

USP - Universidade de São Paulo
Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas
Programa de Pós-Graduação Humanidades,
Direitos e Outras Legitimidades

Anne Elise de Oliveira Candal Pinheiro

A Comunicação no Ambiente Hospitalar Público:
Formas de relacionamento com os públicos.

São Paulo

USP - Universidade de São Paulo
Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas
Programa de Pós-Graduação Humanidades,
Direitos e Outras Legitimidades

Anne Elise de Oliveira Candal Pinheiro

A Comunicação no Ambiente Hospitalar Público:

Formas de relacionamento com os públicos.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Humanidades, Direitos e Outras Legitimidades, da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo para obtenção do título de mestre em Humanidades, Direitos e Outras Legitimidades.

Orientação: Prof^a Dr^a Mariangela Furlan Haswani

São Paulo

2023

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo na Publicação
Serviço de Biblioteca e Documentação
Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo

C216c

Candal, Anne Elise de Oliveira A comunicação no ambiente hospitalar público: formas de relacionamento com os públicos / Anne Elise de Oliveira Candal; orientador Mariangela Furlan Haswani - São Paulo, 2023.

93 f.

Dissertação (Mestrado)- Programa de Pós-Graduação Humanidades, Direitos e Outras Legitimidades da Universidade de São Paulo. Área de concentração: Humanidades, Direitos e Outras Legitimidades.

1. comunicação pública governamental. 2. comunicação em saúde. 3. saúde pública. 4. gestão em saúde. I. Haswani, Mariangela Furlan, orient. II. Título.

CANDAL, Anne Elise de Oliveira | **A Comunicação no Ambiente Hospitalar Público: Formas de relacionamento com os públicos.** Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Humanidades, Direitos e Outras Legitimidades, da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo para obtenção do título de mestre em Humanidades, Direitos e Outras Legitimidades

Aprovado em:

Banca Examinadora

Presidente: Mariangela Furlan Haswani

Ana Maria Malik

Margarida Maria Krohling Kunsch

Maurício Nascimento Cruz Filho

São Paulo

2023

Dedico esse trabalho àqueles que estão nas trincheiras comigo, que caminham ao meu lado, que me estendem a mão. Àqueles que me presenteiam com a sua presença, verdadeira, real e genuína. O caminho é mais doce e suave porque vocês existem. Obrigada por tanto!

Agradecimento

A Deus por cada respiração, cada inspiração e cada obstáculo superado, o caminho nem sempre é fácil, mas com Ele, é mais leve.

A minha mãe, pelo amor e apoio incondicional e por ser exemplo de força e superação, que me inspira diariamente a buscar o que acredito.

Aos meus irmãos Ramiro e Philippe, vocês fazem parte de quem eu sou e sou mais eu porque tenho vocês em mim.

Ao meu marido, Cesar Roberto pelo amor, companheirismo, apoio, incentivo, dicas preciosas e paciência nos dias de trabalho intenso e muita reflexão, e aos empurrões quando o cansaço, o desânimo e os “bloqueios” me faziam pensar em desistir.

Ao Diversitas que abriu suas portas para mim permitindo que eu acessasse um mundo novo cheio de sentido, ampliando meus horizontes e expandindo os limites do meu universo particular.

E, a essa pessoa incrível e inspiradora, minha amiga e orientadora Mariangela Furlan Haswani por ter me guiado até este momento, com tanta generosidade para compartilhar do seu saber e suas vivências.

Sumário

1.	INTRODUÇÃO	12
	1.1. Tema e Justificativa	15
	1.2. Objetivos Gerais.....	26
	1.3. Objetivos Específicos.....	27
	1.4. Metodologia.....	27
	1.5. Aporte teórico.....	30
2.	DIREITO E SAÚDE NO BRASIL.....	32
	2.1. Constituição Cidadã.....	32
	2.2. Administração Pública e seus princípios.....	35
	2.3. Sistema Único de Saúde – SUS.....	39
3.	COMUNICAÇÃO NA SAÚDE PARA A SAÚDE.....	45
	3.1. Comunicação e Saúde: espaços de convergência.....	45
	3.2. Comunicação Pública Governamental para a efetivação de direitos.....	49
	3.3. Comunicação Organizacional Integrada: a integração como estratégia de comunicação.....	57
4.	AUDITORIA EM COMUNICAÇÃO.....	63
	4.1. O Sistema Estadual de Saúde de São Paulo.....	63
	4.2. Cenários Observados.....	64
	4.3. Análise e possibilidades.....	79
	4.3.1. Princípio da Administração Pública.....	79
	4.3.2. Princípios do SUS e saúde como direito.....	81
	4.3.3. Comunicação Pública Governamental.....	83
	4.3.4. Comunicação Organizacional Integrada.....	85
5.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	
	REFERÊNCIAS	
	APÊNDICE	
	Instrumento de Auditoria	

Figuras

Figura 1 | Esquema gráfico dos três níveis de poder e suas responsabilidades dentro do Sistema Único de Saúde.....43

Figura 2 | – O âmbito da comunicação pública.....55

Tabelas

Tabela 1 Visão Geral da Organização	69
Tabela 2 Estrutura de Comunicação.....	73
Tabela 3 Estratégias de Comunicação.....	77
Tabela 4 Canais de Comunicação Vigentes: Unidade A.....	78
Tabela 5 Canais de Comunicação Vigentes: Unidade B.....	79

Resumo

Este estudo analisa como a comunicação é usada no relacionamento entre a instituição hospitalar pública e seus públicos estratégicos, e como ela é pensada estrategicamente para a garantia de direitos dentro do Sistema Único de Saúde, a partir das perspectivas da comunicação pública governamental. Como metodologia foi realizada auditoria de comunicação em duas instituições hospitalares públicas, para o levantamento de informações sobre estrutura, estratégias e ferramentas utilizadas, e análise da realidade observada a luz das perspectivas teóricas, para assim, problematizar e refletir em cenários reais sobre a prática da comunicação nesses modelos organizacionais e assim, contribuir com uma comunicação pública governamental mais estratégica e efetiva na saúde pública. Entendendo a necessidade premente de se apropriar da comunicação como um direito a ser garantido por toda instituição pública, para então pensá-la estrategicamente, nas múltiplas realidades encontradas nessas instituições.

Palavras-chave: comunicação pública governamental, comunicação em saúde, saúde pública, gestão em saúde

Abstract

This study analyzes how communication is used in the relationship between the public hospital institution and its strategic audiences, and how it is designed strategically to guarantee rights within the Unified Health System, from the perspectives of government public communication. As a methodology, a communication audit was carried out in two public hospital institutions, to collect information about the structure, strategies and tools used, and analyze the reality observed in the light of theoretical perspectives, in order to problematize and reflect on real scenarios about the practice of communication in these organizational models and thus contribute to more strategic and effective government public communication in public health. Understanding the urgent need to appropriate communication as a right to be guaranteed by every public institution, and then think about it strategically, in the multiple realities found in these institutions.

Keywords: government public communication, health communication, public health, health management

1. INTRODUÇÃO

Este estudo propõe uma análise sobre a comunicação dentro do ambiente hospitalar público, a fim de compreender como se dá o relacionamento deste modelo organizacional com seus públicos: usuários, colaboradores e comunidade – por meio de uma auditoria de comunicação dentro dessas instituições que, há cerca de duas décadas, tiveram sua estrutura profundamente alterada pela criação do Sistema Único de Saúde (SUS), na Constituição de 1988 – que determina como dever do Estado garantir saúde e informação:

Capítulo I

Dos Direitos e Deveres Individuais e Coletivos

Artigo 5º

XIV - É assegurado a todos o acesso à informação e resguardado o sigilo da fonte, quando necessário ao exercício profissional.

XXXIII- Todos têm direito a receber dos órgãos públicos informações de seu interesse particular, ou de interesse coletivo ou geral, que serão prestadas no prazo da lei, sob pena de responsabilidade, ressalvadas aquelas cujo sigilo seja imprescindível à segurança da sociedade e do estado.

Capítulo 11

Dos Direitos Sociais

Artigo 6º - São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição. (Constituição Federal, 1993, p. 6-10)

Portanto, saúde e comunicação são dois direitos fundamentais do cidadão, sendo o segundo fundamental na efetivação do primeiro. Araújo e Cardoso (2007, p. 22) afirmam que a comunicação está profundamente associada ao sucesso de políticas públicas de saúde, uma vez que as políticas públicas só são efetivas quando executadas, disseminadas e convertidas em saberes e práticas pela população.

Para Heloísa Matos (2013) é necessário um recorte histórico para que se possa entender conceitos e práticas de comunicação pública no Brasil. A autora propõe a uma divisão em quatro momentos: “(1) período populista de Getúlio Vargas; (2) ditadura militar; e (3) comunicação nos governos democráticos. A quarta parte relaciona os conceitos de comunicação e esfera pública...a partir do governo de Luiz Inácio Lula da Silva” (MATOS, 2013).

A proposta de Matos é analisar como o cidadão é interpelado em cada uma dessas fases, para que se possa entender o sujeito político em circulação na comunicação governamental, em cada uma delas.

Considerando, dentro de uma perspectiva teórica de comunicação pública governamental como efeitos da comunicação em uma instituição pública:

[...] garantir aos cidadãos o direito à informação; construir e promover a identidade do ente público para reforçar as relações entre subordinados e a administração, de um lado, e entre cidadãos e o ente, de outro; oferecer a possibilidade aos cidadãos de exprimir de maneira ativa e substancial os direitos de cidadania, a fim de se tornarem co-responsáveis pela solução de problemas de interesse geral; produzir uma transformação radical de mentalidade dentro da administração pública, que deverá reconhecer a comunicação como recurso estratégico para a definição das relações com os cidadãos (GRANDI, 2002, p.55).

Alessandro Rovinetti propõe não considerar mais a comunicação da instituição pública como uma das tantas funções de um ente, mas como uma ferramenta estratégica, a partir da qual se orienta tanto a comunicação interna quanto a externa.

Dentro desta visão, “a ativação de processos de comunicação das instituições muda profundamente a relação entre Estado e os cidadãos, na medida em que solicita relações de troca em um contexto desde sempre caracterizado pela dimensão da autoridade” (FACCIOLI, 2000, p.45). A ativação desses processos “[...] força a refletir sobre como delinear e realizar atividades de comunicação, sobre o que comunicar, por meios e quais canais e com quais modalidades”.

É este cenário que, segundo Franca Faccioli:

faz fundo à afirmação de uma nova disciplina, a comunicação pública, que se põe na perspectiva de encontrar respostas a estas perguntas, de construir modelos teóricos que sejam um referente para estes processos, e de apontar os instrumentos mais adequados para a realização de movimentos e de lugares em que seja possível uma relação comunicativa entre as instituições públicas e a cidadania. (FACCIOLI, 2000)

“Comunicação” é uma palavra derivada do latim *communicare*, cujo significado seria “tornar comum”, “partilhar”, “repartir”, “associar”, “trocar opiniões”, “conferenciar”. Implica com isso participação, interação, troca de mensagens, emissão ou recebimento de informações novas (Barbosa & Rabaça, 2001, p.155). Em saúde:

[...]um desafio a ser enfrentado é o que se refere à comunicação. O diálogo entre os vários setores e segmentos (profissionais, gestores, usuários) envolvidos no trabalho institucional é um passo importante para a melhoria da qualidade das condições de trabalho e atendimento aos usuários (MARTINS-NOGUEIRA e DE MARCO, 2010, p.50)

Embora a questão pareça tão óbvia e urgente, muito pouco se tem conseguido estudar quando o assunto é comunicação em instituições de saúde pública, quer pela falta de conteúdo, quer por dificuldade de acesso a essas instituições. O fato é que pouco se tem relatado sobre como a comunicação acontece dentro e por meio dessas instituições, e como a comunicação tem trabalhado para apoiar e garantir direitos na saúde.

Entender como a comunicação é pensada e realizada é o ponto de partida para uma visão mais ampla de como ela poderia ser mais bem alinhada aos objetivos constitucionais de direito a saúde e à informação. Isso porque a comunicação na esfera pública – dentro da perspectiva de garantia de direito e fortalecimento da democracia, apesar de ser um direito constitucionalmente garantido, ainda vive um estágio embrionário, poucos são os estudos e as referências para embasar os trabalhos e ações nesta área, o que conseqüentemente limita os resultados alcançados. E a prática de comunicação dos entes públicos que se observa ainda visa muito mais a promoção de governos e não do Estado.

Na saúde, essa carência é ainda maior. O trabalho de assistência à saúde não pode ser realizado sem a estreita relação entre os membros da equipe (médico, enfermeiros, profissionais de apoio – psicólogos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos etc.) e desta mesma equipe com o paciente e seus familiares.

A dimensão subjetiva que a prática da saúde supõe torna a comunicação indispensável no relacionamento inclusivo de uma instituição hospitalar com seus públicos; essa relação só consegue ser estabelecida por meio de uma comunicação ágil, clara e eficiente. Entretanto, hoje os ruídos têm, em todas as suas formas - fisiológicas, semânticas, psicológicas, administrativas/burocráticas e até mesmo o excesso de informações, conforme classificação de Kunsch (2003, p.74) - permeado a comunicação no ambiente hospitalar.

É necessário entender os mecanismos, as tecnologias e as características peculiares deste ambiente onde a comunicação não é uma ferramenta mercadológica e sim ferramenta de “interesse público”, diferenciando-se “no que se refere aos processos de comunicação, ao interno dos quais se apresenta com conteúdos, objetivos e atores daqueles da área do mercado” (FACCIOLI, 2000).

Como a quantidade de instituições hospitalares públicas é grande e o acesso pouco facilitado, este estudo tomou como referência dois hospitais estaduais de São Paulo, um deles localizado na cidade de São Paulo e o outro região Metropolitana,

ambos hospitais gerais de referência para a população de sua região, com atendimento de urgência e emergência e mais de 200 leitos.

A esses hospitais foi aplicado um instrumento de auditoria de comunicação organizacional desenvolvido para este estudo, a fim de apresentar uma análise interdisciplinar tendo a Comunicação Pública Governamental, como núcleo central, amparada por perspectivas da Comunicação Organizacional e Integrada, além do Direito Constitucional e Administrativo e as ciências sociais, de forma a ampliar não só a abrangência teórica deste estudo como contextualizar as bases onde essa comunicação precisa estruturar-se, de maneira a realizar o seu papel com excelência dentro da esfera pública, como a comunicação já vem fazendo há décadas na esfera privada.

1.1 Tema e Justificativa

O sistema de saúde brasileiro é constituído por uma variedade de organizações públicas e privadas estabelecidas em diferentes períodos históricos. (PAIM *et al.*, 2011, p.14). Entre 1500 e 1808, não existia qualquer princípio de saúde pública no Brasil. A chegada da Família Real portuguesa ao Brasil e a sua necessidade de aproximar-se minimamente da realidade vivida em Portugal, determinou mudanças na administração pública colonial.

Para um atendimento mais constante e organizado, foram fundadas por ordem real, academias médicas cirúrgicas no Rio de Janeiro, em 1813, e na Bahia, em 1815, ambas rapidamente transformadas em escolas de medicina.

Em 1829, Dom Pedro I criou a Imperial Academia de Medicina, que funcionou como órgão consultivo nas questões ligadas à saúde pública nacional. No mesmo período, surgiu também a Junta da Higiene Pública, que se mostrou pouco eficaz e não conseguiu cuidar da saúde da população.

Os portugueses acreditavam que as doenças infectocontagiosas eram provenientes dos navios estrangeiros e para conter esses avanços ocorreu a criação da Inspeção de Saúde Pública do Porto do Rio de Janeiro, subordinada ao Senado da Câmara, sendo em 1833, duplicado o número dos integrantes. (BERTOLLI FILHO, 1996, p.8)

A fragilidade das medidas sanitárias levava a população a se tratar por conta própria. Os doentes ricos buscavam assistência médica na Europa ou em clínicas

médicas particulares que começaram a ser criadas na região fluminense, já os pobres tratavam-se com curandeiros.

Foi então que surgiram as Santas Casas de Misericórdia, entidades que se destinaram a prestar assistência médica às pessoas. As Santas Casas foram, durante décadas, a única opção de acolhimento e tratamento de saúde para quem não tinha dinheiro.

Elas eram fundadas por religiosos e, num primeiro momento, ligadas a ideia de caridade. A fase imperial da história brasileira encerrou-se sem que o Estado solucionasse os graves problemas de saúde da coletividade. No fim do segundo reinado, o Brasil possuía a reputação de um dos países mais insalubres do planeta.

Em 1889, com o golpe militar que derruba Dom Pedro II, instaura-se a República do Brasil. Baseando-se nos conhecimentos do Instituto Soroterápico Federal, criado em 1900, e na necessidade de reforma urbana e sanitária da cidade do Rio de Janeiro, Oswaldo Cruz, um dos principais personagens da história da medicina sanitaria no Brasil, é nomeado diretor-geral da Saúde Pública.

Oswaldo coordenou campanhas que, por conta de sua natureza autoritária, geraram oposição de parte da população, políticos e líderes militares. Tal oposição levou a população, sem informação sobre a prevenção e indignada com as medidas invasivas, às ruas, culminando no movimento conhecido como a Revolta da Vacina, em 1904. (PAIM *et al.*, 2011, p.14)

O sistema de proteção social brasileiro se expandiu durante o governo do Presidente Getúlio Vargas e dos governos militares mas, mesmo com progressos, o sistema de saúde continuava informal e dependente de consultas particulares, sem um sistema que garantisse assistência em casos de acidentes, remuneração nas férias ou qualquer legislação trabalhista.

Com a grande migração de trabalhadores europeus a partir da Primeira Guerra Mundial houve grande pressão para a criação de tal sistema, levando ao surgimento da Lei Elói Chaves, em 1923. A lei consolidou as chamadas Caixas de Aposentadoria e Pensão, mantidas e geridas por empresas que passaram a oferecer serviços médicos aos funcionários e a suas famílias, além de descontos em medicamentos, aposentadoria e pensão para herdeiros, sem gastar nenhuma verba do Estado.

Apesar de atingir uma expressiva parcela da população urbana, as caixas ofereciam pouca cobertura aos doentes mais graves e nenhum suporte aos

trabalhadores sem carteira de trabalho, do meio rural e desempregados. Com a Constituição de 1934, algumas garantias foram incorporadas ao trabalhador, tais como assistência médica, licença remunerada à gestante trabalhadora e a jornada de trabalho obrigatória de oito horas.

Nos anos seguintes, outros benefícios, como o salário-mínimo, foram incluídos, culminados com a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Vargas começou então a estruturar assim o setor previdenciário que, garantido por uma legislação específica, foi ampliado no decorrer dos anos, tornando-se o principal canal de assistência médica da população trabalhadora dos centros urbanos.

Em 1938, campanhas de comunicação voltadas para educação na área da saúde passaram a ser divulgadas pelas emissoras de rádios em todos os estados do país. O objetivo era convencer a população da necessidade de mudar hábitos anti-higiênicos que facilitavam a disseminação de doenças infectocontagiosas.

Com o Estado Novo, a administração sanitária passou a utilizar técnicas pedagógicas, de comunicação e de princípios da medicina sanitária para reforçar campanhas de educação popular, com cartazes e folhetos ilustrativos que atendiam até pessoas que não sabiam ler.

Após sete anos de debates, em 1953, foi criado o Ministério da Saúde, dedicado à criação de políticas de saúde, com foco principal no atendimento a zonas rurais, uma vez que até então a saúde era privilégio de quem tinha carteira assinada. Nos primeiros anos o Ministério incumbiu-se de combater doenças que atingiam principalmente a população rural, tentando promover a educação sanitária da população. Porém, a ação foi pouco expressiva em relação à péssima situação da saúde no país.

Três anos após a criação do ministério surge o Departamento de Endemias Rurais, responsável por investigar e combater a malária, leishmaniose, doença de chagas, peste, brucelose, febre amarela e outras epidemias existentes no país. Em 1958, três grandes campanhas nacionais foram organizadas, resultando na participação direta da Organização Pan-Americana da Saúde, órgão regional da Organização Mundial da Saúde (OMS).

O volume de queixa dos trabalhadores levou o Estado a reorganizar os serviços oferecidos pelas agências previdenciárias. Em 1960, o governo federal sancionou a Lei Orgânica da Previdência Social, que visava uniformizar as contribuições pagas para o instituto que o trabalhador estivesse filiado. Antes da lei,

cada empresa cobrava um percentual diferente. Com a nova lei, todos contribuíam com 8% de seu salário para a previdência e empregadores e governos pagariam o mesmo valor. No entanto, a medida não garantiu equilíbrio financeiro ou melhora nos serviços prestados.

Com o período da ditadura houve redução das verbas federais destinadas à saúde e com a censura instaurada pouco se divulgava sobre este fato. Nos últimos anos da ditadura militar, a saúde pública finalmente ganhou visibilidade, graças à reforma sanitária, que formou uma aliança com parlamentares progressistas e gestores da saúde municipal no que ficou conhecido como Movimento Sanitarista.

O movimento que incentivava discussões buscando respostas para os dilemas da política de saúde nacional, defendendo a saúde não como uma questão exclusivamente biológica a ser resolvida pelos serviços médicos, mas sim como uma questão social e política a ser abordada no espaço público.

A proposta brasileira, que começou a tomar forma em meados da década de 1970, estruturou-se durante a luta pela redemocratização. Um amplo movimento social cresceu no país, reunindo iniciativas de diversos setores da sociedade – desde os movimentos de base até a população de classe média e os sindicatos –, em alguns casos associados aos partidos políticos de esquerda, ilegais na época. A concepção política e ideológica do movimento pela reforma sanitária brasileira defendia a saúde não como uma questão exclusivamente biológica a ser resolvida pelos serviços médicos, mas sim como uma questão social e política a ser abordada no espaço público. Professores de saúde pública, pesquisadores da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência e profissionais de saúde de orientação progressista se engajaram nas lutas dos movimentos de base e dos sindicatos. O Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) foi fundado em 1976, organizando o movimento da reforma sanitária e, em 1979, formou-se a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO). Ambas propiciaram a base institucional para alavancar as reformas. (PAIM *et al.*, 2011, p.18)

Foram criados, ainda, diferentes conselhos, o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), o Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS).

O Movimento Sanitarista foi um marco divisor na saúde pública; um dos principais resultados desse movimento foi a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, onde pela primeira vez na história, foi possível ver a participação da sociedade civil no processo de construção do que seria o novo modelo de saúde pública brasileiro. O evento resultou no documento intitulado “Pelo Direito Universal à Saúde”,

que culminou no compromisso definitivo do Estado a prestar assistência à saúde da população, proclamando que o acesso à assistência médico-sanitária é direito do cidadão e dever do Estado.

Em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde aprovou o conceito da saúde como um direito do cidadão e delineou os fundamentos do Sistema Único de Saúde - SUS, com base no desenvolvimento de várias estratégias que permitiram a coordenação, a integração e a transferência de recursos entre as instituições de saúde federais, estaduais e municipais. Essas mudanças administrativas estabeleceram os alicerces para a construção do SUS. Posteriormente, durante a Assembleia Nacional Constituinte (1987-88), o movimento da reforma sanitária e seus aliados garantiram a aprovação da reforma, apesar da forte oposição por parte de um setor privado poderoso e mobilizado. A Constituição de 1988 foi proclamada numa época de instabilidade econômica, durante a qual os movimentos sociais se retraíam, a ideologia neoliberal proliferava e os trabalhadores perdiam poder de compra. Simultaneamente a essa reforma, as empresas de saúde se reorganizavam para atender às demandas dos novos clientes, recebendo subsídios do governo e consolidando os investimentos no setor privado. (PAIM *et al.*, 2011, p.19)

O relatório da conferência teve suas principais resoluções incorporadas à Constituição Federal de 1988, que instituiu Sistema Único de Saúde (SUS), regulado posteriormente pela lei 8.080 de 1990. O Brasil foi um dos primeiros países a prever na sua legislação maior o acesso universal aos serviços de saúde. Com a criação do SUS, o país passou a reconhecer saúde como direito do cidadão e dever do Estado (ONUBR, 2013).

Desde então, o Sistema Único de Saúde vem ganhando destaque no mundo por garantir assistência integral e completamente gratuita para a totalidade da população, inclusive aos pacientes portadores do HIV, sintomáticos ou não, aos pacientes renais crônicos e aos pacientes com câncer (SOUZA, 2002, p.16).

Em 2013, o Brasil entrou para o Conselho Executivo da OMS na 66ª Assembleia Mundial da Saúde. Para a ONU, nosso país é referência internacional na área de saúde pública, servindo de exemplo para países que buscam sistemas igualitários de saúde.

Entretanto, no Brasil, as críticas ao sistema são grandes e sua necessidade de aprimoramento são indiscutíveis. Se, enquanto proposta de política pública o sistema é modelo para o mundo, enquanto serviço público, o sistema carece de significativas e efetivas melhorias. Seus maiores desafios estão ligados à sua operacionalização.

Concebido sob os princípios da universalidade, integralidade e equidade, a questão do acesso aos serviços públicos de saúde e a qualidade destes serviços face

a alta e crescente demanda, são desafios permanentes para os gestores das instituições que compõem esse sistema.

O SUS foi pensado de forma regionalizada e hierarquizada, isto é, considerando os perfis populacionais de cada região e definindo áreas de referência para cada equipamento de saúde e, ainda, responsabilizando cada instância de governo (municípios, estados e Governo Federal) por diferentes níveis de serviço, de maneira a criar redes de cuidado e, principalmente, vínculo com o cidadão durante todo o seu processo de cuidado – que tem início ainda durante a sua gestação e fim em sua morte.

Após mais de 30 anos da criação do SUS, a “cultura de saúde” no Brasil pouco mudou, continua predominantemente hospitalocêntrica, isto é, os prontos-socorros são hoje a principal porta de entrada do sistema de saúde brasileiro, seja no setor público ou privado. O cidadão ainda não faz uso do Sistema da forma como ele foi estruturado – para pensar a saúde em sua visão ampliada, não mais como apenas ausência de doença e sim como garantia de bem-estar e qualidade de vida.

É muito claro que a proposta do modelo instituído com o Sistema Único de Saúde exigia uma grande mudança social, política e econômica no “pensar” e no “fazer” saúde. Uma proposta que só poderia sair do papel e se efetivar de fato com o compromisso e a articulação não só das esferas de poder, mas também de toda a sociedade, e é este ainda hoje o maior desafio do Sistema Único de Saúde: estabelecer uma nova perspectiva de saúde para a população brasileira, mais de 214 milhões de habitantes, espalhados por 26 estados, além do Distrito Federal, de 5 regiões, em 5.570 municípios, com populações variando de 11 milhões e 800 habitantes.

Como fazer isso sem pensar na articulação de todos esses atores? Sem pensar na relação que se estabelece entre eles? Sem pensar no usuário-cidadão que morre na fila errada esperando por um direito seu, sem entender que na verdade dois direitos estão lhe sendo negados?

E é aqui, neste ponto, que esse trabalho convida a pensar sobre comunicação e saúde, sobre como os entes públicos se relacionam com todo cidadão-usuário-detentor de direito. Como o que devemos chamar de comunicação pública governamental — isto é, a comunicação de interesse público realizada pelas esferas de governo — se estabelece na saúde.

Será que a comunicação realizada no ambiente hospitalar público é de fato uma comunicação pública governamental? Essa comunicação se preocupa com as garantias de direito? Essa comunicação orienta, educa e apoia o cidadão? Essa comunicação se realiza de forma estratégica dentro dos pressupostos do Sistema Único de Saúde e da administração pública, que preconiza a obrigatoriedade da publicização dos seus atos?

Datada em 10 de dezembro de 1948, a Declaração Universal dos Direitos Humanos, definiu comunicação e saúde como direitos universais, determinando:

Artigo XIX - Todo homem tem direito à liberdade de opinião e expressão; este direito inclui a liberdade de, sem interferências, ter opiniões e de procurar, receber e transmitir informações e ideias por quaisquer meios independentemente de fronteiras.

Artigo XXV- Todo homem tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle. (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1948)

Além disso, a Constituição Brasileira, promulgada em outubro de 1988 reforça:

Capítulo I

Dos Direitos e Deveres Individuais e Coletivos

Artigo 5º

XIV - É assegurado a todos o acesso à informação e resguardado o sigilo da fonte, quando necessário ao exercício profissional.

XXXIII- Todos têm direito a receber dos órgãos públicos informações de seu interesse particular, ou de interesse coletivo ou geral, que serão prestadas no prazo da lei, sob pena de responsabilidade, ressalvadas aquelas cujo sigilo seja imprescindível à segurança da sociedade e do estado.

Capítulo 11

Dos Direitos Sociais

Artigo 6º - São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição. (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1993, p.6 a 10)

De acordo com Araújo e Cardoso (2007, p.63), para aplicar uma comunicação efetiva no ambiente da saúde pública, deve-se manter a consciência absoluta de não voltar seus objetivos para o *marketing* e a publicidade, uma vez que a comunicação da saúde pública é dirigida ao cidadão por direito, objetivando a participação desse cidadão no aperfeiçoamento de um sistema público de saúde.

Cabe à comunicação pública estabelecer debates sobre temas de interesse da sociedade e garantir informações que ampliem sua participação nas políticas de saúde.

Alinhados a tal afirmação, Nardi *et al* (2015, p.2) reforçam:

A comunicação em saúde é considerada estratégica para a qualidade da tomada de decisão no Sistema Único de Saúde (SUS) e para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde...sobretudo, a definição de uma agenda estratégica que possa responder às demandas da população por melhorias permanentes nos modos de informar e comunicar as ações de saúde. (NARDI; *et al.*, 2015, p.2)

Em meio ao processo de redemocratização e do surgimento do SUS, no final da década de 80, a comunicação, juntamente com educação e a informação, se aliou à saúde como estratégia para promoção e, principalmente, controle sanitário.

A comunicação organizacional é tema de pesquisas desde a década de 70, quando o termo surgiu. Durante quase quatro décadas esses estudos estiveram concentrados nas organizações privadas, onde a comunicação se tornou uma necessidade de sobrevivência frente às demandas de um mercado cada vez mais dinâmico e competitivo.

Segundo Paulo Nassar:

[...] a comunicação empresarial foi concebida como a somatória das ações – sempre integradas – das várias áreas de comunicação da empresa, definindo as tarefas de apoio às estratégias mercadológicas e na condução de projetos institucionais. (NASSAR, 1995, p.13)

Na dimensão pública, a comunicação sempre esteve caracterizada pela autoridade, onde informação é poder, num fluxo verticalizado e unidirecional, à margem dos processos de trabalho. A organização pública não enfrenta concorrência e não está sujeita às influências mercadológicas. Pereira diz que:

as organizações públicas são instrumentos essenciais da ação governamental. Elas não se regulam pelas leis de mercado, mas por leis orgânicas que, por um lado, as ajudam (garantindo a sua sobrevivência) e por outro, dificultam a sua evolução dinâmica, interferindo diretamente no seu processo decisório, principalmente porque a convivência da lei com a teoria administrativa tem sido muito difícil, devido à rigidez e à imobilidade daquela frente aos desafios de mudança enfrentados por nossa sociedade. (PEREIRA, 1997, p.102)

A Constituição de 1988 trouxe uma mudança profunda na saúde pública com a criação do SUS. Assim, as estruturas hospitalares públicas iniciaram um processo amplo de transformação, no qual a comunicação deveria se integrar de forma mais profunda aos processos assistenciais e de gestão hospitalar e, principalmente, como ferramenta para disseminar a nova cultura de “saúde pública”.

A dimensão subjetiva que a prática da saúde supõe torna a comunicação indispensável no relacionamento de uma instituição hospitalar com seus públicos, “seus” quando entendemos por público o cidadão, quer seja ele um paciente/usuário, um membro da comunidade, ou ainda um colaborador, que ao mesmo tempo se relaciona com a instituição como público interno (funcionário – parte integrante do sistema) e público externo (enquanto cidadão).

O relacionamento inclusivo com esses públicos é o objeto central deste trabalho, que se propõe a compreender as estratégias e ferramentas utilizadas, bem como os objetivos propostos com esta comunicação.

Apropriando-se dos estudos existentes acerca da comunicação organizacional que “compreende todo o fluxo de mensagens que compõem a rede de relações sob o âmbito da organização” (Kunsch, 2003, p.73), esta pesquisa busca entender como a comunicação estratégica atua na sinergia dessas relações para criar, reforçar e transformar a cultura organizacional de uma instituição que passa por mudanças estruturais e conceituais profundas.

Haswani (2013, p.80) diz que, em meio a diferentes condutas, a comunicação possui um processo composto por elementos presentes em todos os textos teóricos da área: mensagem, emissor, receptor, canal e resposta. Isso não só no contexto de saúde pública, mas de qualquer área de interesse público, tal processo só tem princípio quando iniciado pelo Estado, uma vez que, detentor de informações é também o responsável pela garantia de direitos do cidadão.

Para a autora, a comunicação pública é composta por diferentes processos que colaboram na valorização da esfera pública, reforçam a relação entre Estado e cidadão, possibilitando a criação de espaços capazes de ouvir e solicitar a participação do público nas escolhas que orientam as políticas públicas. Atrelada ao conceito, Kunsch afirma que, para que seja possível nortear a comunicação na administração pública, as instituições têm como dever interagir com a sociedade, com os meios de comunicação e com o sistema produtivo.

Haswani propõe esclarecer e diferenciar alguns conceitos que por aproximação semântica podem comprometer a realização da comunicação pública governamental por ela defendida, aquela capaz de criar espaços que propiciem ouvir e solicitar a participação do público nas escolhas que orientam as políticas públicas, aquela que garante direito, estabelece relação, troca e verdadeiro compartilhamento na prática do exercício do estado democrático de direito.

Tais conceitos estabelecem um caminho, um fluxo escalonado até a realidade pretendida na comunicação pública governamental, mas que muitas vezes a limita quando estabelece em alguma parte do caminho um fim.

Este caminho tem início no dado, um registro de realidade, independente de quaisquer contextos. Sua principal característica é não possuir significado próprio. Todo governo possui uma quantidade gigantesca de dados, mas, isoladamente, todo esse material não se traduz necessariamente em informação, que é o passo seguinte.

A informação aqui fecharemos em definição como um conjunto de dados interpretados que possui alguma relevância e propósito ao receptor. Cabe então ao emissor dar a esse conjunto de dados a forma mais adequada e contextualizada a fim de que o receptor possa compreendê-la, não prevendo neste processo, uma resposta.

Chegamos agora à comunicação - que Haswani utiliza na síntese de Carla Brotto (2005), que nos apresenta a comunicação como um processo circular que dispõe de fases intercaladas de expressão e de escuta da mensagem, das quais emissor e receptor participam de modo igualitário. Aqui, percebemos o primeiro espaço com possibilidade de troca e reflexão.

Ao longo do tempo, essas trocas e reflexões proporcionadas pela comunicação, com reciprocidade de intenções e mútua satisfação, criam o relacionamento, que proporciona:

Um diálogo que perdura e que é vinculado, fundado sobre uma troca comunicacional boa/satisfatório. A maior virtude do relacionamento é a oportunidade que as partes envolvidas têm de conhecimento recíproco, de estabelecimento de algum grau de intimidade que facilita trocas e administração de conflitos por meio do diálogo/debate. (HASWANI, 2013, p.82).

Diálogo/debate é mais um passo neste caminho que trilhamos na busca da comunicação pública governamental, pressupõe escuta e para que ele seja possível

é necessária uma estrutura bem planejada e bem operada pelo Estado, que garanta a manutenção e a continuidade estabelecida.

Com maior ou menor acirramento, diálogo e debate podem ser tratados como variáveis da comunicação para obtenção de conformidade em caso de divergências...se aceitarmos que relacionamento é a comunicação que permanece no tempo, então diálogo e debate podem ser componentes valiosos do relacionamento porque atuarão como instrumentos de “sintonia”, de harmonização, quando necessários à manutenção do relacionamento. (HASWANI, 2013, p.83).

Para estabelecer diálogo o ente público precisa ter uma estrutura de argumentação consistente com dados, fatos, leis e outros elementos que lhe deem suporte.

Participação é o próximo nível na estrutura relacional do ente público com o cidadão, aqui, devemos nos ater a participação que significa “tomar parte em, partilhar”.

A palavra participação é encontrada frequentemente nos discursos governamentais e em textos de políticas públicas: participação popular e orçamento participativo são alguns dos exemplos recorrentes. Entretanto, participação não implica corresponsabilidade nem garantia de poder de deliberação. (HASWANI, 2013, p.84).

É possível opinar, concordar e divergir, mas não decidir sobre o tema em questão, logo, não se que arca com as consequências das decisões tomadas. Finalmente, chegamos ao último estágio pretendido, aquele almejado e necessário para uma comunicação pública que se estabeleça como recurso estratégico para a definição das relações com os cidadãos. Chegamos ao compartilhamento, que aqui significa tomar parte, “*quem compartilha, ouve, fala, delibera e arca solidariamente com as consequências das decisões, sejam ônus ou bônus*” (HASWANI, 2013, 85). Aqui há poder de decisão, responsabilidade sobre a gestão e os resultados das decisões.

Observa-se, na sequência exposta, uma cadeia evolutiva iniciada com a informação. Os diferentes níveis se acomodarão, apropriadamente, nas ações de realização do Estado Democrático de Direito. À medida que a sociedade civil angaria maior espaço nas hostes estatais, galgará também os níveis da informação ao compartilhamento, este último indispensável à realização do cidadão como ator politicamente ativo. (HASWANI, 2013, p.87).

No entanto, observa-se que estamos muito longe da realidade desejada e projetada por Haswani. Apesar de na saúde, os equipamentos públicos serem estruturados em relação a grupos populacionais, cidades, bairros ou comunidades, tendo por entendimento que saúde se produz de perto, próximo, na relação, no contato permanente, na partilha, na vivência diária, na convivência, no ser-em-comum – que para Jean-Luc Nancy seria a instância responsável pela presença no mundo da linguagem, da comunicação como partilha do discurso.

Esses equipamentos são engessados por uma estrutura verticalizada e autoritária, que distancia o cidadão/usuário, impede o compartilhamento e o destitui não só da sua condição de detentor de direitos, como também de sua condição de ser-com isto é, da possibilidade de se constituir no coletivo, de se constituir pela exposição e pela experiência (NANCY, 2016). Abre o vazio relacional, angustiante e cruel, que torna os espaços dos serviços públicos de saúde ambientes inóspitos.

Quando ampliamos a perspectiva das relações estabelecidas, da prática de comunicação do estado com o cidadão e dos arranjos sociais promovidos pelas políticas públicas, e tentamos capturar como este cenário corrobora para a realidade que vemos na saúde pública hoje, entendemos que é preciso pensar saúde pública e produção de cuidado sobre novas possibilidades, novos sentidos e trocas, resignificando suas estruturas e as relações que se estabelecem com elas e por meio delas. E a comunicação pública governamental nos parece uma via de acesso possível para avançarmos nesta direção.

1.2 Objetivos Gerais

Os objetivos gerais deste trabalho compreendem a análise da realidade da comunicação dentro do ambiente hospitalar público, a fim de compreender como se dá o relacionamento deste modelo organizacional com seus públicos: usuários, colaboradores e comunidade, por meio de levantamento de informações sobre as estratégias e ferramentas de comunicação utilizadas dentro dessas instituições, além do levantamento de bibliografia necessária para análise dessas práticas comunicativas a partir das perspectivas da comunicação pública governamental na garantia de direito.

1.3 Objetivos Específicos

- Verificar as estratégias e ferramentas de comunicação utilizadas com os públicos e como elas atuam na orientação, educação e apoio ao cidadão, e conseqüentemente, na garantia de direito;
- Analisar como a comunicação apoia, ou não, a relação entre a instituição hospitalar pública e seus públicos estratégicos;
- Avaliar se a comunicação realizada no ambiente hospitalar público é de fato uma comunicação pública governamental, dentro de suas perspectivas teóricas.
- Contribuir para uma prática em comunicação pública governamental mais estratégica e efetiva na saúde pública.

1.4 Metodologia

Este trabalho realizou uma análise sobre a comunicação dentro do ambiente hospitalar público, a fim de compreender como se dá o relacionamento inclusivo deste modelo organizacional com seus públicos: usuários, colaboradores e comunidade – verificando ainda como a comunicação é pensada estrategicamente para a garantia de direitos dentro do Sistema Único de Saúde.

Dois hospitais públicos do estado de São Paulo foram alvo de uma auditoria de comunicação organizacional, a fim de verificar quais as estratégias e ferramentas de comunicação são utilizadas com os públicos, além de entender o papel da comunicação diante na relação entre a instituição e seus públicos, avaliando como as ações apoiam a criação e o fortalecimento da identidade deste equipamento público.

A escolha das unidades hospitalares deu-se considerando os seguintes critérios: serem classificados como “hospital geral”, ou seja, “hospital destinado a prestar assistência sanitária a doentes, nas quatro especialidades básicas”, conforme Manual de Terminologia Básica do Ministério da Saúde; oferecerem atendimento 100% SUS; serem hospital de grande porte, isto é, hospitais com capacidade instalada acima de 151 leitos; estarem localizados na Grande São Paulo e terem uma região de referência delimitada, conforme preconizado pelo SUS; serem do mesmo nível de governo; e terem modelos de gestão diferentes, não para que

possam ser comparados mas para que a análise abarque as variações que esta diferença pode ou não oferecer, do ponto de vista da comunicação.

Dois hospitais gerais de grande porte e alta complexidade foram alvo da auditoria proposta, um de administração direta localizada na capital, São Paulo e a outra de administração indireta – onde a administração é realizada por uma Organização Social de Saúde – localizada na região Metropolitana de São Paulo.

O arcabouço teórico que embasa essa análise é composto de bibliografia acerca de comunicação estratégica, comunicação pública governamental, saúde pública, gestão hospitalar e metodologia para auditoria de comunicação organizacional. Todo o quadro teórico de referências será dividido de acordo com esses grandes temas que permeiam o estudo proposto.

A revisão bibliográfica dá início à pesquisa e busca aprofundar o tema abordado, conforme bem sintetizado por Ida Regina C. Stumpf (2005) “pesquisa bibliográfica, num sentido amplo, é o planejamento global inicial de qualquer trabalho de pesquisa...onde é apresentada toda a literatura que o aluno examinou, de forma a evidenciar o entendimento do pensamento dos autores, acrescidos de suas próprias ideias e opiniões” e complementa “Para estabelecer as bases em que vão avançar, os alunos precisam conhecer o que já existe...”.

Embora os estudos a respeito da comunicação pública governamental sejam recentes no Brasil, na última década o interesse cresceu e, especialmente nos últimos dois anos, o tema tem ganhado destaque. Em função de fenômenos como as *Fake News*, em tempos de volumes de informações cada vez maiores e de fontes cada vez menos confiáveis, a comunicação realizada pelo poder público tem ganhado holofotes.

A partir daí, a metodologia utilizada foi a auditoria da comunicação organizacional, que na visão de Kunsch tem como propósito pesquisar, examinar e avaliar como funciona o sistema de comunicação do ponto de vista da eficácia e da eficiência, no âmbito corporativo como um todo ou em partes (KUNSCH, 2003, p.288), de maneira que se possa compreender a comunicação administrativa, interna, institucional e mercadológica.

Neste estudo, a comunicação mercadológica citada por Kunsch será ajustada a perspectiva pública, uma vez que entendemos que, por ser tratar de instituições públicas, a relação que se estabelece com o usuário do serviço não deve ser regida

por leis de mercado e sim por princípios da administração pública e pelos direitos constitucionalmente garantidos.

Cabe aqui um ajuste importante, aproximando a auditoria das áreas propostas por Gregório Arena (2003), especialmente daquela nominada por ele de comunicação administrativa ou comunicação de cidadania, por onde “a administração vai não para os usuários nem os clientes, mas para os cidadãos, os sujeitos que, como membros de uma comunidade, são também titulares dos direitos e deveres, entre os quais aquele de contribuir, nos limites de suas possibilidades, para a solução dos problemas de interesse geral”.

Dos três modelos propostos por Kunsch (2005) para a realização de uma auditoria, a saber: modelo de provisão, modelo prescritivo e modelo colaborativo, sendo a relação consultor e organização a principal diferenciação desse modelo, optou-se pelo uso do modelo prescritivo, onde o consultor/pesquisador realiza tanto o diagnóstico e a intervenção, para garantir nessa pesquisa o máximo de isenção, considerando seus fins acadêmicos.

Admitindo que o objetivo desta auditoria foi levantar informações sobre como a comunicação é pensada e realizada dentro das instituições hospitalares públicas e o quanto essa comunicação alinha-se aos princípios da comunicação pública governamental na garantia de direitos, um questionário alicerçado em quatro fontes foi desenvolvido para este estudo.

A primeira dela são os itens propostos por Kunsch em obra organizada por Jorge Duarte e Antonio Barros, “Métodos e Técnicas de Pesquisa em Comunicação”, a saber: sistema de comunicação vigente; políticas, filosofias e objetivos; missão, visão e valores; estruturação departamental e setorial; modalidades de comunicação organizacional integrada (comunicação administrativa e interna e comunicação institucional).

Já a segunda é o caminho proposto por Haswani em sua obra “Comunicação Pública Governamental – bases e abrangência”, onde os objetivos da comunicação realizada por um ente público devem ter como premissas, garantias de direitos e a formação do cidadão como forma de fortalecimento da democracia.

As três divisões da comunicação pública governamental propostas por Gregório Arena (2003), também orientam o desenvolvimento do instrumento. São elas: Comunicação jurídica-formal, Comunicação de serviço e Comunicação administrativa ou de cidadania.

O Manual Brasileiro de Acreditação, da principal instituição certificadora de qualidade em saúde no Brasil, Organização Nacional de Acreditação (ONA), que em sua versão 2021, Seção 1, Subseção 1.10 trouxe um capítulo dedicado exclusivamente a Gestão da Comunicação, e que conforme sua descrição “estabelece estratégias, meios e canais de comunicação interna e externa, apropriada ao perfil e complexidade da organização”.

O instrumento proposto foi aplicado por meio de entrevista com o responsável da área de comunicação e o gestor responsável pela unidade, que além de fornecer respostas para as questões, apresentou evidências para elas, a fim de estabelecermos as bases para as conclusões desta pesquisa.

1.5 Aporte teórico

Para as reflexões que propomos neste trabalho, nos apoiamos nos seguintes referenciais teóricos:

Na perspectiva do direito administrativo público, Elisabete Xavier de Albuquerque Mosca, Marco Antonio Carvalho Teixeira e Maria Sylvia Zanella Di Pietro nos fornecem as bases para discutirmos os princípios da administração pública, que fundamentamos a partir da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.

A Constituição também serve de fundamento para as discussões realizadas sobre o Sistema Único de Saúde e os desafios de comunicação desse sistema, com base nas obras de Inesita Soares de Araujo, Janine Miranda Cardoso, Jairnilson Silva Paim, Luiz Antonio Teixeira, Tânia Salgado Pimenta e Gilberto Hockman. Utilizamos ainda como referencial para este tema os programas e trabalhos realizados pelo Ministério da Saúde, divulgados em seu site www.saude.gov.br, especialmente a “Carta dos Direitos dos Usuários em Saúde”.

Na Comunicação Pública os referenciais foram os teóricos italianos Roberto Grandi, Franca Faccioli e Alessandro Rovinetti - que têm dedicado especial atenção às particularidades da comunicação na esfera pública, além da obra de Pierre Zémor, Gaudêncio Torquato, Heloísa Matos, Eugênio Bucci, Mariangela Furlan Haswani e Jorge Duarte.

Para as reflexões acerca da comunicação organizacional integrada Comunicação Margarida Maria Krohling Kunsch e Paulo Nassar, sustentam as análises.

Para direcionar o método realizado, que incluiu uma auditoria de comunicação, foi utilizada a obra de Jorge Duarte e Antonio Teixeira de Barros em “Métodos e Técnicas de Pesquisa em Comunicação”.

2. DIREITO E SAÚDE NO BRASIL

2.1. A Constituição Cidadã

A Constituição de 1988 – mais importante instituto normativo do ordenamento jurídico brasileiro – embora seja a sétima desde a independência do Brasil em 1822, foi um marco divisor na história do país e na estrutura da administração pública. As mudanças propostas nesta constituição, desenvolvida após décadas de ditadura deu a ela o apelido de “constituição cidadã”, por garantir liberdades civis e os deveres do Estado.

O discurso de Ulysses Guimarães - à época Deputado Federal e membro da Assembleia Constituinte - na promulgação em 5 de outubro de 1988, destaca seu caráter inovador, “A Constituição pretende ser a voz, a letra, a vontade política da sociedade rumo à mudança. Que a promulgação seja nosso grito: Muda para vencer! Muda, Brasil!”.

Os esforços para a elaboração da Constituição Federal de 1988 foram imensos e mobilizaram de forma abrangente as mais variadas classes sociais e setores da sociedade brasileira. A Assembleia Constituinte levou 19 meses para finalizar os 245 artigos e mais de 1,6 mil dispositivos que compõem a Constituição, retomando um modelo focado na democracia e nos pressupostos de liberdade e igualdade que também fundamentam o Estado Democrático de Direito.

Os direitos fundamentais estão listados logo nos primeiros artigos, antes ainda da parte sobre a organização do Estado. Depois de mais de 20 anos de ditadura, após a derrota do movimento Diretas Já, da eleição indireta de Tancredo Neves, sua morte e a posse do José Sarney à presidência do país em 1984, o clamor social por mudança era intenso e em 1987 finalmente, a Assembleia Nacional Constituinte foi composta, com todos os 559 senadores e deputados eleitos e empossados em 1º de fevereiro do mesmo ano.

Os parlamentares iniciaram a Constituição do zero e ao longo de todo o período da assembleia as mais variadas questões foram debatidas em detalhe, a população se mobilizou para que suas demandas fossem ouvidas e consideradas, houve a participação ativa de grupos populares e dos mais diversos setores da sociedade, sendo essa a mais democrática Constituição da história do país. Houve um grande esforço para que a carta constitucional fosse uma base sólida para um

regime democrático consistente, encerrando de vez a ditadura e reconhecendo o exercício de liberdade e direitos dos cidadãos.

Mediante um movimento nacionalmente abrangente, em que se observou a intensa e diversificada participação social, dispositivos legais, inovadores até então, foram propostos e inseridos no texto constitucional, incorporando as conquistas democráticas obtidas e apontando novos desdobramentos em termos da elaboração de leis e de políticas públicas específicas com vistas a traduzir, para essa legislação nacional, os anseios de todo o povo brasileiro. (MOSCA, 2012)

Em 05 de outubro de 1988 a Constituição foi promulgada, criando bases para a preservação de direitos e a garantia da manutenção da democracia.

DOS PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS

Art. 1º A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos:

I - a soberania;

II - a cidadania;

III - a dignidade da pessoa humana;

IV - os valores sociais do trabalho e da livre iniciativa;

V - o pluralismo político.

Parágrafo único. Todo o poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente, nos termos desta Constituição.

A cidadania aparece já no Artigo 1º como um fundamento da República Federativa do Brasil, por isso é preciso compreendê-la num conceito mais amplo, enquanto a qualidade de ser cidadão, e conseqüentemente sujeito de direitos e deveres.

A base para a concepção de cidadania é a noção de direito e o seu desenvolvimento está relacionado a conquista de direitos civis, políticos, sociais e humanos. Ela expressa esse conjunto de direitos que dá ao indivíduo a possibilidade de participar ativamente da vida e do governo.

Longe de ser um conceito estanque, a cidadania é um processo contínuo, uma construção coletiva que busca a realização gradativa dos direitos humanos e de uma sociedade mais justa e solidária.

De natureza social, o homem adquire sua identidade enquanto ser humano e os meios fundamentais para a sua sobrevivência por meio do conjunto de redes

sociais em que está inserido. Desta forma, ser cidadão é compor-se em uma sociedade, participando ativamente de seu desenvolvimento.

Embora muitos entendam a cidadania como algo de natureza quase orgânica, garantido com o nascimento, é preciso ter a consciência de que se é um sujeito de direitos – e conseqüentemente deveres - para entender-se de fato como cidadão.

É preciso estar consciente das suas responsabilidades enquanto parte integrante desse complexo e imenso organismo que é a coletividade. Entendendo desta forma a cidadania é possível compreender o motivo dela estar listada como fundamento para a constituição do Estado Democrático Brasileiro.

Ainda em construção, no Brasil o conceito de cidadania caminha num processo evolutivo. Desde a abolição da escravatura, da conquista do voto feminino, passando pelo período de redemocratização do país, do movimento das “diretas já”, dos *impeachments* até a efetivação gradativa de direitos sociais, os espaços vêm sendo conquistados e a cidadania avança, mesmo que, às vezes, em passos curtos.

Seguindo na Constituição Federal, o Capítulo 1 traz os direitos e deveres individuais e coletivos e no seu Artigo 5º são 78 incisos que determinam os direitos fundamentais, com o objetivo de assegurar uma vida digna, livre e igualitária a todos os cidadãos *“todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes”*, entre eles, o *Inciso XIV – é assegurado a todos o acesso à informação e resguardado o sigilo da fonte, quando necessário ao exercício profissional, e o Inciso XXXIII - todos têm direito a receber dos órgãos públicos informações de seu interesse particular, ou de interesse coletivo ou geral, que serão prestadas no prazo da lei, sob pena de responsabilidade, ressalvadas aquelas cujo sigilo seja imprescindível à segurança da sociedade e do Estado.* (Constituição Federal, 1988)

Ambos os incisos estabelecem de forma clara que acesso à informação, não só é um direito, como é um direito fundamental para a garantia do Estado Democrático de Direito e traz ainda a garantia de que os órgãos públicos têm o dever de fornecer informações, isso porque, sem informação, o pleno exercício da cidadania é comprometido e sem a participação ativa e efetiva do cidadão na sociedade a sua construção sob bases democráticas também.

Mais adiante no texto constitucional, em seu “Capítulo II – Dos direitos sociais”, no *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 e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição*. Este artigo já teve sua redação alterada três vezes após a promulgação, quando os direitos a moradia, alimentação e transporte foram incluídos. A saúde figura como direito, desde o primeiro texto e é desse direito social que nasce o Sistema Único de Saúde - SUS.

Importante para esta pesquisa resgatar esse contexto histórico de maneira a oferecer matéria de reflexão sobre o lugar de onde advêm esses direitos, de maneira a compreender a importância da sua efetivação para o modelo social democrático que se busca estabelecer no Brasil desde 1988.

2.2 A Administração Pública e seus princípios

Na Constituição de 88, o Estado assume uma série de atribuições econômicas e assistenciais, sendo essas atribuições inclusive alvo de críticas à época. A administração pública precisa ser reestruturada e ampliada para assumir essas novas responsabilidades. Sendo assim, a Constituição se ateve em estruturá-la sob princípios

Art. 37. A administração pública direta e indireta de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios obedecerá aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência e, também, ao seguinte:

§ 1º A publicidade dos atos, programas, obras, serviços e campanhas dos órgãos públicos deverá ter caráter educativo, informativo ou de orientação social, dela não podendo constar nomes, símbolos ou imagens que caracterizem promoção pessoal de autoridades ou servidores públicos.

Mas, do que trata a administração pública? O que ela abarca? Tanto na administração privada, como na pública, há uma atividade dependente de uma vontade externa, individual ou coletiva, vinculada ao princípio da finalidade. Assim, toda atividade de administração deve ser útil ao interesse que o administrador deve satisfazer e, no caso da administração pública, a vontade decorre da Lei que fixa a finalidade a ser perseguida pelo administrador.

São dois os sentidos em que se utiliza mais comumente a expressão administração pública, em sentido subjetivo, formal ou orgânico,

ela designa os entes que exercem a atividade administrativa - compreende pessoas jurídicas, órgãos e agentes públicos incumbidos de exercer uma das funções em que se triparte a atividade estatal: a função administrativa; em sentido objetivo, material ou funcional, ela designa a natureza da atividade exercida pelos referidos entes - nesse sentido, a administração pública é a própria função administrativa que incumbe, predominantemente, ao Poder Executivo. (Di Pietro, 2004)

Em sentido amplo, a Administração Pública, compreende tanto os órgãos governamentais, supremos, constitucionais - Governo, aos quais incumbe traçar os planos de ação, dirigir, comandar, como também os órgãos administrativos, subordinados, dependentes - administração pública, em sentido estrito - aos quais incumbe executar os planos governamentais. Enfim, a administração pública compreende tanto a função política, que traça as diretrizes governamentais quanto a função administrativa, que as executa. (Di Pietro, 2004)

Embora o poder estatal seja uno, indivisível e indelegável, ele desdobra-se em três funções: a legislativa, a executiva e a jurisdicional e não há uma separação absoluta de poderes, a Constituição, no Artigo 2º, diz que “são poderes da União, independentes e harmônicos entre si”. Mas, quando define as respectivas atribuições, confere predominantemente a cada um dos poderes uma das três funções básicas, prevendo algumas interferências, de modo a assegurar um sistema de freios e contrapesos.

A função política compreende as atividades co-legislativas e de direção, a função administrativa compreende o serviço público, a intervenção, o fomento e a polícia, e a administração pública pode ser definida como a atividade concreta e imediata que o Estado desenvolve, sob regime jurídico total ou parcialmente público, para a consecução dos interesses coletivos, abrangendo todos os entes aos quais a lei atribui o exercício dessa função.

Sendo assim, serviço público é toda atividade que a Administração Pública executa, direta ou indiretamente, para satisfazer à necessidade coletiva, sob regime jurídico predominantemente público. Abrange atividades que, por sua essencialidade ou relevância para a coletividade, foram assumidas pelo Estado, com ou sem exclusividade e sujeitos aos princípios da administração pública de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência, conforme Artigo 37, da Constituição.

A legalidade, nasce com o Estado de Direito e constitui uma das principais garantias de respeito aos direitos individuais. Isto porque a lei, ao mesmo tempo em que os define, estabelece também os limites da atuação administrativa que tenha por objetivo a restrição ao exercício de tais direitos em benefício da coletividade. Segundo o princípio da legalidade, a Administração Pública só pode fazer o que a lei permite, diferente das relações entre particulares, onde o princípio da autonomia da vontade lhes permite fazer tudo o que a lei não proíbe.

O princípio da legalidade restringe e limita muitas vezes a Administração Pública, por exemplo, ela não pode, por simples ato administrativo, conceder direitos de qualquer espécie, criar obrigações ou impor vedações aos administrados, para fazer isso, ela depende da lei.

A impessoalidade é um princípio que deve ser observado tanto em relação aos administrados como a própria Administração. No primeiro sentido, significa que a administração não pode atuar com vistas a prejudicar ou beneficiar pessoas determinadas, uma vez que é sempre o interesse público que tem que nortear o seu comportamento. No segundo sentido, significa que os atos e provimentos administrativos são imputáveis não ao funcionário que os pratica, mas ao órgão ou entidade administrativa da Administração Pública, de sorte que ele não é o autor institucional do ato. Ele é apenas o órgão que formalmente manifesta a vontade estatal. Portanto, as realizações governamentais não são do funcionário ou autoridade, mas da entidade pública em nome de quem as produzira.

No Parágrafo 1º do artigo 37, a própria Constituição dá uma consequência expressa a essa regra, quando proíbe que conste nome, símbolos ou imagens que caracterizam promoção pessoal de autoridades ou servidores públicos em publicidade de atos, programas, obras, serviços, e campanhas dos órgãos públicos.

A moralidade é o princípio percebido no comportamento do bom administrador. Diante de alternativas possíveis, é preciso escolher aquela que resulta em maior ganho para a coletividade. É assim, uma característica de atos praticados com legitimidade.

Nem todos os autores aceitam e acatam a existência desse princípio por entenderem que o conceito de moral administrativa é vago e impreciso ou que acaba sendo absorvido pelo próprio conceito da legalidade. No entanto, licitude e honestidade são os traços distintivos entre o direito e a moral, numa aceitação ampla

do brocardo (princípio jurídico que expressa um conceito ou regra maior) segundo o qual nem tudo o que é legal é honesto. (Di Pietro, 2004)

Antonio José Brandão (1951, 454) define a moralidade administrativa como o conjunto de regras de conduta tiradas da disciplina interior da Administração e implica saber distinguir não só o bem e o mal, o legal e o ilegal, o justo e o injusto, o conveniente e o inconveniente, mas também entre o honesto e o desonesto.

A imoralidade administrativa surgiu e se desenvolveu ligada à ideia de desvio de poder, pois se entendia que, em ambas as hipóteses, a Administração Pública se utiliza de meios ilícitos para atingir finalidades metajurídicas irregulares. A imoralidade estaria na intenção do agente.

Não é preciso penetrar na intenção do agente, porque do próprio objeto resulta a imoralidade. Isto ocorre quando o conteúdo de determinado ato contraria o senso comum de honestidade, retidão, equilíbrio, justiça, respeito à dignidade do ser humano, à boa fé, ao trabalho, à ética das instituições. A moralidade exige proporcionalidade entre os meios e os fins a atingir; entre os sacrifícios impostos à coletividade e os benefícios por ela auferidos; entre as vantagens usufruídas pelas autoridades públicas e os encargos impostos à maioria dos cidadãos. (DI PIETRO, 2004, p. 77)

A eficiência é o princípio que se soma aos demais princípios impostos à Administração, não podendo sobrepor-se a nenhum deles, especialmente ao da legalidade, sob pena de sérios riscos à segurança jurídica e ao próprio Estado de Direito.

O que se impõe a todo agente público de realizar suas atribuições com presteza, perfeição e rendimento funcional. É o mais moderno princípio da função administrativa, que já não se contenta em ser desempenhada apenas com legalidade, exigindo resultados positivos para o serviço público e satisfatório atendimento das necessidades da comunidade e de seus membros". (DI PIETRO, 2004, p. 88)

A eficiência deve ser observada sob dois aspectos, em relação ao modo de atuação do agente público, do qual se espera o melhor desempenho possível de suas atribuições, para lograr os melhores resultados e em relação ao modo de organizar, estruturar, disciplinar a Administração Pública, também com o mesmo objetivo de alcançar os melhores resultados na prestação do serviço público.

O princípio da publicidade exige a ampla divulgação dos atos praticados pela Administração Pública, ressalvadas as hipóteses de sigilo previstas em lei. Existem na própria Constituição (art. 5º) outros preceitos que ou confirmam ou restringem o princípio da publicidade:

Inciso LX - determina que a lei só poderá restringir a publicidade dos atos processuais quando a defesa da intimidade ou o interesse social o exigirem;
Inciso XVI - assegura a todos o acesso à informação e resguardado o sigilo da fonte, quando necessário ao exercício profissional;

Inciso XXXIII - estabelece que todos têm direito a receber dos órgãos públicos informações de seu interesse particular, ou de interesse coletivo ou geral, que serão prestadas no prazo da lei, sob pena de responsabilidade, ressalvadas aquelas cujo sigilo seja imprescindível à segurança da sociedade e do Estado.

Inciso XXXIV - assegura a todos, independentemente do pagamento de taxas: o direito de petição aos Poderes Públicos em defesa de direitos ou contra ilegalidade ou abuso de poder; e a obtenção de certidões em repartições públicas, para defesa de direito e esclarecimento de situações pessoais.

O direito à informação relativa à pessoa é garantido pelo *habeas data*, nos termos do inciso LXXXII, do artigo 5º da Constituição, para assegurar o conhecimento de informações relativas à pessoa do impetrante, constantes de registros ou banco de dados de entidades governamentais ou de caráter público e para a verificação de dados, quando não se prefira fazê-lo por processo sigiloso, judicial ou administrativo.

O princípio da publicidade é requisito de eficácia dos atos administrativos. A ideia por trás disso é que para que produzam efeitos, é necessário que os atos administrativos sejam levados ao conhecimento público. Na maior parte dos casos, os atos administrativos precisam ser publicados em Diário Oficial, tais como resumo de contratos celebrados ou atos de nomeação de pessoal.

2.3 O Sistema Único de Saúde

O Brasil foi um dos primeiros países no mundo a prever na sua legislação maior o acesso universal aos serviços de saúde. Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), na Constituição de 88, o país passou a reconhecer a saúde como direito do cidadão e dever do Estado, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população no país.

A atenção integral à saúde passa a ser um direito de todos os brasileiros, desde a gestação e por toda a vida, tendo como foco na saúde a qualidade de vida, visando a prevenção e a promoção da saúde.

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - participação da comunidade.

Posteriormente a Lei Federal 8080/90 que define a organização do SUS e a 8142/90 que orienta a participação da comunidade e o financiamento do sistema, foram publicadas.

O Sistema Único de Saúde é regido por três princípios. A universalidade, isto é, saúde é um direito e deve ser garantido pelo Estado a todos, sem discriminação. A integralidade, que considera o indivíduo como um todo, atendendo a todas as necessidades para a promoção da sua saúde e a equidade, que busca reduzir desigualdades, entendendo que todos têm o mesmo direito, mas que cada pessoa tem necessidades distintas que devem ser supridas pelo Estado.

Existem ainda os princípios organizativos do sistema

Regionalização e Hierarquização: os serviços devem ser organizados em níveis crescentes de complexidade, circunscritos a uma determinada área geográfica, planejados a partir de critérios epidemiológicos e com definição e conhecimento da população a ser atendida. A regionalização é um processo de articulação entre os serviços que já existem, visando o comando unificado deles. Já a hierarquização deve proceder à divisão de níveis de atenção e garantir formas de acesso a serviços que façam parte da complexidade requerida pelo caso, nos limites dos recursos disponíveis numa dada região.

Descentralização e Comando Único: descentralizar é redistribuir poder e responsabilidade entre os três níveis de governo. Com relação à saúde, descentralização objetiva prestar serviços com maior qualidade e garantir o controle e a fiscalização por parte dos cidadãos. No SUS, a responsabilidade pela saúde deve ser descentralizada até o município, ou seja, devem ser fornecidas ao município condições gerenciais, técnicas, administrativas e financeiras para exercer esta função. Para que valha o princípio da descentralização, existe a concepção constitucional do mando único, onde

cada esfera de governo é autônoma e soberana nas suas decisões e atividades, respeitando os princípios gerais e a participação da sociedade.

Participação Popular: a sociedade deve participar no dia-a-dia do sistema. Para isto, devem ser criados os Conselhos e as Conferências de Saúde, que visam formular estratégias, controlar e avaliar a execução da política de saúde. (<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sus>)

Cada ente do sistema tem suas co-responsabilidades. O Ministério da Saúde é o gestor nacional do SUS e o principal financiador da rede pública de saúde, seu papel concentra-se na formulação de políticas nacionais de saúde, não realiza ações. Para desenvolver projetos depende dos parceiros. A ele cabe formular, normatizar, fiscalizar, monitorar e avaliar políticas e ações, em articulação com o Conselho Nacional de Saúde. Atua no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite para pactuar o Plano Nacional de Saúde. Fiocruz, Funasa, Anvisa, ANS, Hemobrás, Inca, Into e oito hospitais federais integram a sua estrutura.

Às Secretarias Estaduais de Saúde (SES) cabe participar da formulação das políticas e ações de saúde, prestando apoio aos municípios em articulação com o conselho estadual e participa da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) para aprovar e implementar o plano estadual de saúde. O estado formula suas próprias políticas de saúde, coordena e planeja o SUS em nível estadual, respeitando a normatização federal e são responsáveis pela organização do atendimento à saúde em seu território.

As Secretarias Municipais de Saúde (SMS) atuam no planejamento, organização, controle, avaliação e execução das ações e serviços de saúde em articulação com o conselho municipal e a esfera estadual para aprovar e implantar o plano municipal de saúde. O gestor municipal deve aplicar recursos próprios e os repassados pela União e pelo estado e é responsável pela execução das ações e serviços de saúde em seu território, podendo inclusive estabelecer parcerias com outros municípios para garantir o atendimento de sua população, para procedimentos de complexidade que estejam acima daqueles que pode oferecer.

A gestão das ações e dos serviços de saúde deve ser solidária e participativa entre os três entes da Federação: a União, os Estados e os municípios. A rede que compõe o SUS é ampla e abrange tanto ações quanto os serviços de saúde. Engloba a atenção primária, média e alta complexidades, os serviços urgência e emergência, a atenção hospitalar, as ações e serviços das vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental e assistência farmacêutica. (<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sus>)

Visando a participação popular existem os conselhos e conferências que visam formular estratégias, controlar e avaliar a execução da política de saúde, são eles: Conselho de Saúde, no âmbito de atuação (Nacional, Estadual ou Municipal), Comissão Intergestores Tripartite (CIT), Comissão Intergestores Bipartite (CIB), Conselho Nacional de Secretário da Saúde (Conass), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems).

No site do Ministério da Saúde é possível saber mais sobre a estrutura do Sistema Único de Saúde e sua organização, funções e ainda, acessar a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, que

“traz informações para que você conheça seus direitos na hora de procurar atendimento de saúde. Ela reúne os seis princípios básicos de cidadania que asseguram ao brasileiro o ingresso digno nos sistemas de saúde, seja ele público ou privado.

- Todo cidadão tem direito ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde.
- Todo cidadão tem direito a tratamento adequado e efetivo para seu problema.
- Todo cidadão tem direito ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação.
- Todo cidadão tem direito a atendimento que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos.
- Todo cidadão também tem responsabilidades para que seu tratamento aconteça da forma adequada.
- Todo cidadão tem direito ao comprometimento dos gestores da saúde para que os princípios anteriores sejam cumpridos.”

Figura 1

Esquema gráfico dos três níveis de poder e suas responsabilidades dentro do Sistema Único de Saúde



Fonte: compilação da autora

No entanto, caminhando para seu 35º aniversário, o SUS ainda enfrenta uma série de desafios para a plena efetivação da saúde como direito. Depois de mais de três décadas, o conhecimento sobre a estruturação do sistema e suas portas de acesso ainda é um ponto nevrálgico, pouco ou nada compreendido pela população usuária ou não de seus serviços. E como pode um direito se efetivar sem que o cidadão o conheça suficiente e adequadamente, para que dele possa usufruir e sobre ele possa atuar?

Um sistema articulado em rede, pensado em relação ao cidadão, hierarquizado e descentralizado para estar perto, próximo e junto ao usuário, ainda patina para estabelecer relações fortes e consistentes, que suportem as pontes de confiança que precisam ser construídas para a produção de um cuidado digno, humano, integral e resolutivo, que é a ousada proposta deste sistema.

Nesta estrutura, o papel dos equipamentos de saúde precisa ser pensado de maneira mais ampla e sistêmica, como parte de um sistema complexo. Buscando a integralidade proposta como princípio para o SUS, esses equipamentos precisam atuar como elo, base e espaço de troca e produção de sentido para garantir o direito

a saúde. A relação de troca, saberes e confiança estabelecidas por eles, por meio de uma comunicação clara, transparente, qualificada e efetiva é fundamental para que se trilhe esse caminho.

3. COMUNICAÇÃO NA SAÚDE PARA A SAÚDE

3.1. Comunicação e Saúde: espaços de convergência

Quando se fala do lugar da comunicação.... a abordagem tende a ser da saúde como conteúdo ou objeto que permitiria avançar na compreensão dos dispositivos de comunicação da sociedade, midiáticos ou não. Quando o lugar de fala é o da saúde, temos um campo de intersecção e, mais que isto, um contexto a definir a abordagem: o SUS, com seus dinamismos, contradições, lutas específicas, movimentos sociais e políticos, estruturas, instituições. (ARAÚJO E CARDOSO, 2007, p. 20 e 21)

Existe um ponto de convergência que entendemos como estruturante tanto para a comunicação, quanto para a saúde, que é a natureza relacional das duas. Não se produz troca, partilha ou cuidado sem o pré estabelecimento mínimo de uma relação, por isso é possível afirmar que ambas têm a relação como essência para a sua realização. Porém, dentro de uma estrutura social democrática mais um ponto estruturante entre comunicação e saúde se converge

No campo da saúde, a comunicação não se dissocia da noção de direito, é dirigida aos “cidadãos”, objetiva o aperfeiçoamento de um sistema público de saúde em todas suas dimensões e a participação efetiva das pessoas na construção dessa possibilidade. Não se pode limitar a ter a persuasão como estratégia, nem trabalhar apenas com a ideia de divulgação: o objetivo deve ser minimamente, estabelecer debate público sobre temas de interesse e garantir as pessoas informações suficientes para a ampliação de sua participação cidadã nas políticas de saúde. (ARAÚJO E CARDOSO, 2007, p. 61)

Araújo e Cardoso propõem, a partir disso, que o eixo balizador da comunicação em saúde seja os princípios do SUS, já apresentados no capítulo anterior: universalidade, equidade, integralidade, descentralização, hierarquização e participação. Uma proposta que encontra sentido na minha prática profissional de mais de 15 anos em comunicação de saúde pública e por isso ecoa neste trabalho.

Como já dissemos aqui, saúde e comunicação precisam ser compreendidas na perspectiva do direito e, assim, para ambas o princípio da **universalidade** ganha sentido. Mesmo que historicamente à população tenha cabido na maior parte do tempo o papel de receptor nas comunicações de saúde no Brasil, na contemporaneidade observamos alguns passos em direção a democratização da comunicação, que na saúde traduziu-se pela reivindicação do acesso ampliado e facilitado às informações e a disponibilidade de canais e espaços de escuta que

possam promover a participação e o protagonismo do indivíduo, tanto nas suas escolhas de saúde quanto na construção e no aperfeiçoamento do SUS.

A necessidade de tornar comunicação em saúde acessível a todos os públicos de forma ampla e universal é um desafio quando consideramos as dimensões geográficas, políticas e sociais do país. Como adequar a mensagem, meios e tecnologias aos destinatários, sem ampliar ou reforçar as diferenças sociais existentes? Como produzir conteúdos que promovam a dimensão do reconhecimento, dentro de uma realidade tão heterogênea?

[...] podemos pensar em uma comunicação em rede, um tecido formado por muitos fios. Os fios da rede correspondem a vozes sociais e circulam em várias direções, conduzindo múltiplos discursos, ideias, propostas, opiniões, saberes, sentimentos...Essa rede é operada por interlocutores, que produzem e fazem circular seus discursos, ao mesmo tempo em que se apropriam de outros discursos circulantes. Desta rede resultam os sentidos sociais da saúde. (ARAÚJO E CARDOSO, 2007, p.63)

Dentro da perspectiva da **equidade**, parte-se do pressuposto da desigualdade social para buscar condições de possibilidade da comunicação por meio de estratégias e ações que a minimizem. Análises profundas de cenários, contextos e especificidades são necessárias para abarcar toda a diversidade e diferenciações sociais presentes, para que o acesso a comunicação e a saúde não seja comprometido. “Podemos afirmar que a capacidade de comunicar é a capacidade de contextualizar: se não nos apercebemos dos contextos em que a comunicação se realiza, produziremos uma comunicação autista”. (ARAÚJO E CARDOSO, 2007, p.65)

As autoras tratam ainda do que chamam pré-construídos que são trazidos pelas pessoas e que condicionam ou impactam na forma como elas vão participar do processo comunicativo e que associados ao contexto podem determinar as condições de circulação, compreensão e apropriação da estratégia comunicativa.

A noção de contexto afeta diretamente o acesso das pessoas às informações e a possibilidade da apropriação dos inúmeros produtos comunicacionais das instituições de saúde, sejam impressos (cartazes, folhetos, livretos, filipetas, entre outros), televisivos, radiofônicos ou veiculados em meios digitais. O acesso não está garantido pela oferta ou simples adequação de códigos a um perfil médio dos desejados receptores, mas pela articulação dos contextos de circulação e apropriação. (ARAÚJO E CARDOSO, 2007, p.65)

Sem a possibilidade de apropriação o princípio da equidade não se realiza, sendo assim, como garantir espaços de circulação de ideias e participação mais equânimes, deve ser encarado como um dos desafios do sistema.

Seguimos para o princípio da **integralidade**, onde a ideia de integralidade se encontra na comunicação? A busca pela integralidade na saúde passa pela necessidade de enxergar o indivíduo de maneira ampliada, entendendo a sua complexidade, para além da doença. E, para isso, a escuta e o reconhecimento do outro é fundamental, dimensões presentes e necessárias também na comunicação. A integralidade se contrapõe a fragmentação e a especialização desafios tanto na prática de saúde, quanto na prática da comunicação.

Pensar a comunicação para além da produção e emissão de conteúdos, desenvolver canais de escutas formais preparados para, não apenas ouvir mas apropriar-se das mensagens e alimentar o sistema institucional por meio delas, entendendo a comunicação não apenas como canal mas também e, principalmente, como estratégia, é desenvolver sobre ela um olhar de integralidade.

O princípio da integralidade permite perceber um processo que contempla a formação dos sentidos sociais na sua inteireza, permite compreender a comunicação como espaço da produção social dos sentidos, no qual se verifica a produção, a circulação e a apropriação de bens simbólicos. (ARAUJO E CARDOSO, 2007, p.74)

A **descentralização**, proposta para o SUS opera pela distribuição de poder nas estruturas do Estado, na busca por mais proximidade dele para a participação e viabilidade das necessidades de saúde. Na comunicação em saúde também há a centralidade do poder, no caso poder financeiro. O Ministério da Saúde ainda detém o maior recurso para a comunicação, as instancias estaduais e municipais ainda concentram o recurso financeiro destinado a comunicação dentro das secretarias de saúde. Aos equipamentos de saúde, aqueles que se relacionam diretamente com a população e estão inseridos na vida cotidiana da comunidade, os recursos são extremamente limitados, quando não inexistentes.

Duas consequências, determinantes de outras, merecem ser explicitadas:
. Os recursos são prioritariamente voltados para fortalecer o modelo campanhista de saúde e de comunicação, produzindo-se de forma centralizada campanhas destinadas a veicular informações e orientações a população. Fortalece-se assim, também, a prática prescritiva própria da abordagem desenvolvimentista da comunicação. No contraponto, as

estratégias de identificação das outras vozes e de apoio à produção e circulação do que têm a dizer são quase inexistentes.

. A noção de “contexto”, que consideramos vital para a equidade e a integralidade, fica inviável, sendo idealizado com base em perfis construídos de forma estatística. Isto produz desconpassos que todos conhecemos, em termos das formas de apropriação dos conteúdos veiculados. (ARAUJO E CARDOSO, 2007, p.77)

A comunicação descentralizada pode, ainda, apoiar a descentralização do poder, e conseqüentemente propiciar uma maior participação, como previsto na constituição do SUS mas o desafio aqui implica um olhar mais profundo sobre a gestão em saúde e onde a comunicação está inserida no cenário saúde.

Quando pensamos que o maior desafio da saúde, do ponto de vista da população, ainda é o acesso ao sistema, gerado especialmente pelo desconhecimento de como, quando e onde acessá-lo, fica clara a importância de aproximar a comunicação na saúde da população.

Sim, o SUS preconiza uma série de conselhos que objetivam o controle social e onde a participação popular é o cerne, no entanto, como Araújo e Cardoso colocam, esse cenário hierarquizado e centralizado se reproduz nessas instancias.

Aparentemente há um efeito dominó, fazendo com que aqueles que reivindicam um maior direito à informação e à comunicação, seja nos serviços, nos movimentos ou em qualquer outro âmbito social que tenha a saúde como foco, não consigam produzir uma prática descentralizada e marcada pela redistribuição do poder de falar e ser ouvido. (ARAUJO e CARDOSO, 78, 2007)

A **hierarquização** é outro princípio organizativo do SUS que também cabe à comunicação em saúde, mesmo que num primeiro momento essa pareça se contrapor a descentralização, o que se busca aqui é que na comunicação o princípio da hierarquização, se traduza num papel diferenciado para os órgãos de nível central.

Muito mais do que promover campanhas, produzidas em agências publicitárias a Serviço do Ministério da Saúde e disseminadas em todo o país, a missão dos órgãos de nível central estaria em repassar e apoiar tecnicamente os estados e municípios (e estes, os movimentos e organizações locais. (ARAUJO E CARDOSO, 2007, p.79)

Dentro desta perspectiva, a hierarquização poderia criar espaços e condições para que a polifonia social seja ouvida e considerada, fortalecendo os demais

princípios e diretrizes, na comunicação, proporcionando ainda um caminho para a legitimidade dos discursos de todos os atores sociais da rede de saúde.

E chegamos finalmente a diretriz da **participação**, que traz a comunicação em si mesmo. Na saúde, a participação encara o desafio do controle social. O SUS foi estruturado de forma a criar espaços para que a sociedade pudesse ser ativa e atuante, no planejamento, na implantação e na fiscalização das políticas públicas de saúde, esses espaços foram chamados de conselhos de saúde. Ocorre, no entanto, que esses espaços também carecem de uma estrutura e estratégias de comunicação mais efetivas para se estabelecerem como comunidades discursivas de fato e ainda que o fizessem, não encerrariam sozinhas o desafio da comunicação em saúde.

[...] o principal desafio a vencer situa-se no cotidiano dos serviços, onde o nível mais simples de participação, o direito de ser ouvido e considerado, é frequentemente sonogado não só aos trabalhadores da saúde em posições periféricas, como à população). (ARAÚJO E CARDOSO, 2007, p.84)

E nesse cotidiano a estratégia da comunicação precisa ser oferecer informações sobre direitos em saúde e sobre a forma como o sistema se estrutura – facilitando a relação do cidadão com as instituições e serviços de saúde - e dar voz, criando espaços, processos e práticas inclusivas para que seus públicos possam de fato participar, apresentando seus olhares e outras perspectivas para que possam se apropriar e aprimorar o sistema, fortalecendo-o.

[...] sem comunicação universal, equitativa, integral, descentralizada e hierarquizada, dificilmente teremos uma participação como a desejada e vice-versa. (ARAÚJO E CARDOSO, 2007, p.83)

3.2. Comunicação Pública Governamental: para a efetivação de direitos

O termo “comunicação pública” tem sido objeto de uma série de estudos e reflexões na busca por definições que possam delimitá-lo e conceituá-lo como área de estudo. Ainda hoje, é tido por muitos estudiosos como um termo ainda em construção.

Elizabeth Pazito Brandão atenta, em *Comunicação Pública | Estado, Mercado, Sociedade e Interesse Público* - obra organizada por Jorge Duarte, em 2007 - para a multiplicidade de usos do termo e o conflito que pode haver entre alguns deles.

Em 2013, Mariangela Furlan Haswani publica a obra *Comunicação Pública | Bases e Abrangências* onde avança na discussão sobre o uso do termo.

Brandão enumera como espaços ocupados pela comunicação pública: a comunicação pública identificada com os conhecimentos e técnicas da área de comunicação organizacional; a comunicação pública identificada como comunicação científica; a comunicação pública identificada com comunicação política; a comunicação pública identificada com estratégias de comunicação da sociedade civil organizada e finalmente, a comunicação pública identificada com comunicação do Estado e/ou governamental.

A autora atenta ainda que “dentre os múltiplos significados da expressão comunicação pública, é possível encontrar um ponto em comum de entendimento que se instaura entre o Estado, o governo e a sociedade com o objetivo de informar para a construção da cidadania”. (BRANDÃO, 2007, p.9)

O fato é que entre todas as discussões proposta há um denominador comum: a defesa do interesse público, na perspectiva de Jorge Duarte (2007, p.60).

Muitos autores têm se debruçado sobre o tema, o termo e suas delimitações, mas para o estudo aqui proposto vamos focar nossa atenção na chamada “comunicação pública governamental” - por entendermos que essa é a perspectiva que mais converge com a análise proposta – sendo ela a comunicação pública, sob responsabilidade do Estado e do governo para o estabelecimento de um fluxo informativo e comunicativo com seus cidadãos.

A comunicação governamental pode ser entendida como comunicação pública, na medida em que ela é um instrumento de construção da agenda pública e direciona seu trabalho para a prestação de contas, o estímulo para o engajamento da população nas políticas adotadas, o reconhecimento das ações promovidas nos campos políticos, econômico e social, em suma, provoca debate público. (BRANDÃO, 2007, p.5)

A Comunicação Pública como estratégia para que as instituições públicas possam informar, prestar contas e criar espaços de escuta a população, de maneira a produzir reconhecimento e pertencimento, e aproximar o cidadão de seus direitos e

deveres é a perspectiva de Zémor (1995, p.1) para o termo e que também se alinha ao estudo proposto.

A Comunicação Pública como recurso das instituições públicas para promover troca e compartilhamento de informações de interesse público, fortalecendo as relações com os cidadãos, aumentando a confiança pública no governo e aprimorando o controle social e conseqüentemente a democracia, na compreensão de Novelli (2006, p.85), também encontra eco neste estudo.

Observa-se que os dois autores não dispõem o termo “governamental” agregado a comunicação pública, o que pode gerar alguma confusão mas o fato é que ambos consideram na utilização do termo a comunicação realizada pelo governo e as instituições públicas a ele ligadas.

Assim como para Haswani (2013, p.80), para quem a comunicação pública é composta por diferentes estratégias e processos que apoiam e fortalecem a esfera pública, reforçando a relação entre Estado e cidadão, promovendo espaços capazes de escuta e ativação da participação do público nas escolhas que orientam as políticas públicas. Para isso, seria necessário extrapolar a função de divulgação de informações do governo e da assessoria de imprensa para autopromoção dos governantes e de suas ações para colocar-se como facilitador da relação entre estado e cidadão.

Num país em que a desigualdade é enorme, a oportunidade de um cidadão comum conhecer as possibilidades de participação, instrumentos de acesso, seus direitos a informação, a expressar sua opinião ou a um atendimento digno tende a ser equivalente à sua posição na estrutura social. Informação ainda é um bem de interesse geral ainda acessível para poucos, o que restringe o potencial de participação em termos igualitários, tanto de acesso quanto de capacidade de tomar decisões. (DUARTE, 2007, p.67)

Para Duarte (2007, p.59) ainda, “a comunicação governamental diz respeito aos fluxos de informação e padrões de relacionamento envolvendo os gestores e a ação do Estado e a sociedade” e a comunicação pública, “ocupa-se da viabilidade do direito social coletivo e individual ao diálogo, à informação e expressão. Assim, fazer comunicação pública é assumir a perspectiva cidadã na comunicação envolvendo temas de interesse coletivo”, ao unirmos as duas definições podemos chegar a uma visão da comunicação pública governamental que é aquela produzida pelo Estado - e aqui é importante separar Estado de governo, entendendo o segundo como transitório

e político - para viabilizar o direito social coletivo e individual ao diálogo, à informação e expressão.

A comunicação pública, então deve ser compreendida como sentido mais amplo do que dar informação. Deve incluir a possibilidade de o cidadão ter pleno conhecimento da informação que lhe diz respeito, inclusive aquela que não busca, por não saber que existe, à possibilidade de expressar suas posições com a certeza absoluta de que será ouvido com interesse e perspectiva de participar ativamente, de obter orientação, educação e diálogo. (DUARTE, 2007, p.64)

Zémor complementa essa compreensão

Em sua prática, a comunicação pública assume diferentes formas ligadas às missões das instituições públicas. Ela é encarregada de tornar a informação disponível ao público, de estabelecer a relação e o diálogo capazes de tornar um serviço desejável e preciso, de apresentar os serviços oferecidos pela administração e pelos estabelecimentos públicos, de tornar as próprias instituições conhecidas, enfim, de conduzir campanhas de informação e ações de comunicação de interesse geral. A esses registros, soma-se aquele de natureza política, ou seja, da comunicação do debate público que acompanha os processos decisórios. (ZÉMOR, 2007, p.214)

No Brasil, a comunicação governamental foi historicamente de natureza publicitária, com a divulgação de suas ações em propaganda na grande mídia. Nas áreas de saúde e agropecuária, o cunho educativo também esteve presente na comunicação, mas a maior marca da comunicação governamental no Brasil ainda é a promoção de seus gestores, muito embora o princípio da impessoalidade na administração pública tenha sido estabelecido na Constituição de 88, ainda hoje, talvez por conta justamente dessa natureza histórica o nível de tolerância a essa prática e os gastos do governo com divulgações de cunho autopromocional ainda sejam altíssimos face a produção de uma comunicação voltada ao fortalecimento das instituições públicas e de sua relação com o cidadão e a sociedade.

A restauração da democracia e o conseqüente crescimento de novas formas de vivências democráticas, despertaram a necessidade de informação voltada para a construção da cidadania. A própria noção de cidadania sofre mudança e começa a ser entendida de forma menos passiva e mais participativa, apreendida como o livre exercício de direitos e deveres, situação para a qual só se está preparado quando existem condições de informação e comunicação. A comunicação é hoje um ator político proeminente e é parte constituinte da formação do novo espaço público. (BRANDÃO, 2007, p.10)

Em sua obra intitulada “O Estado de Narciso” Bucci faz uma profunda e crítica reflexão a essa prática e seus custos para o Estado Democrático de Direito que se pretende, desde a Constituição de 88.

A tal “comunicação pública” brasileira, de pública mesmo, não tem quase nada. Ela é doutrinária, isso sim. Não se pauta pela discricção ou pela moderação. Numa palavra é exibicionista...Via de regra, a comunicação que chamamos de pública é um palanque armado para turbinar a pretensão eleitoral de parlamentares, governadores...alicerçados na visibilidade que conseguem graças a seus próprios departamentos de “comunicação pública”, alguns deles ditados de canais de rádio e TV – partem para voos “mais altos” como gostam de dizer. Esse palanque é partidário. Também por isso, não se pode dizer que seja público. (BUCCI, 2014, p.16)

O autor admite que o Estado se comunica bastante com a sociedade e investe muito recurso nisso, porém questiona a natureza dessa comunicação e a forma como ela se estabelece de forma unilateral, que não se abre ao diálogo.

As assessorias de comunicação e os seus assessores, embora estejam presentes na estrutura estatal desde a década de 70, pouco impactaram na mudança desse cenário e por muitas vezes o reforçaram. Ainda hoje, 50 anos depois, observamos assessorias restritas a atender demandas de imprensa, redigir discursos e releases quase que como peças publicitárias, focados na promoção da imagem do gestor e na manutenção de seu próprio trabalho no próximo pleito.

O que se pretende neste trabalho é observar como a comunicação pública governamental, dentro desta perspectiva mais ampliada e alicerçada na construção de relacionamento com o cidadão para a garantia de direitos sociais, se apresenta dentro das instituições hospitalares de saúde, como essas instituições percebem o seu novo papel como ponte para o relacionamento com o cidadão, para o fortalecimento dos direitos sociais e conseqüentemente da democracia. Isso por que acreditamos que

A nova democracia representativa, que nada ou pouco tem a ver com a *oikos* grega, insistentemente lembrada quando o assunto é democracia e cidadão, impõe a organização estratégica dos cidadãos para que obtenham uma forma de poder mais diretamente influente na formulação de políticas públicas ou na reivindicação de seus direitos do que pode exprimir o voto e a eleição dos representantes políticos que, freqüentemente, não cuidam dos interesses desses cidadãos pelos quais foram eleitos...O papel da comunicação mudou e é cada vez menos profissão. É quase missão: fazer circular informação e suas respostas, muito mais do que produzir. É muito mais visão de futuro, do que objetivo institucional...A comunicação é um componente da vida política de um país e a comunicação pública é o resultado da organização da voz do cidadão neste cenário político. (BRANDÃO, 2007, p.30 e 31)

Quando entendemos todo esse conceitual teórico, como profissionais de comunicação pública governamental podemos e devemos rever as estratégias implementadas e analisar os resultados alcançados a partir de outras perspectivas. Como gestores públicos, é preciso abraçar a comunicação como direito e com responsabilidade garantir a estrutura necessária para que ele se efetive, dentro do seu espaço de domínio, entendendo que a comunicação é ela própria uma missão do serviço público. (ZÉMOR, 2007, p.219)

O processo de comunicação que ocorre entre as instituições públicas e a sociedade...tem por objetivo promover a troca ou compartilhamento das informações de interesse público, passa a desempenhar um papel importante de mediação para as práticas de boa governança. (NOVELLI, *apud* BRANDÃO, 2007, p.18)

Para exemplificar de forma prática como a comunicação pública governamental precisa construir um caminho que leve o cidadão a participação ora pretendida e necessária, buscamos um recorte realizado por Haswani (2013), que em sua obra oferece a perspectiva desse caminho que precisa ser construído por etapas – do dado ao compartilhamento - até este novo lugar.

Se o órgão estatal da saúde informa ao cidadão sobre uma campanha de combate à diabetes, dá a ele a oportunidade de tirar dúvidas (comunicação); prosseguir na comunicação pedindo mais informações ou esclarecimentos (relacionamento); manifestar-se para discutir algum aspecto da campanha e ter a oportunidade de trocar ideias com o emissor (diálogo/debate); comparecer ao posto de saúde para avaliar o seu nível de glicemia (participação); tratar a doença – se ela for diagnosticada – ou seguir procedimentos profiláticos para evitar que a doença se instale no organismo (aqui ocorre o compartilhamento, com a divisão de ônus e bônus entre o órgão público e o cidadão). (HASWANI, 2013, p.115)

É Haswani que busca em sua obra analisar e sistematizar as diversas linhas teóricas e conceituais acerca da comunicação pública, dando especial atenção aos autores italianos, precursores na abordagem. Ela descreve as possíveis subáreas da comunicação pública descritas na figura abaixo, extraída de sua obra.

Figura 2 – o âmbito da comunicação pública



Embora todas as subáreas mereçam e necessitem de atenção, este trabalho vai focar sua análise na comunicação da instituição pública, definida por Haswani como

A comunicação realizada pela administração pública e por quaisquer entes envolvidos com o serviço público cuja finalidade seja a organização de um sistema integrado de comunicação que garanta, em primeira instância, publicidade e compreensão das produções normativas e que assegure serviços de informação “capazes de satisfazer específicas necessidades dos usuários” (HASWANI, 2013, p.129)

É a atividade da comunicação pública que auxilia o cidadão a se locomover no labirinto da burocracia, por isso a prevalência do seu trabalho é de caráter informativo, mas não se limita a ele, numa visão ampliada essa comunicação deve articular-se com o “direito, serviço, imagem, diálogo, conhecimento de organização” (ROVINETTI, *apud* HASWANI, 2013, p.129)

A informação seria apenas o ponto de partida

A comunicação das instituições é vista, aí, como um processo que deve, antes de tudo, informar os cidadãos, garantindo o reconhecimento, não só formal, do direito a serem informados. Da informação, deve-se passar à construção de um diálogo, sabendo-se que não existe um cidadão médio,

mas cidadãos diversos; é necessário, portanto, conhecer os públicos de referência, endereçando mensagens focadas e solicitando a possibilidade de respostas. A comunicação, segundo o autor, deve tornar-se ela mesma um serviço que as administrações públicas, dos ministérios às organizações dos municípios, devem fornecer a coletividade. (HASWANI, 2013, p.130)

Alinhada a essa perspectiva, Haswani traz Franca Faccioli para complementar a definição. A autora italiana considera a comunicação institucional “como eixo central da comunicação pública, a base que rege o processo inteiro e condiciona o seu sucesso” (*apud* HASWANI, 2013, p.130).

Quando adoecemos, precisamos estudar, recebemos uma multa de trânsito ou somos vítimas de violência, por exemplo, não buscamos pelos prefeitos, secretários ou governadores, nos dirigimos às instituições públicas e é com elas que nos relacionamos ou precisamos nos relacionar. Nessa perspectiva são as instituições públicas que materializam o Estado para o cidadão, na sua vida cotidiana, e não é difícil entender por que a comunicação institucional é vista como eixo centralizador da comunicação pública pelas autoras, tendo como funções

Informar sobre as próprias obras, ouvir as exigências dos cidadãos, contribuir para reforçar a relação social, valorizar o cidadão como ator dos processos de transformação e acompanhar a mudança tanto dos comportamentos quanto da organização social. (FACCIOLI, *apud* HASWANI, 2013, p.133)

Funções amplas e abrangentes que vão além do ato de informar e avançam na construção do que Haswani define como compartilhamento, o objetivo final da estruturação da relação cidadão e Estado, para a democracia.

Paolo Mancini é outro autor que se debruça sobre o tema e entende a comunicação da instituição pública como “aquela proveniente das instituições públicas de fato e consideradas pelo objeto da sua atividade”, sendo compreendida por dois tipos de comunicação, a comunicação institucional – aquela responsável por promover a imagem da instituição, e a comunicação normativa – que trata da divulgação das informações acerca das atividades decisórias. (Haswani, 2013, 130)

Roberto Grandi contribui com essa delimitação conceitual, definindo como efeitos da comunicação da instituição pública

Garantir aos cidadãos o direito de informação [...]; construir e promover a identidade do ente público para reforçar as relações entre os subordinados e a administração [...]; oferecer a possibilidade aos cidadãos de exprimir de maneira ativa e substancial os direitos de cidadania [...]; produzir uma

transformação radical na mentalidade dentro da administração pública. (GRANDI, *apud* HASWANI, 2013, p.131)

E traz ainda como públicos-alvo dessa comunicação: cidadãos e organizações, meios de massa e, ainda, quem opera dentro da própria instituição. Serão esses os públicos que vamos considerar em nossa análise no próximo capítulo.

3.3 Comunicação Organizacional Integrada: a integração como estratégia de comunicação

Depois de pensarmos as necessidades de comunicação dentro do Sistema Único de Saúde - um sistema amplo, complexo, dinâmico, distribuído em rede, interligado, conectado, em transformação constante e, como pudemos perceber, cheio de desafios comunicacionais - e logo em seguida, de olharmos para as premissas de uma comunicação que se possa dizer pública governamental, e sua função – ou missão - dentro da esfera estatal, é hora de olhar para o arcabouço teórico da comunicação organizacional integrada e como ela pode contribuir para a prática comunicativa dentro das instituições de saúde, entendendo-as como sistemas organizacionais complexos.

[...] apesar de suas diferenças, todas as organizações são sistemas sociais e históricos, constituídos por recursos materiais, imateriais, e pessoas – que se comunicam e se relacionam entre si, com os inúmeros públicos as redes de públicos e a sociedade -, agrupados em função de cumprir ideários comuns e formais. (NASSAR, 2008, p.62)

Margarida M. K. Kunsch, entende a comunicação integrada como uma filosofia capaz de nortear e orientar toda a comunicação que é gerada na organização como fator estratégico para o seu desenvolvimento organizacional, e dentro desta perspectiva, a comunicação organizacional concentraria todas as modalidades de comunicação realizadas dentro da organização: comunicação institucional, comunicação mercadológica ou de marketing, a comunicação interna e a comunicação administrativa, buscando uma coordenação sinérgica entre elas, buscando a eficácia das estratégias e ações desenvolvidas. (KUNSCH, 2003, p.179).

Mesmo que seus estudos não se concentrem na comunicação pública governamental especificamente, a autora aponta princípios fundamentais que devem ser observados pelos representantes das instituições públicas

A instituição pública/governamental deve ser hoje concebida como instituição aberta, que interage com a sociedade, com os meios de comunicação e com o sistema produtivo. Ela precisa atuar como um órgão que extrapola os muros da burocracia para chegar ao cidadão comum, graças a um trabalho conjunto com os meios de comunicação. É a instituição que ouve a sociedade, que atende as demandas sociais, procurando, por meio da abertura de canais, amenizar os problemas cruciais da população, como saúde, educação, transporte, moradia e exclusão social. (KUNSCH, *apud* MATOS, 2013, p.4)

A importância de se integrar as comunicações dentro deste cenário é permitir que se estabeleça uma política global, que alinhe e estruture essas comunicações de forma mais homogênea, considerando sempre a necessidade de articulação para garantir a coerência das estratégias propostas para um mesmo universo de pessoas e públicos.

A comunicação organizacional integrada deve expressar uma visão de mundo e transmitir valores intrínsecos, não se limitando à divulgação de produtos ou serviços da organização. Deve contribuir por meio de uma sinergia da comunicação institucional, mercadológica, interna e administrativa, para a construção de uma identidade corporativa forte e sintonizada com as novas exigências e necessidades da sociedade contemporânea...o importante, para uma organização é a integração de suas atividades de comunicação, em função do fortalecimento de seu conceito institucional, mercadológico e corporativo perante seus públicos, a opinião pública, e a sociedade. (KUNSCH, 2003, p.180 e 181)

Quando pensamos que uma organização possui uma imagem única, ou assim deveria ser, articular as estratégias de comunicação, em suas múltiplas perspectivas e domínios, não parece ser uma escolha e sim, uma necessidade, para gerar a identidade e o reconhecimento pretendidos, embora nem sempre essa pareça ser a mais considerada.

Para apoiar esses esforços, um planejamento estratégico da comunicação integrada pode direcionar as ações de forma a potencializar a sua eficiência e eficácia, em prol de um objetivo comum, no entanto, esse olhar mais estratégico para as ações de comunicação ainda não se percebe presente em todas as organizações; para algumas, ainda que a comunicação esteja estabelecida e seja percebida como estratégica, a sua atuação na prática ainda se vê limitada a esfera tática operacional. São as áreas de comunicação estabelecidas a partir da necessidade da organização

de “divulgar”, sem relacionar as ações de divulgação a diretrizes mais abrangentes e pensadas dentro da perspectiva dos objetivos estratégicos institucionais, considerando sua missão, propósito e valores.

Desarticuladas, ações de comunicação e até mesmo os canais de comunicação - se encerram como um fim em si mesmos, promovendo uma comunicação sem escuta, troca ou relação. Será que seria possível chamar de comunicação essas ações e canais? É um viés conceitual precisa ser mais bem discutido desde a formação dos profissionais que atuam na área até os conteúdos oferecidos a respeito do tema na formação dos profissionais de gestão, que muitas vezes buscam por soluções de comunicação, investem recursos e não conseguem obter os resultados desejados, simplesmente por não entender a perspectiva estratégica para uma comunicação organizacional integrada.

Assim como buscamos entender as áreas de atuação da comunicação pública governamental no subcapítulo anterior, aqui vamos olhar brevemente as áreas que compõem a comunicação organizacional:

Comunicação institucional: apresenta a organização a partir de sua imagem idealizada, que deverá ser construída e validada por meios das ações desenvolvidas pelas áreas de relações públicas, jornalismo empresarial, assessoria de imprensa, editoração multimídia, imagem corporativa, propaganda institucional, marketing social e marketing cultural

Comunicação mercadológica: trata a relação com o seu público consumidor ou potencialmente consumidor, e engloba marketing, propaganda, promoção de vendas, feiras e exposições, marketing direto, merchandising e venda pessoal

Comunicação administrativa: foca-se nas questões práticas e funcionais do dia a dia, compreendendo os fluxos, redes formal e informal e veículos

Comunicação interna: busca a construção da imagem institucional junto a forma de trabalho, que perpassa o grupo de funcionários e estende-se a todos os colaboradores que atuam nas entregas da organização – estagiários, prestadores de serviço terceirizados, entre outros.

As organizações têm de se valer de serviços integrados nessa área, pautando-se por políticas que privilegiem o estabelecimento de canais de comunicação com os públicos a elas vinculados. A abertura das fontes e a transparência das ações são fundamentais para que as organizações possam se relacionar com a sociedade e contribuir para a construção da cidadania na perspectiva da responsabilidade social. Neste sentido, a comunicação

organizacional deve constituir-se num setor estratégico, agregando valores e facilitando, por meio das relações públicas, os processos interativos e as mediações. (KUNSCH, 2003, p.90)

Ainda na obra de Kunsch (1986), um capítulo de suma relevância na análise que propomos está relacionado as barreiras de comunicação. A autora define os tipos de barreira comuns nos processos comunicativos e aqueles mais específicos da comunicação organizacional.

Para compreender a complexidade do ato comunicativo, um dos caminhos é estudar alguns elementos ou aspectos relevantes presentes na gestão do processo comunicativo nas organizações: as barreiras, os níveis de análise, as redes, os fluxos, os meios e as diversas modalidades comunicacionais existentes. (KUNSCH, 2003, p.73)

Por barreiras entende-se as interferências ou ruídos que impactam no processo de comunicação e na eficácia comunicativa, essas barreiras se dividem em quatro grandes grupos, a saber:

- **Barreiras mecânicas ou físicas:** qualquer bloqueio a comunicação realizado por fatores físicos, como barulhos, ambientes e equipamentos adequados, sistemas de navegação desatualizados ou incompatíveis, entre outros.
- **Barreiras fisiológicas:** aqui falamos de surdez, cegueira, ou qualquer outro limite físico aos órgãos necessários a comunicação.
- **Barreiras semânticas:** decorrentes do uso inadequado da linguagem, do ponto de vista do receptor ou stakeholder, a falta de cuidado aos códigos e signos muitas vezes impedem a compreensão da mensagem e conseqüentemente a sua apropriação.
- **Barreiras psicológicas:** onde os preconceitos de toda natureza impedem ou prejudicam a realização da comunicação.

No âmbito da comunicação organizacional a autora analisa ainda quatro classes de barreiras, são elas:

- **Barreiras administrativas/burocráticas:** nascem da forma como se processam as informações no âmbito organizacional. Distância física, especialização de função-tarefa, relações de poder, autoridade e status, além da posse das informações são algumas barreiras que interferem na forma como a comunicação é realizada e recebida.

- **Excesso de informações:** uma barreira cada vez mais presente no dia a dia organizacional e pessoal e das formas mais variadas, redes sociais, emails, reuniões, papéis e formulários, tudo quando realizado de forma que impedem que a comunicação flua, porque sobrecarrega o sistema, confundindo o público e fazendo com que as comunicações se percam no meio de um emaranhado de informações inúteis e desnecessárias.
- **Comunicações incompletas e parciais:** uma barreira bastante comum no ambiente organizacional são as informações fragmentadas, incompletas, distorcidas, sonegadas e pouco confiáveis. Como desenvolver e sustentar relacionamentos baseados em vazios comunicacionais?

Kunsch cita ainda a audição seletiva, juízo de valor, credibilidade da fonte, problemas da semântica, filtragem, linguagem intragrupal, diferença de status, pressões de tempo e sobrecarga nas comunicações como outras barreiras, destacadas por Gibson, Ivancevich e Donnelly Jr, que também são muito comuns nas organizações, mas que se enquadram na classificação acima de alguma forma e por isso não vamos detalhá-las aqui.

O fato é que dentro de uma organização a circulação de mensagens, meios e informações é intensa e nem sempre articulada como se espera ou gostaria, muitas vezes como um telefone sem fio a comunicação perde o rumo em meio a complexidade do sistema organizacional onde ela se realiza.

As organizações em geral, como fontes emissoras de informações para os seus mais diversos públicos, não devem ter a ilusão de que todos os seus atos comunicativos causam efeitos positivos desejados ou são automaticamente respondidos e aceitos da forma como foram intencionados. É preciso levar em conta os aspectos relacionais, os contextos, os condicionamentos internos e externos, bem como a complexidade que permeia todo o processo comunicativo. Daí a necessidade de ultrapassarmos a visão meramente mecanicista da comunicação para uma outras mais interpretativa e crítica. (KUNSCH, 2003, p.72)

É preciso abarcar no processo de estratégia, uma análise profunda de cenário que contemple todos os desafios organizacionais para que a comunicação possa ser pensada e planejada de maneira que possa enfrentar esses desafios, fazendo frente a realidade que se coloca, para isso a perspectiva integrada da comunicação

organizacional parece ser uma boa resposta, ou no mínimo, um caminho mais auspicioso nesta busca.

4. AUDITORIA EM COMUNICAÇÃO

4.1 O Sistema Estadual de Saúde de São Paulo

O mais populoso estado brasileiro, possui uma rede hospitalar estadual com 101 unidades espalhadas em seu território. Essas unidades são responsáveis pelos serviços de média e alta complexidade.

Pensadas em relação a regiões geográficas, esses equipamentos estão distribuídos em dezessete Departamentos Regionais de Saúde - DRS:

DRS I - Grande São Paulo

DRS II - Araçatuba

DRS III - Araraquara

DRS IV - Baixada Santista

DRS V - Barretos

DRS VI - Bauru

DRS VII - Campinas

DRS VIII - Franca

DRS IX - Marília

DRS X - Piracicaba

DRS XI - Presidente Prudente

DRS XII - Registro

DRS XIII - Ribeirão Preto

DRS XIV - São João da Boa Vista

DRS XV - São José do Rio Preto

DRS XVI - Sorocaba

DRS XVII - Taubaté

Todo hospital estadual é referência para um conjunto de equipamentos municipais de menor complexidade, formando assim uma rede de referência e contrarreferência nas mais diversas linhas de cuidado, inclusive para urgências e emergências.

O SUS preconiza como porta de entrada os serviços básicos e de menor complexidade que funcionam de portas abertas, aos hospitais estaduais cabe receber pacientes provenientes dessas unidades, a partir de critérios técnicos definidos e pactuados em rede. Embora a descrição acima parece simples e objetiva o sistema é

complexo e a sua execução desafiadora, considerando a disponibilidade dos recursos em saúde e a diversidade de interesses envolvidos.

Os hospitais pesquisados fazem parte desse sistema e integram a DRS I – Grande São Paulo, que além da capital compreende os municípios de Arujá, Barueri, Biritiba-Mirim, Caieiras, Cajamar, Carapicuíba, Cotia, Diadema, Embu, Embu-Guaçu, Ferraz de Vasconcelos, Francisco Morato, Franco da Rocha, Guararema, Guarulhos, Itapeverica da Serra, Itapevi, Itaquaquecetuba, Jandira, Juquitiba, Mairiporã, Mauá, Mogi das Cruzes, Osasco, Pirapora do Bom Jesus, Poá, Ribeirão Pires, Rio Grande da Serra, Selesópolis, Santa Isabel, Santana de Parnaíba, Santo André, São Bernardo do Campo, São Caetano do Sul, São Lourenço da Serra, Suzano, Taboão da Serra e Vargem Grande Paulista.

Cabe a Secretaria de Estado da Saúde gerir o sistema estadual de saúde e em seu site, define e declara como sua responsabilidade

[...] formulação da Política Estadual de Saúde e de suas diretrizes, norteadas pelos princípios do Sistema Único de Saúde - SUS, que tem como propósitos promover a saúde priorizando as ações preventivas, democratizando as informações relevantes para que a população conheça seus direitos e os riscos à sua saúde.

A SES-SP é também responsável pela articulação e pelo planejamento de ações desenvolvidas pelos 17 Departamentos Regionais de Saúde (DRS) distribuídos pelo Estado, além de administrar três fundações: a do Remédio Popular (FURP), que pesquisa, desenvolve, fabrica e distribui medicamentos; a Oncocentro de São Paulo (FOSP), que constitui-se basicamente na instância de apoio à SES-SP para assessorar a política de câncer no Estado; e a Pró-Sangue Hemocentro de São Paulo, que além do desenvolvimento de pesquisas a partir de padrões internacionais de referência, fornece hemocomponentes e serviços hemoterápicos.

Outras atividades igualmente importantes, também alvo constante de atenção do SUS, devem ser destacadas, como o controle da ocorrência de doenças, seu aumento e propagação, desenvolvidas principalmente pela Vigilância Epidemiológica, o controle da qualidade de medicamentos, exames, alimentos, higiene e adequação de instalações que atendem ao público, área de atuação da Vigilância Sanitária e o controle de endemias no território paulista a partir da Superintendência de Controle de Endemias - SUCEN. (<https://saude.sp.gov.br/ses/institucional/sobre-a-ses/quem-somos>)

4.2 Apresentação dos Cenários Analisados

Longe de querer encerrar a discussão a partir dessa análise, o que buscamos aqui é refletir acerca das possibilidades e necessidades de comunicação em instituições hospitalares públicas, com base em cenários reais e não especulativos.

Essas instituições ainda são espaços de difícil acesso, a jornada até a mesa de reunião para a aplicação da auditoria aqui proposta foi longa e bastante desafiadora, a pandemia foi apenas mais um fator dificultador, mas nem de longe o único.

As informações coletadas nas duas instituições hospitalares - por meio de formulário desenvolvido exclusivamente para esta coleta, disponibilizado na íntegra no apêndice deste trabalho - foram divididas em quatro partes: visão geral da organização, estrutura de comunicação, estratégias de comunicação e canais de comunicação.

O objetivo da primeira parte é apresentar um panorama geral das instituições, tempo de existência, tamanho (número de leitos), características próprias, serviços oferecidos, estrutura mínima de gestão, produção mensal, cultura, pontos fortes e oportunidades, para entendermos minimamente o cenário que está sendo analisado, uma vez a comunicação precisa ser estruturada e planejada em função deste cenário e por isso analisada dentro dessa especificidade.

Coletamos dados de duas instituições públicas estaduais, 100%, classificadas como hospital geral de alta complexidade, integradas ao programa estadual de residência médica.

A Unidade A, tem 23 anos de existência, é referência para uma região composta por quatro municípios da Grande São Paulo, possui uma força de trabalho composta de profissionais contratados em regime celetista e terceiros, refere que seu quadro funcional é adequado para o volume de serviço produzido. É administrada de forma indireta, isto é, é gerida por uma Organização Social de Saúde (OSS), um modelo onde por meio de chamamento público, uma instituição sem fins lucrativos e qualificada como Organização Social de Saúde é selecionada para realizar toda a gestão da unidade, da contratação de profissionais a gestão dos recursos, tendo a Secretaria de Estado da Saúde apenas como fiscalizadora desta gestão.

A instituição possui missão, visão e valores declarados, organograma definido – recentemente alterado por determinação da OSS – e está no 3º ciclo consecutivo de Planejamento Estratégico, dentro da metodologia de Balanced Scorecard, o que nos indica que possui objetivos estratégicos definidos e mensurados periodicamente. É Acreditada com Excelência pela Organização Nacional de Acreditação (ONA), certificação de qualidade em gestão de saúde.

A organização realiza pesquisa bianual de clima organizacional e acaba de realizar a sua terceira rodada de avaliação, apresentado aumento de 7 pontos percentuais em relação a rodada anterior.

A alta direção entende seus públicos estratégicos como usuários, comunidade, colaboradores, a OSS que a administra, SES, SMS, imprensa e autoridades do poder público.

Os principais desafios da gestão atualmente são os impactos e ajustes da mudança recente realizada na estrutura organizacional, a implementação de serviço de oncologia clínica e cirúrgica e garantir o acesso dos usuários, mediante a limitação de recursos e o desaparecimento da rede municipal de referência.

A alta liderança entende o clima como bom, especialmente por conta do resultado da última pesquisa de clima organizacional realizada após a pandemia, embora reconheça os desafios que estão sendo enfrentados pelas mudanças organizacionais que geraram uma certa instabilidade na equipe.

A unidade B, tem 84 anos de existência, é referência para uma região da cidade de São Paulo, possui uma força de trabalho composta de servidores públicos, profissionais contratados em regime celetista e terceiros, além dos alunos da residência médica, refere que seu quadro funcional é inadequado para o volume de serviço produzido. É administrada de forma direta, isto é, gerida pela Secretaria de Estado da Saúde.

A instituição possui missão, visão e valores declarados, organograma definido, mas não utiliza nenhuma metodologia para planejamento e nem possui certificação de qualidade, dois indicativos de uma modelo de gestão mais ultrapassado, ou, no mínimo, sem as ferramentas de melhores práticas.

A alta direção entende seus públicos estratégicos sendo os usuários, força de trabalho, comunidade, poder público e imprensa (opinião pública).

Depois de uma diretoria técnica longa e estável, nova diretoria tem menos de dois anos e tem enfrentado um baixo envolvimento das pessoas, pouco engajamento da força de trabalho e silos que dificultam que ações estratégicas mais integradas sejam desenvolvidas com efetividade, a direção ressalta que o resultado eleitoral também tem dificultado ainda mais esse cenário (nossa visita aconteceu no segundo semestre de 2022). Aqui vale a ressalva de que os Diretores Técnicos são servidores públicos indicados pela Secretaria de Estado da Saúde para a função, qualquer

ameaça de mudança na Secretaria, se reflete - para o bem ou para o mal, na instituição.

Sobre o clima organizacional, embora a instituição não realize pesquisa, percebe o clima como morno, instável e preocupante nas palavras da Diretora Técnica, mas destaca pontos fortes da cultura organizacional como: o orgulho das pessoas em pertencerem, a complexidade do serviço, os resultados alcançados, o caráter educacional do serviço (hospital escola), o aprendizado contínuo e a inovação técnica.

Os pontos fracos também são percebidos e pontuados: a cultura do servidor público, a idade avançada da equipe – muitos já em fase de aposentadoria, os silos e feudos que foram se estabelecendo ao longo do tempo e hoje dificultam a incorporação de novas estratégias, a resistência a mudança, a equipe insuficiente e a falta de compromisso de profissionais que não se sentem motivados em “dar o seu melhor”.

É possível observar que do ponto de vista da gestão as unidades estão em momentos muito diferentes. A unidade A apresenta algumas ferramentas e estratégias que apontam para uma gestão mais moderna, focada em dados e resultados, com objetivos estratégicos claros e indicadores de desempenho que conduzem a tomada de decisão, enquanto a unidade B, não possui ferramentas e estratégias sistematizadas que a apoiem na gestão de um universo tão complexo e desafiador como a produção de cuidado de alta complexidade em saúde.

Um dado importante nesta parte do questionário é a declaração de público estratégico que cada unidade faz. A visão de público estratégico da Unidade A compreende usuários, comunidade, colaboradores, SES, SMS, governo, imprensa e autoridades, enquanto que a Unidade B, aponta um grupo diferente: usuários, força de trabalho, comunidade, poder público e imprensa (opinião pública).

Essa diferença está atrelada ao modelo de gestão estabelecido. Embora tanto a unidade A quanto a B sejam instituições públicas estaduais, a relação delas com a SES se diferencia. Na administração indireta, a SES é a contratante do serviço de gestão oferecido pela OSS, a equipe de gestão do hospital se relaciona com a SES na posição de contratada, enquanto que na administração direta, a SES é parte da gestão, responsável por uma série de decisões que são tomadas independente da equipe de gestão local, como a gestão dos servidores estatutários, que é feita de forma centralizada pela Coordenadoria de Recursos Humanos – CRH, que

desenvolve estratégias para todos os servidores, independentemente de onde estejam alocados, isto é, sem considerar as necessidades locais.

Na qualidade de hospitais de referência ambas apontam muito corretamente a comunidade como um público estratégico, um olhar que se estende para além do usuário, entendendo a instituição como parte integrante de uma região determinada e o seu papel nela, como equipamento público de saúde.

A unidade A, mesmo na qualidade de contratada da SES para a gestão do serviço de saúde, entende que é de sua responsabilidade o relacionamento com o público por ela denominado governo, SMS e autoridades. Mesmo que boa parte dessa relação se dê pelo DRS do qual pertence, a gestão local ainda tem um papel muito próximo com o poder público, especialmente da região onde a instituição está inserida.

Entender com clareza quem são seus públicos é o primeiro passo para que uma organização possa estabelecer as estratégias para construir seus relacionamentos.

Tabela 1 – Visão geral da organização

	Questões	Unidade A	Unidade B	
Visão Geral da Organização	1	Data da coleta	10/06/2022	12/10/2022
	2	Entrevistado	Gerente executivo e assessor da superintendência	Diretor técnico e assessores
	3	Região de Referência	DRS 1 - Grande SP	DRS 1 - Capital
	4	Tempo de existência	23 anos	84 anos
	5	Breve Histórico	Inaugurado em 03/03/1998, dentro de uma modelo de gestão que acabara de nascer no estado - por Organização Social de Saúde, foi o primeiro hospital geral da sua região. Hoje é um hospital geral, de ensino, em nível terciários, referência em urgência e emergência para a sua região	Fundado em 1938, como hospital especializado em tuberculose, dando início a toda rede de hospitais de tuberculose do governo estadual. Em 1988 passou a Hospital Geral e atualmente é um Hospital Geral, de ensino, em nível terciário sendo referência para politraumatizados para a sua região de referência
	6	Principais serviços oferecidos	Urgência e Emergência, Clínica Médica, Pronto Socorro Infantil, Pediatria, Maternidade de alto risco, Neonatologia, Pronto Socorro Obstétrico/Ginecológico, Ortopedia e Traumatologia, Oncologia clínica. Além de Cirurgias: Geral, Ortopédica, Neurotrauma, Vascular, Infantil, Oncológica e Oftalmológica	Urgência e Emergência, Clínica Médica, Pronto Socorro Infantil, Pediatria, Maternidade, Pronto Socorro Obstétrico/Ginecológico, Ortopedia e Traumatologia, Cirurgia Geral, Neurocirurgia, Cirurgia Vascular, Cirurgia Infantil, Cirurgia Plástica, Mastologia, Urologia, Cirurgia Bariátrica
	7	Leitos	222	383
	8	Leitos terapia intensiva	36	47
	9	salas cirúrgicas	7	13
	10	Número de funcionários CLT e estatutários	1368	1.532
	11	Número de colaboradores terceirizados	304	792
	12	Número de Residentes	32	170
	13	Número de Estagiários	46	600
	14	O quantitativo de colaboradores é adequado?	sim	Não
	15	Modelo de Gestão	Adm indireta, por Organização Social de Saúde	Administração Direta
	16	Planejamento Estratégico	sim - 3º ciclo seguido	não
	17	Missão, visão e valores declarados?	sim	Sim
	18	É um serviço acreditado?	sim, ONA Nível 3 - Acreditado com Excelência	Não
	19	Públicos (verificar a percepção de quais são os públicos com os quais a instituição deve se relacionar)	Usuários, Comunidade, colaboradores, SES, SMS, Governo, OSS, Imprensa e autoridades	Usuários, força de trabalho, comunidade, imprensa (opinião pública)
	20	Principais desafios da gestão	Os impactos e ajustes da mudança recente na estrutura de gestão - inclusive no organograma, implementação de serviço de oncologia clínica e cirúrgica e garantir acesso mediante a limitação de recursos e o desaparelhamento da rede municipal de referência	Depois de uma diretoria longa e estável, nova diretoria tem menos de dois anos e tem enfrentado um baixo envolvimento das pessoas, pouco engajamento da força de trabalho e silos que dificultam as ações estratégicas mais integradas
	21	Tipo de cultura organizacional (do poder (forte poder central de comando e influência), de função (racionalidade e rigidez como valores básicos), de tarefa (orientada no trabalho e nas tarefas concretas), da pessoa (indivíduo como centro de tudo e valorização das relações interpessoais)	Cultura de tarefas e pessoas, migrando para uma cultura de poder, após a mudança na estrutura de gestão da OSS que impactou na gestão local	De poder e tarefa na visão da nova diretoria, embora o poder central de comando seja a Secretaria de Estado da Saúde por meio do DRS1
	22	Visão geral da cultura estabelecida	Sentimento de pertencimento, orgulho e forte sentido de propósito, porém uma sobrecarga e mudanças importantes na alta liderança tem impactado sobre a estabilidade do sistema	pouco desejo de mudança e melhoria, muitos profissionais antigos que se estalecem como "donos" de suas áreas, dificuldade de permear toda a instituição
	23	Clima organizacional é mensurado?	Sim, em pesquisa bianual. Já rodaram 3 ciclos de pesquisa	não
	24	Qual é a percepção sobre o clima pela alta direção?	A alta liderança entende o clima como bom, especialmente por conta do resultado da última pesquisa realizada após a pandemia, onde a positividade se elevou em 7 pontos percentuais. Embora reconheça os desafios que estão sendo enfrentados pelas mudanças organizacionais que geraram uma certa instabilidade	Clima morno, instável e preocupante nas palavras da Diretora Técnica. Entre os pontos fortes: orgulho das pessoas em pertencerem, à complexidade do serviço, os resultados alcançados, o caráter educacional do serviço (hospital escola), o aprendizado contínuo e a inovação. Os pontos fracos elencados foram: a cultura do servidor público, a idade avançada da equipe, os silos e feudos que foram se estabelecendo ao longo do tempo e hoje dificultam o acesso e a incorporação de mudanças, a resistência a mudança, a equipe insuficiente e a falta de compromisso

Fonte: elaboração da autora

Na segunda parte da análise avançamos para levantar a estrutura de comunicação presente em cada uma das duas unidades.

Na unidade A, existe um Setor de Comunicação, com profissionais da área atuando na instituição. O setor é uma área transversal na organização e se reporta diretamente a Gerência Executiva da unidade, um profissional da área médica com especialização em gestão, em sua primeira experiência em gestão. Há também uma assessoria, ligada a Superintendência da OSS responsável pela unidade que apoia a área e orienta as estratégias; essa assessoria é realizada por um profissional de comunicação.

O serviço de comunicação possui equipe própria de profissionais da área, estrutura, fluxos, canais e política definidas e gerenciadas, toda atividade de

comunicação é concentrada neste serviço assim como os canais são geridos e alimentados pela área, há um planejamento anual das ações de comunicação que são construídas a partir do planejamento estratégico da instituição e das diretrizes definidas pela alta direção para o ano, utiliza também o calendário saúde como base para planejar campanhas educativas e produzir conteúdo e ações.

As discussões, validações e aprovações deste planejamento de comunicação são discutidos em reuniões do Conselho Técnico Administrativo (CTA), órgão que reúne os gerentes da unidade, o superintendente da OSS e sua assessoria e discute as principais estratégias e diretrizes da gestão da instituição, incluindo aí seu desempenho, por meio de indicadores e objetivos estratégicos.

O SAU-Serviço de atenção ao usuário, é uma exceção, embora seja um canal importante e talvez o maior de relacionamento com o usuário na instituição, possui estrutura e gestor próprios em nível de coordenação, que se reporta a Gerência Executiva e tem grande parte das suas ações orientadas pela Ouvidoria da Secretaria de Estado da Saúde (SES), que busca padronizar a forma como esse canal se estabelece em todos os equipamentos de saúde de nível estadual. A equipe do SAU é composta por profissionais de nível administrativo e assistentes sociais, não há profissionais de comunicação na equipe.

A pesquisa de satisfação do usuário é um exemplo disso. O formulário é um padrão instituído pela Ouvidoria da SES, que determina um número mínimo de formulários que devem ser aplicados por mês e as informações coletadas são submetidas a ouvidoria que realiza a análise macro e o acompanhamento do desempenho mensal da unidade. Em nível local, cabe ao SAU disponibilizar canais para manifestações – atendimento presencial, formulários, email, telefone – divulgar esses canais, atender aos usuários, registrar suas manifestações, respondê-las em até 7 dias (prazo da Ouvidoria SES) e discuti-las internamente na busca por solução imediata e melhorias nos processos, quando possível.

Atualmente, alguns canais encontram-se desatualizados em função de limites técnicos causados por reestruturações organizacionais. A alta direção entende que essas limitações serão superadas, por isso os canais estão sendo mantidos mesmo que desatualizados e essa é hoje a principal barreira de comunicação relatada por ela.

As ações planejadas estão centradas em usuários, colaboradores e a comunidade onde o serviço está inserido. O relacionamento com a imprensa é

realizado pela assessoria de comunicação da SES, com interface com a assessoria de comunicação da OSS, todas as demandas chegam por meio dessas assessorias e são respondidas diretamente a eles que também autorizam ou não, filmagem, fotos e visitas da imprensa ao serviço.

Existe, inclusive, um documento da SES que define que, como parte integrante da rede estadual a relação com a imprensa não pode ser feita pelo serviço de saúde e sim pela SES. Na unidade, as demandas de imprensa chegam pela área de comunicação que apura, analisa e propõe a Gerência Executiva que, junto com a assessoria da superintendência, valida e dá os encaminhamentos necessários.

No que tange a unidade B, observamos um cenário bem diferente. Não há uma área de comunicação estabelecida, embora ações aconteçam de forma difusa por uma série de outras áreas que buscam suprir as demandas institucionais de comunicação. Uma dessas áreas é o Núcleo Técnico de Humanização (NTH), composto por um grupo de trabalhadores multiprofissionais que se encarrega das ações de humanização na organização, entre essas ações, algumas se relacionam com a comunicação e por isso são lideradas pelo núcleo. As áreas de recursos humanos, qualidade, ouvidoria, diretoria, gerência de informação também respondem por ações de comunicação ou se envolvem na realização de algumas delas.

Não há um objetivo estabelecido além da necessidade natural de se comunicar no dia a dia e da necessidade de dirimir conflitos num ambiente tão complexo e diverso, muito embora a diretoria e seu staff acreditem na necessidade de ter uma área específica e profissional para lidar com essas demandas. A direção técnica centraliza a maior parte das demandas e validações de comunicação, inclusive as demandas de relacionamento com a imprensa.

As ações acontecem de formas isoladas e pontuais, somente o SAU é estruturado e planejado, mas boa parte da sua estruturação acontece direto pela Ouvidoria da SES. As demandas de imprensa também são realizadas pela SES diretamente com a Diretoria Técnica da unidade de saúde.

Sobre os processos comunicativos estabelecidos, algumas reuniões de alinhamento com a força de trabalho, com foco nas lideranças são realizadas sistematicamente. A Diretora Técnica faz a chamada passagem de visita semanalmente, conversando com profissionais e usuários. O *whatsapp* é bastante usado para a circulação de mensagens tidas como importantes em grupos de profissionais. Atualmente, há um projeto rodando na área de internação de Clínica

Médica com rodas de conversa para acompanhantes e familiares, sendo realizado pelo NTH, com foco em ampliar os canais de escuta. Observa-se que o fluxo de comunicação é unidirecional, vertical com poucas possibilidades de troca sistematizadas, mas as ações que visam essas trocas são percebidas de forma muito positiva pela alta direção.

Entre as barreiras de comunicação citadas, as mais importantes são a limitação de canais, a rádio peão e a resistência na escuta. Usuários e colaboradores são os públicos prioritários das ações de comunicação.

A gestão de crise e risco de imagem não é estruturada, cabendo a alta direção lidar com as situações à medida em que aparecem e para isso contam com o apoio da SES.

Tabela 2 – Estrutura de Comunicação

	Questões	Unidade A	Unidade B	
Estrutura de Comunicação	1	Onde a comunicação está estabelecida na estrutura organizacional?	Como um serviço ligado a Gerência Executiva	não há uma área de comunicação estabelecida
	2	Existem objetivos gerais e específicos da comunicação na instituição?	Sim, há uma política que declara esses objetivos	Não há um objetivo estabelecido além da necessidade natural de se comunicar no dia a dia, muito e bora a diretoria e seu staff acreditem na necessidade de ter uma área específica e profissional para lidar com as demandas do dia a dia
	3	A comunicação possui um posicionamento estratégico, tático ou operacional dentro da instituição?	Estratégico e tático	Mais operacional que tático e muito pouco estratégico
	4	Há orçamento específico para as ações de comunicação?	Não, as ações e custos são validadas individualmente	Não, os custos são avaliados a partir das demandas apresentadas
	5	A unidade estabelece plano de comunicação para a interação com o público interno e externo?	Sim, anualmente um plano é elaborado e aprovado pelo Conselho Técnico Administrativo da unidade. A ouvidoria é estruturada e planejada mas boa parte da sua estruturação acontece por meio da Ouvidoria da Secretaria de Estado da Saúde	Não, as ações acontecem de forma isoladas e pontuais, somente a ouvidoria é estruturada e planejada mas boa parte da sua estruturação acontece por meio da Ouvidoria da Secretaria de Estado da Saúde
	6	As ações de comunicação alinham-se e apoiam o planejamento estratégico definido pela instituição?	Sim	Não há hoje um planejamento estratégico em vigor
	7	A alta direção compreende o valor da comunicação e atuam ativamente sobre ela? E a liderança?	Sim, a comunicação inclusive é parte do Conselho Técnico Administrativo, que define todas as estratégias da organização	Sim, a comunicação é colocada como um dor tanto pela alta direção quanto pela liderança
	8	Quais as áreas envolvidas nos processos de comunicação?	Formalmente existe o setor de Comunicação e o Serviço de Atenção ao Usuário diretamente envolvidos nos processos de comunicação e relacionamento, no entanto todos são estimulados a serem agentes da boa comunicação, especialmente os gestores que são inclusive instrumentalizados para isso	As áreas de recursos humanos, qualidade, ouvidoria, diretoria, gerência de informação e o Núcleo Técnico de Humanização
	9	Essas áreas cooperam entre si?	Não de forma sistemática, somente pontualmente	Sim, quando há relação, não de forma sistemática
	10	Há um gestor em comum?	No SAU um coordenador com formação em serviço social, na equipe de comunicação há uma assessoria a superintendência, com formação em comunicação que apoia a área de comunicação que não possui um gestor local exclusivo (já teve) e ambos se submetem hierarquicamente ao Gerente Executivo da instituição.	A direção técnica que centraliza a maior parte das demandas e validações de comunicação, inclusive as demandas de relacionamento com a imprensa, encaminhadas pela assessoria de imprensa da Secretaria de Estado da Saúde
	11	Qual a sua formação e experiência com comunicação?	O gerente executivo é um médico, sem experiência anterior com gestão de comunicação	O Diretor Técnico é médico, como gestor em saúde com longa experiência já atuou em instituição onde havia profissional de comunicação em seu staff direto e refere muito positivamente a experiência
	12	Existem processos comunicativos estabelecidos?	Sim. Existem canais estruturados e fluxos que promovem a comunicação em todos os níveis e a relação entre eles.	Algumas reuniões de alinhamento com a força de trabalho, com foco nas lideranças são realizadas sistematicamente. A ouvidoria possui todos os seus processos estabelecidos, com prazos de resposta, registro das manifestação e pesquisa de satisfação. A Diretora Técnica faz a chamada passagem de visita semanalmente, conversando com profissionais e usuários. O whatsapp é bastante usado para a circulação de mensagens em grupos de profissionais. Atualmente há um projeto rodando na área de internação de Clínica Médica com rodas de conversa para acompanhantes e familiares, sendo realizado pelo NTH, com foco em ampliar os canais de escuta.
	14	Como se dá o fluxo de informações?	multidirecional, fomentando possibilidades de troca	Unidirecional, vertical com poucas possibilidades de trocas sistematizadas
	15	Quais as principais barreiras neste fluxo?	Atualmente alguns canais estão desatualizados por conta de limites técnicos e alguns canais descontinuados por conta de mudanças organizacionais	Limitação de canais, rádio peão e resistência na escuta
	16	A instituição possui uma política de comunicação?	Sim, desde 2012	não
	17	Há algum documento que descreve ações, ferramentas ou fluxos de comunicação dentro da instituição? Quais?	Sim, existe um Manual do Serviço de Comunicação e POP de algumas atividades realizadas pelo serviço	não
	18	A comunicação trabalha para atingir prioritariamente que públicos?	Usuário e colaboradores são os públicos prioritários das ações de comunicação. A relação com a imprensa é realizada por meio da Assessoria de Imprensa da SES	Usuário e colaboradores são os públicos prioritários das ações de comunicação. A relação com a imprensa é realizada por meio da Assessoria de Imprensa da SES
	19	O serviço possui plano de comunicação de crise?	A instituição possui um Plano de Contingência para Risco de Imagem	A alta direção atua em situação de crise mas não há um plano descrito

Fonte: elaboração da autora

Sobre as estratégias de comunicação, as duas instituições referem estabelecer implementar e manter meios e canais de comunicação com seus públicos de forma periódica, no entanto em visita podemos observar que, na Unidade A os principais canais estavam desatualizados, no caso do site, tido por eles como principal canal com a comunidade, a última atualização datava de 9 meses antes da nossa visita. A intranet – principal canal com os colaboradores, tinha áreas também desatualizadas há 9 meses, embora outras seguissem sendo atualizadas.

Na Unidade B, não há intranet e o canal tido como o mais efetivo hoje para fazer circular informações entre os colaboradores são os grupos informais de WhatsApp. O site, focado no público externo é frequentemente atualizado e com muito conteúdo de relevância para a construção de relacionamento, tendo inclusive um espaço de ouvidoria nele.

Questionados sobre como esses canais são tratados, a Unidade A refere que todos os canais são estruturados e pensados por uma equipe dedicada e com o alinhamento estratégico da alta direção. A unidade B, informa que embora os canais não sejam articulados entre si, as demandas vêm dos mais diferentes setores e tudo passa por validação da alta direção, para ser publicado ou não e que essa validação faz o alinhamento estratégico; no entanto, aqui vale lembrar que a Unidade B não possui objetivos estratégicos declarados, nem um planejamento estratégico que os oriente. A unidade A avalia periodicamente a efetividade dos diferentes canais de comunicação, promovendo ações de melhoria.

Em pesquisa realizada na Unidade A, os três principais canais por onde o colaborador se informa são: gestor imediato, mural e intranet, nesta ordem. 34 murais e intranet são a base da comunicação internet, que também acontece por meio do Facebook e LinkedIn. As lideranças são frequentemente estimuladas e capacitadas para serem articuladores e porta-vozes

Na unidade B, a comunicação com o público interno é feita por meio do Jornal RH, grupos de WhatsApp, *emails*, *banners* e tela dos computadores que funcionam como outdoors. Numa estrutura tão grande, complexa e diversa a alta direção percebe o limite dos canais e a fragilidade de ter a comunicação do dia a dia centrada em grupos informais de WhatsApp, embora sejam esses grupos muito efetivos na disseminação de informações entre os profissionais.

Já sobre os mecanismos para uma comunicação participativa, a unidade A refere: lideranças, ouvidoria, SAU, canal aberto, canal ético, reuniões periódicas. Esses canais permitem a participação de usuário, colaboradores e da Rede de Atenção à Saúde – RRAS, com quem o serviço se reúne regularmente.

Na unidade B a comunicação participativa é realizada pelo SAU, equipe do NTH e por rodas de conversa com colaboradores (sob demanda) e os públicos participante são funcionários e usuários.

A satisfação dos usuários é medida mensalmente por meio de pesquisa de satisfação padronizada pela SES e pelo coeficiente de queixas do serviço.

Na unidade A o clima é medido e percebido como uma ferramenta de avaliação de satisfação do colaborador.

As unidades A e B oferecem aos usuários orientação sobre o serviço, direitos e deveres, a partir do momento que este usuário acessa os serviços. Na unidade A, existe um trabalho estruturado, baseado em melhores práticas de saúde para dar suporte para pacientes com barreira de comunicação.

Entender a complexidade de uma instituição hospitalar e promover ativamente meios e canais de comunicação entre seus diferentes níveis hierárquicos e perfis de profissionais é fundamental para garantir a qualidade dos serviços prestados e a satisfação, as duas unidades referem realizar ações com este objetivo, porém somente na Unidade A essas ações estão descritas e sistematizadas.

Uma comunicação planejada e efetiva eleva o engajamento e reduz falhas e conflitos, por isso comunicar mudanças de serviços, produtos e processos, novos padrões, rotinas, processos para os diversos públicos precisa ser planejada, buscando a sua efetividade. As duas unidades referem realizar esse planejamento, no entanto durante a entrevista foi possível observar que essa comunicação não é planejada e antecipada no processo, e por vezes ela acontece após as mudanças, padrões e rotinas terem sido realizados, numa perspectiva mais reativa da comunicação.

Ambos mantêm e divulgam canal para manifestações éticas e denúncias. A unidade A trabalha inclusive dentro do Programa de Compliance do OSS com um canal ético disponível em seu site. Já a Unidade B centra no SAU/Ouvidoria e nas comissões obrigatórias o espaço para manifestação e denúncias.

A eficácia da comunicação realizada para os públicos é avaliada com o objetivo de promover melhorias sistêmicas na Unidade A, que aplica pesquisa e realiza grupo focal periodicamente, na Unidade B essa avaliação acontece de forma pontual.

Sobre a participação do usuário no redesenho de processos e melhorias nas unidades, essa participação acontece de forma incipiente, em ações isoladas e algumas delas pouco efetivas na prática pela Unidade A. A unidade B refere que gostaria de abrir mais espaço a essa participação, mas ainda não encontrou condições para isso. No entanto, as duas promovem melhorias a partir da escuta ativa a seus públicos estratégicos, principalmente seus usuários.

Para a participação ativa e propositiva da comunidade nos problemas de interesse geral, na instituição existem os conselhos previstos pelo SUS, no entanto a Unidade B refere dificuldade trabalhar em conjunto com o conselho uma vez que esse tem uma postura muito combativa, com palavras diferentes; a Unidade A também não se mostrou muito animada a participação dos conselhos no seu dia a dia.

As informações ao usuário e à comunidade sobre as modalidades de funcionamento dos setores, sobre o regulamento aplicado a cada um deles e os serviços oferecidos são realizadas, embora essas informações se concentrem mais após o acesso do usuário ao serviço e isso é um ponto de conflito importante trazido pelos entrevistados.

Conteúdos considerados críticos para a qualidade, segurança e transparência numa instituição de saúde são produzidos nas duas instituições, e nas duas são demandados pela área de qualidade, no entanto, na Unidade A junto com o setor de qualidade e segurança, muitas estratégias são planejadas e a área de comunicação as desdobram em campanhas, materiais e conteúdos

Tabela 3 – Estratégias de comunicação

	Questões	Unidade A	Unidade B	
Estratégias de Comunicação	1	A instituição estabelece, implementa e mantém meios e canais de comunicação com seus públicos de forma periódica	Sim	Sim
	2	Como são tratados os canais de comunicação da organização, que traduzem diretrizes, inovações, normas, valores e manifestações nos mais variados assuntos?	São estruturados e pensados por uma equipe dedicada com o alinhamento estratégico da alta direção	Embora os canais não sejam articulados entre si, as demandas vem dos mais diferentes setores e tudo passa por validação da alta direção, para ser publicado ou não
	3	Que análise pode ser feita dos principais meios utilizados para comunicação com o público interno?	Em pesquisa realizada pela instituição os três principais canais por onde o colaborador se informa são: gestor imediato, mural e intranet, nesta ordem. 34 murais e intranet são a base da comunicação interna, que também acontece por meio das redes sociais: facebook e LinkedIn. As lideranças são frequentemente estimuladas e capacitadas para serem articuladores e porta-vozes	Basicamente a comunicação com o público interno é feita por meio do Jornal RH, grupos de whatsapp, emails, banners e tela dos computadores que funcionam como outdoors. Numa estrutura tão grande, complexa e diversa a alta direção percebe o limite dos canais e a fragilidade de ter a comunicação do dia a dia centrada em grupos informais de whatsapp, embora sejam esses grupos muito efetivos na disseminação de informações entre os profissionais
	4	Quais os mecanismos existentes para propiciar a comunicação participativa?	Ouvidoria, SAU, Canal Aberto, Canal Ético, Reuniões periódicas	Serviço de Ouvidoria (sistemizado), equipe do NTH e rodas de conversa com colaboradores (sob demanda)
	5	Com quais públicos essa comunicação participativa é possível?	Usuário, colaboradores e Rede de Atenção a Saúde	Funcionários e usuários
	6	A satisfação dos públicos é mensurada? Como?	Por meio de pesquisa padrão da SES a satisfação do usuário é mensalmente avaliada. Vale ressaltar que essa não é uma iniciativa da instituição e sim a Secretaria de Estado da Saúde, muito embora a utilização desse resultado para melhorias no serviço seja de responsabilidade local. Por meio de pesquisa de clima organizacional e pesquisa de cultura de segurança, essas duas pesquisas voltadas para o público interno	Por meio de pesquisa padrão da SES a satisfação do usuário é mensalmente avaliada. Vale ressaltar que essa não é uma iniciativa da instituição e sim a Secretaria de Estado da Saúde, muito embora a utilização desse resultado para melhorias no serviço seja de responsabilidade local
	7	Orientação sobre o serviço, direitos e deveres e possibilidade de suporte para pacientes com barreira de comunicação são contemplados nas estratégias de comunicação?	Sim, direitos e deveres são apresentados na chegada ao serviço	Sim, direitos e deveres são apresentados na chegada ao serviço mas as barreiras de comunicação não estão contempladas
	8	A instituição estabelece, implementa e mantém meios e canais de comunicação entre diferentes níveis hierárquicos e perfis de profissionais da organização?	Sim, há uma preocupação constante em contemplar todos os perfis	São realizadas reuniões estruturadas periodicamente em diferentes níveis hierárquicos para a comunicação interna. A estrutura não é descrita.
	9	A comunicação de novos padrões, rotinas, processos para os diversos públicos é planejada? (a comunicação planejada e efetiva deve elevar o engajamento e reduzir falhas e conflitos)	Sim	Sim, no entanto durante a entrevista observamos que essa comunicação não é planejada e antecipada no processo
	10	Existe fluxo estabelecido de comunicação de mudanças de serviços, produtos e processos?	Sim, mas nem sempre de forma antecipada e na maioria das vezes a comunicação acontece na chegada ao serviço. A comunicação com o usuário para mudanças de agenda por exemplo é feita apenas por telefone, o que gera bastante dificuldade e muitas vezes conflito	Sim, no entanto durante a entrevista observamos que essa comunicação não é planejada e antecipada no processo
	11	A instituição mantém e divulga canal para manifestações éticas e denúncias?	Sim, canal aberto, canal ético, caixas de manifestação espalhadas pela instituição e Fale Conosco no site	Comissões obrigatórias, ouvidoria e processo de notificação de eventos
	12	Avalia a efetividade dos diferentes canais de comunicação, promovendo ações de melhoria?	Sim	não
	13	A eficácia da comunicação proposta para os públicos é avaliada com o objetivo de promover melhorias sistêmicas?	Sim	Não de forma sistematizada, apenas pontual
	14	A instituição estimula a participação do usuário no redesenho de processos e melhorias?	Sim, mas não de forma sistemática	não
	15	A instituição promove melhorias a partir da escuta ativa a seus públicos estratégicos?	Sim, o Serviço de Atenção ao Usuário atua junto ao usuário e a Comunicação junto a colaboradores e população e algumas melhorias já foram realizadas de forma sistemática, baseada na manifestação dos públicos, no entanto essa não é a regra. De maneira geral as ações do SAU são focadas em dirimir conflitos e atender demandas individuais. O mesmo acontece nas manifestações recebidas via redes sociais e site pelo setor de comunicação	sim, a partir da ouvidoria principalmente
	16	As ações de comunicação promovem o fortalecimento do clima da organização?	Sim, inclusive o setor de comunicação é o responsável pela pesquisa, divulgação de resultados e implementação de ações.	Não, ainda há muito ruído e as ações realizadas não são suficientes para suplantá-lo
	17	As ações de comunicação promovem o fortalecimento da cultura de segurança da organização	Sim, junto com o setor de qualidade e segurança, muitas estratégias são planejadas e a área de comunicação as desdobram em campanhas, materiais e conteúdos	A área de qualidade realiza trabalhos nesse sentido embora esse trabalho ainda precise ser feito de forma mais estruturada e consistente
	18	As ações de comunicação promovem processo transparente de divulgação de incidentes relacionados à segurança para os usuários	Sim, embora haja espaço para melhorias nesse processo	os casos/eventos relatados e analisados são discutidos internamente de forma aberta para oferecer reflexão e aprendizado
	19	A instituição informa ao usuário e a comunidade sobre as modalidades de funcionamento dos setores, sobre o regulamento aplicado a cada um deles e o serviço oferecido.	No site tem informações gerais e no momento da internação o paciente recebe um guia com orientações mais específicas sobre o funcionamento do serviço que aquele usuário vai utilizar, seus direitos e deveres.	sim, mas essa comunicação não é efetiva, ainda há muito problema e reclamação
	20	Há canais para a participação ativa e propositiva da comunidade nos problemas de interesse geral?	Somente o Conselho Municipal de Saúde, obrigatório. Os demais canais são focados em escuta individualizada	somente o conselho gestor mas este apresenta uma postura muito combativa e pouco colaborativa

Fonte: elaboração da autora

A quarta e última parte do questionário pediu para que os entrevistados listassem seus canais de comunicação e relacionassem com quais públicos eles se comunicavam, o resultado pode ser observado nas tabelas 4 e 5, abaixo. Nosso objetivo aqui foi entender a percepção da instituição em relação aos seus canais de comunicação e a forma como eles apoiam a relação com seus públicos.

Tabela 4 – Canais de comunicação vigentes – unidade A

Canal	Públicos				
	Colaborador	Usuário	Comunidade	Poder público	Imprensa
Banners					
Boletim de Gerenciamento de Risco					
Campanhas educativas temáticas (outubro rosa, novembro azul, etc)					
Canais de gestão Reuniões estruturadas					
Canal Aberto					
Canal ético					
Email					
Facebook					
Fale Conosco					
Intranet					
LinkedIn					
Material visual impresso (folders e panfletos)					
Murais					
Rodas de Conversa					
Site					
Whatsapp grupos					
Ofícios					

Fonte: elaboração da autora

Tabela 5 – Canais de comunicação vigentes – unidade B

Canal	Públicos				
	Colaborador	Usuário	Comunidade	Poder público	Imprensa
Banners					
Campanhas educativas temáticas (outubro rosa, novembro azul, etc)					
Email					
Material visual impresso (folders e panfletos)					
Ouvidor					
Painel Informativo					
Papel de parede tela PC					
Reuniões estruturadas					
Rodas de conversa					
Site					
Tira Dúvidas (equipe Bolsa Povo)					
TV / Painéis					
Whatsapp grupos					
Ofícios					

Fonte: elaboração da autora

4.3 Análise dos cenários

Alguns aspectos analisados merecem destaque a luz dos referenciais teóricos apresentados. Dividimos essa análise a partir das perspectivas teóricas que trouxemos para compor as bases desse trabalho

4.3.1 Princípios da administração pública

Art. 37. A administração pública direta e indireta de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios obedecerá aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência e, também, ao seguinte:

§ 1º A publicidade dos atos, programas, obras, serviços e campanhas dos órgãos públicos deverá ter caráter educativo, informativo ou de orientação social, dela não podendo constar nomes, símbolos ou imagens que caracterizem promoção pessoal de autoridades ou servidores públicos. (Constituição da República Federativa do Brasil, 1988)

Quando olhamos os dois cenários apresentados buscando os indícios que apontam para os princípios da administração pública, observamos que nas instituições

alguns desses princípios parecem bem estabelecidos, como o da impessoalidade. Em nossa visita e nas pesquisas realizadas na internet o nome das unidades auditadas não estavam associadas a promoção pessoal de autoridades ou servidores públicos de forma ostensiva.

No que tange a publicidade e transparência, muito embora haja esforço e intenção, a própria equipe administrativa admite os limites para a realização de uma comunicação mais efetiva neste sentido.

Na unidade B muito dessa publicidade acontece por meio do Diário Oficial do Estado (DOE), que embora seja o principal canal de publicidade dos atos da administração pública do Estado de São Paulo, não é de fácil acesso e muito menos de fácil compreensão. Encontrar uma informação dentro do universo que é o DOE, é tarefa para profissionais e exige tempo e muita afinidade com o vocabulário jurídico que permeia os atos da administração pública.

A unidade A, por realizar uma administração indireta, é menos dependente do DOE para a publicidade de seus atos, mas nem por isso o faz de forma mais eficiente. Em seu site há uma seção denominada “transparência” que direciona para uma página apenas com atos convocatórios de compras e contratos.

No site da Unidade B – tido como o principal canal para a população em geral e aquele capaz de atingir todos os seus públicos estratégicos - vimos a publicação de editais de residência médica e cursos. Na página de serviços, os mesmos estão descritos a partir das gerências – numa linguagem pouco clara para quem não é da área da saúde - e não há informações sobre como acessá-los.

Ainda no site, há uma série de informações de interesse para o funcionário, inclusive com páginas restritas - talvez por não terem uma intranet, o site acaba por ser utilizado com este fim, mas quando avaliamos na perspectiva dos demais públicos, essas informações são de pouca relevância ou interesse. Existe um grande volume de informações de caráter noticioso, atualizado frequentemente.

O site da Unidade A também é bastante rico de informações do dia a dia mas no que tange a informações de atos administrativos, pouco realiza de diferente da Unidade B. As informações de serviços estão mais bem descritas, trazendo páginas para resultado de exames, orientação de horário de visita, acompanhantes, etc., a questão do acesso também é pouco trabalhada.

Todas as atividades administrativas estão sob os princípios da publicidade e não apenas algumas, mas essa publicidade ainda é pouco abrangente e, no pouco

que realiza, não parece se preocupar com os canais, formatos e códigos para a realização de uma divulgação mais efetiva o que acaba por comprometer os demais princípios de transparência, eficiência, legalidade e moralidade.

Sem a publicidade eficiente - acessível e clara - dos atos públicos – com transparência, pautado na legalidade e na moralidade - como o cidadão poderá exercer a sua função de controle social de maneira a fortalecer as estruturas do Estado democrático de direito?

4.3.2 Princípios do SUS e a saúde como direito

No campo da saúde, a comunicação não se dissocia da noção de direito, é dirigida aos “cidadãos”, objetiva o aperfeiçoamento de um sistema público de saúde em todas suas dimensões e a participação efetiva das pessoas na construção dessa possibilidade. Não se pode limitar a ter a persuasão como estratégia, nem trabalhar apenas com a ideia de divulgação: o objetivo deve ser minimamente, estabelecer debate público sobre temas de interesse e garantir as pessoas informações suficientes para a ampliação de sua participação cidadã nas políticas de saúde. (ARAÚJO E CARDOSO, 2007, p. 61)

Araújo e Cardoso propõem olharmos a comunicação em saúde pelas lentes dos princípios do SUS: universalidade, integralidade, equidade, hierarquização, descentralização e participação, na busca pela garantia dos direitos a saúde e a informação.

Os cenários observados ainda parecem carecer de caminhar por essa estrada. A comunicação realizada não se preocupa em ser universal, ou minimamente de produzir conteúdos objetivando uma abrangência maior de públicos, nas duas unidades, usuários – entendidos como o cidadão na condição de paciente, acompanhante ou visitante, isto é, no momento da sua interação com a instituição – e colaboradores são o alvo da grande maioria das comunicações realizadas.

A integralidade e a equidade esperadas por meio de uma análise de cenário e contexto que permitiria uma comunicação mais clara, direta e objetiva também não está presente nas estratégias da comunicação observadas, muito embora, os entrevistados referem as dificuldades dessa ausência para atingir públicos específicos de profissionais dentro da organização e principalmente de engajar usuários.

A noção de contexto afeta diretamente o acesso das pessoas às informações e a possibilidade da apropriação dos inúmeros produtos comunicacionais das instituições de saúde, sejam impressos (cartazes, folhetos, livretos, filipetas, entre outros), televisivos, radiofônicos ou veiculados em meios digitais. O acesso não está garantido pela oferta ou simples adequação de códigos a um perfil médio dos desejados receptores, mas pela articulação dos contextos de circulação e apropriação. (ARAÚJO E CARDOSO, 2007, p.65)

Seguindo para a descentralização e a hierarquização, uma pergunta emerge: a descentralização e a hierarquização poderiam afetar a forma como a comunicação é realizada nessas instituições? Se o sistema descentralizasse os seus processos de comunicação e partilhasse a responsabilidade - obviamente oferecendo condições e recursos – com as instituições que são a porta de entrada para esse sistema, talvez elas pudessem assumir um papel mais ativo na construção de uma comunicação mais efetiva, resolutiva e eficaz produzindo assim relacionamentos capazes de afetar a população das comunidades onde estão inseridas e, conseqüentemente, a sua participação, nesse sistema.

Quando pensamos que o maior desafio da saúde, do ponto de vista da população, ainda é o acesso ao sistema, gerado especialmente pelo desconhecimento de como, quando e onde acessá-lo, fica clara a importância de aproximar a comunicação na saúde da população. Mas quando olhamos para os cenários analisados, percebemos que estamos ainda muito distantes dessa possibilidade. Não há previsão de recursos, nem financeiros nem humanos para a realização de uma comunicação com este nível de estratégia, muito embora a comunicação seja tida como um grande desafio nessas instituições.

O último princípio é também a missão de todos os outros, a participação é direito e dever do cidadão e precisa ser tratada dentro desta perspectiva, para que o controle social seja efetivo e não apenas político-figurativo.

O primeiro passo, criar espaços de escuta para o cidadão dentro das instituições públicas parece ter sido dado no sistema estadual de saúde. O SAU – Serviço de Atenção ao Usuário foi a única estrutura em comum encontrada nas duas unidades auditadas, é claro, é preciso aprofundar a análise para compreender a efetividade desta estrutura como espaço de escuta qualificada para o usuário.

Uma questão que podemos suscitar é o fato dessa estrutura ser tratada mais como espaço de humanização, do que como estratégia de comunicação. É claro, comunicação e humanização caminham juntas nas organizações e não só nas de saúde. A comunicação é estratégia de humanização das relações. A questão que

queremos apontar é que a compreensão do direito, da participação e do controle social pode ficar sub-rogado às noções de bom atendimento, satisfação e reclamação presentes nas relações de consumo, que não cabe para o Sistema Único de Saúde.

4.3.3 Comunicação pública governamental

Analisar as informações coletadas à luz das teorias da comunicação pública governamental é pensar a responsabilidade dessas instituições públicas na garantia de direito, sendo o primeiro deles, o direito à informação.

Num país em que a desigualdade é enorme, a oportunidade de um cidadão comum conhecer as possibilidades de participação, instrumentos de acesso, seus direitos a informação, a expressar sua opinião ou a um atendimento digno tende a ser equivalente à sua posição na estrutura social. Informação ainda é um bem de interesse geral ainda acessível para poucos, o que restringe o potencial de participação em termos igualitários, tanto de acesso quanto de capacidade de tomar decisões. (DUARTE, 2007, p.67)

Na prática, essa comunicação precisa permitir que o cidadão possa caminhar pelos meandros burocráticos até o recurso que necessita e que lhe é direito e nesse caminho a comunicação precisa ser a sua bússola.

A comunicação realizada pela administração pública e por quaisquer entes envolvidos com o serviço público cuja finalidade seja a organização de um sistema integrado de comunicação que garanta, em primeira instância, publicidade e compreensão das produções normativas e que assegure serviços de informação “capazes de satisfazer específicas necessidades dos usuários” (HASWANI, 2013, p.129)

Quando observamos as estratégias de comunicação auditadas por essa lente percebemos que, muito embora a usuário seja um dos principais públicos das ações de comunicação realizadas, essas ações ainda não suprem todas as necessidades dos usuários.

Quando avançamos na auditoria para buscar informações que nos oriente sobre as estratégias de comunicação de como a instituição informa ao usuário e a comunidade sobre as modalidades de funcionamento dos setores, sobre o regulamento aplicado a cada um deles e o serviço oferecido, a Unidade A informa que no site há informações gerais e no momento da internação o paciente recebe um

guia com orientações mais específicas sobre o funcionamento do serviço que aquele usuário vai utilizar, seus direitos e deveres. A unidade B admite que realiza, mas que essa comunicação não é efetiva, ainda há muito problema, conflitos e reclamação

Os conteúdos observados versam sobre o dia a dia das instituições – prêmios, cursos, eventos – e sobre conteúdos de saúde em geral – outubro rosa, aleitamento materno, doação de sangue – e muito pouco sobre orientações de acesso, direitos e deveres, agendas, cancelamentos, coletas. A maior parte dessas informações é fornecida quando o usuário “entra” na instituição ou vai até ela pessoalmente buscar por essas informações, nem mesmo um telefone para tirar dúvidas existe, ou ainda um WhatsApp – que já é tão utilizado para a comunicação com os colaboradores, mas não avança na comunicação com o cidadão.

Na unidade A, existe no site um link chamado “Fale Conosco” que tem como objetivo tirar dúvidas dos usuários que não estão dentro da instituição, as demandas são amplas e variadas o que demonstra a necessidade de mais informação disponível para a população, especialmente quando falamos de instituições que possuem uma região de referência, que é um público recorrente dentro da instituição.

Sobre os espaços de troca e participação desses usuários na instituição, embora as unidades informem que existem, quando indagadas sobre como promovem melhorias a partir da escuta ativa a seus públicos estratégicos, a Unidade A aponta que o SAU atua junto ao usuário e a Área de Comunicação junto as colaboradores e população e algumas melhorias já foram realizadas de forma sistêmica, baseada na manifestação desses públicos, no entanto essa não é a regra. De maneira geral as ações do SAU são focadas em dirimir conflitos e atender demandas individuais. O mesmo acontece nas manifestações recebidas via redes sociais e site pelo setor de comunicação. Já a unidade B sinaliza que promove a partir da ouvidoria principalmente, mas que isso acontece de forma menos frequente.

O fato é que as duas unidades reconhecem os limites das suas estratégias para abarcar todas as necessidades de informação aos seus usuários como também reconhecem a fragilidade que essa falta de informação causa nas relações e como isso é um ponto de conflitos e crises no seu dia a dia.

4.3.4 Comunicação organizacional integrada

A última etapa da nossa análise olha para a forma como a estrutura e as estratégias de comunicação se integram para garantir que se estabeleça uma política global, que alinhe e estruture essas comunicações de forma mais homogênea, considerando sempre a necessidade de articulação para garantir a coerência das estratégias propostas para um mesmo universo de pessoas e públicos.

A comunicação organizacional integrada deve expressar uma visão de mundo e transmitir valores intrínsecos, não se limitando à divulgação de produtos ou serviços da organização. Deve contribuir por meio de uma sinergia da comunicação institucional, mercadológica, interna e administrativa, para a construção de uma identidade corporativa forte e sintonizada com as novas exigências e necessidades da sociedade contemporânea...o importante, para uma organização é a integração de suas atividades de comunicação, em função do fortalecimento de seu conceito institucional, mercadológico e corporativo perante seus públicos, a opinião pública, e a sociedade. (KUNSCH, 2003, p.180 e 181)

Vamos iniciar a análise olhando os achados por meio das quatro grandes atividades de comunicação organizacional: comunicação institucional, comunicação administrativa, comunicação interna e comunicação mercadológica.

A comunicação institucional enquanto área que apresenta a organização a partir de sua imagem idealizada, que deverá ser construída e validada por meios das ações desenvolvidas e que abarca as áreas de relações públicas, jornalismo empresarial, assessoria de imprensa, imagem corporativa e propaganda institucional, é talvez a que mais possua ações realizadas – mesmo que o alcance delas se limite em relação aos seus públicos.

Tanto a Unidade A, quanto a Unidade B dispõem grandes esforços para contar a sua história, propagar a sua missão e fortalecer o seu legado, isso é possível verificar nos sites, como também internamente. A unidade A mostra-se mais avançada na produção desse tipo de comunicação até mesmo porque possui uma série de canais e uma equipe dedicada a pensar sobre isso, como também consegue ampliar o alcance dessas ações com a presença nas redes sociais e com um trabalho, junto a Assessoria de Imprensa da SES para pautar a imprensa com temas de interesse, ainda que de forma tímida.

No que se relaciona a comunicação administrativa, focada nas questões práticas e funcionais do dia a dia, compreendendo os fluxos, redes formal e informal

e veículos, observamos uma série de evidências acerca dessas comunicações, embora possamos questionar a sua efetividade, o fato é que elas são realizadas.

Assim como a comunicação interna, aquela que busca a construção da imagem institucional junto a forma de trabalho, nos pareceu a mais trabalhada, com eventos comemorativos, celebrações, divulgações de cursos e atividades, comunicação visual, campanhas educativas e ações.

No entanto ao questionarmos se as ações de comunicação promoviam o fortalecimento do clima organizacional, a Unidade A que mede esse clima de forma estruturada, respondeu que sim; já a Unidade B, que não mede, tem a percepção de que ainda há muito ruído e as ações realizadas não seriam suficientes para suplantá-los.

Já a comunicação mercadológica, que trata a relação com o seu público consumidor ou potencialmente consumidor é incipiente, o que entendemos como correto. Inclusive apuramos que a orientação da Ouvidoria da SES é de não usar o termo “cliente” e sim “usuário” para se relacionar com o público que utiliza os serviços da instituição, o que nos parece um olhar adequado para um sistema público de saúde.

Um dos aspectos que nos chamou a atenção no processo de coleta de dados foi a desarticulação das estruturas e ações de comunicação, que são realizadas sem nem mesmo um planejamento único - aqui vale ressaltar que toda a parte de relacionamento com a imprensa é realizado pela Assessoria de Comunicação da SES ou por meio dela, e que a estrutura e fluxos do SAU são realizados pela Ouvidoria da SES - que também não se articula com a Assessoria de Comunicação SES.

Especialmente na Unidade B onde não há um serviço de comunicação, essas ações acontecem envolvendo uma grande variedade de áreas e profissionais, e tudo é desarticulado - do pensar a necessidade ao executar, uma realidade que não favorece resultados tão ousados quanto o que entendemos que precisamos buscar para uma comunicação que efetiva direitos. Mesmo na Unidade A, onde existe uma equipe de comunicação, parte dessa comunicação ainda acontece apartada desta equipe.

Voltamos mais uma vez ao início, pensar o objetivo da comunicação dentro de uma instituição de saúde pública. Somente com esse objetivo muito claro e bem

desenhado, podemos seguir na articulação das estratégias e ações para atingi-lo, antes disso toda comunicação é um ato isolado, pontual e arriscado.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entendemos que cada instituição tem suas peculiaridades e vive um momento único, por isso a análise realizada não tem um viés comparativo, nem espera trazer verdades absolutas ou encerrar a discussão aqui iniciada.

O que buscamos desde o início foi verificar se existem, como e quais são as estratégias e ferramentas de comunicação utilizadas com os públicos nas instituições hospitalares públicas de saúde e como elas atuam na orientação, educação e apoio ao cidadão, e conseqüentemente, na garantia de seus direitos.

A dimensão subjetiva, que a prática da saúde supõe, torna a comunicação indispensável no relacionamento inclusivo de uma instituição hospitalar pública com seus públicos; essa relação só consegue ser estabelecida por meio de uma comunicação integrada, ágil, clara e eficiente, planejada estrategicamente, pensada dentro dos princípios da universalidade, equidade e integralidade.

É necessário entender os mecanismos, as tecnologias e as características peculiares deste ambiente onde a comunicação não é uma ferramenta mercadológica e sim ferramenta de “interesse público”, diferenciando-se “no que se refere aos processos de comunicação, dos quais se apresenta com conteúdo, objetivos e atores diferentes daqueles da área do mercado” (FACCIOLI, 2000).

A Secretaria de Estado da Saúde (SES) se impõe o objetivo de “promover a saúde priorizando as ações preventivas, democratizando as informações relevantes para que a população conheça seus direitos e os riscos à sua saúde”, conforme declarado em seu site.

No entanto o que podemos observar é que o braço da SES mais próximo ao cidadão, que são suas unidades de atendimento, entre elas os hospitais, não realizam esse objetivo.

Os cenários observados nos levam a perceber que embora a comunicação possa ser uma estratégia poderosa para a relação de uma instituição hospitalar pública com seus públicos estratégicos, a prática de comunicação estabelecida não contempla todos os seus públicos estratégicos.

A comunidade que tem essa unidade como referencia só se torna público quando passa pela porta na condição de usuário, antes desse momento as informações são mínimas e os canais de troca e relacionamento que poderiam promover uma comunicação mais assertiva e resolutiva pouco existem.

O cidadão só se torna público, quando acessa o serviço. No entanto, se considerarmos que o maior desafio do sistema de saúde é garantir o acesso, talvez estabelecer a comunicação num momento anterior – entendendo que a relação entre a instituição e o usuário precisa ser construída de forma próxima e contínua - melhore o acesso, direcione o fluxo e favoreça o paciente correto, a estar no lugar certo e na hora certa. Soluções simples e de baixo custo, como redes sociais – devidamente alimentadas e atualizadas e com espaço para manifestação e troca – poderiam apoiar a construção desse relacionamento, fomentando-o continuamente.

Os colaboradores, embora sejam alvo de muitas estratégias de comunicação ainda não possuem canais de escuta e troca sistematizados e qualificados, para eles a comunicação ainda é vertical, unilateral e permeada de ruído. Esses canais funcionam mais como canais de informação do que de comunicação. E mesmos esses canais ainda carecem de serem espaços onde as informações disseminadas e o alcance das mensagens são tratados estrategicamente.

Para os usuários, a estratégia mais uniforme e estruturada encontrada na auditoria foi a ouvidoria, promovida pelo SAU – Serviço de Atenção ao Usuário. Ela é planejada, sistematizada e padronizada pela SES de maneira a oferecer espaço de elogio, manifestação, escuta, resolução de conflitos e problemas nos processos de cuidado, no entanto, talvez até pelo desconhecimento desse usuário, seu uso ainda seja pouco significativo para a participação do usuário em questões de melhorias de processos e serviços e na garantia de direitos de forma mais coletiva.

A relação estabelecida é para resolução de questões individuais. Um ponto a ser mais aprofundado é a eficácia das respostas padronizadas que são enviadas aos usuários que se manifestam e o uso dos elogios recebidos para a valorização do trabalhador da saúde pública, uma estratégia simples que pode ser muito efetiva.

Ampliar os canais de comunicação com o usuário também deve ser visto como oportunidade, comunicação por WhatsApp - para tirar dúvida, alterar marcações, receber confirmações e lembretes – materiais audiovisuais em linguagem de fácil compreensão, seguindo a tendência dos formatos oriundos das redes sociais, Chatbox e aplicativos são estratégias já tão presentes no setor privado e ainda parecem bem distantes do setor público de saúde.

O relacionamento com a imprensa também precisa ser fortalecido, hoje as demandas vêm dos veículos para os hospitais, por meio da SES, mas o caminho inverso é muito pouco percorrido. Há muita oportunidade na troca com os canais de

imprensa para a produção de conteúdos e pautas para a opinião pública, com o objetivo de apoiar a construção de uma imagem mais positiva da instituição pública para a comunidade, fortalecendo o vínculo de confiança tão necessário para a produção de cuidado.

No entanto, antes que se pense em formas de relacionamento, estratégias e canais, é preciso iniciar uma discussão sobre qual o objetivo da comunicação dentro dessas instituições para que, somente a seguir, a comunicação possa começar a ser pensada, de forma integrada e estratégica e dessa vez, como dever do ente público para a garantia de direitos, na perspectiva de uma comunicação pública governamental.

Mais do que avançar numa estrutura ou em canais de comunicação, é preciso um passo antes: se apropriar da comunicação como um direito a ser garantido por toda instituição pública, como um objetivo estratégico e por que não, como parte da sua missão.

A partir daí, será possível pensar estrategicamente essa comunicação e começar a vislumbrar um modelo mínimo de comunicação a ser realizado por uma instituição pública de saúde e como viabilizá-lo, nas múltiplas realidades encontradas nessas instituições, mas isso é proposta de futuro.

Por hoje, esperamos que este trabalho possa oferecer fonte de consulta e reflexão para uma prática em comunicação pública governamental mais estratégica e efetiva na saúde pública. Ou no mínimo provocar as instituições públicas de saúde e seus gestores a pensarem seus modelos de comunicação ou o impacto da ausência dele, para que possamos avançar na promoção de comunicação como um serviço produzido e fornecido pela administração pública, de fato.

REFERÊNCIAS

ARAUJO, Inesita Soares de e CARDOSO, Janine Miranda. **Comunicação e Saúde**. Coleção Temas em Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

Assembleia Geral da ONU. (1948). "**Declaração Universal dos Direitos Humanos**" (217 [III] A). Paris.

BUCCI, Eugênio. **O Estado de Narciso | a comunicação pública a serviço da vaidade particular**. São Paulo: Companhia das Letras, 2015.

CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL DE 1988. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm

CUNHA, Francisco J. A. Pedroza e SILVA, Helena Pereira da. **Informação e Comunicação no contexto dos Hospitais**. Artigo apresentado no XV Endocom: Encontro de Informação em Ciências da Comunicação. Rio de Janeiro, 2005.

DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. **Direito Administrativo**. São Paulo: Atlas, 2004.

DUARTE, Jorge. (Org) **Comunicação Pública – Estado, Mercado, Sociedade e Interesse Público**. São Paulo: Atlas, 2009.

GRANDI, R. **La Comunicazione pubblica – teorie, casi, profili normativi**. Roma: Carocci, 2002.

HASWANI, Mariangela F. **Comunicação Pública – Bases e Abrangências**. São Paulo: Saraiva, 2013.

KUNSCH, Margarida Maria Krohling. (Org) **Comunicação Organizacional Estratégica – Aportes Conceituais e Aplicados**. São Paulo: Summus, 2016.

_____. (Org) **Comunicação Pública, Sociedade e Cidadania**. São Caetano do Sul: Difusão, 2011.

_____. (Org) **Gestão Estratégica em Comunicação Organizacional e Relações Públicas**. São Paulo: Difusão, 2008.

_____. **Planejamento de Relações Públicas na Comunicação Integrada**. São Paulo: Summus, 2003.

MATOS, Heloíza. (Org) **Comunicação Pública. Interlocuções, interlocutores e perspectivas**. São Paulo: ECA/USP, 2013.

MARQUES, Angela e MATOS, Heloiza. (Org) **Comunicação e Política**. São Paulo: Summus, 2011.

MENICUCCI, Telma e GOMES, Sandra. **Políticas Sociais: Conceitos, trajetórias e a experiência brasileira**. Coleção Temas em Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018.

MOSCA, Elisabete Xavier de Albuquerque. **A importância da Constituição de 1988 para a efetivação de direitos**. Artigo disponível no site <https://www.tse.jus.br/o-tse/escola-judiciaria-eleitoral/publicacoes/revistas-da-eje/artigos/revista-eletronica-eje-n.-6-ano-2/a-importancia-da-constituicao-de-1988-para-a-efetivacao-de-direitos> pesquisado em 01/11/2022

NASSAR, Paulo. **Tudo é Comunicação**. São Paulo: Lazuli Editora, 2006.

NOGUEIRA-MARTINS, Maria Cezira Fantini e DE MARCO, Mario Alfredo. **Humanização e processos comunicacionais: reflexões sobre a relação entre o profissional de saúde e o usuário**. Boletim do Instituto de Saúde – BIS, volume 12, número 1, 2010.

PAIM, Jairnilson Silva. **A Reforma Sanitária e a municipalização**. artigo disponível no site <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/rmtrvX9QnLxpQ3cQrdRtPzH/?lang=pt#> pesquisado em 01/02/2022.

PEREIRA, Luciane Lucio; CHANES, Marcelo e GALVÃO, Claudia Raffa. (Orgs) **Gestão em Saúde: Tendências, inovações e perspectivas**. São Paulo: Centro Universitário São Camila, 2010.

REIS, Patrícia Cerqueira. **A comunicação como estratégia para a participação do cidadão no estado democrático do direito**. REVISTA Brasileira de Comunicação Organizacional e Relações Públicas, ano 8, número 14, 1º semestre de 2011. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/organicom/article/view/139090/134439>

SANTAELLA, Lucia. **Comunicação e pesquisa: projetos para mestrado e doutorado**. São José do Rio Preto: Bluecom Comunicação, 2010.

SAÚDE Ministério da. **Entendendo o SUS**. Publicação retirada da Biblioteca Virtual da Saúde, disponível no site <https://bvsmms.saude.gov.br/>, pesquisada em 02/06/2022.

SAÚDE Ministério da. **Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde**. Publicação retirada da Biblioteca Virtual da Saúde, disponível no site <https://bvsmms.saude.gov.br/>, pesquisada em 02/06/2022.

TEIXEIRA, Marco Antonio Carvalho. **Estado, Governo e Administração Pública**. Coleção Práticas de Gestão: Série Gestão Pública. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2012.

TEIXEIRA, Luiz Antonio; PIMENTA, Tânia Salgado e HOCKMAN, Gilberto. (Orgs) **História da Saúde no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 2018.

TORQUATO, Gaudêncio. **Comunicação nas Organizações – Empresas privadas, instituições e setor público**. São Paulo: Cengage Learning, 2013.

_____. **Tratado de Comunicação Organizacional e Política**. São Paulo: Summus, 2015.

APÊNDICE

Instrumento de Auditoria

Perfil da Instituição

	Questões	Unidade A	Unidade B
Visão Geral da Organização	1	Data da coleta	
	2	Entrevistado	
	3	Região de Referência	
	4	Tempo de existência	
	5	Breve Histórico	
	6	Principais serviços oferecidos	
	7	Leitos	
	8	Leitos terapia intensiva	
	9	salas cirúrgicas	
	10	Número de funcionários CLT e estatutários	
	11	Número de colaboradores terceirizados	
	12	Número de Residentes	
	13	Número de Estagiários	
	14	O quantitativo de colaboradores é adequado?	
	15	Modelo de Gestão	
	16	Planejamento Estratégico	
	17	Missão, visão e valores declarados?	
	18	É um serviço acreditado?	
	19	Públicos (verificar a percepção de quais são os públicos com os quais a instituição deve se relacionar)	
	20	Principais desafios da gestão	
	21	Tipo de cultura organizacional (do poder (forte poder central de comando e influência), de função (racionalidade e rigidez como valores básicos), de tarefa (orientada no trabalho e nas tarefas concretas), da pessoa (indivíduo como centro de tudo e valorização das relações interpessoais)	
	22	Visão geral da cultura estabelecida	
	23	Clima organizacional é mensurado?	
	24	Qual é a percepção sobre o clima pela alta direção?	

Estrutura de Comunicação

	Questões	Unidade A	Unidade B
Estrutura de Comunicação	1	Onde a comunicação está estabelecida na estrutura organizacional?	
	2	Existem objetivos gerais e específicos da comunicação na instituição?	
	3	A comunicação possui um posicionamento estratégico, tático ou operacional dentro da instituição?	
	4	Há orçamento específico para as ações de comunicação?	
	5	A unidade estabelece plano de comunicação para a interação com o público interno e externo?	
	6	As ações de comunicação alinham-se e apoiam o planejamento estratégico definido pela instituição?	
	7	A alta direção compreende o valor da comunicação e atuam ativamente sobre ela? E a liderança?	
	8	Quais as áreas envolvidas nos processos de comunicação?	
	9	Essas áreas cooperam entre si?	
	10	Há um gestor em comum?	
	11	Qual a sua formação e experiência com comunicação?	
	12	Existem processos comunicativos estabelecidos?	
	14	Como se dá o fluxo de informações?	
	15	Quais as principais barreiras neste fluxo?	
	16	A instituição possui uma política de comunicação?	
	17	Há algum documento que descreve ações, ferramentas ou fluxos de comunicação dentro da instituição? Quais?	
	18	A comunicação trabalha para atingir prioritariamente que públicos?	
	19	O serviço possui plano de comunicação de crise?	

Estratégias de Comunicação

	Questões	Unidade A	Unidade B
Estratégias de Comunicação	1	A instituição estabelece, implementa e mantém meios e canais de comunicação com seus públicos de forma periódica	
	2	Como são tratados os canais de comunicação da organização, que traduzem diretrizes, inovações, normas, valores e manifestações nos mais variados assuntos?	
	3	Que análise pode ser feita dos principais meios utilizados para comunicação com o público interno?	
	4	Quais os mecanismos existentes para propiciar a comunicação participativa?	
	5	Com quais públicos essa comunicação participativa é possível?	
	6	A satisfação dos públicos é mensurada? Como?	
	7	Orientação sobre o serviço, direitos e deveres e possibilidade de suporte para pacientes com barreira de comunicação são contemplados nas estratégias de comunicação?	
	8	A instituição estabelece, implementa e mantém meios e canais de comunicação entre diferentes níveis hierárquicos e perfis de profissionais da organização?	
	9	A comunicação de novos padrões, rotinas, processos para os diversos públicos é planejada? (a comunicação planejada e efetiva deve elevar o engajamento e reduzir falhas e conflitos)	
	10	Existe fluxo estabelecido de comunicação de mudanças de serviços, produtos e processos?	
	11	A instituição mantém e divulga canal para manifestações éticas e denúncias?	
	12	Avalia a efetividade dos diferentes canais de comunicação, promovendo ações de melhoria?	
	13	A eficácia da comunicação proposta para os públicos é avaliada com o objetivo de promover melhorias sistêmicas?	
	14	A instituição estimula a participação do usuário no redesenho de processos e melhorias?	
	15	A instituição promove melhorias a partir da escuta ativa a seus públicos estratégicos?	
	16	As ações de comunicação promovem o fortalecimento do clima da organização?	
	17	As ações de comunicação promovem o fortalecimento da cultura de segurança da organização	
	18	As ações de comunicação promovem processo transparente de divulgação de incidentes relacionados à segurança para os usuários	
	19	A instituição informa ao usuário e a comunidade sobre as modalidades de funcionamento dos setores, sobre o regulamento aplicado a cada um deles e o serviço oferecido.	
	20	Há canais para a participação ativa e propositiva da comunidade nos problemas de interesse geral?	

