parte prioritariamente é a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, não é a Fundação. Aqui nosso trabalho foi pensado desde sempre para ser voltado para o profissional. Então, apoio ao profissional para que ele utiliza a plataforma do TS, realização webtreinamentos e divulgação deles a depender do caso, se não for feita pela monitora de campo deve ser feita pela comunicação, aviso por email de que o cadastro foi realizado e construções de como acessar... tudo isso é feito por nós, mas sempre com a preocupação que seja voltado para o profissional, quem lida com o gestor é a SESAB de um modo geral.

Pensam e elaboram a comunicação de acordo com o que os profissionais demandam ou da secretaria, com uma comunicação pronta?

Na verdade eles fazem mais comunicações referentes à gestão, prazo para cadastrar profissionais, por exemplo... questões mais burocráticas são eles. A gente fica com parte mais criativa, subjetiva... tocar o íntimo e estimular esses profissionais para utilizarem, sensibilizar que eles podem se qualificar com isso e que pode fazer um diferencial no atendimento final, na ponta, com o usuário do SUS.

Então a gente faz peças, boletins, alimenta sites, chama atenção para a importância e os resultados do TS na Bahia. Pode ser com lembretes das possibilidades do TS

Importância, por exemplo: houve uma atualização da plataforma do TS no início do ano e fez com que o processo de solicitação de teleconsultoria fosse modificado, então a gente mandou um comunicado alertando de que houve essa atualização e que era importante que novas rodadas de treinamento à distância fossem realizadas para poder atualizar o profissional da nova utilização.

Então meu trabalho envolve basicamente, junto com as meninas (monitoras de campo), após os informes delas com relação aos cenários divididos geralmente por região de saúde, a gente determina que tipo de estratégia vamos utilizar para tentar trazer o profissional para utilizar os serviços e as ofertas do TS.

Além das questões relacionadas ao TS, fazem comunicação do tipo, coisas interessantes que estão acontecendo, algo como “boas práticas”?

Sim. A depender do caso... Inclusive uma coisa que está tendo muito sucesso, pelo menos nas nossas redes sociais, é que procuro sempre identificar cursos de especializações, cursos que não são necessariamente promovidos pelo TS, mas que o profissional pode utilizar. Isso é bastante compartilhado, curtido. Se tiver uma notícia importante referente, por exemplo, vacinação ou novos métodos para tratar usuários de álcool e outras drogas... tudo aquilo que diz respeito ao profissional elas são abordadas. Não necessariamente que a gente promova.

Datas de comemoração do calendário da saúde... Por exemplo, eu já estava pesquisando para fazer uma peça sobre o dia mundial de luta contra o câncer para divulgar. O que eu considero como importante que eles discutam, saibam... uma tentativa de manter um canal atualizado e que eles entendam também que é um modo de obterem informações importantes, qualificadas. O intuito é sempre esse, então entra cursos, datas festivas, comemorativas da saúde, dentre outras coisas.

Então, a comunicação não se restringe às ações do TS para o profissional, mas o que a gente considera importante que eles saibam. Tiago auxilia também, ele recebe um e-mail sobre curso, normalmente estou ligada nisso, mas se não recebo eu pego aquela dica que ele deu e transformo numa peça.

Nós criamos uma seção “TS BA indica”, que é nessa seção que a gente passa essas dicas de curso, datas, sempre tentando mostrar que é um canal que o profissional possa ficar bem informado sobre assuntos que são relevantes para o dia a dia do trabalho dele.

Nessas comunicações, não do TS, mas de outras informações importante, vocês abordam também casos interessantes em outros municípios? São compartilhados para outros lugares?

Sem tem alguma coisa que chama muito a atenção, a gente faz um release. E aí divulga no site e nas redes sociais, chamando para a visita ao site.

Um caso que acho que você está mencionando foi de uma profissional que estava com um bebe bem doente e que pediu uma teleconsultoria. Essa enfermeira estava com problema sério com esse bebe que estava acompanhando. Ela pediu uma teleconsultoria por vídeo, em tempo real, e no processo essa criança faleceu.

Ainda assim, essa enfermeira fez questão de receber as informações, as orientações, as impressões do médico teleconsultor, e ela depois relatou que aquela teleconsultoria foi de grande importância porque gerou uma mudança na rotina da saúde do município. Eles agora estão tendo reuniões mensais, porque o teleconsultor indicou que seria importante, reuniões com o secretário de saúde que não eram frequentes, estão ocorrendo, justamente por conta das orientações do TS.

Então eu peguei o relato dessa enfermeira, suprimi algumas informações sobre o falecimento do bebe e que ela não queria falar, e fizemos uma matéria que foi colocada no site. Então não somente os resultados de uma maneira geral, independente de dados físicos ou de uma mudança na rotina de um município, essa informação ela é privilegiada e divulgada.

Os profissionais sugerem temas?

Isso nunca aconteceu, embora agente tenha deixado bem claro, durante as webpalestras, e também por email, que quem tivesse um tema que achasse interessante, que enviasse para o email da comunicação. Mas, esse e-mail também serve para municiar as monitoras de campo sobre problemas de cadastro, de utilização, necessidade de marcação de webtreinamento. Constantemente eu recebo email nesse endereço dizendo que tem problemas para acesssr, ou então, confirmação de recebimento, feliz páscoa, continue nos auxiliando a ampliar e fortalecer o SUS na Bahia... Feed-back sobre o tema, obter gravação da webpalestra, tem essa interlocução que a comunicação faz que não é unilateral, eles retornam, dão feedback.

Como são definidos os temas das webpalestras?

Isso depende. Por exemplo, ano passado teve surto de febre chicungunha, então foi um tema de oportunidade. A gente pegou uma profissional especialista em com a secretaria de saúde, e promoveu essa palestra. Inicialmente foi promovida para os municípios prioritários que estavam sendo atingidos, mas o que aconteceu depois foi que a gente abriu e todos tiveram acesso.

O tema pode ser tanto proposto em função de parcerias que a gente tem aqui, mas também pode ser por uma demanda natural, como foi o caso da febre, que é até mundial. O ebola, por exemplo, foi tema de uma palestra. Varia do que está acontecendo no mundo, e aqui na Bahia também, e de parcerias nossas. No caso da Aliança, por exemplo, eles estavam buscando uma maneira de atingir mais pessoas, e então fizemos uma série de 3 palestras sobre saúde mental.

Os municípios chegam a pedir temas?

Isso ainda não ocorreu. A gente deixa bem claro, durante as palestras, pelas ferramentas de mensagens da plataforma, e além de perguntar sobre dúvidas, pergunto se em sugestão de temas para as próximas webpalestras, deixo endereço de contato, etc. Isso tudo é sugerido, mas ainda não houve essa demanda de volta.

Webpalestra é nessa sala virtual... temos seis salas. Também são utilizadas pelas monitoras de campo para realizarem treinamento a distância. Sobre o telessaúde e sobre o e-SUS também. Nós apoiamos a utilização do e-SUS, melhor uso dele. A implantação com vistas ao melhor uso. Fomos no semestre passado e alcançamos presencialmente quase 4 mil profissionais. Isso também foi bastante divulgado. Pedi às meninas que tirassem foto do treinamento, que gravassem com o celular depoimentos dos profissionais sobre o treinamento, e isso gerou uma série de notícias que ficaram a disposição dos profissionais. Até para eles se identificarem com aquilo. Isso são coisas que podem modificar o profissional continuar a utilizar as ofertas do TS.

Como você vê a utilização deles, webpalestras, demanda pelos serviços do TS?

Acho que ainda está muito aquém do que poderia ser. Porque querendo ou não o TS não é um programa obrigatório, e acho que é uma questão de cultura, de mudar a cultura, que o profissional entenda que aquilo é uma ferramenta que vai qualificar o trabalho dele. Como não é obrigatória, não é todo mundo que vai usar.... pensa que o que quer saber, não é pelo TS que vai buscar. Mas normalmente o que eu percebo é que quem faz a primeira teleconsultoria gosta bastante, mas ainda tem webpalestras que tem uma participação bem bacana, 1.500 pessoas em 7 webpalestras. Inclusive a que mais teve adesão, com quase 400 pessoas online, foi a de sífilis. Inclusive, a gente registrou a participação de profissionais em outros estados como SP, e outro do Pará.

Enfim, percebo que as pessoas não estão utilizando como o universo que utiliza ainda é muito pequeno se comparado com o universo dos profissionais da AB que é o nosso público geral. Mas eu percebo que quem utiliza toma gosto e continua fazendo o uso das ofertas.

Agora de fato os profissionais ainda não fazem franca utilização. Mas, acho que é porque é uma questão cultural, porque eles fazem uso do que é obrigatório, e TS é uma escolha. Eles podem usar ou não, e isso acaba impactando em uma redução em termos de universo geral, mas também é um uso bem qualificado, porque sente necessidade desse apoio. E a gente está trabalhando constantemente para seduzir o profissional, mostrar que o TS é bacana, e que eles queiram aderir e utilizar as ofertas do projeto.

Explicar as monitoras de campo e como usam, como é parceria.

Técnicas de suporte para tecnologias específicas, esse é o nome do contrato. Mas, basicamente é técnica de campo. É a figura dentro do núcleo de TS que faz o contato direto com o profissional. Primeiramente o contato é feito pelo coordenador da AB, e caso o profissional tenha uma dúvida... ela não tira dúvida de fazer uma webpalestras, mas eles estão aqui para auxiliar e garantir a utilização das ofertas pelos profissionais

Então elas foram a campo e treinaram pelo menos um membro de cada equipe das equipes existentes no estado da Bahia. Treinaram presencialmente no primeiro ciclo de treinamento do TS. Metodologia utilizada: foi enviado um e-mail

para o coordenador de AB de cada município, solicitando a presença de um membro de cada equipe de saúde do município, e que ele fosse participar do treinamento em sedes de diretorias regionais de saúde. Foram 31 municípios. No final, como todos da região se reuniram, nesse primeiro ciclo atingimos 96% do território estadual. Foram 402 municípios, de 417.

Então o trabalho delas começou aí, de apresentação. Cada uma delas ficou com uma região de saúde (são 9 técnicas para 9 regiões de saúde no estado). E foi conhecendo o perfil, os profissionais, e dão suporte a região.

No ano seguinte, quando foi solicitado suporte para o e-SUS, devido à expertise adquirida com o treinamento e implantação do TS na Bahia, foi solicitado que o núcleo fizesse esse apoio do melhor uso do e-SUS. Então 2014, foi feita uma nova rodada, alcançando 90% dos municípios (398), mais de 3 mil profissionais, e na ocasião elas reforçaram a importância do TS, e que os projetos estavam atrelados. Acabou então sendo um segundo ciclo destinado ao TS.

Teve também apoio aos profissionais “mais médicos” que chegaram, todos passaram por um momento com profissionais do TS, para que explicassem o que é, quais as ofertas e de que modo o profissional pode se qualificar e se beneficiar com ele.

Então elas são figura que estão em contato direto, porque meu contato, digamos, é generalizado. Eu faço a comunicação para toda a massa de profissionais da AB. Já elas fazem o contato por região, um a um. Se um profissional tiver problemas ele entra em contato com elas por e-mail e elas vão tentar solucionar, até marcar um treinamento à distancia com ele ou com a equipe dele, sempre visando a melhor utilização das ofertas.

E elas identificam, por exemplo, que muitas pessoas em uma dada região não conseguem entrar na plataforma, ou outra região com baixo cadastro, então a gente faz uma peça de incentivo voltada para aquela região. Até porque quando o mailing foi criado ele dividido por região. Então posso fazer comunicação direcionada não por município, mas por região.

São boas interlocutoras para saber o que está acontecendo e balizar a sua comunicação.

Isso é muito importante. Elas volta e meia me dão feed bak, alertam o que é importante comunicar, necessidades dos profissionais, tirando essas demandas, curso, webpalestras, essas demandas de resolução de problemas vem muito delas... elas identificam problemas, juntas sentamos e discutimos o melhor meio de solucionar o problema

Outros núcleos de TS, em geral, têm muito material comunicativo. Vocês usam, ou ideia é sempre criar a partir de vocês?

A gente ainda é um núcleo jovem, hoje em dia já disponibilizamos materiais próprios, como os vídeos das webpalestras que realizamos... a gente ainda não tem... RJ, por exemplo, focou desde o início em TeleEducação, e tem um videoteca vasta. Não é o nosso caso.

Nosso foco inicialmente foi no treinamento para utilização da plataforma. Nossa ação prioritária inicialmente foi solicitação de teleconsultoria, incentivo a solicitar. Demoramos em abrir esse leque, então as outras ofertas como teleeducação e telediagnóstico é terceirizado, mas é feito.... já foram feitos 15 mil laudos em telediagnósticos de cardiologia, por exemplo.

Agora que estamos disponibilizando no youtube vídeos. Mas sempre foi divulgado esse tipo de coisa, que não só teleconsultoria... Dias especiais relacionados à saúde, por exemplo, dia do fisioterapeuta, falar da sua importância dentro da AB. Mas de fato ainda não temos vasto material.

Uma opinião sua: alguns núcleos focaram, mais em teleeducação, mas vocês focaram no acesso, e tem questões relevantes no desenho regional, dos municípios... o que você acha melhor, já focar em fazer um monte de material comunicativo ou ir nesse processo de construção junto com os profissionais.

Na verdade, se parar para analisar, a teleconsultoria não deixa de ser um curso. É o momento que o profissional vai ter para tirar dúvidas sobre um tema que ele escolheu fazer a pergunta, tema de interesse dela. É diferente seu eu ofereço uma palestra sobre sífilis, ele pode ou não aparecer. A palestra ele vai ter uma dúvida do dia a dia ou não. Se ele faz a pergunta – teleconsultoria –, vai ter uma pessoa super qualificada que vai responder a ele.

Acredito que infelizmente os profissionais ainda não têm essa noção de que é um curso personalizado que eles estão recebendo, com resposta em até 72 horas. É um movimento bem mais dinâmico. Então eu acho que esse caminho no início é árduo... eu acho que na prática funciona muito mais esse negócio de curso a distancia, de aula a distancia, os profissionais se interessam muito mais por isso do que pela possibilidade de ter uma aula individual com um especialista no assunto que ele quer tirar dúvida.

Acho que falta, problema, em minha opinião, falta ainda incutir, e isso toca o meu trabalho, acho que ainda é deficiente, pois não consegui ainda em larga escala mostrar que na verdade essa outra oferta, da teleconsultoria, é como se fosse um curso, só que não vai dar certificado. Isso eles também ficam loucos por certificado, e teleconsultoria não dá, mas é oportunidade impar de ampliar o conhecimento e de qualificar o trabalho. Acho que é isso que está faltando essa conscientização geral de que é uma excelente oportunidade.

Talvez não tenha sido o melhor caminho inicialmente a seguir, mas esse caminho foi priorizado não foi a toa, foi pensado nesse todo, nesse panorama geral, mas a gente percebeu que com a implantação da teleeducação a gente conseguiu chamar mais atenção para o projeto aqui na Bahia.

Eles estão participando mais das palestras do que da teleconsultoria?

Por tempo não, o volume da teleconsultoria é maior. Mas em apenas 7 seções, teve uma adesão bem forte. Caiu um pouco, mas relacionado mais ao final de ano.

Sua opinião novamente: você acha que esse espaço TIC, essa ferramenta do TS, pode ampliar participação dos trabalhadores? Para você, como comunicadora, como vê o uso das TIC no campo da comunicação e saúde.

Acho que em um estado como o da Bahia, que tem 417 municípios, e é um estado muito extenso, você conseguir que a informação chegue do mesmo jeito que chega para a capital, falando de maneira utópica, porque a gente sabe que muitas vezes a conectividade não permite que o profissional de um município distante tenha o mesmo acesso que a capital. Mas a ideia do TS é essa, levar a informação para qualquer profissional, em qualquer lugar do estado, do mesmo jeito a priori. Isso é muito importante. Também a questão de ser uma ferramenta ágil. Claro que não é uma ferramenta de urgência. Se tem um paciente tendo um infarto não vou pedir teleconsultoria. Mas aquele que tem algo demorando em sarar, posso perguntar sobre o assunto, posso me qualificar e posso ajudar a melhorar as condições de vida do usuário do SUS. O TS se bem utilizado e com condições de conectividade por parte do município, ele é imbatível.

A sesab deu os computadores, prometeu a instalação da internet e isso ainda não aconteceu, isso acaba minando o progresso.

Acho que é uma realidade que está posta. A comunicação e a interatividade pela internet que é a proposta do TS estão presentes, é inegável, a rede social. Essa questão das tecnologias ninguém mais tem como correr disso, é uma questão do mundo atual e a saúde tem que estar inserida nisso.

Agora acho que falta questão da conscientização maior dos profissionais em entender que esse é um modo também de se qualificar e eles quererem se qualificar, e por parte do TS descobrir modos mais eficazes de mobilizar essa pessoas para entender a importância do projeto, isso atrelado à colocação de computadores nas unidades de saúde, colocação de internet, isso tudo eu acredito que vai gerar um aumento da utilização e assim agilidade nos processo de tratamento ou processo de trabalho.

Vocês têm a ferramenta do TS, mas utilizam de várias outras ferramentas da internet para a comunicação

O TS o que ele oferta dele mesmo, que não é utilizando de outras coisas, é a plataforma, que aí você só utiliza os serviços de teleconsultoria. Mas ele tem uma possibilidade tão grande de utilização com a questão da teleeducação, de promover aulas, cursos, através de outras plataformas, adobe conect, skype... a gente procura todos os artifícios para levar informação para o profissional da ponta.

Se não funciona, vai por skype, porque o importante é o mecanismo de comunicação que se formou, é isso?

Não é o mecanismo, importante é a interação que se formou. Se for por telefone, por email, importante é que a informação chegue até o profissional.

Comunidade de práticas e portal saúde baseada em evidências – divulgação no site. Não queremos competir. Acho importante todo o tipo de informação para o profissional.

Entrevista 3: Médico telerregulador (MTS)

Apresentação

Aqui na Bahia a gente tem um núcleo único de TS. Que é um núcleo que foi conformado no âmbito do projeto TS Brasil Redes, que foi projeto do MS, SAS, DAB, que foi portaria agosto 2011. É um programa de TS que inicialmente ele era projeto da SEGETS, desde 2007 até 2010. Era mais ligado às universidades antes, e tinha um foco maior na teleeducação, com ligação grande com universidades.

Foi um projeto que envolveu 10 universidades de 10 estados no Brasil todos, com uma formação de núcleos universitários de TS, depois que ele foi progressivamente, em alguns lugares, tendo uma aproximação com a AB. Mas, esse marco mais de aproximação com AB veio com portaria de 2011 com projeto TS Brasil Redes. Que era projeto da aérea assistencial do MS.

Então esse projeto tira um pouco o foco da relação com as universidades, e com foco mais na teleeducação, para puxar mais foco para os municípios para descentralizar um pouco mais o programa também, e tem um caráter mais regional, mais local, descentrado da universidade e com forte objetivo de dar suporte assistencial, além de ser uma ferramenta de apoio pedagógico, mas também agora de apoio assistencial, com foco nas equipes de saúde da família e NASF.

Então, o núcleo no Brasil que estava mais desenvolvendo nessa perspectiva foi o núcleo do RS, que fica na universidade UFRGS, pós-graduação em epidemiologia. Foi o núcleo que o MS fez uma parceria na perspectiva que este apoiasse a conformação dos outros núcleos de TS nessa perspectiva da portaria de 2011, Brasil Redes.

Então esse núcleo do RS começou a se conformar como um núcleo matriciador e aí, aqui na Bahia, a FESF foi colocada como um laboratório, tanto para a conformação de um ator na BA que tivesse condições depois de implantar um núcleo nessa perspectiva que se estava propondo, como para que o RS também se conformasse como esse ator que ia ter esse papel de matriciamento. Então foi uma experimentação dupla. Tanto a gente aqui, na relação com eles, foi adquirindo saber, know-how, a partir da transferência de tecnologias, tecnologias no sentido amplo do saber fazer, deles enquanto núcleo do TS para a gente, quanto eles também foram aprendendo a desempenhar esse papel de apoiador, de matriciador na conformação de outro núcleo.

Nos ainda não éramos núcleo nessa época, éramos um projeto da FESF, que chamava de apoio clínico, que era projeto no horizonte da fundação desde que foi instituída, de que houvesse apoio à distância aos profissionais das equipes de saúde da família dos municípios que tivessem contrato com a fundação para desenvolvimento de serviços no âmbito da AB, tivesse esse apoio a distancia

para profissionais desenvolverem seus trabalhos, apoio assistencial, na perspectiva de que os profissionais não se sentissem tão isolados, de poder ser uma ferramenta de educação continuada, de atualização clínica e de apoio assistencial. Era uma das estratégias que conformava a política de Educação Permanente da fundação. Então lançamos nosso projeto, o apoio clínico, com essa parceria com o RS, triangulado pelo MS.

Passamos alguns meses desenvolvendo esse projeto inicialmente nos municípios que a fundação tinha alguma relação contratual. A gente fez uma seleção interna de teleconsultores e a gente estabeleceu relação muito próxima com o RS, treinamentos, orientação, como fazer gestão do núcleo, como era a questão do fazer do teleconsultor e o fazer de outras figuras do núcleo, como o médico teleregulador, o monitor de teleregulação, equipe de campo, coordenação de campo, analista de TI, comunicólogo. Gestão, o que precisava ter no núcleo. A medida que foram se relacionado com a gente, foram sistematizando e organizando esse saber, que depois serviu para eles matriciarem outros núcleos no Brasil. Produziram materiais inclusive, que depois viraram publicações do MS em relação ao TS.

Nessa perspectiva fomos adquirindo know-how de como fazer, e lançou-se a portaria, 2011. E aí a portaria tinha esse foco nos municípios, e estimulava que um município agregasse outros municípios, que seria uma sede do núcleo TS, conformasse projetos e submetesse no sistema do MS para adquirir recursos para implantar os núcleos. Aqui na Bahia foram 6 projetos, sendo um deles da SESAB e outros 5 de outros municípios. (Por problemas no processo de organização e submissão dos projetos, acabam perdendo sua conformação regional).

A percepção de que esses núcleos iam, minha visão do processo, ficar muito fragilizados, e de que teríamos muita perda de escopo e de escala também, e pelo fato de a gente ter tido transferência de tecnologia do RS para a fundação, e pelo fato da fundação pelas suas características jurídicas e de seu modelo de gestão, ele possibilitava ter certa potencia em organizar um núcleo de TS, em ser um núcleo na Bahia. Tivemos quase um ano de debate, tensões, negociações para que na verdade deixasse de ter 6 núcleos fragmentados e passasse a ter núcleo único estruturada na fundação, que ofertaria serviços de TS para todo o estado, a partir do repasse de recursos que esses municípios e SESAB recebessem do MS, seria repassado para a fundação, via contrato estabelecido entre SESAB/municípios/FESF. A FESF conformaria núcleo único da Bahia e ofertaria serviços de TS para todo estado. Enquanto outros estados têm mais de um núcleo separado por regiões, aqui foi projeto com 417 municípios, para que nenhum ficasse de fora.

Começou no processo de estruturação, seleção de profissionais para o núcleo, montar estrutura na fundação, estrutura de organograma, funções na FESF, abrir processo seletivo, etc. Organizar espaço físico.

Os municípios tiveram muita dificuldade de repassar recursos para fundação. Nesse projeto único, SESAB e COSEMS ficaram como gestores do projeto na Bahia. FESF tem somente 5 anos, quando projeto começou tinha 3 anos. Era tudo muito novo. Fundação deu apoio aos municípios para entender seu papel no estado, na saúde.

O núcleo está funcionando desde agosto 2013, e dentro de todas as dificuldades, posso dizer que temos um grande sucesso.

O núcleo de TS tem uma seguinte ideia proposta pelo MS para se organizar, e que está dentro dos manuais de TS, produzido inclusive pelo RS: a equipe ideal é uma equipe de telerregulação e uma equipe de gestão, e uma equipe de campo. A equipe de gestão é uma coordenação do núcleo, a qual fica ligado um profissional de comunicação e analista de TI. A equipe de telerregulação é composta por um médico telerregulador, no primeiro momento, com experiência na AB, com vivência na AB, que compreenda princípios da AB, tenha visão de rede também e que funciona como certo maestro no processo de solicitação e resposta de TS. De preferência um médico de família e comunidade ou médico sanitário com experiência na área. Dependendo do tamanho e demanda no núcleo pode ter outro telerregulador que pode ser um médico ou um dentista, já que a odontologia tem uma especificidade muito grande e depende do tamanho da demanda para este.

Ainda na equipe de telerregulação, tem um monitor de telerregulação, que funciona em dupla com o médico telerregulador, e os teleconsultores, que podem ser generalistas, enfermeiros, dentistas, médicos, que tenham especialização e experiência na AB. E tem os teleconsultores focais, que são os especialistas. A depender do núcleo, demandas, necessidades, que são os neurologistas, cardios, endócrinos, etc, ou outras profissões da saúde, nutricionista, psicólogo, fisioterapeuta, que também são considerados especialistas focais. Situações específicas que a equipe de teleconsultores básica, médico e dentistas, não teriam condições de responder. Isso conforma cerca de 5% das equipes de todas as teleconsultorias .

A equipe de campo é conformada pelo coordenador de campo e os monitores de campo, pessoas que fazem trabalho de apoio para equipes de saúde em relação ao uso do TS. Equipe que treina no uso da plataforma online, que faz a gestão do fluxo da solicitação e resposta que o MS desenvolveu, e está em sua quarta versão, ofertada gratuitamente. O monitor de campo tem a tarefa de cadastrar as equipes na plataforma, treinar para o uso, acompanhar e monitorar esse uso, sempre estimulando o uso e entendendo as dificuldades que essas equipes têm o uso da ferramenta, a produção de sentido da ferramenta, diagnóstico das dificuldades para triangular com a gestão do núcleo e a gestão dos municípios para tentar entender e resolver. O coordenador de campo apóia e matricia essa equipe, coordena essas atividades, tem visitas ao campo com certa regularidade.

O médico telerregulador, ele recebe todas (as solicitações)... a plataforma funciona como um e-mail. Então ele recebe na sua caixa de entrada todas as situações de teleconsulta de qualquer profissional das equipes de saúde da família da Bahia. Nesse caso, o meu papel. Então, o que eu faço é ver a pergunta, a solicitação, ver se é realmente do escopo do TS, e sendo ele é aceito. Se não é do escopo do TS, outros temas, a gente devolve, explica que não é, e cancela. Sendo do escopo, aceita e analisa, a classifica de acordo com a classificação internacional de APS, CIAP, ou até CID para complementar o CIAP, e ver qual o teleconsultor que mais se encaixa para responder à solicitação. O telerregulador tem que conhecer a equipe que ele tem, qual o perfil de cada um. Então a partir da categoria profissional do solicitante, do enfoque que ele traz, do

tipo de questão, eu osso passar para algum teleconsultor a depender da quantidade que ele já tem em mãos, da sua formação, da experiência profissional, perfil, etc. Nem toda solicitação de um médico, passo para um médico... pode ser uma enfermeira. Se a dúvida for sobre uma inteiração medicamentosa, passo para o médico responder. Se for de outra ordem, de organização de processo de trabalho, de educação em saúde, poder ser para enfermeira. Uma variedade de possibilidades. Tenho também o papel de acompanhar essa resposta junto com o monitor de telerregulação. O teleconsultor tem até 72 horas para responder essa demanda. Tem que telerregular rapidamente para fazer tudo isso.

Você disse que essa plataforma tem uma cara de email, de caixa de entrada. Como é isso para a comunicação, responde as necessidades que vocês tem, ou que os municípios tem para a troca de conhecimento? Ou é isso, e as coisas se dão por outros lugares?

A cara de e-mail é muito no sentido de ter caixa de entrada, de saída, enviadas, negadas, canceladas. Mas quando responde à pergunta do profissional, ele não tem uma única caixa como no email, tem alguns campos que de uma certa forma, concordo, pode ficar um pouco formatada a resposta, e isso é uma realidade, no entanto tem uma certa liberdade do teleconsultor em escrever nesses campos.

Como se organiza os campos da resposta do teleconsultor? Ele tem a resposta principal, que é o primeiro, ele tem que responder o foco da pergunta de cara, para gerar o interesse em responder, para não gerar frustração em quem perguntou, isso estimula também quem está perguntando a continuar vendo as outras coisas e não acha que está enrolando. Então tem a resposta direta. Depois tem o espaço para complementação, onde coloca mais informações sobre o tema. Depois tem outro campo, atributos da APS, que eu acho muito caro esse campo, porque ele é o que se propõe, em grande medida, fazer aquele suporte mais pedagógico no sentido de certa "indução", ou de produzir outros regimes de verdade em relação à estratégia de saúde da família.

Porque uma constatação, e isso está no manual do RS, é que grande parte dos trabalhadores da estratégia de saúde da família no Brasil, ainda que isso esteja mudando, é de profissionais que não tem uma formação nessa área. Não formação formal, título ou especialização, também isso, mas não somente... mas de pessoas que trabalharam em hospitais, muitos anos, trabalhando na APS agora, profissionais que trabalharam na emergência, são especialistas, e agora estão na APS. Então são pessoas que não se conformaram enquanto profissionais na AB. Então, esse espaço de atributos da APS é no sentido de tentar localizar aquela demanda que ele traz em um contexto mais amplo, tentando demarcar e articular a demanda a algumas coisas que são muito caras à APS. Quais são atributos da APS: tem os essenciais e os derivados. Os essenciais são: longitudinalidade, integralidade, coordenação do cuidado e primeiro contato no acesso. Os derivados são: competência cultural, abordagem familiar e... Da atuação da equipe que não pode ser deslocado do contexto familiar, cultural, tem que ser articulado com isso, tem que longitudinal, tem que fazer coordenação do cuidado.

Você fala no mestrado da questão de que colocar TIC na saúde não necessariamente muda modelo médico hegemônico. Campo específico de responder, fechado, ligado modelo informacional, outros campos mais abertos. Tem conseguido alargar mais objeto, se bem tem que passar informação, como está esse outro lugar, que também é caro, inclusive com ideia de contexto local?

Nesse primeiro campo, não só questão condutas. Por exemplo, uma questão sobre um grupo de discussão com gestantes e que estão com dificuldades de abordagens. Nesse primeiro campo, resposta direta, também vamos dialogar sobre isso e depois trazer outras questões que complementam. Então não é só questão de diagnóstico e tratamento, desse ponto de vista biomédico, tem outras questões.

Vale a pena ressaltar que geralmente quando se quer fazer um grupo de educação e saúde, por exemplo, se pede muito mais material, e não pergunta-se como organizar.... Pedem muito material, principalmente enfermeiras (os). Material para fazer educação e saúde, material para fazer uma atividade de formação, material para organizar certo grupo, para implantar conselho local de saúde. Tem muito. Cerca de 70% ou mais de solicitantes são enfermeiros, grande parte dessas solicitações é para educação e saúde/promoção e organização do processo de trabalho, por exemplo, implantação do acolhimento. E depois vêm os médicos, ACS, dentistas.

Concordo com você, tem essa função mesmo de passar informação. Por isso que eu acho muito caro essa questão dos atributos, porque ele tenta produzir, não garante nada, tentativa de produzir conexão daquele tema com certa concepção da AB que se quer no Brasil, a partir da política nacional de AB. Tentando produzir um entendimento, uma compreensão do que é isso, uma vinculação do fazer dele, que a princípio motivou a ele solicitar uma teleconsultoria, o que mexeu com ele, o que incomodou e que o fez buscar o TS, e aproveitar para fazer essa oferta de articular o fazer dele com uma coisa mais ampla.

A questão de alargar que acontece... além da teleconsultoria por texto, chamada assíncrona, tem a teleconsultoria síncrona, que é a minoria, poucas, e as poucas tem uma dificuldade de responder essas teleconsultorias síncronas, por vídeo, devido a grande dificuldade de se comunicar com as equipes para agendar um horário para responder. Não consegue contato, telefone não funciona, ou profissional não dá retorno em relação ao horário, ou quando dá retorno depois desmarca. São muitas situações, mas o fato é que fica o saldo de grande dificuldade de responder as teleconsultorias síncronas, que já são poucas demandas. Tem várias que tentamos semanas, até a ponto de desistir, ou finalmente dando resposta unicamente via plataforma, texto, pois o processo está a tanto tempo rolando que precisa ser resolvido. Até chega a perder o sentido, respondemos e fechamos o processo, depois de várias tentativas de comunicação por diversos meios.

A teleconsultoria síncrona surge tanto dessa solicitação do profissional de que quer esse meio, como de uma percepção de uma solicitação que começou assíncrona e que o teleconsultor avalia de que seria melhor uma resposta síncrona. Às vezes por uma questão mais complexa, que já deveria ter pedido por síncrona em lugar da assíncrona, então o que temos feito é devolver, para que ele

solicite por forma síncrona, enquanto isso a gente entra em contato com ele para reforçar isso e dizer que a gente quer responder por síncrona, e as vezes esse contato é difícil também, ele por vezes não vê na plataforma que a gente devolveu para responder por síncrona. Temos feito uma triangulação para tentar resolver isso o mais rápido. Ou quando é uma coisa que não tem como esperar, marcar um dia... a síncrona não tem 72 horas para responder, é quando tiver disponibilidade da equipe, de quem solicitou. Mas às vezes é uma demanda que deve ser síncrona, deve ser tão imediata, que nem as 72 horas deve dar conta. Algumas vezes já ligamos, tentar contato com solicitante e conversar diretamente por telefone. Eu já fiz isso.

Uma situação em que a enfermeira desconfiou da prescrição do médico, em relação a um medicamento que nem constava no antibiograma... ela ficou preocupada da gestante tomar medicação errada. Solicitou teleconsultoria, entramos em contato, e pedimos para que ela dialogasse com o médico sobre isso, e não fomos de encontro com a decisão dele, não orientamos a prescrever nenhuma medicação ou mudar a conduta do médico. Escrevermos um texto com essa orientação de diálogo com o médico, depois ligou novamente para saber e ela tinha conversado com o médico. Também temos que ter todo o cuidado para não fazer atravessamentos na relação da equipe, nem é ético do ponto de vista do que pode e não pode nas profissões.

Essa demanda da maioria pedir materiais prontos, mostra limites da própria plataforma? Quando você diz que tem demandas que não são nem síncronas e nem assíncronas, tem que pegar o telefone e resolver. Mostra certos limites de comunicação da própria plataforma e do objeto que é a atenção a saúde ali. Retomar questão dos materiais e pedidos da plataforma. Pedir material é uma questão própria e características da AB e como ela pensa a comunicação? A AB, pelo que tenho pesquisado, tem muito informacional, material educativo, coisas prontas, e acaba ofertando isso para municípios. Vocês no cotidiano têm uma forma micropolítica que vaza, mas tem certa regra que AB tem essa característica. Você acha que isso acaba influenciando os pedidos que o TS está sendo usado?

Eu tenho toda uma teoria para isso, e concordo que tem essa cultura mesmo de certa forma na relação que as equipes estabelecem com os usuários que é de... estamos em uma população pobre, que não tem educação, que não empoderada, e que nossa função, a função da saúde da família, da AB, em grande medida é a promoção da saúde, educação e saúde, e vigilância... promover. Em grande medida isso já dá o lugar desses materiais educativos ou dessas atividades. Muita gente vê a AB como promoção e prevenção. E que vamos resolver tudo promovendo grupos, fazendo palestras, fazendo campanhas, ações no território. Tudo isso é importante, não tenho dúvida, agora tem muito uma representação do que é AB, que ainda opera muito fortemente. A questão da vigilância, que é o pilar do próprio SUS, e também em grande medida da atenção, em como se conformou o programa da saúde da família nos anos 90, depois a estratégia de saúde da família, que é muito forte. A organização em programas, essas caixinhas dialoga com isso. Isso tem a ver como os profissionais entendem como são os seus papéis. Então tem gente que acha que opera na seguinte lógica:

estou perdendo tempo estando dentro do consultório. Ficar somente dentro do consultório não é o ideal em hipótese alguma, mas tem gente que se não tiver fazendo nenhuma atividade acha que é desvio de função. Sofrem porque acham que não estão fazendo AB, acham que não estão fazendo AB no consultório, pois acham que a função da AB é as pessoas não adoecerem, promover e prevenir. Então as pessoas chegam aqui doentes e acham que está falhando, e sofrem com isso. E se as pessoas buscam as unidades, tem que buscar dentro dos programas. Então se não estão buscando acham que está desorganizado, não entendem o papel da AB e como deve usá-la.

Tem todo um esforço nesse sentido. Claro que isso não representa todas as equipes, mas tem certa cultura que permeia isso, que é muito forte. Então, a minha teoria é que, falando da questão que você disse de passar informação, tem a ver um pouco com isso, com esse lugar de que nós somos a equipe de saúde da família, nós sabemos, nós estamos aqui para prevenir, para promover, para educar, então, portanto eu passo o meu conhecimento para a população, para que ela se eduque, e passa a usar de forma adequada a unidade, que ela não adoça tanto...

Tem também a seguinte questão... A gente teve a formação, e aí eu não fui procurar saber sobre isso, mas me parece que até certa época as equipes de saúde da família recebiam muito material do MS, caderno de AB, manuais, livros, publicações.... e teve um tempo que parou de receber. Alguns de nos aqui tem uma leitura de que isso ficou um vazio, então o TS pode estar sendo uma forma de um material que ia para as unidades e que não vai mais, está sendo suprida essa falta pelo TS. Isso é uma coisa.

Outro elemento é que a grande maioria das solicitações é de enfermeiros, e aí tem que entender a genealogia da enfermagem dentro da estratégia saúde da família... ela foi se conformando como a figura central na estratégia, por conta do PACS, que era a enfermeira, a única profissional de nível superior, com os ACS. Depois virou PSF a partir do sucesso do PACS em algumas regiões no início da década dos anos 90. E se abriu um campo de atuação do enfermeiro(a) de trabalho, mercado, que não se tinha antes, pois era só hospitalar. E aí ela desempenhou esse papel central, construiu certo lugar, e depois foi se mudando o programa, virou estratégia, e foi se agregando outras profissões, inclusive o médico entra também, dentista... Mas ficou fincado na estratégia saúde da família o lugar da enfermeira como coordenação da equipe, gestão do processo de trabalho, gestão das ações de formação e de execução das ações de capacitação dos ACS, capacitação dos técnicos de enfermagem que estão ligados a elas, do ponto de vista inclusive legal. Ela tem esse lugar.

Isso leva, por exemplo, que a gestão, quando tem uma capacitação, um treinamento para uso da plataforma do TS, a gestão manda a enfermeira, a maioria dos profissionais que vão aos treinamentos são da enfermagem. Tem pouco médico, dentista, ou ACS... Mas maioria esmagadora é a enfermagem, que já tem esse lugar de capacitação e treinamento, de entender de tudo que tem a disposição no município, e ele quem vai. E ele vai para TS também, que vai ao treinamento, e passa então a ser a figura mais ligada à ferramenta, tanto por que ela foi enviada para os treinamentos, como também por que ela tem essa função de gestão administrativa, de capacitação dentro da equipe. Esse lugar ela ocupa.

Então quando se vai utilizar a ferramenta, na minha hipótese, quem vai utilizar é a enfermeira, e ela pede material, pois a tem a ver com esse lugar dela que é da promoção, da prevenção e da capacitação dos ACS. Tem um grande viés do perfil de solicitações por conta disso.

Quando o TS no RS lançou... no discurso deles era assim, não faz sentido para o médico, ele é o que menos utilizava... Quando eles lançaram o telefone, o 0800, que é uma forma de responder síncrona, a quente, eles tiveram um boom de médicos. Porque era para médico no início, depois ampliou para outros profissionais, e os médicos passaram a utilizar brutalmente.

Tem toda uma discussão que eu faço na dissertação, da micropolítica, que o trabalho em saúde é trabalho vivo em ato, então... por ser trabalho vivo em ato o profissional de saúde se produz e produz o que vai fazer em relação. Então a gente liga, conecta com alguém da equipe, faz conversa de corredor e depois volta para o consultório, a gente liga para colega que conhece... Esse negócio de ligar pelo telefone, em minha opinião, faz muito mais sentido... não porque tem coisas que são imediatas para responder, as vezes sim, mas muito mais porque quando se liga para outro, você constrói a conduta com o outro. Você não faz uma pergunta, o outro constrói a resposta e você pega aquilo ali e vê o que faz, isoladamente, na solidão. Você participa da construção da conduta com o outro, tem uma alteridade. Tem alguém que está te apoiando, mas você não recebe aquilo de forma passiva. Você constrói aquilo que você mesmo vai utilizar. Muda completamente, e o telefone proporciona isso. O whatsapp é muito utilizado e passa por essa lógica.

Você acha que o TS de alguma forma se transforma mais uma ferramenta disso, mas não consegue dar conta desse lugar de construir junto?

Por isso que eu acho que a teleconsultoria síncrona tem uma grande potência, porque eu acho que a teleconsultoria assíncrona tem o seu lugar, mas com limites. Acho que tem uma importância de certas situações, vai ser muito importante que o profissional receba uma resposta adequada, bem localizada, baseada em evidências, dentro do que está sendo construído dentro do contexto da AB, das fontes, de forma estruturada, para certas situações clínica ou não, de cuidado. Às vezes vai fazer um grande diferencial para certas equipes que tiveram a motivação para fazer aquela solicitação.

Mas, eu acho que para o objetivo do TS, que é transformar as práticas na perspectiva da EP, e com a perspectiva de produção de redes, eu acho que não da conta. Porque, onde está a rede aí? A não ser na teleconsultoria síncrona, que eu me conecto com o outro, que eu crio conexões, eu ligo, etc, e que temos potencial para fazer isso... (conta situação da equipe que resultou no óbito do bebê)... a gente viu essa potência se atualizando na teleconsultoria síncrona. E que foi inicialmente uma assíncrona que nós identificamos que deveríamos ligar, e sugerir do tipo síncrona, conseguimos realizar, e foi muito potente. Então, eu acho que a questão da produção de redes, dessa questão da mudança das práticas, tem um limite muito grande mesmo somente na resposta de teleconsultoria e de forma assíncrona principalmente.

Produção do cuidado, trabalho vivo em ato... Limites que a plataforma tem para isso, mas que pode ser expandido, a gente pode ser capturado por ela, mas podemos também expandir o que ela representa, na perspectiva de disparar... ela coloca questões para a gente disparar na gente movimentos de conexão... Ela tem potencial para a comunicação se encerrar nela, ela puxa a gente para se enquadrar, mas a gente não precisa se enquadrar, a gente pode também pegar ela expandir... ela sinalizar questões, como aconteceu algumas vezes, e agente detectar fragilidades, a partir de uma teleconsultoria desprezenciosa a gente detectou uma fragilidade em um determinado fluxo importante da equipe e que foi revisto, a gente viu problemas de acesso da maternidade... Tem uma questão aí interessante e que tem uma potência.

Eu coloco na dissertação que o TS é um campo de virtualização, que ainda é um campo problemático, que é virtual e que pode se atualizar de diversas formas. E ao mesmo tempo é um campo de virtualização... eu uso Pierre Levy... que ele pode, a partir da forma como ele se atualiza, lançar questões novamente para serem atualizadas ainda de outras formas, e conformadas de outra forma **(6)**. A questão com a regulação, por exemplo, é um dos grandes potenciais a depender da forma como seja articulado e se atualizar o TS de uma forma muito potente, que pode inclusive dar um lugar muito mais interessante à teleconsultoria assíncrona, a partir da relação com a regulação. E da síncrona também, da TS como um todo a partir da articulação com a regulação. Que a questão do acesso, da conexão da AB com outros âmbitos de atenção, é muito caro para a atuação interessante da AB. E é um cotidiano muito duro dos municípios. Então, é muito estratégico mexer nesse campo... Mexer nesse campo articulando o TS com esse campo problemático do acesso à consulta especializada, por exemplo, que é diminuição das filas e utilizando o TS como uma ferramenta que pode ajudar na produção de autonomia das equipes para lidar com certas situações a partir desse acesso a especialistas em uma forma mais viva e dinâmica, o TS pode ser muito interessante, como ferramenta, não como baluarte de resolução da vida de ninguém, mas como ferramenta que pode ser utilizada dentro de um determinado processo que pode ajudar esse processo... que não é o TS gerar esse processo, resolver os problemas, mas é a ferramenta dentro de certas movimentações em torno desse problema que é da regulação ela pode chegar ajudando bastante a depender da forma que ela seja utilizada.

Essa questão eu aponto e começamos com a SESAB uma grande agenda que promete para esse ano.