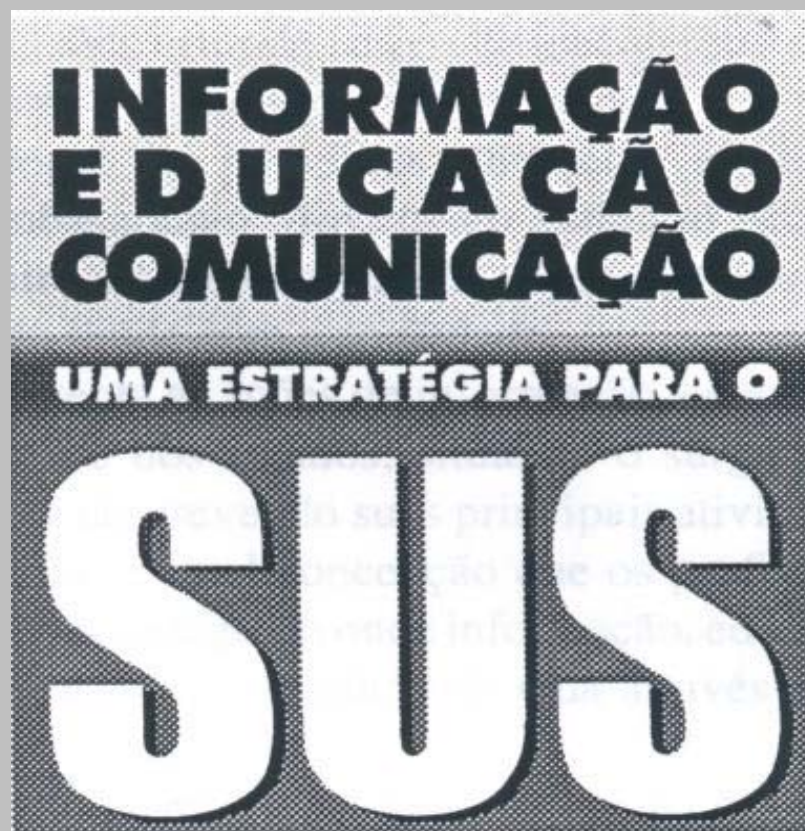


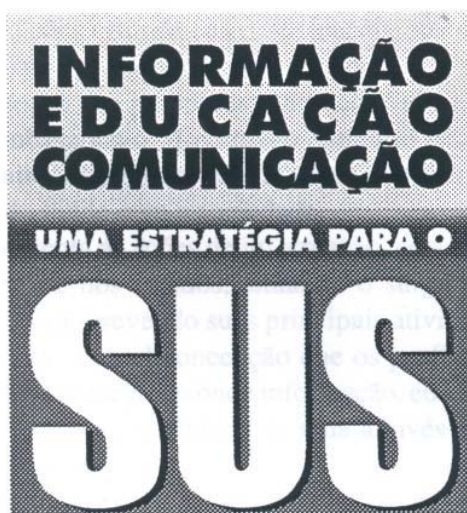
PROJETO NORDESTE – ASSESSORIA DE COMUNICAÇÃO SOCIAL – MINISTÉRIO DA SAÚDE



DOCUMENTO ELABORADO PELA COORDENAÇÃO
DE INFORMAÇÃO, EDUCAÇÃO E COMUNICAÇÃO – IEC

OUTUBRO 1996

PROJETO NORDESTE - ASSESSORIA DE COMUNICAÇÃO SOCIAL - MINISTÉRIO DA SAÚDE



DOCUMENTO ELABORADO PELA COORDENAÇÃO
DE INFORMAÇÃO, EDUCAÇÃO E COMUNICAÇÃO - IEC

OUTUBRO 1996

Apresentação

Este documento foi elaborado coletivamente pelas equipes de Informação, Educação e Comunicação/IEC do Ministério da Saúde e das Secretarias de Saúde dos estados de Alagoas, Bahia, Ceará, Maranhão, Minas Gerais, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte e Sergipe, que compõem a área de abrangência do Projeto Nordeste.

O processo de sua elaboração incluiu encontros, oficinas de trabalho, consultas a profissionais e instituições afins, apresentação e discussão do texto preliminar com setores do MS, bem como contribuições oriundas da participação intensiva na preparação e realização da 10a. Conferência Nacional de Saúde.

O texto faz uma sinopse dos principais momentos das discussões de âmbito internacional que embasaram o Movimento Sanitário Brasileiro e a inclusão, na legislação brasileira, de um conceito de saúde que transforma as práticas e as relações da área da saúde com a sociedade.

A seguir, apresenta as ações de informação, educação e comunicação, desenvolvidas no MS e nos estados, situando o surgimento do IEC como componente do PNE e descrevendo suas principais atividades.

Explicita, ainda, a atual concepção que os profissionais têm de IEC, entendido como processo integrado onde informação, educação e comunicação se articulam para a busca da qualidade de vida através da participação e da construção do conhecimento.

Por fim, o texto propõe a institucionalização das ações de IEC para o Sistema Único de Saúde - SUS, em resposta a uma preocupação dos profissionais do setor diante da ausência de uma instância no Ministério da Saúde voltada para ações que estimulem a participação, o controle social e a construção de uma nova concepção de saúde, compartilhada pelos vários segmentos do SUS.

A complexidade do tema aqui abordado faz do documento, necessariamente, algo provisório e passível de aperfeiçoamento. No entanto, face ao término do prazo de execução do PNE, do qual o IEC é um componente, esta Coordenação considera que este é o momento de apresentá-lo às instâncias competentes do SUS, para que sirva de base ao processo de tomada de decisão sobre a institucionalização aqui proposta.

Regina Maria Ignarra
Coordenadora de IEC

Introdução

O movimento por um novo modelo de atenção à saúde, no Brasil, culminou na criação do Sistema Único de Saúde - SUS - que aponta para a saúde como direito de todos e dever do Estado e amplia o entendimento do conceito de saúde, associando-o não só à ausência de doença como também ao acesso a bens de serviço, entre eles moradia, saneamento básico, trabalho, educação e lazer.

Este movimento absorveu as expectativas por uma nova saúde pública, cujas discussões iniciais ocorreram durante a **XXX Conferência Mundial de Saúde**, realizada em Genebra, 1977. Na ocasião, ficou acordado que o principal objetivo social dos governos e da Organização Mundial da Saúde nas décadas seguintes deveria ser a mobilização de todos os povos para que até o ano 2000 o nível de saúde permitisse a todos uma vida produtiva, sob os pontos de vista social e econômico.

Dos encontros e conferências que se seguiram, a **Conferência Internacional sobre Assistência Primária à Saúde** (1978), ocorrida em Alma-Ata, então União Soviética, identificou os *cuidados primários em saúde* como a "chave para o alcance de um nível de saúde aceitável em todo o mundo, num futuro próximo, como parte do desenvolvimento social e dentro do espírito da justiça social"¹, com vistas a possibilitar que as populações:

- obtenham melhores condições de saúde em casa, na escola, no campo e na fábrica;
- previnam doenças e danos à saúde ao invés de procurar médicos para tratar problemas que poderiam ser evitados;
- exercitem seu direito e responsabilidade no cuidado com o meio ambiente e busquem condições que tornem possível e mais fácil viver uma vida saudável;
- participem e exercitem o controle na gerência de saúde e sistemas relacionados, fazendo com que os pré-requisitos básicos para a saúde e acesso aos serviços de saúde estejam disponíveis para todos.

A Conferência de Alma-Ata teve ampla repercussão no Brasil, não só através da divulgação dos documentos oficiais, mas do acompanhamento e

¹ Dhillon, H.S. e Philip, L., **Health promotion and community action for health in developing countries**, Genebra: World Health Organization:, 1994, pp. 1-3

reflexão por parte de especialistas brasileiros em saúde pública, com destaque para a realização do **I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde**, sob o patrocínio da Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados, no ano de 1979.

No referido evento, considerações doutrinárias do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde - CEBES, foram aprovadas pelos 936 participantes, representantes de todos os estados e territórios do País. Foram referenciados pré-requisitos para uma saúde autenticamente democrática e medidas que obstaculizam os efeitos mais nocivos da lei do mercado na área de saúde entre as quais a **Criação de um Sistema Único de Saúde** (item 3), com a tarefa de "planificar e executar uma política nacional de saúde que inclua a pesquisa básica, a formação de recursos humanos, a atenção médica individual e coletiva, curativa e preventiva, o controle ambiental, o saneamento e nutrição mínima à sobrevivência de uma população hídica (item 4)"²

A **I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde**, ocorrida em Ottawa, Canadá, em 1986, definiu *a promoção à saúde* como a capacidade da comunidade em atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde. Esta concepção modifica, no entanto, o papel do Estado e do indivíduo no alcance desta qualidade, uma vez que para atingir o nível de saúde desejado os sujeitos e os grupos deverão ser capazes de identificar seus problemas, apontar suas soluções e modificar favoravelmente o meio ambiente.

Durante a **8ª Conferência Nacional de Saúde**, ocorrida em 1986, foram definidas as bases da Reforma Sanitária e criada a Comissão Nacional de Reforma Sanitária com a incumbência de acompanhar os trabalhos e defender a idéia do novo modelo na Assembléia Nacional Constituinte, o que deu origem aos artigos 196 a 200 do Capítulo II - DA SEGURIDADE SOCIAL, Seção II, DA SAÚDE, na Constituição Federal de 1988. Com a promulgação da Constituição e a Legislação Orgânica em 1990, foram instituídos os instrumentos legais para implantação do Sistema Único de Saúde no país.

Em 1988, a **Assembléia Nacional Constituinte**, convocada para elaborar o novo texto constitucional brasileiro, aprovou um capítulo específico sobre saúde, consumando uma conquista do Movimento Sanitário Brasileiro e instituindo as bases doutrinárias do respectivo sistema nacional. A saúde tornou-se um serviço de relevância pública ao tempo em que foi elevada à categoria de direito social assim expresso no artigo 196 da Carta Magna:

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

² DANTAS, U. - **Saúde para Todos** (21.11.80) Brasília: Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicação, 1981.

No artigo 198 deste documento, o sistema nacional de saúde passava a ser um sistema único, integrado por uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada, organizado com base na *descentralização*; no *atendimento integral*, com prioridade para as atividades preventivas sem prejuízo dos serviços assistenciais; e na *participação da comunidade*.

As leis 8080/90, em especial os artigos 15 e 16, e 8142/90, com destaque para o artigo 1º, regulamentam estes princípios constitucionais, compondo o arcabouço jurídico-legal na esfera federal.

A vigência destas leis impõe mudanças significativas no setor saúde, sob os pontos de vista conceitual e operacional. Sob o aspecto conceitual, introduziu-se um conceito de saúde mais amplo, no qual a concepção biológica e individual do processo saúde-doença - desequilíbrio homeostático do organismo - é associada às condições de vida da população que determinam tal desequilíbrio. Já no aspecto operacional, constatou-se a necessidade de reorganização do modelo assistencial, até então caracterizado pela assistência à doença, práticas de hospitalização e de medicalização, para a ênfase nas ações e nos serviços de prevenção e promoção da saúde.

Em 1992, por ocasião da **9ª Conferência Nacional de Saúde**, as propostas de descentralização, municipalização e institucionalização dos órgãos colegiados de saúde foram consolidadas.

No ano seguinte, o **Conselho Nacional de Saúde**, em Reunião Ordinária, resolveu aprovar o primeiro parecer da Comissão de Relatoria sobre o documento *Municipalização das Ações e Serviços de Saúde: A Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei*, e determinar que o documento referido e outros "que tratam da operacionalização do SUS, incluam a **EDUCAÇÃO EM SAÚDE**, baseada em critérios epidemiológicos, como atribuição de todos os níveis do SUS; deve ser a educação para a saúde considerada estratégia imprescindível para a promoção da saúde, prevenção das doenças e para a consolidação do SUS, nos níveis Federal, Estadual e Municipal".³

A constatação de que as conquistas do SUS ainda não alcançaram os níveis desejáveis de participação dos diversos segmentos da sociedade levou os delegados presentes à **10ª Conferência Nacional de Saúde**, realizada em Setembro nesse ano de 1996, a discutirem sobre uma proposta que contemplasse ações de informação, educação e comunicação/IEC, voltadas para as exigências inerentes a este novo paradigma na atenção à saúde. Neste sentido, os delegados presentes na Conferência debateram e aprovaram, sem destaques, 66 itens referentes a área de IEC, como parte do Tema 3 - Modelo de Gestão em Saúde.

³ MS - CNS - Resolução nº 41, de 3 de março de 1993, D.O. 14.04.93.

Dentre os itens referenciados destacam-se:

- o item de nº 2.11, que propõe manter o “setor de Informação, Educação e Comunicação ao nível do Ministério da Saúde e implantar estruturas similares ao nível dos Estados e Municípios”;

- o de nº 2.47, que pede a implementação de “ações de Educação e Saúde para capacitação de trabalhadores em saúde, os movimentos sociais e para a população como um todo, baseados em propostas que visem o fortalecimento do SUS, ao exercício da cidadania e à uma compreensão de saúde ligada à qualidade de vida, através da utilização de metodologias participativas e democráticas”;

- o de nº 2.48, que busca “garantir recursos financeiros específicos para as ações de educação em saúde”.

Neste mesmo período, foi aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde e publicada no Diário Oficial da União, a nova **Norma Operacional Básica-NOB/96** que constitui o instrumento jurídico institucional para aprofundar e reorientar a implementação do Sistema Único de Saúde; definir novos objetivos estratégicos, prioridades, diretrizes e movimentos tático-operacionais; regular as relações entre seus gestores e normalizar o SUS.

Informação, Educação e Comunicação em Saúde: Um Breve Histórico

A Informação, a Educação e a Comunicação, enquanto campos separados de ação em saúde têm, cada qual, sua história peculiar.

De acordo com Ilara Hammerli⁴, com relação aos sistemas de informação em saúde no país, verificam-se diferentes enfoques e, por conseguinte, diferentes interesses, a serem instrumentalizados em momentos específicos. A estruturação dos sistemas traduz o modo como o Estado apreende a realidade, a registra e a traduz, na busca de respostas a determinados interesses e práticas institucionais.

A informação no contexto da saúde tem estado associada à organização de sistemas de dados com o objetivo de apoiar a tomada de decisões, para intervenção em uma dada realidade. Assim, o papel da informação em saúde tem sido entendido como subsídio a essa intervenção; no entanto ela deve contribuir para o entendimento de que a “realidade de saúde que traduz, deve influenciar decisões e modificar percepções”.⁵

Até 1987, no âmbito do MS, os setores que trabalhavam com informação em saúde eram o Serviço de Planejamento de Informações, da Secretaria Geral⁶, e o Serviço de Estudos Epidemiológicos, da Divisão Nacional de Epidemiologia da Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde - SNABS⁷.

Em agosto de 1987, através de Portaria 413 de 21 de agosto de 1987 (D.O. 24.08.87) o MS aprova novo Regimento Interno da Secretaria Geral que cria o Centro de Informações de Saúde (CIS), como unidade autônoma (art. 2º - 9). No art. 34, define entre outras competências do CIS, a de propor a formulação da Política de Informações e Informática do setor saúde. Na Portaria nº 415 de 24 de agosto de 1987 (D.O. 25.08.87) de aprovação do Regimento Interno da Secretaria Nacional de Ações Básicas, o Serviço de

⁴ MORAES, I.H.S. - **Informações em Saúde: da prática fragmentada ao exercido da cidadania**, São Paulo - Rio de Janeiro: Editora HUCITEC/Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1994.

⁵ MOTA, E. - Algumas reflexões sobre o papel da informação e da comunicação social em saúde no processo decisório, in: **Informação e Comunicação Social em Saúde**, Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde, nº 15. Brasília:OPAS,1995, pág. 55.

⁶ MS - Portaria nº 48, de 23 de janeiro de 1978, que trata do Regimento Interno da Secretaria Geral, indica no art. 9, incisos I, II e III: “Propor a política nacional de informações de saúde: elaborar o modelo do Sistema de Informações de Saúde e implantar e implementar o Sistema de Informações de Saúde”. D.O. 26.01.78 - Revogada.

⁷ MS - Portaria nº 425, de 26 de dezembro de 1977, que trata do Regimento Interno da Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde, indica no art. 24, inciso II: “Coordenar, supervisionar, controlar e avaliar as ações dos subsistemas de informações de interesse epidemiológico”. D.O. 30.12.77 - Revogada.

Desenvolvimento de Sistemas de Informação fica sob a responsabilidade da Divisão Nacional de Estudos Epidemiológicos.

Após a reforma administrativa no setor saúde realizada em 1990, que transferiu do Ministério da Previdência e Assistência Social - MPAS para o Ministério da Saúde a tutoria das questões relativas à assistência médica, hospitalar e ambulatorial, e extinguiu a FSESP e a SUCAM, criando como entidade sucessora a Fundação Nacional de Saúde - FNS, houve um redimensionamento da área de informação em saúde.

Foram instituídos, como consequência, o Departamento de Informática do SUS - DATASUS, com a missão de informatizar o SUS, coletar e disseminar informações visando apoiar a gestão da saúde no país; e o Centro Nacional de Epidemiologia - CENEPI, com o objetivo de coletar e disseminar dados sobre mortalidade infantil, nascidos vivos, notificações e agravos de doenças. O DATASUS e o CENEPI fazem parte da FNS/MS, que congrega bancos de dados também ligados às Divisões de Saneamento e de Planejamento desta mesma entidade.

As ações de documentação foram conduzidas pelo Centro de Documentação do MS (Cf. Portaria nº 48 já citada) que incluía Biblioteca e Serviço de Intercâmbio Científico até a publicação da Portaria de nº 413 de 21 de agosto de 1987, já citada, quando, o Centro de Documentação - CD passou a conter as Divisões de Biblioteca - DIBIB; de Intercâmbio Científico - DINCI e de Editoração Técnica e Científica - DEDIC.

Quanto à educação em saúde, conforme consta nos documentos disponíveis no Ministério, verifica-se que suas ações eram desenvolvidas em nível nacional pela Divisão Nacional de Educação em – DNES⁸ e nos estados pelas Secretarias Estaduais de Saúde. Em 1989, às *Diretrizes de Ação Educativa em Saúde* foram elaboradas com o objetivo de assegurar uma concepção metodológica de ação participativa em conformidade com os princípios do SUS.

Contudo, como resultado da reforma administrativa, ocorrida no MS em 1990, a DNES foi extinta, o que ocasionou uma ruptura das ações empreendidas nos estados, provocando uma desestruturação da área. A Coordenação de Educação em Saúde - COESA, vinculada à SAS, então Secretaria Nacional de Assistência à Saúde - SNAS, passou a ser o órgão de referência para as questões de educação em saúde no MS. Como estratégia para resgate das experiências existentes e avaliação das iniciativas na área, foi realizado o *Seminário Internacional de Educação para a Saúde*, em Brasília-DF, que reuniu consultores do Brasil, Colômbia, Argentina, México e Estados Unidos.

⁸ MS - Portaria no. 415, de 24 de agosto de 1987. D.O. 25.08.87.

A Coordenação de Educação em Saúde - COESA, na ocasião, elaborou um documento - **Plano Estratégico de Educação para a Saúde** - com as diretrizes gerais de uma concepção de educação em saúde, baseada nas práticas educativas do setor, e que apontava os seguintes entraves:

- verticalidade das ações;
- descontinuidade dos programas;
- predominância do enfoque biologista e mecanicista;
- desarticulação dos saberes (*técnico e popular*);
- redução da ação educativa à veiculação de campanhas publicitárias e massificação de informações sem criar mecanismos de retorno;
- projetos e programas de saúde organizados à margem da população e sem a sua participação;
- ausência de uma unidade conceitual, configurando "equivocos em torno dos conceitos de informação, promoção, comunicação, divulgação, os quais são geralmente assimilados como educação"⁹.

Este diagnóstico forneceu subsídios para uma proposta pedagógica de *Educação para Participação em Saúde*, tendo como instrumento metodológico a *Didática de Apropriação do Conhecimento*¹⁰ que concebe a educação como processo, privilegia a relação dialógica entre os saberes popular e científico, fundamenta-se na ação-reflexão-ação, possibilita a participação e a organização das comunidades, e oportuniza o compromisso dos indivíduos com o desenvolvimento.

A operacionalização deste modelo pedagógico, iniciada pela COESA nos anos de 1991 e 1992, por meio da realização de oficinas de trabalho para a formação de multiplicadores na DACO, teve o objetivo de compor um núcleo difusor da concepção da *Educação para a Participação em Saúde*.

Com a extinção da COESA, em 1992, verificou-se uma nova ruptura nas ações de educação em saúde no MS, que passou a não mais dispor, na sua estrutura administrativo-organizacional, de um espaço para a continuidade deste trabalho e, sobretudo, de técnicos e recursos específicos para estas atividades. As dificuldades que se seguiram resultaram da ausência de um setor de referência e contra-referência técnico-científico, bem como de uma política nacional na área, que garantisse suporte às demandas do SUS. Apesar disto, alguns setores

⁹ MS/SAS/COESA, doc. cit., pág. 5.

¹⁰ DACO - didática de autoria de Alberto Sanín Pena, assessor nacional do Serviço Nacional de Aprendizagem - SENA - Colômbia.

e autarquias vinculadas ao MS continuaram desenvolvendo ações de educação em saúde, a exemplo da Fundação Nacional de Saúde, que dispõe de um setor próprio, a Coordenação de Comunicação, Educação e Documentação - COMED.

No que se refere à comunicação, registra-se uma associação da educação sanitária com as técnicas de propaganda, que era utilizada como instrumento de apoio às ações de combate aos vetores de endemias, na “técnica rotineira de ação, ao contrário do critério puramente fiscal e policial até então utilizado”.¹¹ Tal registro remonta desde a época de criação do Departamento Nacional de Saúde Pública, em 1920, embrião da estrutura que viria a constituir o Ministério da Saúde, em 1953.

Os documentos disponíveis sobre atividades de comunicação social no MS referem-se ao início da década de 80. Naquela época, a Coordenação de Comunicação Social era uma unidade gestora sem verbas próprias, ligada diretamente ao Ministro da Saúde. Face aos índices alarmantes de poliomielite, o setor foi incumbido de fazer a mobilização nacional para vacinação maciça da população, atividade que veio a tomar-se prática comum nos anos que se seguiram, em função dos resultados positivos. Esta decisão de realizar grandes campanhas, como forma de mobilização popular, provocou uma reação por parte daqueles que defendiam as ações de rotina, cujo objetivo era fazer com que as pessoas utilizassem sistematicamente o serviço de saúde. Para eles, ações pontuais deseducariam a população, pois representavam uma contraposição às ações de rotina.

Ao lado das atividades de assessoria de imprensa e da elaboração e produção (texto, imagem, vídeo e som) destas campanhas, a Coordenação de Comunicação Social desenvolvia ações conjuntas com setores do MS: a extinta Superintendência de Campanhas de Saúde Pública - SUCAM, a Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde - SNABS, e a também extinta Fundação de Serviços de Saúde Pública - FSESP.

Em 1985, após a reforma administrativa feita no MS, a Coordenação de Comunicação Social passou a ser vinculada à Secretaria Geral, que hoje equivale hierarquicamente à Secretaria-Executiva. Algum tempo depois, o setor passou a ser denominado Assessoria de Comunicação Social - ASCOM, vinculada ao Gabinete do Ministro, a quem o IEC foi integrado administrativamente, a partir de janeiro de 1995. Nesta mesma época, iniciou-se uma reestruturação da Assessoria que, ao lado dos já existentes núcleos de Jornalismo e Publicidade, incorporou o núcleo de Editoração como resultado de uma reorganização dos setores gráficos do Ministério.

¹¹ De acordo com RODRIGUES, B.A. em seu livro **Fundamentos de Administração Sanitária**, citado por PITTA, A.M.R. Comunicação e Saúde: a complexidade dos conceitos e desafio das práticas, in: **Informação e Comunicação em Saúde**, Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde, nº 15. Brasília/DF: OPAS, 1995, pág. 16.

Hoje, a ASCOM através de um processo de articulação de setores afins do MS elegeu como diretrizes o planejamento compartilhado, a regionalização das ações e a integração das áreas de comunicação e educação, na perspectiva de elaborar uma política nacional. Com a criação do Conselho Editorial do MS, o setor vem também concentrando esforços para a adoção de uma política editorial e a normatização de procedimentos nesta área, através da participação de técnicos dos diversos setores do Ministério, incluindo os da administração indireta.

Projeto Nordeste e o IEC

Paralelamente aos caminhos e descaminhos das ações de educação e comunicação em saúde, começava a ser implementado no Ministério da Saúde, o Projeto Nordeste - PNE, com o objetivo de melhorar as condições de saúde da população nordestina e do Norte de Minas Gerais. Financiada com recursos do Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento - BIRD, a operacionalização do PNE apresenta duas fases: a primeira, de 1985 a 1990; e a segunda, iniciada em 1990, através do Acordo de Empréstimo 3135/BR. Durante a estruturação da segunda etapa do PNE, foi identificada a necessidade de inclusão do componente IEC - Informação, Educação e Comunicação, com vistas à “educação e informação do público e grupos especiais visados (mulheres e crianças) quanto às políticas, programas e atividades de saúde”.¹²

Ao final de 1991, o Acordo de Empréstimo referente ao PNE II, após revisão, acrescentou mais um objetivo na matéria que versa sobre o Desenvolvimento Institucional - DI: “iniciar a assistência técnica junto aos estados, orientando a execução e acompanhamento físico-financeiro dos componentes estratégicos do plano de ação, quanto à Informação, Educação e Comunicação, fortalecimento do SUS e desenvolvimento de Recursos Humanos”.¹³

A implementação do DI passou a ser então uma das metas do programa, nos níveis central e estadual, através das consultorias e dos estudos especiais, dos treinamentos, da supervisão, execução de atividades de informação, educação e comunicação.

Por recomendação do BIRD, os recursos alocados no componente IEC só seriam utilizados mediante a apresentação de um Plano de Ação ainda em 1992.

Todavia, este Plano foi rejeitado pelo BIRD, pelas seguintes razões apontadas pelos especialistas:

- o Plano não privilegiava as ações de interesse comportamental, nem as ações de mobilização comunitária;
- as campanhas não foram orientadas para promover mudanças de comportamento nos usuários;

¹² BIRD - Ajuda-Memória da Missão de Supervisão do PNE I e II, 30 de novembro a 10 de dezembro de 1992.

¹³ Idem.

- não constava do documento um esquema de implementação;
- a priorização concentrava-se na produção de material informativo;
- as prioridades não eram claras, assim como o público-alvo.

Assim, no período de outubro a dezembro de 1992, o IEC não conseguiu um mínimo de estrutura gerencial, conceitual e operacional que permitisse um planejamento adequado às necessidades impostas pela realidade nordestina e, menos ainda, a definição de uma política de IEC para o MS e estados.

A partir de março de 1993, o IEC passou por uma reformulação nos seus recursos humanos com o objetivo de redirecionar o programa. Durante aquele ano, três propostas foram apresentadas ao Banco, sendo que a última foi aprovada por este organismo, constituindo-se na espinha dorsal de todo o trabalho que se seguiu. Resultado de discussões entre técnicos do MS, da FNS e do BIRD, a proposta foi elaborada com base nas observações e orientações decorrentes da avaliação conjunta do IEC/MS e da Missão do BIRD de junho de 1993, além da reunião de trabalho realizada em Washington, no período de 14 a 23 de julho daquele ano, sobre a situação das ações de IEC então desenvolvidas nos estados e no nível central. Estas orientações indicaram a necessidade dos planos de IEC enfocarem as prioridades da política de saúde do MS e a integração com a Fundação Nacional de Saúde, que também desenvolvia ações de informação, educação e comunicação financiadas com recursos do BIRD.

Com base nestas orientações, foi elaborado o *Modelo Referencial de Estruturação Programática em IEC*, para as prioridades do MS naquele período de 1993-94: - combate à fome e à miséria, através do programa de governo *Leite é Saúde*; ações de saúde materno-infantil; imunização e controle de endemias e epidemias.

O processo de interação e parcerias com as diferentes áreas do MS intensificou-se após a mudança estrutural que deixou o IEC central subordinado à Secretaria-Executiva do Ministério. A operacionalização efetiva do IEC/PNE só ocorreu a partir de 1994, com base na fundamentação teórica descrita nos documentos: - *Planejamento gerencial e organizacional*; - *Diretrizes gerais: do diagnóstico à concepção teórica*; - *Propostas e projetos para 1994*.

Ações e Estratégias de IEC Hoje

No nível central, o IEC está vinculado administrativamente ao Gabinete do Ministro/Assessoria de Comunicação Social e nos estados está inserido nas Secretarias Estaduais e Municipais de saúde, nos setores de Educação em Saúde, Recursos Humanos, Promoção à Saúde ou Comunicação Social. Estas diferentes vinculações foram definidas a partir de critérios políticos e administrativos, tendo em vista o caráter temporal das ações de IEC no contexto do Projeto Nordeste II, cujo encerramento está previsto para junho de 1997.

Observa-se, de uma maneira geral, que tal procedimento - tanto no Ministério quanto nas Secretarias Estaduais de saúde, independentemente das áreas nas quais as Coordenações de IEC encontram-se inseridas e de seu caráter provisório - foi um fator facilitador no tocante à atuação e implementação dos projetos propostos.

As atividades desenvolvidas estão atreladas a projetos e linhas de ação, tanto no nível central quanto no estadual, sendo executadas pelas respectivas equipes e em consonância com as diretrizes do plano aprovado pelo BIRD. As áreas prioritárias são definidas com base nas metas anuais do MS e secretarias estaduais de saúde. Neste sentido, são também estabelecidos convênios de cooperação técnica com instituições e organizações não governamentais, de acordo com a natureza dos projetos.

As diferentes atividades e projetos de IEC estão estruturados a partir de três categorias: treinamento, mobilização comunitária e mídia. Nelas, o IEC vem atuando nas esferas federal, estadual e municipal, com algumas especificidades.

Em função dos objetivos das equipes de IEC, assim como dos respectivos campos de atuação, as atividades relativas a estas categorias contemplaram, no período 1994/1995, as seguintes realizações:

- implantação de programa de capacitação e aperfeiçoamento das equipes estaduais e municipais de IEC em planejamento, acompanhamento, supervisão e avaliação dos diferentes projetos em execução nos estados, com a valorização e utilização dos conteúdos sugeridos pelas coordenações estaduais, priorizados em função das necessidades comuns às respectivas equipes, através da execução de 89 oficinas de trabalho;

- realização de 264 eventos - oficinas, encontros, reuniões, seminários

e outras atividades de caráter multidisciplinar -, objetivando treinar lideranças comunitárias e rurais, cantadores, violeiros, repentistas e integrantes de grupos de teatro de rua e de mamulengo, capazes de desenvolver trabalhos conjuntos e articulados, com ênfase para a utilização dos recursos da cultura popular, como instrumento para educação em saúde, identificados com suas comunidades;

- capacitação de cerca de 5.000 conselheiros municipais de saúde; de professores de 1º e 2º graus, de instrutores e agentes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde;

- formação de 86 grupos de teatro popular;

- implantação de 115 núcleos municipais de IEC e capacitação de suas respectivas equipes.

Com o objetivo de envolver a comunidade nos projetos de saúde, são desenvolvidas ações voltadas para a mobilização comunitária no sentido de possibilitar o engajamento do público visado nas questões de saúde abordadas, sobretudo naquelas relacionadas ao perfil epidemiológico local, elaborando, quando necessário, materiais educativos como suporte ao trabalho a ser executado. Desta forma, foram realizadas 117 ações através de projetos específicos envolvendo cantadores, repentistas e o teatro popular; feiras de saúde e eventos ligados a campanhas pontuais, como carreatas e apresentações de teatro de rua.

Vale ressaltar que estas ações são realizadas a partir da concepção de mobilização, trabalhada por Bernardo Toro e que se caracteriza como processo que requer dedicação contínua, produz resultados cotidianamente e que é sobretudo convocação de vontades, compartilhando interpretações e significados que permitam decidir e atuar em busca de um objetivo comum .

Para implementação ou divulgação das ações básicas de saúde são utilizados diversos meios de comunicação, embora não se destine recursos para veiculação de peças de comunicação. A mídia é, nesta perspectiva, um aliado e uma alternativa de difusão das propostas e ações voltadas para o grande público. Dentre as iniciativas, destacam-se as seguintes produções:

- programas radiofônicos Saúde no Ar (IEC/MS), Saúde da Gente (CE), Pergunte ao Doutor (BA) e o apoio ao programa Estação Catiripapo (PI); programas de televisão Saúde Urgente (CE), TV Saúde (RN); Informativo Cruzeiro do SUS (CE); Jornal da Saúde (PB) e Saúde da Gente (SE).

IEC: Uma Visão Integrada

As ações de IEC e o conhecimento sobre elas, construído até hoje, representam muito pouco diante da demanda do SUS. Isto porque, para fazer frente às tendências conservadoras que bloqueiam a participação popular no SUS, é necessário ir mais além, tocar nas resistências culturais e desencadear mudanças nas próprias relações sociais. Não só nas relações hierárquicas para descentralização do poder dentro do sistema, como nas relações do SUS com a sociedade, nas relações dos usuários com o SUS, que se pautam até hoje pelo padrão tradicional da passividade paciente/médico, e nas relações dos indivíduos consigo mesmos, com seu corpo e com o ambiente que os cerca.

Por esse motivo, a relação entre os níveis nacional e estaduais do IEC caracteriza-se pelo respeito às especificidades locais de cada estado e pela troca de conhecimento entre os profissionais das respectivas equipes. Essa postura, ao mesmo tempo que estimula os técnicos à busca constante de aperfeiçoamento, permite que diferentes iniciativas sejam apropriadas por todo o grupo e se multipliquem em vários pontos do Nordeste como, por exemplo, as feiras de saúde e o teatro popular. Uma das marcas do IEC é a procura por uma linguagem que incorpore os símbolos e valores culturais regionais, permitindo uma identificação que passe pelo afetivo e pelo racional, resultando na participação consciente e no entendimento da saúde como direito.

Em sua prática, o IEC vem articulando os conceitos de informação, educação e comunicação que, separados, já não respondem à necessidade do modelo atual. A mesma mudança de paradigma que, no SUS, rompe com a segmentação entre as especialidades médicas em direção a uma concepção de integralidade, rompe, também, com a segmentação das disciplinas e dos campos profissionais, exigindo deles uma articulação profunda na busca da compreensão global da realidade. É necessário superar os significados ultrapassados de comunicação como mero instrumento, de educação como transferência de conhecimentos ou imposição de valores, de informação como divulgação de dados e, até mesmo o de participação, como mobilização utilitária da comunidade.

Ao articular esses três conceitos na sua prática, contudo, a atividade IEC não pretende se apropriar dos três campos. Na verdade, o campo predominante de IEC é a educação, uma educação que não acontece separadamente dos processos de informação e de comunicação. Assim como a

atividade de Documentação, que se situa prioritariamente no campo da informação, não pode dispensar os processos educativos e de comunicação para se efetivar de acordo com as exigências do modelo atual. Assim como a atividade de Assessoria de Imprensa, claramente situada no campo da Comunicação, para ser efetiva e coerente com os princípios do SUS, não pode deixar de incorporar na prática o processo de informação e de educação.

O livre acesso aos serviços de saúde e à informação como direito de cidadania, conquistas asseguradas pela Constituição de 1988, por si só não são capazes de garantir a legitimação do modelo de atenção proposto no SUS. Para que se consolide, este processo de busca por um modelo de atenção à saúde para a qualidade de vida necessita de interfaces com os diversos setores da sociedade. Sob a perspectiva de IEC, é essa a realidade em tomo da qual se articulam a informação, a educação e a comunicação, assim entendidos:

a) **Informação** - para falarmos sobre informação em saúde, devemos nos reportar ao conceito genérico do termo, que se refere ao “conteúdo de tudo aquilo que trocamos com o mundo exterior, e que faz com que nos ajustemos a ele de forma perceptível”¹⁴, constituindo-se, pois, em um insumo ao processo da comunicação humana. A esta noção, acrescentaram-se outras, a partir dos anos 50, em consequência do surgimento da teoria da informação e dos interesses e objetivos inerentes ao desenvolvimento da chamada “sociedade da informação”. Desta forma, verificou-se uma utilização ampla e imprecisa do termo, gerando um esvaziamento de seu significado. Embora haja um consenso acerca de sua importância, observa-se uma correlação entre *informação e dados estatísticos*, que sequer permite relacioná-la a tomada de decisão. Isto porque a teoria da informação, da qual derivaram os diversos modelos de comunicação, está centrada na *canal* por onde a informação é transmitida e não no seu *conteúdo*.

A informação, na forma que queremos enfatizar, é parte constituinte de todo o processo de modificação de uma situação em saúde que, segundo Mota, inclui decisão, intervenção, avaliação e difusão, permitindo entender o “processo saúde-doença, interagir com as forças sociais participantes, possibilitar a análise dos resultados e tomar-se essencial ao processo de difusão desses resultados.”¹⁵

Na ótica de IEC, esta necessidade de ampliação do conceito de informação aplica-se igualmente ao de comunicação e de educação, como veremos a seguir.

¹⁴ RABAÇA, C.A. e BARBOSA, G.G. **Dicionário de Comunicação**. São Paulo: Editora Ática, 1987, pág. 335.

¹⁵ Cf. MOTA, op.cit. pág. 60.

b) **Comunicação** - o significado básico do termo *comunicação* é “tornar comum, partilhar”. Além de um processo natural, comunicação é também uma arte, uma tecnologia, um sistema e uma ciência social. Enquanto ciência social, que utiliza teorias e pesquisas de outras ciências, sua evolução registrou diversas mudanças de orientação em decorrência dos interesses e necessidades das respectivas épocas históricas.

O papel da comunicação na transformação social começou a ser analisado a partir dos anos 70. O objetivo era associar “o estudo da comunicação em seu contexto de realidade com o processo de ação comunitária para a libertação”.¹⁶

Paulo Freire, ao abordar tal relação, destacou a necessidade de uma pedagogia da comunicação, capaz de fomentar o diálogo, cuja mensagem seria o conteúdo programático da educação para a participação. Para ele, “este modelo de educação pressupõe tentativa constante de mudança de atitude como conseqüência da substituição de antigos e culturológicos hábitos de passividade, por novos hábitos de participação”.¹⁷

Desta forma, para que a participação popular seja uma realidade na ordem social, é necessário que suas propostas observem a relação sistêmica entre informação, educação e comunicação. Garante-se, assim, não só a co-gestão dos recursos destinados à saúde, mas sobretudo, a percepção de cada indivíduo como sujeito, na manutenção de seu bem-estar físico, e como cidadão, na defesa de seu direito à qualidade de vida.

c) **Educação** - na história da educação em saúde, no Brasil, sempre houve esta preocupação com a participação popular ainda que atrelada, por vezes, às ações de mobilização comunitária. Embora sendo uma etapa fundamental, a mobilização comunitária, nos termos em que era praticada, constituía-se num fim em si mesmo e se limitava a ações pontuais como sendo capazes de explicar e resolver problemas, diluindo ou reduzindo as discussões sobre o contexto, restringindo o envolvimento da população e desconhecendo o potencial e seu conhecimento como fontes para se galgar níveis mais elevados de participação popular. Assim concebida, esta prática não oportunizava a compreensão da situação de saúde local e desqualificava a atuação de todos na resolução dos problemas e agravos existentes.

Na perspectiva desta proposta, o conceito de participação popular e a reflexão sobre o seu significado fazem-se necessários para que se possa transpor

¹⁶ BORDENAVE, J.E. **Além dos meios e mensagens: introdução à comunicação como processo, tecnologia, sistema e ciência**. Petrópolis/RJ: Editora Vozes, 1993, pág. 16, 103, 105 e 109.

¹⁷ FREIRE, P. **Educação como prática de liberdade**. São Paulo: Editora Paz e Terra, 22a. reimpressão, 1994, pág. 113-117.

os limites do instrumental, centrado na mobilização comunitária. É necessário superar esta noção simplista e buscar entender a participação como parte fundamental de um processo mais amplo, capaz de permitir a atuação do indivíduo na recuperação histórica e na construção do conhecimento. Atualmente, o que se pretende é entender a participação popular dentro de uma proposta pedagógica, na qual ela é “

"um processo educativo, pois desenvolve e fortalece a consciência da cidadania da população para que assuma efetivamente o seu papel de sujeito da transformação da cidade. Para isso é essencial que a população, organizada ou não, compreenda minimamente o funcionamento da administração, a elaboração do orçamento (esse mistério insondável!) e as leis que regem a administração pública e limitam a ação transformadora”¹⁸

Para tanto, é necessário formar indivíduos criativos, inovadores, polivalentes, com capacidade de trabalhar em equipe, resolver problemas e aprender permanentemente, a partir de alguns princípios como:

- a **construção e apropriação do conhecimento;**
- o desenvolvimento de **uma aprendizagem significativa**, que permita a compreensão e a explicação da realidade;
- a condução a uma **aprendizagem permanente**, na qual se aprende a fazer, aprende-se a ser e aprende-se a aprender;
- a produção de um **conhecimento divergente**, que possibilite a identificação de várias soluções para o enfrentamento de problemas;
- a preparação para a **criatividade e a inovação;**
- o reconhecimento do **indivíduo como um talento e sujeito de sua própria história.**

Nesta concepção, educação em saúde é um processo transformador que ocorre fundamentalmente, com a troca de saberes/conhecimentos, com a ação-reflexão-ação, e tem como base a **conceituação**, pilar da DACO.

¹⁸ Esta definição pode ser encontrada no texto intitulado "Estado e Educação Popular: Bases para uma educação pública", in: GADOTTI, M. e TORRES, C.A. **Estado e Educação Popular na América Latina**. Campinas/SP: Papyrus, 1992 (Série "Educação Internacional" do Instituto Paulo Freire), pág. 69.

Conclusão

Esta proposta pedagógica, capaz de contribuir para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde, passa a ser concretizada nas ações e projetos de informação, educação e comunicação, a partir do seu delineamento conceitual e da adoção da Didática de Apropriação do Conhecimento - DACO - aplicada às categorias de treinamento, mídia e mobilização comunitária do IEC/MS.

A DACO está contextualizada no modelo de desenvolvimento, entendido como processo histórico, que muda de acordo com os avanços e as necessidades sociais, fazendo surgir novos paradigmas que se traduzem nas relações de trabalho e, conseqüentemente, nos modelos de educação e comunicação. Assim, uma análise da relação entre modelo de desenvolvimento e modelo educacional, a partir do estudo das propostas pedagógicas, contribui no processo de compreensão do sistema educacional e da sua relação com os demais segmentos.

A reflexão aqui apresentada se baseia nos registros, na observação e na opinião dos profissionais das equipes estaduais e centrais de IEC, o que permite uma avaliação processual, mas não de impacto, ainda. A avaliação de resultados se inicia já em algumas atividades que, pelo tempo decorrido de realização e pela disponibilidade de recursos, já a permitem.

As dificuldades de medição de impacto no campo social, principalmente nas ações de saúde, são suficientemente conhecidas. Mesmo assim podemos afirmar, pela resposta dos sujeitos do processo, pela demanda da clientela e pela qualidade do processo desencadeado, que a ampliação das atividades de IEC, de forma planejada e com abrangência nacional, faz-se necessária para que, nas diferentes instâncias do SUS, a comunidade possa deliberar sobre seus processos com certo grau de autonomia, na busca da melhoria das condições de sobrevivência, com reflexos significativos na qualidade de vida.

Desse modo, o IEC deverá apoiar e executar projetos que possibilitem a articulação entre o conhecimento teórico e o conhecimento empírico; o respeito à cultura local, criando vínculos de compromisso e “pertencimento” e abrindo espaços para o envolvimento de todos no processo de identificação e solução de problemas; e a adoção, nos níveis federal, estadual e municipal, de estratégias de intervenção as mais adequadas.

Para tanto, caberá a esta área desenvolver ações integradas de IEC em articulação com as demais áreas e instituições governamentais e não governamentais, que atuam no campo da saúde, no sentido de contribuir para a democratização do setor e para a participação crítico-criativa da população.

A experiência acumulada de IEC, associada aos resultados obtidos nesta última Conferência apontam para a necessidade de existir - nas três esferas de governo - uma área, reconhecida e institucionalizada, de articulação, elaboração e execução de políticas de informação, educação e comunicação para o SUS, atuando como centro de referência, dinamizador e qualificador de processos pedagógicos e de experiências de educação para a participação em saúde.

A prática de IEC, sob a ótica explicitada neste documento, é uma das estratégias para a implementação dessas mudanças, visto que possibilita o estabelecimento de uma relação produtiva entre sujeitos da construção do SUS e está empenhada em superar o isolamento entre informação, educação e comunicação. No entanto, vale ressaltar que esta contribuição do IEC requer sua institucionalização, assim como a destinação de recursos específicos.

A equipe do IEC/MS se dispõe, caso seja aceita esta proposta, a apresentar para as diferentes instâncias um projeto de institucionalização para ser discutido e construído coletivamente.

Impressão / Acabamento
Área de Produção Gráfico-Editorial
Assessoria de Comunicação Social do Ministério da Saúde
SIA Trecho 4 lotes 540-610
Fones.: (061) 233-2020 / 233-1774 Fax: (061) 233-9558
Cep.: 71.200-040 - Brasília - DF

