



# **ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DE MINAS GERAIS**

**Patrícia Gênesis Teixeira Soares**

## **COMUNICAÇÃO, INFORMAÇÃO E SAÚDE: diálogo sobre os direitos sociais**

Belo Horizonte

2020

**PATRÍCIA GÊNESIS TEIXEIRA SOARES**

**COMUNICAÇÃO, INFORMAÇÃO E SAÚDE: diálogo sobre os direitos  
sociais**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à  
Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais,  
como requisito parcial para obtenção do título de  
Especialista em Comunicação e Saúde.

Área de Concentração: Comunicação e Saúde  
Pública.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Berenice de Freitas Diniz.

**Patrícia Gênesis Teixeira Soares**

**COMUNICAÇÃO, INFORMAÇÃO E SAÚDE: diálogo sobre os direitos  
sociais**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à  
Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais,  
como requisito parcial para obtenção do título de  
Especialista em Comunicação e Saúde.

Área de Concentração: Comunicação e Saúde  
Pública.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Berenice de Freitas Diniz.

Banca Examinadora

---

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Berenice de Freitas Diniz

---

Prof.<sup>o</sup> André Amorim Martins

---

Prof.<sup>o</sup> Rodrigo Machado

Belo Horizonte, 05 de maio de 2020

S676c

Soares, Patrícia Gênesis Teixeira.

Comunicação, informação e saúde: diálogo sobre os direitos sociais. /Patrícia Gênesis Teixeira Soares. - Belo Horizonte: ESP-MG, 2020.

38 f.

Orientador(a): Berenice de Freitas Diniz.

Monografia (Especialização) em Comunicação e Saúde.

NLM WA 590

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço à Deus por cuidar de mim a todo o momento e me permitir estar viva.

Aos meus pais pela vida, aos meus filhos pelo amor incondicional, ao meu marido por apoiar todas as minhas decisões.

Aos mestres pelos ensinamentos, a ESP pela oportunidade.

## RESUMO

O presente trabalho busca fazer uma relação entre comunicação em saúde e os direitos sociais com destaque para o direito à saúde. Realizamos uma breve história das políticas de saúde no Brasil, a importâncias dos direitos sociais e a comunicação e saúde. Objetivou-se identificar como o tema comunicação e saúde estão relacionados aos direitos sociais garantidos na Constituição Federal de 1988. Utilizamos como metodologia a pesquisa bibliográfica, tendo como questão principal norteadora a comunicação em saúde e a efetivação dos direitos sociais. Observamos os resultados encontrados, os autores constatam que comunicação se configura como importante estratégia para o processo de efetivação dos direitos relacionados à saúde. No entanto, o que se verifica é que a comunicação que permeia o sistema de saúde vigente na atual conjuntura, não corresponde às necessidades e demandas da população.

**Palavras-chave:** Comunicação em saúde; SUS; políticas de saúde; direitos sociais.

## **ABSTRACT**

This paper seeks to communicate health and social rights, with an emphasis on the right to health. We made a brief history of health policies in Brazil, the importance of social rights and communication and health. The objective was to identify how the theme of communication and health are related to the social rights guaranteed in the Federal Constitution of 1988. We used bibliographic research as a methodology, having as main guiding question communication in health and the realization of social rights. We observed the results found; the authors note that communication is an important strategy for the process of realizing health-related rights. However, what is verified is that the communication that permeates the health system in force at the current juncture, does not correspond to the needs and demands of the population.

**Keywords:** Health communication; SUS; health policies, social rights.

## SUMÁRIO

<b>1.</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>8</b>
<b>2.</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>10</b>
2.1	Objetivo geral.....	10
2.2	Objetivos específicos.....	10
<b>3.</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>11</b>
3.1	Conceito de Saúde .....	11
3.2	Breve história da Saúde Pública no Brasil e os Direitos Sociais.....	13
3.3	A Comunicação e o Sistema Único de Saúde (SUS).....	21
<b>4.</b>	<b>METODOLOGIA .....</b>	<b>25</b>
<b>5.</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>26</b>
<b>6.</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>32</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>34</b>



## **1. INTRODUÇÃO**

### **Considerações iniciais**

Sou Psicóloga de formação e atualmente trabalho na Rede Fhemig, na unidade do Hospital Galba Velloso que atua na saúde mental no Estado de Minas Gerais. O que me motivou a escrever sobre esse tema foi a paixão pelo Direito. Em meus estudos para concursos conheci o Direito e foi amor à primeira vista, resolvi então fazer a articulação do direito, saúde e comunicação. Além disso, a motivação se deu também por considerar um tema de extrema relevância dentro do contexto da saúde pública em nosso país.

### **Do Tema**

Esse Trabalho de Conclusão de Curso aborda a importância da comunicação em saúde na perspectiva de fortalecimento dos direitos sociais. O interesse por esta temática corresponde às mudanças ocorridas na relação entre Estado e sociedade a partir dos anos de 1980, cujo movimento pela democratização foram intensificados, inaugurando uma nova perspectiva da gestão das políticas públicas.

No campo da saúde, uma das propostas para a democratização é a implantação e o funcionamento dos conselhos e conferências de saúde, que foram instituídos nas três esferas de governo federal, estadual e municipal (BRASIL, 1990).

De acordo com a legislação e a Resolução do Conselho Nacional de Saúde n. 453, de 10 de maio de 2012, as decisões emanadas desses órgãos devem tratar da formulação de estratégias e do controle da execução das políticas de saúde, com pleno acesso aos aspectos econômico-financeiros voltados para o setor, propondo critérios para a programação, a execução, o acompanhamento, a avaliação e, também, a elaboração e a aprovação do plano de saúde, bem como o estabelecimento de estratégias para a sua execução.

Dessa forma, contextualizamos o conceito de saúde, uma breve história da saúde pública e os direitos sociais no Brasil, destacando aspectos relevantes até a atualidade.

Nessa perspectiva, buscamos abordar a trajetória com ênfase nas lutas coletivas, como a Reforma Sanitária, que se destacou por meio da organização de estudantes, profissionais e usuários da saúde e outros em busca da (re) estruturação do atual sistema de saúde. Compreendemos que a informação e a comunicação em saúde podem atender e promover avanços significativos nas novas relações propostas de diálogo entre estado e a sociedade, podendo promover o debate acerca dos direitos sociais, principalmente o direito à saúde.

O SUS representa um grande avanço em termos de política pública de saúde no mundo, mas observamos que os usuários deste sistema ainda esbarram em muitos entraves para ter acesso à saúde de forma integral, equânime e universal. Ou seja, há o desafio do estado viabilizar a efetivação de direitos garantidos legalmente de acordo com as normas legais estabelecidas no país.

A nossa hipótese é que com a democratização houve a perspectiva de transformar as formas autoritárias e tradicionais de gestão das políticas sociais em adoção de práticas que tivessem maior transparência das ações do estado. Nesse sentido, a Informação e a Comunicação se apresentam como possibilidade de ações que podem favorecer o diálogo permanente com a sociedade, no sentido de garantir sua maior participação no processo decisório e acompanhamento das políticas públicas.

Para alcançar o objetivo proposto tem-se a seguinte questão de pesquisa: Como a comunicação em saúde contribui para a efetivação dos direitos sociais?

Acreditamos que a comunicação em saúde se apresenta como uma possibilidade de uma estratégia que poderá ser utilizada a fim de compartilhar, dialogar, orientar, divulgar e, sobretudo, contribuir para que pessoas e comunidades possam ter acesso à promoção, educação em saúde e da participação coletiva nas decisões relacionadas à saúde pública, além disso, compreender o conceito ampliado de saúde considerando os direitos sociais.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

Identificar na literatura científica como o tema comunicação em saúde é abordado em relação aos direitos sociais.

### **2.2 Objetivos específicos**

- Realizar um breve histórico da saúde pública no Brasil e os direitos sociais.
- Identificar, refletir e descrever como os artigos científicos tratam do tema comunicação em saúde e os direitos sociais.

### **3. REFERENCIAL TEÓRICO**

#### **3.1 Conceito de Saúde**

O conceito de Saúde não está diretamente ligado a doença ou ao recebimento de medicamentos pelo governo ou alguma internação em hospital. Saúde é muito mais do que isso, diz respeito à qualidade de vida em sociedade, a garantia de direitos e aos determinantes sociais e econômicos. Nesse sentido, destacamos a Organização Mundial de Saúde (OMS), que demonstra, no preâmbulo da sua Constituição, a amplitude deste conceito: “Saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1946). Acreditamos que um total bem-estar físico, mental e social é algo utópico, mas compreendemos que essa afirmação da OMS é um objetivo a ser seguido para a sua implementação de políticas que garantam o direito à saúde em todos os países, considerando uma sociedade menos adoecida, com menos desigualdades e com acesso a bens e serviços com dignidade.

Dessa forma, na Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948, no artigo XXV, a saúde é reconhecida como direito inalienável de toda e qualquer pessoa, bem como um valor social a ser buscado por toda a humanidade e que todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar-lhe e a sua família, saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos, saneamento básico, atividades culturais e segurança, além dos serviços sociais indispensáveis sendo assim o direito à saúde torna-se indissociável do direito à vida de uma forma igualitária (NAÇÕES UNIDAS, 1948).

Nos anos de 1960, há o surgimento da epidemiologia social que reconhece a determinação social da doença, e objetiva compreender as causas das desigualdades na saúde, levando em consideração os aspectos históricos, econômicos, sociais, culturais, biológicos, ambientais e psicológicos como aqueles que determinam e condiciona o processo saúde-doença (RAMOS et al., 2016; PUTTINI; PEREIRA JUNIOR; OLIVEIRA, 2010; BATISTELLA, 2007).

Na Conferência Mundial sobre Cuidados Primários em Saúde, realizada em Alma Ata no final da década de 1970, foi discutida como deveria ser organizada de maneira global a atenção primária em saúde a fim de garantir saúde para todos, além disso, foi estabelecido que o conceito de saúde deve levar em consideração as condições individuais e coletivas. Para

isso, foi necessário reconhecer que os Determinantes Sociais em Saúde (DSS) exercem influência na situação de saúde das nações (BUSS; FILHO, 2007).

No Brasil, a Comissão Nacional sobre os DSS definiu que esses são “os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos, raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população” (BUSS; FILHO, 2007, p.25).

Buss e Filho (2007) apresentam o modelo esquemático de Dahlgren e Whitehead, por considerá-lo mais abrangente e englobar as relações sociais que constituem os DSS. Dessa forma, o modelo é constituído de conceitos importantes sobre o que pode determinar a saúde ou situações que podem gerar o adoecimento das pessoas e das populações.

**Figura 1 – Determinantes sociais: modelo de Dahlgren e Whitehead**



Fonte: (Buss; Filho, 2007).

Esse modelo tem na sua base o indivíduo, cujas relações de saúde estão relacionadas às condições da pessoa, tendo como referências seus fatores hereditários/genéticos, idade,

sexo e gênero, estilos de vida que podem influenciar a nossa qualidade de vida e por consequência nos tornar mais propensos ao adoecimento ou não. No entanto, os modos de viver de cada um sofrem várias influências, estando também relacionados aos contextos sociais e ao acesso à informação, à proteção social, às influências das diversas mídias, questões culturais, ao acesso ao lazer, à alimentação saudável, e às questões econômicas, dentre outros.

Nas redes comunitárias de apoio podemos perceber como é o nível de coesão social, a forma que a sociedade se organiza solidariamente ou não. Nos demais níveis estão representadas as condições sociais da população, acesso à habitação/moradia, à alimentação saudável e sem agrotóxicos, saneamento e água tratada, transporte, características do trabalho, o acesso à educação, e à saúde. No último nível estão destacadas as condições econômicas, culturais e ambientais que a sociedade de modo geral está organizada.

Destarte, a construção de uma saúde pública que considere o conceito ampliado de saúde deve ser a tônica do estado de proteção social.

### **3.2 Breve história da Saúde Pública no Brasil e os Direitos Sociais**

O Brasil durante muitos anos não considerou a saúde como um direito dos cidadãos, as pessoas não tinham o acesso à serviços e ações para a promoção, proteção e recuperação da sua saúde e não havia outros direitos sociais garantidos constitucionalmente.

Podemos destacar que dos anos de 1500 até os anos de 1930 não existia no país uma política pública e nem um modelo de atenção à saúde que cuidasse da saúde da população. No início dos anos de 1900 iniciou-se a assistência à saúde de forma coletiva com ações de saneamento e combate às endemias. Nessa época, a saúde dos cidadãos não era uma preocupação dos governos e foram garantidas condições de saúde apenas para os trabalhadores envolvidos na produção e exportação, pois as doenças poderiam prejudicar a comercialização dos produtos (CIELO; SCHMID; WENNINGKAMP, 2015; POLIGNANO, 2001).

A história da assistência à saúde no Brasil, a partir do início do século XX, origina-se com a história da Previdência Social. Em função da garantia de direitos relacionados ao exercício do trabalho e das péssimas condições para o exercício do labor, o movimento

operário organizou e realizou greves gerais e conquistou alguns direitos sociais (POLIGNANO, 2001; ANDRADE; SANTOS; RIBEIRO., 2013).

Um dos resultados da luta dos trabalhadores foi a criação do que pode ser chamado do embrião da Previdência Social no Brasil. No ano de 1923 foi criada a Lei Elói Chaves, que instituiu para algumas categorias profissionais as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAP) e, no ano de 1934 foram criados os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP), contemplando inicialmente a categoria dos trabalhadores marítimos e depois os comerciários, bancários, industriários e, somente em 1938 foi criado o IAP dos servidores públicos e nos anos seguintes outras categorias foram contempladas (POLIGNANO, 2001; ANDRANDE et al., 2013).

Em 1966 ocorreu a difusão dos IAP e originou-se o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), até final dos anos de 1980 a Previdência Social foi o principal órgão de serviços de saúde destinado apenas aos trabalhadores formais e seus beneficiários (POLIGNANO, 2001).

Nessa época, a política de saúde se organizava por meio das ações de caráter coletivo como vacinação, vigilância epidemiológica e sanitária, as quais a responsabilidade era Ministério da Saúde, e a assistência médica individual era centrada no INPS e no Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), com acesso apenas para trabalhadores formais com carteira assinada, no qual as ações estavam centradas no indivíduo tendo como contexto político o fortalecimento do modelo de assistência hospitalar e a privatização dos serviços de saúde (CIELO; SCHMID; WENNINGKAMP, 2015). Dessa forma, apenas o modelo de medicina curativo estava vigente, centrado na atenção hospitalar e nas doenças. Com esse modelo curativo tornou-se inviável a solução de problemas de saúde coletiva, como endemias, epidemias e até mesmo a intervenção nas questões sociais (CARVALHO, 2013; POLIGNANO, 2001). Nessa época, o Estado com seu poder hegemônico e dominante limitava-se as políticas públicas de saúde a modelos seletivos e excludentes, contribuindo ainda mais para o agravamento das desigualdades sociais.

Ainda no regime autoritário na década de 1970, nasce o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, iniciado pelos departamentos universitários de medicina preventiva e social e constituído por estudantes, professores, trabalhadores da saúde e intelectuais. Também foram criadas na época instituições como o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES) e a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) para dar visibilidade e articular os pensamentos do movimento sanitário e dialogar com os diversos setores da

sociedade, como as Comunidades Eclesiais de Base (CEBS), vinculadas à Igreja Católica, que tiveram papel fundamental nesse processo (SCOREL et al., 2005; SCOREL, 2008; CARVALHO, 2013).

O Movimento da Reforma Sanitária conseguiu levar suas propostas para a Oitava Conferência Nacional de Saúde, que contou com a participação ampla da sociedade. A saúde foi discutida como resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. Esse novo contexto exige um grande esforço dos setores da sociedade em busca de uma atenção à saúde que visa oferecer uma maior cobertura, e que assegure um tratamento com qualidade, humanizado, integral e contínuo (CARVALHO, 2013; SCOREL, 2008).

As propostas advindas da 8ª Conferência Nacional de Saúde subsidiaram os debates para a elaboração da Constituição Federal de 1988, sendo um importante marco histórico na redefinição das políticas sociais, principalmente no campo da saúde pública do país, com a criação do sistema unificado, integral e gratuito de saúde: o SUS (CARVALHO, 2013; SCOREL, 2008).

A Constituição Federal de 1988 diz que o Estado tem o dever de oferecer um “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” artigo 198, inciso II. Nessa perspectiva, cabe ao Estado estabelecer um conjunto de ações que vão desde a prevenção até a assistência, nos diversos graus de complexidade (CARVALHO, 2013).

A implementação do SUS inserida numa concepção de seguridade social inscrita no art. 194 da Constituição Federal do Brasil de 1988, representa como modelo de proteção social, importante avanço na história da saúde pública no país, conforme estabelecido na Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990, conhecida como Lei Orgânica da Saúde,

A criação do SUS estabelece princípios democráticos baseados na universalidade, integralidade e equidade tendo como diretrizes norteadoras a descentralização, hierarquização, regionalização, resolutividade e complementaridade do setor privado com vista a uma gestão participativa (BRASIL, 1990).

Os princípios dos SUS em especial a integralidade, conforme texto constitucional, classifica o SUS como a principal política de inclusão social da história brasileira. Segundo Carvalho (2013), o SUS trouxe muitas conquistas para os usuários tais como: a distribuição gratuita de medicamentos para doenças crônicas e a reconhecida Política Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e aids, exemplos de iniciativas que surgem da



concepção de saúde como um direito universal um dos princípios do SUS. A Lei n. 8080/1990, denominada Lei Orgânica da Saúde, traz os princípios e as diretrizes do SUS como forma de organização e operacionalização da gestão em todo o território nacional.

Complementado a Lei 8080/1990, a Lei 8142/90 aborda as formas de participação na gestão. Uma gestão mais participativa na qual o controle social é realizado pelos atores sociais que compõem os conselhos e as conferências de saúde, constituindo-se assim fator importante da participação da sociedade para o fortalecimento do SUS. Aproximar-se das necessidades da população de modo mais transparente e com maior controle, torna o sistema de saúde democrático, representativo e acessível (CARVALHO, 2013).

O SUS é composto por um complexo sistema de redes de atenção à saúde devendo ser utilizado de forma humanizada e integrada, com o objetivo de atender as necessidades da população. A atenção básica de saúde se constitui uma das principais modalidades para as políticas de saúde, visando à qualidade e melhoria de saúde para a população (BRASIL, 2014).

Apesar das dificuldades encontradas no setor da Saúde, o SUS é a mais avançada política social do Brasil por ser uma proposta pública democrática de direito à saúde que aponta para a justiça social, fazendo necessária a luta constante para sua implementação e defesa de seus princípios por uma saúde pública, gratuita, integral e de qualidade, além do direito ao acesso à saúde para todos sem distinção (BRASIL, 2014).

Apesar do SUS ser considerado a maior política pública do país, há ainda muitos desafios para sua implementação, segundo Bravo e Menezes (2008), inúmeros fatores comprometem o fortalecimento e consolidação do sistema de saúde brasileiro como política social. Com a adoção da política neoliberal a partir dos anos 1990 e, presente nos dias atuais, percebe-se a intervenção do Estado na tentativa de redução de gastos se articulando com o modelo de assistência médica privatista buscando a ampliação da privatização da saúde, transferindo a responsabilidade para a população.

Hoje, trinta anos após a sua criação, o SUS vem enfrentando problemas de ordem econômica, política e administrativa. Os desafios da luta pelo direito à saúde no Brasil são enormes e constantes, por isso é fundamental o debate público diversificado e uma maior participação social.

Buscando compreender a importância do SUS, as principais políticas implementadas a partir da sua criação, demonstramos no quadro 01 a Linha do tempo da Saúde no Brasil – a partir da Constituição Federal de 1988:

**Quadro 1** – Linha do tempo da saúde no Brasil a partir da Constituição Federal de 1988.

<b>Período</b>	<b>Ações</b>
1988	Promulgação Constituição Federal que reconhece o direito de acesso universal à saúde a toda a população, por meio de um Sistema Único de Saúde.
1989	Registro do último caso de poliomielite no Brasil.
1990	Criação das Leis n. 8.080 e n. 8.142 regulamentam os serviços, a participação da sociedade e as bases de funcionamento do SUS.
1991	Estruturação da rede de atenção básica em saúde com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde.
1992	Aprovação da Norma Operacional Básica (NOB 01/1992). Programa de Reorganização dos Serviços de Saúde.
1993	Descentralização e municipalização dos serviços e a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps).
1994	Estruturação da Saúde da Família com equipes multidisciplinares atuando nas comunidades.
1995	Regulamentação do Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do SUS.
1996	Acesso e distribuição de medicamentos às pessoas com HIV/Aids. Redefinição do modelo de gestão do SUS que disciplina as relações entre União, estados, municípios e Distrito Federal.
1997	Criação do Piso de Atenção Básica (PAB) – repasse de recursos ao gestor municipal, por pessoa, para o atendimento à Saúde. Criação do Disque Saúde.
1998	Criação do Sistema Nacional de Transplantes. Plano Estratégico de Mobilização Comunitária para o Combate à Dengue.
1999	Criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) – uma nova etapa no registro e fiscalização de medicamentos e alimentos. Política Nacional dos Medicamentos Genéricos.
2000	Criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar– Regulamentação do setor privado de saúde.
2001	.A Lei n. 10.216 dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais.
2002	Publicação da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS 01/2002), que define a regionalização e a assistência à saúde. Políticas Nacionais de Saúde da Pessoa. Portadora de Deficiência, de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências.
2003	Criação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). O programa “De Volta para Casa” contribui com o processo de reinserção social de pessoas com história de internação psiquiátrica.
2004	Políticas Nacionais de Atenção Integral à Saúde da Mulher, de Humanização do SUS e de Saúde Do Trabalhador. Programa “Brasil Sorridente” – Um conjunto de ações para melhorar as condições de saúde bucal. Programa “Farmácia Popular do Brasil”. Criação da Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia (Hemobras).
2005	Política Nacional de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. Publicação do Plano Nacional de Saúde.
2006	Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão estabelecidos pelos gestores das esferas federal, estadual e municipal, com objetivos e metas compartilhadas. Política de Saúde da Pessoa Idosa.
2007	Política Nacional sobre o Álcool e veiculação de campanhas sobre o uso abusivo. O governo decreta a licença compulsória do antirretroviral Efavirenz.

2008	Ação efetiva para regulamentação da Emenda Constitucional n. 29, que trata Do financiamento das ações e serviços públicos de saúde.
2009	Lançamento da Campanha Nacional de Prevenção à Influenza H1N1. Política Nacional de Saúde do Homem. Inauguração do centro de estudo para produção de células-tronco.
2010	Criação do primeiro cadastro nacional de pesquisas clínicas realizadas em seres humanos. Universidade Aberta do SUS. Criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena.
2011	Estratégia Rede Cegonha. Regulamentação da Lei n. 8.080, de 19/9/1990, que dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS). Plano Nacional de Enfrentamento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis. Regulamentação do Cartão Nacional de Saúde. Programa Saúde Não Tem Preço.

Fonte: Elaborado pela autora de acordo com material disponibilizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2011).

Como podemos observar, houve vários avanços nas políticas de saúde a partir da implantação do SUS com uma diversidade de ações e serviços que mudaram a forma de atenção e cuidado à saúde da população. No entanto, destacamos que ainda são muitos os desafios para garantir a saúde universal e integral a todos os brasileiros.

Souza et al. (2019), em estudo denominado “Os desafios atuais da luta pelo direito universal à saúde no Brasil”, abordam um conjunto de reflexões e elencam vários desafios para o SUS. Destacamos esse artigo, porque ele tem como autores um conjunto de pesquisadores, fundamentais no movimento da Reforma Sanitária Brasileira. Durante alguns anos os avanços no SUS e em políticas sociais contribuíram para a redução das desigualdades sociais, mas por outro lado percebeu-se a expansão da saúde focada na atenção básica proporcionando o acesso ampliado a consultas médicas diminuindo as internações (SOUZA et al., 2019).

A proteção da saúde apresentou melhora expressiva por meio das ações do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, mas, por outro lado, temos a escassez dos profissionais de saúde e diferenças na qualidade do cuidado em saúde devido a fatores econômicos. Pela perspectiva dos autores Souza et al. (2019), não temos um sistema único de saúde e sim um conjunto de serviços fragmentados que disputam o mesmo recurso financeiro e cliente de diferentes capacidades financeiras. Ressalta ainda que temos apenas uma oferta de serviços que reproduz desigualdades sociais comprometendo a integralidade da atenção à saúde, priorizando o diagnóstico e o tratamento de doenças na contramão da prevenção de riscos e promoção da saúde.

Segundo Souza et al. (2019), podemos concluir que o país possui um rol de serviços abrangente para a maioria da população, mas mantém critérios desiguais no acesso e na qualidade do cuidado em saúde em desfavor da população mais vulnerável financeiramente. Assim sendo, a garantia do direito a Saúde é reconhecida constitucionalmente, já sua garantia

não é alcançada pelos problemas de saúde e os diferentes projetos na área da saúde (SOUZA et al., 2019).

O fortalecimento do SUS e a melhoria na sua eficiência nos apresenta como um importante desafio, através da valorização das carreiras públicas com critérios de desempenho para a avaliação do trabalho em saúde, a ocupação de cargos de direção por técnicos de carreira concedendo maior autonomia aos gestores e transparência na gestão (SOUZA et al., 2019).

Outra dificuldade apontada por Souza et al. (2019) é a regionalização da atenção à saúde devido ao subfinanciamento do SUS e a interferência de interesses empresariais e político-partidária, sendo preciso experimentar um poder compartilhado entre Municípios, Estados e União enfatizando o controle social.

Segundo os autores supracitados, a questão do subfinanciamento do SUS precisa ser superada através da luta por mais verbas para o sistema, a partir da mobilização social e garantir a luta pela democracia em todos os níveis. Nesse sentido, podemos afirmar que a saúde pública no Brasil é subfinanciada há anos e no contexto atual a situação é ainda mais grave devido à Emenda Constitucional n. 95, de 2016 (EC/95).

Para Santos e Funcia (2019), a EC/ 95, que congela os gastos públicos por vinte anos, tende a afetar gravemente a dignidade das pessoas, ferindo assim o direito fundamental à saúde no Brasil, pois a maioria da população ficará sem atendimento em suas necessidades. Portanto, podemos dizer que a escassez econômica e sub financiamento da saúde se somam a outros fatores agravantes, como o envelhecimento da população e a incorporação de novas tecnologias onerosas, para nos levar a uma encruzilhada entre o que é direito e o que é possível. Para sair dessa encruzilhada e estabelecer um novo pacto social na temática da saúde são imprescindíveis a mobilização e a politização da sociedade.

Nesse sentido, a saúde deve ser um bem público constituído com a contribuição de todos os setores da sociedade brasileira. É fundamental um compromisso ético e uma posição política na promoção da equidade em saúde para assegurar o direito universal à saúde, bem como a participação da sociedade para atuação em políticas públicas (FIGUEIREDO, 2009).

Para além da garantia do cuidado à saúde é necessário garantir outros direitos a fim de promover a dignidade das pessoas. Dessa forma, a promulgação da Constituição Federal Brasileira de 1988 é reconhecida como Constituição Cidadã porque trata também da garantia dos direitos sociais anteriormente ignorados pelo Estado.

Os direitos sociais representam uma mudança importante na evolução da cidadania no nosso país, e tem como principal função a garantia das condições mínimas de bem-estar social e econômico, garantia para uma vida digna que possibilite aos indivíduos o exercício e usufruo dos direitos e da sua cidadania (WOLFF, 2015; LOURO SODRÉ, 2015).

De acordo com a Constituição Federal de 1988, no seu artigo 6º, são direitos sociais: a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade à infância, a assistência aos desamparados.

Wolff (2015) afirma que os direitos sociais elencados na Constituição Federal podem ser definidos como: Seguridade social: Saúde, Assistência e Previdência Social; Educação: “direito de todos e dever do Estado e da família...”; Moradia: Garantia de habitação e melhorias nas condições habitacionais e saneamento básico; Trabalho: Valores sociais do trabalho, valorização e livre iniciativa; Lazer: como forma de promoção social; Proteção à maternidade e a infância: garantindo o direito à vida, a saúde, a alimentação, a educação; Segurança: exercício pleno de garantias e liberdades constitucionais; Segurança alimentar: Responsável pela criação do Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional.

São direitos ligados ao princípio da dignidade humana, solidariedade e igualdade, com o objetivo de atingir a justiça e o bem-estar social. Não tem por objetivo em si eliminar as desigualdades sociais e econômicas, mas assegurar que elas não interfiram no exercício pleno da cidadania. Algumas instituições públicas são representativas dos direitos sociais como o sistema de seguridade e de previdência social e educacional (WOLFF, 2015; LOURO SODRÉ 2015).

A garantia dos direitos sociais, às vezes, se dá por meio de políticas públicas e colabora com um dos objetivos da República que é erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais (FIGUEIREDO, 2009; OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2011; WOLFF, 2015).

Para Louro Sodré (2015)   fundamental que os direitos sociais sejam garantidos na Constitui o Federal 1988, no entanto esse autor considera que há uma insuficiência da participa o da comunidade para a garantia desses direitos,

Contudo, os espaços de participa o e argumenta o social não são suficientes a permitir a compreensão dos limites dos direitos alcançados; ademais, não se percebe uma completa inter-rela o estado-comunidade, coexistindo um estado weberiano, burocrata, com vida e interesses próprios, nem sempre coincidentes com os interesses da comunidade (LOURO SODRÉ, 2015, p. 248).

Abordando a importância da participação social, Wolff (2015) coloca que os movimentos sociais possuem novas práticas participativas e de mobilização coletiva refletindo o caráter dinâmico da cidadania. Nessa perspectiva, podemos dizer que para garantir a saúde é necessário um conjunto de ações e políticas públicas que possibilite condições de vida digna, reconhecendo os determinantes sociais em saúde.

### **3.3 A Comunicação e o Sistema Único de Saúde (SUS)**

Para Araújo e Cardoso (2007), assim como a saúde está garantida na Constituição Federal do Brasil de 1988, como um direito, a comunicação também deve ser um direito do cidadão, dessa maneira elas afirmam,

No campo da saúde, a comunicação não se dissociar da noção de direito, é dirigida a cidadãos, objetiva o aperfeiçoamento de um sistema público de saúde em todas as suas dimensões e a participação efetiva das pessoas na construção dessa possibilidade (ARAÚJO; CARDOSO, 2007, p. 61).

Nesse sentido, podemos dizer que a comunicação deve ser parte integrante do SUS, deve ser trabalhada conforme seus princípios para que os cidadãos tenham o acesso à informação e à comunicação, conheçam os serviços e as ações de saúde pública e possam dialogar sobre os conceitos de saúde e garantia de direitos.

Nessa perspectiva, as pesquisadoras Araújo e Cardoso (2007) destacaram uma relação fundamental entre a comunicação e os princípios do SUS e também a sua relação como um direito do cidadão. As autoras compreendem a Universalidade como o acesso à saúde para todos e a comunicação também como direito de todos, estando relacionada à democratização da comunicação e fundamentando-se na noção de que as pessoas não são apenas destinatárias daquilo que os técnicos da saúde têm a dizer, mas interlocutoras e componentes da construção dessa comunicação. Além disso, é necessário assegurar o princípio da Equidade, e promover a saúde de acordo com as necessidades individuais e coletivas, respeitando as diferenças, considerando as vulnerabilidades e reconhecendo as necessidades das pessoas e seus contextos, os lugares onde vivem, a sua cultura, os seus costumes e a sua autonomia. Assim, a integralidade será garantida, e haverá uma prática de saúde integral, no qual cuida do sujeito como um todo, valorizando o seu território e a sua cultura.

Outro princípio importante é a descentralização, na qual leva a saúde para mais perto da população, para cada território, para cada local, pensando, inclusive, a comunicação a partir da divisão de poder, pelo direito de falar e ser ouvido, dos usuários, os trabalhadores e os gestores da saúde. Ademais, a Hierarquização, que propõe as ações de saúde organizadas de forma hierarquizada para garantir atendimento integral aos cidadãos de acordo com as suas necessidades.

Assim sendo, a comunicação não deve ser construída somente pelo Ministério da Saúde ou pelas Secretarias Estaduais de Saúde, mas também em cada município, para que cada um deles construa sua própria política de comunicação a fim de estabelecer o diálogo mais próximo dos cidadãos, pensada a partir da sua localidade, da sua realidade com recursos financeiros, materiais e humanos garantidos.

Em relação à Participação, que diz respeito à sociedade participando das decisões sobre a organização, acompanhamento e fiscalização da saúde, a comunicação deve ser um lugar de democratização dos espaços de construção das políticas de saúde. Sem a comunicação trabalhando junto aos princípios anteriores, dificilmente teremos uma participação desejada (ARAÚJO; CARDOSO, 2007).

Para tanto, como observa Tovar (2006),

Sem comunicação e informação não é possível construir um sujeito social que exerça sua cidadania em saúde. Para que a participação seja possível, é preciso gerar cenários, processos e competência de comunicação que possibilitem a construção coletiva de sentidos e os interesses para atuar na formulação de políticas públicas. (p. 59).

O modelo de comunicação na saúde deve ter uma visão ampliada da saúde que contemplem propostas de descentralização e controle social. Desde a década de 80, os movimentos sociais vêm demonstrando como as tradicionais práticas de educação e comunicação são insuficientes e contraditórias com o projeto dos SUS que vê a saúde como resultado das condições de vida do indivíduo e sua participação democrática nas políticas públicas (CARDOSO; ROCHA, 2018).

O processo de comunicação na saúde e os assuntos relacionados a esse tema envolvem diferentes atores e é fortalecido pela criação dos conselhos e conferências de saúde que servem de espaço para discussão das necessidades para atingir um público alvo. O assunto mais abordado nas conferências de saúde é o controle social como incentivo à participação da população no processo de democratização da saúde. O objetivo incessante nesses encontros é

a busca de uma comunicação que expresse e reconheça as diferentes realidades de saúde existentes no nosso país (CARDOSO; ROCHA, 2018).

Outro assunto bastante pautado nessas reuniões diz respeito à ampliação das informações preventivas e o aumento do conhecimento sobre os riscos de saúde-doença. Nas diversas esferas de discussão em saúde seja municipal, estadual e federal reivindica-se muito sobre a comunicação no intuito de fortalecimento do SUS e participação social para fortalecer o pacto pela democratização e qualidade na comunicação e informação em saúde (CARDOSO; ROCHA, 2018).

A grande parte das práticas de saúde tem um pouco de comunicação, seja na atenção básica, na prevenção e na promoção de saúde. Os usuários de saúde, conselheiros e comunicadores devem trabalhar na construção de um modelo centrado a atenção no usuário com base na integralidade e no trabalho multidisciplinar dos profissionais da saúde. Descentralizar as ações de saúde e uma efetiva gestão participativa contribui para o fortalecimento do SUS uma vez que as atividades de comunicação na área da saúde são centralizadas e os resultados limitados e pontuais (CARDOSO; ROCHA, 2018).

Existem obstáculos para uma prática política que exercite um conceito de comunicação tão amplo e de participação que fundamentam o SUS. Um dos desafios atuais no fortalecimento do SUS é a construção de canais de interação com a mídia com o objetivo de divulgar a concepção de saúde pelo SUS bem como seus princípios. O processo de comunicação na saúde não só os comunicadores, os profissionais de saúde exercem um papel fundamental no conhecimento, formação e experiência passadas aos usuários (ARAÚJO; CARDOSO, 2007).

O acesso às tecnologias de comunicação é um importante aspecto no processo de democratização a informação bem como a inclusão digital para tentar diminuir as desigualdades sociais e aproximar a população da saúde (CARDOSO; ROCHA, 2018).

Atenção integral, humanizada e participativa, amplo investimento em pesquisa, atividades de formação e capacitação contribuem para garantir o direito da população a ter informações claras, confiáveis e acessíveis para que possam contribuir para o desenvolvimento do processo de comunicação (CARDOSO; ROCHA, 2018).

Oferecer e desenvolver uma comunicação que tenha elementos de compreensão que contribua para o fortalecimento da mobilização social pela saúde, construídos em conjunto com a sociedade faz com que a população deixe de ser um simples consumidor de informação a comunicação garantindo assim o exercício da cidadania.



Considerando a importância dos direitos sociais que são fundamentais, acreditamos que comunicação se torna essencial para o diálogo com a sociedade acerca desses direitos e para o fortalecimento dos princípios dos SUS e da cidadania.

#### **4. METODOLOGIA**

A presente pesquisa foi realizada por meio de uma revisão de literatura, optamos pela revisão narrativa, que teve como objetivo principal elencar estudos que tratam da temática da comunicação em saúde e os direitos sociais.

A busca de artigos para a revisão da literatura foi realizada no banco de dados eletrônicos da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Optamos pela BVS por ser uma Biblioteca do Ministério da Saúde que está disponível na internet com acesso gratuito e disponível.

A base de dados com maior número de indexações de artigos na temática analisada foi a LILACS (n=09). A base de dados LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) é produzida de forma cooperativa pelas instituições que integram o Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde e é coordenada pela Bireme (Biblioteca Regional de Medicina). Contém referências bibliográficas na área da Saúde publicadas nos países latino-americanos e Caribe, desde 1982. Possui 605 revistas da área de Saúde, compreendendo mais de 350 mil registros.

A busca foi realizada de artigos indexados em periódicos científico brasileiros, entre os anos de 2018 a 2019, a escolha desse tempo foi devido ao prazo de execução desse Trabalho de Conclusão de Curso.

Para a busca, empregou-se como palavras-chave, incluída nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Comunicação e Saúde, direitos sociais e SUS, todos juntos.

Para esta pesquisa, foram incluídos os artigos publicados em língua portuguesa, disponíveis integralmente.

Excluíram-se da análise artigos duplicados – que estavam presentes em mais de uma base de dados. Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados 09 artigos para revisão. Adiante, após a triagem, os artigos foram submetidos a leituras exploratórias e seletivas.

## 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a identificação e seleção, foram selecionados 09 artigos para esta revisão, sendo observados os seguintes aspectos para a análise: autores, ano de publicação, periódico no qual o artigo foi publicado, título do artigo, tipo de publicação. Posteriormente, cada artigo foi analisado observando-se: objetivos, evidências produzidas, aplicabilidade e/ou recomendações. No Quadro 1 são apresentados os 09 artigos.

**Quadro 2** – Artigos selecionados de acordo com ano de publicação, autores, título, base de dado onde foi indexado, periódico científico e tipo de publicação.

Nº	Ano	Autores	Título do artigo	Base de Dados	Periódico
1	2018	Rosane Aparecida de Sousa Martins	Saúde e direitos Sociais.	LILACS	RECIIS (Online)
2	2019	Ana Lucia Brochier Kist	Direito à saúde: institucionalização.	LILACS	Cad. Ibero Am. Direito Sanit. (Impr.)
3	2019	Cristina Celuppi, Daniela Savi Geremia, Jéssica Ferreira, Adelyne Maria Mendes Pereira, Jeane Barros de Souza.	30 anos de SUS: relação público-privada e os impasses para o direito universal à saúde.	LILACS	Saúde debate
4	2018	Maria Helena Barros de Oliveira; Marcos Besserman Nair Felipe Rangel de Souza Machado, Aldo Pacheco Ferreira, Fernando Salgueiro Passos Telles, Lucia Regina Florentino Souto.	Direitos Humanos e Saúde: 70 anos após a Declaração Universal dos Direitos Humanos.	LILACS	RECIIS (Online)
5	2018	Amélia Cohn	“Caminhos da reforma sanitária”, revisitado.	LILACS	Estud. Av.
6	2018	Alexandre Machado, César Albenes de Mendonça Cruz	Reflexões sobre a Saúde enquanto legítima expectativa e direito do cidadão, prioridades e dever do Estado.	LILACS	Textos contextos (Porto Alegre)
7	2019	Antônio Carlos Ferreira Vianna	Mediações e pesquisas na área de comunicação e saúde.	LILACS	RECIIS (Online)
8	2018	Renata Leite Carla Ventura Bruna Carrara	Direito à informação em saúde: uma revisão integrativa	LILACS	Cad. Ibero Am. Direito Sanit. (Impr.)

9	2018	Antônio Carlos Figueiredo Nardi; Rackynelly Alves Sarmiento Soares; Ana Valéria Machado Mendonça; Maria Fátima de Sousa	Comunicação em Saúde: um estudo do perfil e da estrutura das assessorias de comunicação municipais em 2014-2015.	LILACS	Epidemiol. serv. saúde
---	------	--	--	--------	------------------------

Fonte: Quadro elaborado pela autora com dados da busca realizada na Biblioteca Virtual em Saúde.

Adiante, apresenta-se o resumo dos artigos selecionados e as evidências, aplicabilidade ou recomendações dos autores. Em uma leitura mais apurada dos artigos selecionados, observamos os seguintes aspectos: resumo, evidências produzidas, aplicabilidade e recomendações. Destacamos abaixo as discussões dos autores nos referidos artigos.

Martins (2018) aponta, em linhas gerais, a participação e envolvimento dos sujeitos nas práticas de políticas públicas e decisórias no Sistema Público de Saúde brasileiro e evidencia a participação social, no qual a saúde exerce uma grande influência na trajetória da democracia brasileira, e ainda defende que as incursões das políticas neoliberais de um capitalismo globalizado atuam nesse cenário afetando diretamente o mecanismo de expansão da democracia no sistema de saúde.

Kist (2019) destaca a diferença entre o direito positivado pelo legislador brasileiro – direito à saúde enquanto direito fundamental de aplicabilidade inquestionável haja vista a proteção à vida – e o que rezam constituições de outros países com sistemas universais de saúde que não garantem o direito à saúde, mas o direito aos serviços de saúde. Esse autor conclui que o direito à saúde é um direito vital, fundamental e humano, e que a política de saúde, considerada como política social, enseja a responsabilidade de que a saúde é um dos direitos inerentes à cidadania. E a saúde, sob a ótica do controle social no estado democrático de direito, que conjuga elementos de representação política e de participação direta dos cidadãos nos assuntos do Estado, nesse contexto a participação social no SUS legitima a participação e controle da sociedade sobre os atos do governo.

Celuppi et al. (2019) analisou a relação público-privada nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como os impasses que repercutem na efetivação do direito universal à saúde. Pode-se identificar a descontinuação do projeto social almejado e concretizado na CF/88. Esses autores afirmam que luta de caráter reformista tão forte e presente na década de

1970 tem sido golpeada pela desmobilização e despolitização da sociedade em defesa da saúde pública, que cada vez mais, tem sido reduzida pelos governos a uma política assistencialista.

Oliveira et al. (2018) apresenta a discussão sobre a Declaração Universal dos Direitos Humanos questionando a sua efetividade na luta por direitos e reconhecendo suas falhas ao que se refere a igualdade entre os sujeitos. Os autores acreditam que para o avanço na garantia de direitos exige-se mais, e essa exigência pela garantia de velhos e novos direitos tornou-se no Brasil uma atividade extremamente delicada.

Cohn (2018) discorre sobre a natureza da Reforma Sanitária Brasileira e sua estratégia política para a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS). A autora defende que a participação da sociedade no processo de reforma da saúde é um movimento inacabado, e sem fim dada sua própria natureza, numa realidade social marcada pelo confronto dos princípios e diretrizes do SUS com crescentes interesses econômicos.

Machado e Cruz (2018) sublinham entre a expectativa do cidadão em ter seu direito à saúde garantido, e a prioridade em que o Estado posiciona seu dever de cumprir com o que lhe é devido. A saúde e a vida para serem asseguradas no exercício dos direitos sociais encontram barreiras no orçamento público. Esses autores ainda argumentam que a forma como o Estado realmente prioriza e se importa em defender a dignidade da pessoa humana como direito e garantia fundamental não deveriam ser baseadas no “custo”.

Vianna (2019) apresenta como as pesquisas na área de comunicação se concentraram em estudar os efeitos que as mensagens produzidas pelos meios exerciam sobre os sujeitos, sem se preocupar, necessariamente, com as apropriações que as pessoas fazem do conteúdo dessas mensagens. Segundo esse autor, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a maneira mais eficaz de se entender a decodificação das mensagens, pelos receptores, é conversar com os usuários que fazem uso dos serviços. A disputa pelo lugar de fala, que se verifica nos congressos de saúde, também pode ser observada em outros campos.

Leite (2018) identificou, avaliou criticamente e sintetizou evidências científicas relacionadas ao conhecimento de profissionais de saúde e usuários sobre direito à informação em saúde. Verificou-se a necessidade de capacitação de profissionais de saúde em relação ao direito dos usuários de serviços de saúde. Os resultados avaliados por esse autor demonstram como a educação dos profissionais mostra-se como uma possibilidade de se fazer cumprir o direito à informação do paciente, melhorando a prática assistencial e, conseqüentemente, as condições de saúde das pessoas e o exercício de seus direitos.

Nardi (2018) trata da inserção dos profissionais de comunicação na estrutura organizativa das Secretarias Municipais de Saúde, como sendo seguramente, uma das estratégias a serem adotadas para que esses espaços sejam instituídos como lugar a ser reconhecido por profissionais de saúde, gestores e outros sujeitos dos poderes da cidade como uma área técnica especializada e estratégica. Para esse autor, a função da assessoria de comunicação tem que ser a de auxiliar na efetiva construção de uma agenda política estratégica de comunicação em saúde, no âmbito das SMS e dos COSEMS, garantindo, assim, uma agenda que sinalize os compromissos institucionais com o fortalecimento dos processos de informação e comunicação voltados para a promoção da saúde, compreendidos como um ideal ético-político-formativo a ser alcançado na direção de cidades saudáveis, solidárias, democráticas e socialmente justas.

Nas publicações analisadas, as informações encontradas se dão conta de que o direito à saúde se concretiza com a constitucionalização desse direito como social no ordenamento jurídico nacional, nenhum trata o tema comunicação e informação para a saúde. Com a promulgação da CRFB/1988, a saúde passa a ser tratada como direito do cidadão e sua garantia é estabelecida como dever do Estado. A institucionalização do SUS em 1990, apregoando caráter de atendimento universal, equânime e integral, vem ao encontro da constitucionalização desse direito. Nesta pesquisa, puderam-se observar as dificuldades enfrentadas pelos usuários de uma unidade básica de saúde em relação ao acesso à informação em saúde, que está relacionada à integralidade do atendimento.

Destaca-se também que os autores abordam o direito à informação em saúde como um direito que se legitima a partir da informação mediada pelo profissional de saúde, permitindo que o paciente se aproprie desta informação, podendo gerar reflexões e conhecimento, possibilitando que exerça sua cidadania.

Em relação ao direito à informação, as legislações em vigor estabelecem que o usuário tem direito a receber informações claras, objetivas e compreensíveis sobre seu estado de saúde. Esse trabalho permitiu identificar a informação como um ponto chave para a promoção do cuidado integral, por meio de ações de saúde humanizadas e voltadas ao estabelecimento de um processo de comunicação claro.

Sendo assim, pode se tomar como entrave para a promoção do cuidado integral à saúde: a falta de acesso a informações verdadeiras sobre sua saúde, apontada como uma dificuldade pelos usuários, já que gostariam de receber informações corretas e com melhor qualidade. O respeito e a empatia com relação ao outro podem fortalecer e humanizar a

relação profissional de saúde-usuário. Outro entrave apontado são as dificuldades na relação interpessoal com o usuário, especialmente em virtude da rapidez nos atendimentos, já que o profissional, ao atender muitos usuários em pouco tempo, não lhes oferece o atendimento com a qualidade esperada, muitas vezes, tratando-os como um número, uma ficha, uma doença. Há casos em que o profissional prescreve medicamentos com base apenas no que diz o usuário, não o examinando e tampouco ouvindo as suas queixas, ressaltando-se, aqui, a despersonalização do paciente.

O excesso de burocracia no sistema é um problema evidenciado, já que atrapalha o funcionamento e a integralidade apregoada pelo SUS. Nessa perspectiva, observa-se que o problema não é a existência de formalização, necessária em organizações dessa dimensão, mas, sim, o excesso de regras, que, ao invés de facilitarem o processo de trabalho, muitas vezes, dificultam a efetividade do serviço prestado ao usuário do sistema de saúde.

Em suma, com base nos artigos analisados, podemos afirmar que o exercício do direito à informação em saúde é pré-condição para a diminuição da vulnerabilidade e para a promoção do fortalecimento do usuário, permitindo que exerça as diferentes possibilidades de escolha relacionadas à sua própria saúde, e, assim, tenha condições de se tornar um dos sujeitos da relação profissional de saúde-usuário.

No que se refere às relações entre profissionais e usuários, foi destacado que para que realmente exista um equilíbrio entre os poderes dos envolvidos neste processo, é fundamental que os profissionais de saúde reconheçam o paciente como usuário, ou melhor, como um ser humano, que possui uma história de vida distinta, sentimentos e necessidades, e não apenas como “mais um” paciente a ser atendido dentre muitos números e doenças. Para que isto aconteça e se estabeleça um cuidado realmente integral e humanizado, o profissional deve se utilizar de um padrão subjetivo em sua comunicação com o usuário, atuando como um verdadeiro mediador nesta relação. Nessa perspectiva, o profissional de saúde busca se colocar no lugar do outro compreendendo as suas particularidades.

Contudo, apesar de os princípios que regem o modelo do SUS preconizarem a integralidade e a humanização do cuidado, na prática, o sistema representa um modelo em construção, que enfrenta desafios na gestão operacional e de recursos humanos. A sobrecarga de atendimentos, a escassez de apoio humano e de recursos físicos, bem como o excesso de formalização constituem, nesse contexto, sérios obstáculos para a transformação do paciente em usuário na relação com o profissional de saúde e por meio do exercício do seu direito à informação em saúde.

O SUS aponta para o estabelecimento de vínculos entre profissionais, serviços e usuários além de atividades permanentes, para sua concretização é preciso disponibilidade e tempo para ouvir, conhecer, e dialogar com as necessidades da população que geralmente são bem diferentes das que os serviços em saúde oferecem (CARDOSO; ROCHA, 2018).

Acreditamos que para que a comunicação baseada nos princípios do SUS ocorra, é necessário que ela seja dialógica, no sentido de as pessoas envolvidas participarem de sua construção e da sua aplicabilidade. Portanto, a comunicação é um processo humano, fundamental na vida, e na atualidade, em conjunto com os avanços tecnológicos nessa área, possibilita uma maior interação do indivíduo com as diversas mídias. (CARDOSO; ROCHA, 2018).

Os artigos encontrados e analisados trazem em comuns discussões a respeito da participação social do sujeito nas decisões de políticas públicas salientando a importância da participação popular nas decisões para efetivação do direito à saúde no SUS.

Tratam também da importância da informação em saúde para os usuários do SUS bem como a participação efetiva dos gestores da saúde no processo. Outro assunto abordado foi a importância da luta social e a reforma sanitária para a construção e fortalecimento do SUS.



## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na elaboração do trabalho buscamos estudos de uma forma mais ampla, que estão no referencial teórico, no entanto observou-se uma baixa produção da literatura entre 2018 e 2019 sobre o tema abordado e a articulação do direito à saúde como preceito fundamental da Constituição Federal. A escrita desse TCC também foi um ponto dificultador na produção do trabalho por sua especificidade e natureza acadêmica.

A comunicação tem estado em evidência na sociedade contemporânea, o acesso à informação amplia a capacidade de argumentação da população e participação nos processos decisórios.

A comunicação se configura como importante estratégia para o processo de efetivação dos direitos relacionados à saúde, mas o que se verifica é que a comunicação que permeia o sistema de saúde vigente na atual conjuntura, não corresponde às necessidades e demandas da população usuária, ou seja, não corresponde às propostas do SUS, sendo assim essa forma de comunicação não contempla uma perspectiva de efetivação dos direitos sociais.

O conhecimento advindo deste estudo leva a reflexões sobre a importância do processo de comunicação no cuidado em saúde e sobre os desafios do ensino das habilidades de comunicação e de relacionamento interpessoal durante a formação de profissionais de saúde e, posteriormente, durante sua prática profissional tornar os sujeitos, com um papel dinâmico e ativo na realidade.

Apesar das lacunas e desafios existentes, esse estudo apontou indícios e possibilidades de mudança para a construção conjunta de relações mais democráticas, em que o usuário exerce direitos e também tem consciência de suas obrigações como cidadão.

É urgente repensar as práticas comunicacionais na construção e defesa do SUS nas ações cotidianas da saúde na busca por uma comunicação universal e equânime que vão de encontro com os princípios dos SUS e incluí-las entre os determinantes sociais da saúde para a construção de uma sociedade democrática mais justa e solidária.

Nesse sentido, sugere-se o desenvolvimento de investigações que abordem o exercício do direito à informação e comunicação em saúde de forma mais abrangente. Pensamos também que há a necessidade de que se estabeleçam políticas públicas de educação e esclarecimento da população sobre o seu direito à informação, dialogando assim com os

cidadãos sobre o acesso à informação, os seus direitos como usuários dos serviços públicos especialmente os de saúde.

Na perspectiva dos direitos sociais, a comunicação é um elemento essencial para dialogar com a sociedade, percebemos que para concretizar essa ação é importante que seja feita de forma horizontal, com maior participação dos diversos atores envolvidos nas políticas públicas. Ao mesmo tempo, é preciso que os gestores identifiquem os aspectos que interferem e prejudicam o processo de comunicação e realizem intervenções, visando sua melhoria.

## 7. REFERÊNCIAS

ANDRADE, L. O. M.; SANTOS, L.; RIBEIRO, K.G. Política de Saúde no Brasil. In: Rouquayrol, M.Z.; SILVA, M. C.G. (Orgs). **Epidemiologia & Saúde**. 7.ed. Rio de Janeiro. Editora MedBook, 2013.

ARAÚJO, I. S.; CARDOSO, J. M. **Comunicação e Saúde**. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro 2007.

BATISTELA, C. Saúde, Doença e Cuidado: Saúde, Doença e Cuidado: complexidade teórica e necessidade histórica. In: FONSECA, A. F.; CORBO, A.M. D'A. (Org.). **O território e o processo saúde-doença**. Organizado– Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 20 fev. 2019.

BRASIL. **Ministério da saúde**. 2019. Disponível Em<< <http://www.blog.saude.gov.br/entenda-o-sus>>>. Acesso em: 20 fev. 2020.

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 20 set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 160 p.: il. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao\\_redes\\_atencao\\_saude\\_sas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_redes_atencao_saude_sas.pdf). Acesso em: 08 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. **SUS 20 anos: a saúde do Brasil**. Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Assuntos Administrativos. –Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011. 36 – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

BRAVO, M. I.; MENEZES, J. S. B. Política de Saúde no Governo Lula. In: **Política de Saúde na Atual Conjuntura: Modelos de Gestão e Agenda para a Saúde**. Organizadores, Maria Inês Souza Bravo [et al.]. – 2. ed. Rio de Janeiro: Rede Sirius/Adufrj-Ssind, 2008. Disponível em: <https://www.adufrj.org.br/wp->

content/uploads/2013/03/Revista\_cadernos\_de\_Saude\_PAGINA.pdf. Acesso em: 26 nov. 2021.

BUSS, P. M.; FILHO, A. P. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

CARDOSO, J. M.; ROCHA, R. L. Interfaces e desafios comunicacionais do Sistema Único de Saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1871-1879, 2018.

CARVALHO, G. A saúde Pública no Brasil. **Revista Estudos Avançados**, v. 27, n. 78, 2013.

CELUPPI, I. C. et al. **30 anos de SUS: relação público-privada e os impasses para o direito universal à saúde**. Saúde debate [online]. 2019, vol.43, n.121, pp.302-313. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0103-11042019000200302&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0103-11042019000200302&lng=en&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 10 nov. 2020.

CIELO, I. D.; SCHMID, C. M.; WENNINGKAMP, K. R. Políticas públicas de saúde no Brasil: uma avaliação do IDSUS no estado do Paraná (2011). **Revista Desenvolvimento Regional em debate**, v. 5, n. 1, p. 211-230, jan/jun. 2015.

COHN, A. “Caminhos da reforma sanitária”, revisitado. **Estud. av.** vol.32 no.93 São Paulo May/Aug. 2018. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-40142018000200225](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142018000200225). Acesso em: 20 set. 2021.

ESCOREL, S. et al. As origens da reforma sanitária e do SUS. In: LIMA, N.T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F.C.; SUÁREZ, J.M. (Org.). **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005, p. 59-82.

ESCOREL, S. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à Reforma Sanitária. In: GIOVANELLA, L., ESCOREL, S., LOBATO, L.V. C., NORONHA, J. C., CARVALHO, A. I. (org.) **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008, p. 385-434.

SOUZA, L. E. P. F. et al. Os desafios atuais da luta pelo direito universal à saúde no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2019, v. 24, n. 8, p. 2783-2792. Epub 05 de agosto de 2019. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232019000802783&script=sci\\_abstract](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232019000802783&script=sci_abstract). Acesso em: 19 set. 2021.

FIGUEIREDO, M. F. **Direito à saúde**. 2. ed. Salvador: Juspodivm. 2009.

KIST, A. L. B. Direito à saúde: Institucionalização. **Cadernos Ibero Americanos de Direito Sanitário**, v. 9m n. 1, p. 155 -163, 2019. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/521/582>. Acesso em: 19 set. 2020.

LEITE, et al. Direito à informação em saúde: uma revisão integrativa. **Cad. Ibero-Amer. Dir. Sanit.**, Brasília, v. 7, n. 2, p. 187-214, abr./jun, 2018. Disponível em: <file:///C:/Users/55319/Downloads/486-Texto%20do%20artigo-1644-2-10-20180703.pdf>. Acesso em: 26 nov. 2021.

MACHADO, A.; CRUZ, A. M. (2018). **Reflexões Sobre a Saúde Enquanto Legítima Expectativa e Direito do Cidadão, as Prioridades e Dever do Estado** Textos & Contextos (Porto Alegre), 17(1), 228 – 239. Disponível em<< <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/28561>>>. Acesso em 26/02/2021.

MARTINS, R. A. S. Saúde e direitos sociais. **Reciis – Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde**, v. 12, n. 2, p. 115-18, 2018. Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1548/2214>. Acesso em: 26 fev. 2021.

NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Organização das Nações Unidas – ONU, 1948. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cdhm/comite-brasileiro-de-direitos-humanos-e-politica-externa/DecUniDirHum.html>. Acesso em: 05 jun. 2020.

NARDI, A. C. F. Comunicação em saúde: um estudo do perfil e da estrutura das assessorias de comunicação municipais em 2014-2015. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 27, n. 2 Brasília, 2018. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2237-96222018000200314](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222018000200314). Acesso em: 19 nov. 2020.

OLIVEIRA, M. H. B.; VIANNA, M. B.; TELES, N; MACHADO, F. R. S.; FERREIRA, A. P.; TELLES, F. S. P. Direitos humanos e saúde: 70 anos após a Declaração Universal dos Direitos Humanos. **Reciis – Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde**, v. 12, n. 4, 2018. Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1667/2242>. Acesso em: 26 fev. 2021.

OLIVEIRA, C. R.; OLIVEIRA, R.C. Direitos sociais na constituição cidadã: um balanço de 21 anos. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 105, p. 5-29, jan/mar. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ssoc/n105/02.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) – 1946.**

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração dos direitos das pessoas deficientes:** resolução aprovada pela Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas, em 09/12/1975. Disponível em: [http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/dec\\_def.pdf](http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/dec_def.pdf). Acesso em: 14 nov. 2020.

POLIGNANO, M. V. História das Políticas de Saúde no Brasil: Uma pequena revisão. **Cadernos do Internato Rural-Faculdade de Medicina/UFGM**, v. 35, 2001. Disponível em: <http://www.ebah.com.br/content/ABAAAAXfkAJ/historiadas-politicas-saude-no-brasil-pequena-visao>. Acesso em: 10 fev. 2019.

PUTTINI, R.F.; PEREIRA JUNIOR, A.; OLIVEIR, L. R. Modelos explicativos em Saúde Coletiva: abordagem biopsicossocial e auto-organização. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20 n. 2, p. 753-767, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/physis/2010.v20n3/753-767/pt>. Acesso em: 21 jun. 2020.

RAMOS, F. L. P. et al. As contribuições da epidemiologia social para a pesquisa clínica em doenças infecciosas. **Revista Pan-Amazônica de Saúde**, Ananindeua, v. 7, n. esp., p. 221-229, dez. 2016. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/rpas/v7nesp/2176-6223-rpas-7-esp-00221.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2020.

SANTOS L.; FUNCIA, F. **Emenda Constitucional 95 fere o núcleo do direito à saúde.** 2019. Disponível em: <http://www.cee.fiocruz.br/?q=Emenda-Constitucional-95-fere-onucleo-essencial-do-direito-a-saude>. Acesso em: 30 abr. 2020.

LOURO SODRÉ, J. I. Direitos sociais e políticas públicas: A dificuldade de efetivação. **Revista de Direito**, [S. l.], v. 7, n. 02, p. 235-254, 2016. Disponível: <https://periodicos.ufv.br/revistadir/article/view/1654/732>. Acesso em: 20 nov. 2020.

SOUZA, L. et al. **Os desafios atuais da luta pelo direito universal à saúde no Brasil.** *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 24, n.8, 2019. Disponível em:

[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232019000802783&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000802783&tlng=pt). Acesso em: 20 jun. 2020.

TOVAR, M. T. Participação e controle social para o exercício pleno da cidadania em saúde na América Latina: importância da comunicação Informação. In: BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Coletânea de comunicação e informação em saúde para o exercício do controle social**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. p. 58-60.

VIANNA, A.C. Mediações e pesquisas na área de comunicação e saúde. **Reciis – Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde**, v. 13, n.1, p. 229-233, 2019. Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1717/2266>. Acesso em: 26 fev. 2021.

WOLFF, M. P. **Direitos Sociais - Fundamentos e política de implementação**. São Paulo: Estúdio Editores.com, 2015.