

Políticas de comunicação comparadas: comunicação e democracia na saúde em dois municípios em *gestão plena*

Áurea Maria da Rocha Pitta

As ciências políticas e os estudos das democracias se referem frequentemente à liberdade de imprensa e à liberdade de expressão como variáveis a serem consideradas nos estudos das democracias contemporâneas, ou mesmo indicadores da existência de governos democráticos. No entanto, estas liberdades são muitas vezes tratadas como *variáveis exógenas* dos processos de construção e legitimação destas mesmas democracias e seus regimes de visibilidade e ausculta as demandas sociais (Pitta, 2004).

Neste texto, parto do pressuposto de que as políticas públicas de comunicação, as tecnologias e metodologias das quais o campo governamental se utiliza ao longo de diferentes contextos históricos, acabam por condicionar, no âmbito da produção e circulação dos discursos sociais na esfera pública, um dado padrão de visibilidade,¹ de responsividade e conflitualidade entre governos e cidadãos, criando sucessivas e diferenciadas cristalizações do que podemos chamar provisoriamente de *padrões de relação* (modelos de comunicação) entre governos e povo no campo das políticas públicas. Parto ainda do entendimento de que a chamada grande imprensa e *suas liberdades* – a “liberdade de imprensa”, tal como se instituiu no Brasil (como modelo de outorga do Estado à iniciativa privada ou a um poder oligárquico), bem como a relação entre governos e empresariado nacional no campo da publicidade e propaganda – não respondem mais às demandas em comunicação de gestões de pretensões participativas. Isto se deve às próprias características das formas de relação entre setor público e imprensa, e ainda das formas de relação entre setor público e empresas de publicidade e propaganda que, conjugadas, constituem o que vou chamar aqui de modelo “DIP”².

Arrisco dizer que, persistir neste modelo, com dimensões teórico-metodológicas ainda bem acalentadas por teorias lineares de comunicação já suficientemente trabalhadas em momentos anteriores (Pitta, 2001), significa adotar como política de comunicação entre governos e municípios um conjunto de normas e formas de fazer que nos faz recuar os horizontes de gestões mais democráticas do Sistema Único de Saúde – o SUS. Estas novas modalidades de gestão na saúde com base no conceito de integralidade da atenção e da promoção da saúde guardam maior

coerência com metodologias e tecnologias de governo que possibilitam uma ampla rede de interlocução com grande capacidade de auscultar as necessidades sociais e em saúde como preconiza o sempre bem lembrado *conceito ampliado de saúde*.³

No entanto, se *democracia* significa para alguns teóricos mais clássicos o *governo pelo povo*, as decisões públicas, tomadas por cidadãos livres de uma comunidade política, são a sua própria base de justificação. Isto torna o próprio conceito de democracia um tema altamente controverso, já que, “igual autonomia”, significa a existência de uma “estrutura comum de ação”, e esta *autonomização* de cidadãos, grupos e movimentos sociais acaba sendo inviável e mesmo incompatível com um sistema de poder político, econômico e social gerador de assimetrias (Held, 1997). Soma-se a isso uma característica histórica da formação social e política brasileira: um certo hibridismo que conjuga, como aponta Fedozzi (2000), uma formalidade jurídico-institucional compatível com uma sociedade democrática convivendo com práticas institucionais particularistas, clientelistas, “que acabam por indiferenciar o que é público do que é privado e/ou pessoal, configurando uma persistente subsunção do público ao privado”.

Estas questões trazem consigo um outro problema daí derivado: que padrão de relacionamento ou responsividade se torna possível em sistemas de governo nos quais prevalecem profundas desigualdades sociais, assimetrias e particularismos – portanto, desigualdades de acesso à chamada esfera pública através das comunicações?⁴

No sentido de lidar com estas questões, inicio este estudo, ainda exploratório, analisando duas assessorias de Comunicação (ASCOMs) de secretarias municipais de Saúde de governos com propósitos democráticos de gestão. A escolha se deve ao potencial destes espaços institucionais, em se tornarem agentes de transformação das relações governos-municípios.

Este campo de atividades se organiza como um campo de saber técnico-político, voltado para uma ampla gama de agenciamentos discursivos no campo da saúde nos espaços local, nacional e transnacional e vem, historicamente, mediando/negociando as relações, essencialmente políticas, de poder governamental com a chamada grande imprensa. Este mesmo campo de atividades vem agenciando as relações entre equipes técnicas da saúde e agências de publicidade e propaganda licitadas pelos governos, de forma a normatizar e colocar em circulação na esfera pública os discursos educadores dos níveis técnicos centrais *de governo* (Pitta, 2001).

Para Oliveira (2006), trata-se de um trabalho especializado e que se realiza através de um grupo técnico responsável pela absorção, reelaboração e retransmissão de fluxos verticalizados de informações, cuja preocupação nunca

ultrapassa a simples adequação de conteúdos ao universo cognitivo dos participantes. Um modelo de práticas, ressalta o autor, “que não deve ser invocado no lugar da constituição de uma política de comunicação e informações em saúde na perspectiva dialógica e democrática”.

Portanto, o que me pergunto neste texto é: no contexto da acelerada convergência tecnológica, do debate de um “modelo de negócios” para a TV digital brasileira e da formação de redes sociais informatizadas, que mudanças conceituais, tecnológicas e metodológicas na formação dos profissionais de comunicação e das ASCOMs dos dois governos com propósitos participativos de gestão vêm sofrendo? Que práticas e processos de trabalho permanecem e o que surge de novo na era das chamadas *redes sócio-técnicas*?

No campo das Redes, Scherer-Warren (2005) ressalta que as redes sociais informatizadas não apenas conseguem uma comunicação em tempo real “como também aproximam e permitem a reflexão de temporalidades históricas distintas como a tradição, a modernidade e/ou pós-modernidade” a exemplo do Movimento Neo-Zapatista de Chiapas de resgate de valores culturais milenares difundidos em tempo real.

Doimo *et alii* (2005), em seu estudo de caso da DH NET, concluem que as redes cibernéticas de participação funcionam como um canal midiático que potencializa um determinado *ethos* participativo, reforçando redes locais de participação e de circulação de valores comuns, com trocas de experiências, prestação de serviços e novas alternativas de participação política embora, sozinha, enfatizam os autores, não seja capaz de solucionar os problemas que atingem as democracias participativas contemporâneas.

Lacerda *et alii* (2006) ressaltam a existência concreta de redes participativas como recursos de ação coletiva de diferentes naturezas e de construção de demandas ao Estado, caracterizando uma rede como *rede de vínculos* e geradora de apoio social (recursos emocionais tangíveis em relações sociais sistemáticas) e promotora de saúde – física e mental.

Stotz (2007), analisando diferentes casos brasileiros, chama a atenção para o surgimento de inúmeras redes sociopolíticas, inclusive de caráter local, como expressão de uma nova subjetividade política: de uma nova consciência de que se pode fazer política diretamente para além da delegação por meio do sufrágio universal, ressaltando que as experiências de trabalho em rede ou rodas de conversa expressam processos mais profundos ao interior do sistema capitalista mundial, constituindo-se como uma resposta à fragmentação social que a reestruturação capitalista das empresas e da economia produziu na trama social.

Santos e Avritzer (2003), analisando casos concretos, ressaltam que a capacidade de lidar com a complexidade cultural e administrativa não aumenta com a escala, e que os processos de pluralização cultural, de constituição de novas identidades e do reconhecimento das diferenças têm conseqüências profundas na redefinição da prática democrática e que necessariamente vão além da democracia representativa.

Portanto, não falo aqui de redes como espaço de relações passivas e entre sujeitos, mas de processos geradores de espaços-sociais que se cruzam – ou de interações/relações sociais (por que não de comunicação social!) entre posições assimétricas de exercício do poder. Não como algo estático, mas como espaço que incorpora a noção de complexidade aos processos sociais e culturais inerentes à construção de sua face visível e operativa – em permanente e acelerada transformação de sua base tecnológica.

COMUNICAÇÃO, GESTÃO E DEMOCRACIAS — APROXIMAÇÕES

Para uma aproximação à questão da democracia no campo das políticas públicas e de saúde, reitero que a ampliação da participação política – propósito de gestões e governos ditos democráticos, depende de alguns pré-requisitos que recupero resumidamente (Dahl *apud* Pitta, 2001).

Participação

Liberdade de formar e/ou aderir a organizações.

Direito de se constituir como liderança política e disputar apoios.

Elegibilidade para cargos públicos.

Eleições livres e idôneas.

Direito de disputar votos.

Direito à Informação

Direito a informações em poder do campo governamental.

Direito de organizar informações e promover o seu acesso público.

Direito de acesso a fontes alternativas (não-governamentais) de informação.

Direito à Comunicação

Liberdade de expressão pública de pautas, agendas e demandas culturais e políticas com equidade de acesso a canais de expressão – meios de comunicação.

A participação política, no entanto, não é vista aqui, como já enfatizei, apenas como um mecanismo de promoção de maior inclusividade através do sufrágio universal, mas de outras modalidades de participação direta nos processos de formulação, acompanhamento e controle público sobre as ações governamentais, a depender de uma rede de interações que possa conferir um caráter de maior comunicabilidade ou responsividade⁵ entre governos e povo. Responsividade esta que abrange desde as relações entre lideranças e liderados, governos/autoridades/burocracias e governados/povo/cidadania a uma responsividade dita profunda ou constitucional — como obrigação da burocracia governamental em responder por suas ações ou decisões junto a atores legal e juridicamente constituídos (Dahl *apud* Pitta, 2001).

Muitos autores utilizam o termo *accountability* para definir estas redes de relações, que não devem ser vistas de forma mecânica frente à complexidade das relações de poder e relações humanas que conformam este enredamento de sujeitos e vínculos sociais em tensão, o que reforça a necessidade de se buscar um refinamento na análise das políticas públicas, em nosso caso, de comunicação.

Oliveira (2006) ressalta a necessidade das autoridades e instituições públicas poderem ser publicamente interpeladas, questionadas, cobradas e instadas a prestar contas de seus atos diante dos outros atores sociais. Para o autor, esta *social accountability*, enquanto princípio político-administrativo, está integrada na cultura política da democracia de alguns países desenvolvidos, mas no Brasil ainda é uma novidade como espaço de relação entre governo, instituições e sociedade. Quem a promove, continua, são diferentes constelações de atores sociais que vão desde o indivíduo isolado até os cidadãos organizados como movimentos sociais, diferentes associações de cidadãos, associações comunitárias, sindicatos, consumidores, entre outros, bem como algumas instituições voltadas especialmente para esta finalidade, como o Ministério Público, a mídia, as ouvidorias de algumas organizações empresariais e instituições públicas.

Ainda para Oliveira (2006), a *accountability* se apresenta como processo que invoca a responsabilidade objetiva e subjetiva das instituições e dos responsáveis por seu funcionamento através da *constituição de espaços públicos democráticos*. Com isso, determinados atores e instituições podem responder e dar transparência a seus atos ou sobre a qualidade de seus produtos e serviços. A interação democrática entre uns e outros é o que permitirá o estabelecimento de controvérsias coletivas de relevância pública.

No que toca mais especificamente aos serviços de Saúde, Vaitsman e Andrade (2005) se utilizam do termo responsividade como conceito operacional que

incorpora a visão do usuário de serviços, mas *para além das medidas de satisfação*, colocando o usuário/paciente/cidadão com o *status* de sujeito de direitos válidos universalmente, ressaltando que “do ponto de vista das instituições, a responsividade está ligada ao chamado *enforcement* dos direitos dos pacientes nas sociedades democráticas”.

De outro lado, é importante lembrar duas grandes questões de fundo. A primeira, que as atribuições legais do controle público através dos conselhos de Saúde no Brasil sofreram uma inflexão entre as Oitava e Nona conferências nacionais de Saúde, quando se desloca a ênfase do controle público do espaço de *formulação* para o da *fiscalização* de políticas (Guizardi *et alii*, 2004). Vale lembrar que tal inflexão relaciona-se ao contexto das reformas neoliberais do início da década de 1990. A segunda, que, apesar de movidos por um novo *ethos* nas relações entre governos e povo, os conselhos de saúde carregam consigo uma série de limitações que vão desde aquelas de ordem comunicacional ao interior dos seus sistemas de representação, até questionamentos sobre o seu futuro papel nas transformações do próprio modelo de atenção à saúde. Alia-se a estas questões a frágil presença dos conselhos de saúde no debate das políticas de saúde frente ao poder político de outros espaços de maior poder decisório – como as comissões intergestoras bipartite (secretarias municipais e estaduais) e tripartite (secretarias municipais e estaduais junto com Ministério da Saúde).

A gama de questões aqui elencadas me levou a indagar, em meu campo de atividades e formação, que tipo de envolvimento existe entre as políticas municipais de comunicação do atual contexto histórico brasileiro com a mais do que nunca necessária responsividade das gestões municipais, especialmente aquelas com compromissos participativos. Em outras palavras, trata-se de uma aproximação a um *locus* setorial que, em tese, deve ser capaz de se posicionar como sujeito de transformações das relações entre as instituições públicas e municipais, interferindo efetivamente na constituição de modelos de gestão mais responsivos (comunicativos) no campo da saúde, da formulação de políticas de saúde e da formulação das próprias políticas de comunicação do setor público no Brasil.

Dado o contexto de convergência tecnológica no campo das comunicações e as possibilidades concretas de outras formas *mais diretas* de relação entre governos e povo, de que políticas municipais de comunicação se está a tratar ao analisar governos com propósitos participativos de gestão? Que novos perfis profissionais, processos de trabalho, tecnologias, podem imprimir outras formas de relação (comunicação) mais condizentes com as necessidades de saúde e respostas às demandas sociais ao poder público em um dado município?

JUSTIFICATIVA DO ESTUDO EXPLORATÓRIO

Este estudo de caráter exploratório pressupõe que os processos de construção das democracias são processos complexos que só se esclarecem a partir da análise de regimes e/ou processos sociais e políticos particulares de construção das formas de dominação política, social e econômica: uma questão que transita pelo campo dos estudos do poder e da complexidade dos processos de construção da realidade – essencialmente comunicacionais (Pitta, 2001).

Essa complexidade faz, das democracias contemporâneas, construções históricas com alguns problemas daí derivados: um deles, segundo Lessa (2007), a naturalização do mercado como infra-estrutura incontornável da experiência democrática, o que faz com que não se cogite mais, em termos de alternativa sistêmica, um outro desenho do que um dia se chamou de infra-estrutura da sociedade

A opção por duas secretarias municipais de saúde se dá tanto por questões circunstanciais – como facilidades de contato e apoio –, como conceituais e político-administrativas, como será apontado na metodologia de trabalho que vem sendo utilizada. Ressalto que os processos de municipalização dos serviços públicos de saúde no Brasil são o resultado de um complexo processo de transformações administrativas sofridas pelo SUS desde a década de 1980⁶, quando pela primeira vez é incorporado, aos processos de formulação de políticas nacionais de saúde, o discurso de representações populares – discurso comprometido com a construção de um modelo de atenção à saúde de natureza pública, e de gestão democrática.

Da mesma forma, as últimas conferências nacionais de Saúde definiram desde centros de Documentação, Informação, Comunicação e Educação em Saúde como pólos municipais de natureza pública e abertos ao município em geral – estudantes, professores, usuários do SUS, conselheiros de saúde, trabalhadores e técnicos da saúde e gestores. Espaços de uso público (salas públicas, multimídia ou salas “de situação”) que teriam como função subsidiar processos educativos e de acesso a informações indispensáveis às redes de ensino formal, a projetos educativos em geral, a movimentos sociais e conselheiros de saúde. Estes espaços nas cidades permitiriam interferir nas desigualdades de acesso às novas velocidades impostas pela comunicação digital, em suas infinitas possibilidades de fortalecimento de novas tramas interativas.

O uso destas novas tecnologias com finalidades e propósitos públicos e de gestão da saúde nas cidades, em tese, serviriam de fortalecimento aos pressupostos de liberdade de expressão, entendida como *exercício de direitos, a saber, do direito à comunicação*, do direito à transparência administrativa, do direito à participação nos processos decisórios e do direito às informações em saúde e acervos documentais de diferentes produtores e fontes (governamentais ou não-governamentais).

No entanto, se a emergência destes pontos de acesso público no território pode propiciar maiores possibilidades de acessibilidade, transparência, novas velocidades e maior porosidade dos programas e políticas de governo, não assegura que a diversidade de visões de mundo, de demandas e de necessidades que configuram um dado problema de saúde concreto seja levada em consideração no momento da formulação das políticas municipais de saúde, dada a incorporação desigual do acesso a estas tecnologias no Brasil – que se expandem via mercado de telecomunicações.

O fortalecimento da capacidade de expressão pública de demandas e necessidades sociais e de saúde é, com certeza, ainda o grande desafio para as políticas públicas de comunicação e, conseqüentemente, para as democracias. Enfrentar este desafio significa também dar conta de transformações na oferta de serviços e ações de saúde e no próprio agendamento das interpelações na esfera pública.

ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS

As estratégias metodológicas que vêm sendo utilizadas no estudo são a observação participante, as entrevistas e a análise documental junto a núcleos técnicos centrais – as ASCOMs de duas secretarias de Saúde de municípios com população entre 2 e 2,5 milhões de habitantes, equipamentos urbanos de rádio, TV, jornais e mídias locais, acesso a tecnologias digitais e redes de telefonia. Ambos tornam públicos os seus propósitos de gestão participativa como marca de governo.

A análise se atém inicialmente ao *modus operandi* das equipes técnicas de comunicação das secretarias frente aos propósitos de gestão participativa da rede local de serviços. Implícitas a análise estão observações e projetos de pesquisa anteriores, histórias contadas por profissionais de comunicação e imprensa (preservadas as fontes) com experiência no campo da gestão pública.

O “campo” de trabalho pode ser definido como o espaço de atividades, interlocuções, processos de trabalho, recursos orçamentários e produção das equipes municipais de ASCOMs, de forma a indicar traços em comum e generalizáveis destes processos de gestão comunicacional e a analisar comparativamente em que se diferenciam estes setores da administração pública – no caso do SUS.

Ressalto inicialmente que as secretarias municipais de Saúde analisadas neste estudo exploratório têm como características em comum o desejo de ruptura com o modelo “DIP” mais tradicional e vêm buscando implantar um modelo de gestão comunicacional mais compatível com as necessidades de saúde e demandas populares. As equipes de ASCOM e outras equipes técnicas das secretarias têm disponibilizado a grande maioria dos dados solicitados.

AS ASCOMS OU ASSESSORIAS DE COMUNICAÇÃO: UMA BREVE CARACTERIZAÇÃO

As assessorias estudadas estão situadas em termos organizacionais em nível de alta direção na hierarquia das secretarias municipais de Saúde (ASCOM 1 e ASCOM 2)⁷. Mantêm relações de subordinação tanto com o gabinete do secretário de Saúde, como com as ASCOMs dos gabinetes dos prefeitos e, em caso de divergências políticas entre os dois níveis de governo, prevalece a posição da ASCOM do gabinete da Prefeitura. Portanto, desde já ressalto o grande envolvimento desta área de atividades públicas com os processos decisórios que se desenrolam junto aos poderes constituídos pelo sufrágio universal e suas equipes e cargos de confiança designados.

Percebe-se, nesta área, que o bom relacionamento do profissional de Comunicação com o *staff* das secretarias e a confiança política prevalecem em relação à formação profissional das chefias, apesar de se observar a tendência, imposta pelas próprias injunções da área de atividades, de uma formação cada vez mais qualificada no que diz respeito as questões da saúde pública e das ciências sociais e políticas. Isto é fato em uma das secretarias, com um perfil de chefia de formação em jornalismo com pós-graduação em ciências políticas (ASCOM 2).

No caso das duas secretarias municipais, não parece ser mera coincidência a autonomia relativa da ASCOM 2. A estrutura de cargos de nível de gerências e subgerências, a diversidade de técnicos com formações variadas e um orçamento próprio em torno de R\$ 4.000.000,00/ano a diferenciam bastante do perfil da ASCOM 1 e de muitas outras observadas ao longo dos últimos anos, em que o profissional da área não planeja a utilização dos recursos destinados a ela.

Apesar do empenho observado pela equipe da SMS 1 desde 2006 para a constituição de uma Diretoria de Informações e Comunicação, a estrutura continua insuficiente e é conduzida, neste momento do estudo, por uma estagiária e um assessor de imprensa.

A ASCOM 2 vem acompanhando o processo de quebra das tradicionais estruturas de hierarquia de sua secretaria, que vem instituindo comitês gestores *intergerências* em toda sua estrutura administrativa. Neste contexto, a área de comunicação superou a posição de órgão meramente assessor e de apoio operacional, para assumir uma posição estratégica na formulação da própria política de saúde do município e com o mesmo peso relativo das outras áreas técnicas. Isto faz com que assuma, conseqüentemente, uma relativa autonomia no planejamento e gestão de suas atividades e projetos.

É interessante ressaltar a estreita relação da atual Gerência de Comunicação – ASCOM 2 com as áreas de vigilância em saúde e epidemiologia,

inclusive com treinamento para relacionamento público com a mídia. Sua política de campanhas, nas palavras da gerência, é de “campanhas moleculares e longas”, articulando ações diferenciadas na esfera pública, a saber:

- campanhas publicitárias, coletivas de imprensa, fluxos regulares de informações epidemiológicas para a grande imprensa;
- informações públicas sobre notificação de casos, informações públicas sobre sintomatologia e prevenção;
- identificação de públicos específicos com vistas a bloqueios via vacinação;
- articulação de parcerias com a rede privada e empresas;
- produção de dados e informações para Internet e Intranet;
- divulgação de protocolos clínicos via rede privada e filantrópica de saúde, sindicatos e associações profissionais, contratação de serviços;
- criação de *jingles* para carros de som, utilização da rede de farmácias e drogarias para ações conjuntas e divulgação de material impresso;
- ações diretas junto à rede própria de serviços, servidores e médicos.

A proposta da gerência é desenvolver um trabalho estrategicamente planejado junto aos distritos de Saúde e unidades de Saúde do município – *mais capilar e permanente no que toca ao quadro epidemiológico local*, com produção e distribuição de impressos (tradição da área), produção de audiovisuais educativos e projetos de uso das novas tecnologias de comunicação em pontos estratégicos da rede de serviço (Centros de Saúde)⁸.

Entre as áreas de trabalho institucional sob a responsabilidade desta Gerência de Comunicação estão uma Subgerência de Ouvidoria Pública (Ouvidoria do SUS e *telemarketing*) com extrato mensal de demandas, reclamações, críticas e sugestões que subsidiam o planejamento e ações das diferentes gerências da secretaria. Este trabalho é realizado por 18 estagiários em 9 meses de atendimento telefônico e conta com profissional de formação biomédica, com excelente resolutividade, segundo dados da entrevista realizada. Todas as atividades são gerenciadas por uma equipe multiprofissional, com profissionais de relações públicas, publicidade, rádio e TV, jornalismo, ciências políticas, biologia, entre outros. A gerência conta com um orçamento anual em torno de R\$ 4.000.000,00/ano, através dos quais realiza contratos temporários com prestadores de serviços e através de concorrência pública, como empresas gráficas, carros de som, produção de VTs e outros.

Os investimentos em infra-estrutura de informática para acesso público e gratuito estão a cargo da Prefeitura como um todo. Há diferentes programas de criação de espaços gratuitos de acesso público à Internet, sempre em parceria com

movimentos sociais e ONGs, universidades, empresas privadas e diferentes esferas governamentais. Um dos projetos prevê a implantação de rede de computadores nos distritos de saúde da cidade e para uso de conselheiros municipais, distritais e locais de saúde.

Na ASCOM 1, apesar dos esforços realizados desde 2006 pelas equipes técnicas da Secretaria em geral, percebe-se a persistência da tradicional ASCOM do gabinete do secretário (mais centrada em assessoria de imprensa) e, de outro lado, em outra área técnica, a existência de uma área de comunicação de caráter educativo voltada para a produção de peças publicitárias, campanhas, organização de feiras da saúde e eventos e outras atividades tradicionais nesta área como eventos em dias “D”, produção de material educativo impresso e distribuição de camisinhas.

O binômio publicidade e propaganda/jornalismo prevalece, tendo a área de comunicação educativa um forte papel mediador entre as áreas técnicas de epidemiologia e vigilância da SMS e a agência de publicidade e propaganda licitada. No decorrer do trabalho junto à ASCOM 1, em 2006, chama a atenção a resistência desta área técnica diante da pressão exercida pelas agências licitadas na definição da “melhor pauta” para campanhas de um determinado mês, o que denuncia um risco de inversão de prioridades na agenda pública e de perda da autonomia do setor público frente ao prestador de serviços – no caso a agência licitada. Em vez de uma agenda de produção determinada por necessidades sociais e de saúde percebidas pelos profissionais de vigilância e epidemiologia ou mesmo pelo Conselho Municipal de Saúde percebe-se o risco de um agendamento a partir de temas que estão na *ordem do dia* da grande imprensa.

Sem orçamento próprio, a área se torna dependente da disponibilidade de recursos de outras rubricas orçamentárias das áreas técnicas que demandam serviços e funciona por demanda e movida por “crises” – sem condições, pela falta de quadros, de um trabalho planejado e com orçamento próprio. No que toca ao jornalismo, pode-se dizer que, a depender do contexto político-partidário e dos realinhamentos do leque de forças políticas das coligações ao longo de um mesmo governo municipal, esta área se torna fundamental na mediação e gestão do discurso oficial junto à mídia local e nacional: em desmentidos, em ações para evitar alarmismos, e negociações com a imprensa ou publicação de notas oficiais. A ASCOM 1 não tem ouvidoria em sua estrutura: este serviço é uma das áreas de investimento da Prefeitura como um todo. Não tem página própria na Internet – apenas um primeiro catálogo de serviços de saúde na cidade por especialidades, endereços e telefones, entre outros dados. Em resumo, trata-se de um hercúleo esforço dadas as condições de privatização dos serviços de saúde e situação caótica da rede pública quando foi assumida pelo atual

governo municipal, bem como a falta de pessoal enfrentada nos primeiros anos da atual gestão.

É interessante ressaltar, no entanto, a constituição de ouvidorias nas unidades e distritos de saúde da cidade, balcões de informação e acolhimento, marcação telefônica de consultas, implantação de listas de espera, reuniões comunitárias, bem como projetos de agentes multiplicadores de informações em saúde em um dos distritos de saúde da cidade. A ouvidoria geral da Prefeitura tem constituída uma rede municipal de ouvidores num sistema informatizado integrado por diferentes órgãos e entidades que garante um atendimento personalizado desde o registro da queixa ou denúncia até o retorno ao município. Funciona paralelamente a uma Central Municipal de Teleatendimento.

UMA PRIMEIRA DISCUSSÃO DOS DADOS

A partir da sistematização destes dados de campo ressaltamos algumas questões preliminares. Em primeiro lugar, a dificuldade de identificar as rubricas de orçamento destinadas a esta área de atividade, de tal forma pulverizadas no orçamento público que se tem tornado impossível um cálculo de gastos anuais, o que impede o controle público destes gastos.

Esta primeira questão tangencia uma outra relacionada aos processos de trabalho no campo da publicidade e propaganda: mesmo que a produção de uma peça audiovisual seja feita com recursos públicos, sua *veiculação* só poderá ser feita através da agência de publicidade (ou, o mais comum, o *pool* de agências e empresas) licitada. Cabe destacar aqui que os custos de veiculação em mídia falada e, especialmente, televisada, são os custos mais elevados do orçamento em publicidade e propaganda.⁹

Uma terceira questão diz respeito ao que foi chamado de “retrabalho” das equipes das duas secretarias junto as agências. Geralmente sem quadros técnicos qualificados para o trabalho no setor público, em especial o de saúde, as peças “criadas pela agência” são inúmeras vezes refeitas pelas equipes de comunicação das ASCOMs 1 e 2 e suas áreas técnicas de epidemiologia e vigilância em especial.

Não há, em nenhuma das secretarias, uma política de avaliação desta área de atividades que vá além da contabilidade de peças produzidas e distribuídas/ano. Apesar da existência de cursos de graduação e pós-graduação neste campo e inúmeras *antigas e novas vertentes* de estudos de recepção e utilização de produtos comunicacionais, o setor público de saúde e sua pujante produção de peças de comunicação não tem – há anos se toca nesta mesma tecla – uma política de avaliação do uso que os chamados *receptores*, ou *leitores* fazem desta produção, e,

conseqüentemente, dos recursos públicos gastos, com certeza nada modestos, com os serviços de publicidade e propaganda¹⁰.

De outro lado, pode-se observar o investimento das duas prefeituras na informatização das unidades de saúde e sistemas de ouvidoria e teleatendimento informatizados. Especialmente na Prefeitura da ASCOM 2, foi feito um grande investimento em informática pública, com criação de espaços gratuitos de acesso à Internet, rede de telecentros e unidade móvel de inclusão digital com treinamentos para acesso a web.

É fundamental destacar nesta primeira análise dos dados de campo que a relativa autonomia da ASCOM 2 – hoje gerência com orçamento próprio anual, parece vir criando maiores possibilidades de se transitar entre o que chamamos de modelo “DIP” para uma ação mais planejada e atenta às lutas políticas do campo das comunicações que se pautam, essencialmente, pela superação das desigualdades de acesso às tecnologias digitais e às novas velocidades de comunicação.

A tendência aqui ressaltada nos faz antever a possibilidade de emergência de novas *estruturas comuns de ação* como sugere Held (1997) em sua discussão sobre o próprio conceito de democracia. Não quero dizer com isso que este seja um caminho sem inflexões e limitações impostas pelo próprio mercado das telecomunicações e seus interesses junto ao campo governamental, mas que há um *planejamento possível* dentro dos limites impostos às experiências democráticas pelas economias de mercado.

Esta “estrutura”, que vem sendo proposta ao longo dos processos de conferências de Saúde na última década, coloca a ASCOM 2 (hoje gerência) como possível propulsora de um novo projeto para este campo de atividades – de uma outra política de comunicação para o município, mais coerente com os propósitos participativos de gestão.

Esta possibilidade nos colocaria um passo adiante no projeto participativo, não apenas pelas maiores possibilidades que cria de expressão da diversidade de agendas, pautas, demandas ao poder público, mas, especialmente, por criar uma nova base tecnológica para o exercício da chamada responsividade ou/e *accountability*.

Um projeto que cria a possibilidade de emergência de novos padrões de conflitualidade e interpelações aos poderes de uma elite que, nas palavras de Lessa (2002), constitui uma esfera de segredos que tende a ser cada vez maior nos processos decisórios das chamadas democracias – sobretudo, continua o autor, tomando decisões que produzem cadáveres.

A principal preocupação deste texto, mais do que apresentar conclusões e proposições finais, foi demarcar um campo que considero povoado de objetos de

investigação e reflexão no campo das políticas públicas, ciências sociais e políticas e gestão pública.

As questões que se apresentam na dimensão empírica deste estudo exploratório convidam a uma reflexão mais cuidadosa sobre a estreita relação existente entre a construção das democracias contemporâneas e os modos como se instituem os seus regimes de visibilidades e silêncios.

Da mesma forma, e especialmente, a preocupação do texto é dar continuidade a reflexões anteriormente produzidas em torno das políticas de comunicação do setor público da saúde, bem como em torno dos conceitos de responsividade e/ou *accountability*.

Pretendo insistir na hipótese que, a depender do enfoque (um constructo ideológico por excelência) que dá sustentação a estas políticas, elas se aproximam menos ou mais dos preceitos que sustentam as propostas de controle público das ações governamentais e da própria dinâmica das relações e enredamentos que aí se estabelecem.

Se sistemas cada vez mais democráticos de governo são uma luta cotidiana de muitos de nós, acredito ser necessário um esforço de melhor compreender as transformações de nossas instituições de saúde e de suas redes de mediações sociais e vínculos que vão, processualmente, se moldando a cada contexto histórico e circunstância concreta.

A escolha de políticas de comunicação no âmbito municipal como cenário de estudo deve-se ao interesse em destacar os aspectos presentes na dinâmica das relações sociais, políticas e institucionais que atravessam a história de cada lugar e das relações entre os sujeitos atuantes neste lugar, o que corresponde ao esforço da democratização da política pública de saúde por meio da estratégia da descentralização de funções e recursos para os municípios brasileiros.

Ressalto ainda que os problemas de saúde e os processos saúde-doença têm suas especificidades tanto em termos de oferta de serviços, disponibilidades tecnológicas de intervenção individuais ou coletivas, aspectos clínicos, epidemiológicos, político-institucionais, éticos. Mas, sobretudo, têm especificidades no que toca às constelações de atores sociais, entes públicos e privados, que se vinculam ao problema a ser enfrentado. Isto torna a questão da responsividade (e/ou *accountability*) um processo político-institucional, jurídico e social de natureza bastante complexa.

Para finalizar, ninguém melhor do que Michel de Certeau (2006), mais uma vez, para apagar a luz do escritório, por enquanto...

A razão tem seu próprio tesouro guardado no *povo* e inscrito na história. Ela o transforma, mas recebendo-o daquilo que a precedeu. Um fluxo popular, de onde tudo provém, ascende; finalmente, dizendo-se sua cabeça de ponte, a ciência esclarecida confessa, também, não ser senão a metáfora dele.

Com os meus agradecimentos a Valdir Castro de Oliveira e Álvaro César Nascimento pelas contribuições bibliográficas e dados enviados, e a Eduardo Navarro Stotz pelo apoio na revisão final deste texto —fundamental para a sua conclusão.

ÁUREA MARIA DA ROCHA PITTA é pesquisadora em Saúde Pública do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/Fiocruz).

NOTAS

1 Uma visibilidade que não depende, como propõe Norbert Bobbio, apenas de uma apresentação em público de quem já está investido de poder, mas de uma “proximidade espacial” entre governantes e governados. O tema será aprofundado num segundo momento. Ver Bobbio, 1986.

2 O DIP – Departamento de Imprensa e Propaganda é criado no final de 1939 e sucede o Departamento de Propaganda e Difusão Cultural de 1934, que, por sua vez, sucede o Departamento Oficial de Propaganda de 1931. Neste contexto, todos os ministérios eram estimulados a desenvolver atividades similares. O Ministério da Educação e Saúde cria, na reforma de 1937, o Serviço de Publicidade. Ver Pitta, 2001. O importante a ressaltar é que estamos neste momento no Estado Novo de Vargas e no contexto de governos totalitários que explodem em todo o mundo.

3 O conceito ampliado de saúde está intimamente relacionado com a noção de qualidade de vida como bem-estar social e, portanto, a diferentes esferas da vida em sociedade, como necessidades de alimentação, habitação, educação, cultura, lazer, transporte, acesso à terra, entre outras tantas.

4 Não vou utilizar aqui a terminologia “Meios de Comunicação de Massa” propositalmente, dada a vertiginosa convergência atualmente existente entre o rádio, a TV, e as redes digitais.

5 Tradução que dei para o termo accountability.

6 Desde a 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986, o modelo de organização dos serviços de saúde no Brasil vem sofrendo profundas transformações. Diz-se hoje que um município está em gestão plena quando cumpre certos pré-requisitos que permitem o repasse de recursos entre esferas de governo. Por exemplo, ter conselho de saúde em pleno funcionamento, entre muitos outros.

7 A remuneração para as chefias destas áreas em municípios de grande porte pode chegar a ser compatível com a de direções de hospitais (dado ainda não avaliado nas duas SMSs do presente estudo).

8 Projeto em fase de formulação no primeiro semestre de 2007.

9 Para se ter uma idéia aproximada, pela tabela atual consultada na Internet, a veiculação de 30 segundos de comercial em horário nobre (os custos variam conforme o horário) de segunda a sábado (6 entradas) custa R\$ 75.515,00 (fonte TV Bandeirantes)

e 30 segundos em uma só inserção em intervalo do Jornal Nacional custavam em 2004 de R\$ 250.000,00 a R\$ 380.000,00 (dados revistas Veja, edição 1.869, ano 37, nº 35, 1 de setembro de 2004 – matéria de capa sobre o Jornal Nacional).

10 Consultada a página do Conselho Nacional de Auto-Regulamentação Publicitária em 18 de julho de 2007 pode-se ler na página de abertura: “No momento em que a ANVISA ensaia a imposição de restrições à liberdade de expressão comercial (grifo meu) por via de resoluções de sua Diretoria Colegiada, as entidades signatárias reafirmam sua confiança no estado de direito democrático e esclarecem às autoridades, à opinião pública e ao mercado publicitário que estão atentas e coesas (grifo meu) na defesa das prerrogativas constitucionais asseguradas à propaganda comercial. São Paulo, maio de 2007. Questiona-se a competência técnica do setor público em avaliar e regulamentar a área de atividades. Ver www.conar.com.br

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BOBBIO, Norberto. *O Futuro da democracia: uma defesa das regras do jogo* (4ª edição) Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1986.

BUCCI, Eugênio Crítico de TV terá coluna semanal no Caderno JB. *Jornal do Brasil* de 22/4/2001

CERTEAU, Michel de. *A escrita da história*. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 2006.

DIAS, Leila Chistina e SILVEIRA, Rogério L. Lima (orgs) *Redes, Sociedades e Territórios* Santa Cruz do Sul/EDUNISC, 2005

DOIMO, Ana Maria et alii. “Movimentos Sociais, Internet e Novos Espaços Públicos: o caso da DH NET”. In DIAS, L.C. e SILVEIRA, R.L.L. (orgs.). *Redes, sociedades e territórios*. Santa Cruz do Sul/EDUNISC, 2005.

FEDOZZI, Luciano. “Orçamento participativo e esfera pública: elementos para um debate conceitual”. In FISCHER, N.B. e MOLL, J. (orgs.). *Por uma nova esfera pública*. Petrópolis, Editora Vozes, 2000.

GUIZARDI, Francini et alii. “Participação da comunidade em Espaços Públicos de Saúde: uma análise das Conferências Nacionais de Saúde”. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. vol. 14, nº 1, p. 15-39. Rio de Janeiro, 2004.

HELD, David. “Desigualdades de poder: problemas da democracia”. In MILIBAND, D. (org.). *Reinventando a esquerda*. São Paulo/Editora UNESP, 1997.

LACERDA, Alda et alii. “As redes participativas da sociedade civil no enfrentamento dos problemas saúde-doença”. In, PINHEIRO, R. e MATTOS, R. *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro, CEPESC/IMS-UERJ/ABRASCO, 2006.

LESSA, Renato. “Teoria da democracia: balanço e perspectivas”. In PERISSINOTO, R.M. e FUKS, M. (orgs.). *Democracia – Teoria e Prática*. Rio de Janeiro, Relume Dumará, 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE/CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Roteiro para o debate e apresentação de propostas para a 13ª Conferência Nacional

de Saúde. Brasília, 14 de junho de 2007. Versão em pdf disponível em http://conselho.saude.gov.br/web_13confere/index.html

MINISTÉRIO DA SAÚDE/ FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ/ ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. Projeto Saúde 2004: contribuição aos debates da 12a Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. 35 p.

OLIVEIRA, Valdir Castro. Comunicação, informação e participação popular nos conselhos de saúde mimeo, 2004

_____. *Desafios e contradições comunicacionais nos Conselhos de Saúde*, mimeo, 2006.

PITTA, Áurea Maria da Rocha. *Comunicação promoção da saúde e democracia: um estudo de caso no Sistema Único de Saúde no Brasil*, Tese de doutoramento apresentada à Escola de Comunicação da UFRJ, Rio de Janeiro, 2001.

_____ www.com-textos.net. Página pessoal.

PITTA, Áurea Maria Rocha e URIBE RIVERA, Javier. Sobre pontos de partida: uma proposta metodológica para o planejamento em comunicação com vistas ao conceito de Integralidade da Atenção. Revista Interface – Comunicação, Saúde, Educação Fundação UNI/UNESP, 2006.

SANTOS, Boaventura de Souza e AVRITZER, Leonardo. In SANTOS, Boaventura de Souza (org.). *Democratizar a democracia – os caminhos da democracia participativa* (2ª edição). Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 2003.

STOTZ, Eduardo Navarro. *Democracia representativa e participativa no Brasil: da Constituinte ao governo Lula*, mimeo, 2007.

SCHERER-WARREN, Ilse. “Redes Sociais: trajetórias e fronteiras”. In DIAS, L.C. e SILVEIRA, R.L.L. *Redes, sociedades e territórios*. Santa Cruz do Sul, EDUNISC, 2005.

VAITSMAN, Jeni e ANDRADE, Gabriela Rieveres Borges. “Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde”. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, vol. 10, nº 3, pp. 599-613. 2005.