

Políticas nacionais de comunicação em tempos de convergência tecnológica: uma aproximação ao caso da Saúde



Áurea Maria da Rocha Pitta¹
Flávio Ricardo Liberali Magajewski²

PITTA, A M. R.; MAGAJEWSKI, F. R. L. National communication policies during times of technological convergence: examining the case of Healthcare, *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v.4 , n.7, p.61-70, 2000.

This article intends to convey an overview of the contribution presented by representatives of society in healthcare conferences and in meetings of healthcare advisors with regard to improving national policies in the field of communication. Explaining the outlook and the circumstances that form the context for these contributions, the authors indicate the possibilities and limits for building democratic relations in the Latin American context in general and in Brazil in particular.

KEY WORDS: Communication; government policies and organization; community networks; technology diffusion; health system.

O presente trabalho procura oferecer um levantamento das contribuições apresentadas por representantes da sociedade em conferências de saúde e encontros de conselheiros de saúde em torno do aperfeiçoamento das políticas nacionais no campo da comunicação. Esclarecendo o cenário e a conjuntura em que estas contribuições se colocam, os autores indicam as perspectivas e limites da construção de relações democráticas no contexto latino-americano em geral e no Brasil em particular.

PALAVRAS-CHAVE: Comunicação; organização e políticas governamentais; redes comunitárias; difusão de tecnologia; sistema de saúde.



Este artigo foi escrito especialmente com a finalidade de inaugurar uma lista de discussão na internet sobre comunicação e saúde. O debate pretende envolver profissionais de saúde e comunicação, conselheiros de saúde e demais interessados no tema.

Para participar da lista de discussão, acesse o site da ABRASCO: www.abrasco.org.br.

¹ Bióloga, Pesquisadora do Departamento de Comunicação e Saúde do Centro de Informação Científica e Tecnológica da Fundação Oswaldo Cruz. Membro do Grupo de Trabalho Comunicação e Saúde da ABRASCO. <aureapitta@alternex.com.br>

² Médico Sanitarista da Secretaria Estadual da Saúde de Santa Catarina. Membro do Grupo de Trabalho Comunicação e Saúde da ABRASCO. <magajews@matrix.com.br>

Introdução

O Brasil chega à chamada abertura democrática em meio à complexa problemática internacional de crise da soberania dos Estados Nacionais e às profundas transformações no pacto social entre classes construído e estruturado no pós-guerra em torno de um modelo taylorista-fordista de produção.

A insuficiência das políticas redistributivas, dos sistemas de proteção social e de saúde e as condições de pobreza e indigência de grande parte da população acabaram por mobilizar setores da sociedade que, paralelamente à criação de redes sociais de apoio e de novos pactos de solidariedade, vêm pressionando os poderes públicos para a criação de mecanismos institucionais de controle, transparência e formulação partilhada de políticas econômicas e sociais - uma luta que se confunde com os processos de democratização inconclusa em vários países da América Latina e especialmente no Brasil.

Ao mesmo tempo que se rompe um modelo de solidariedade fundado na lógica capital-trabalho, emergem no cenário social novas modalidades de organização dos movimentos político-culturais, assentados em novas e complexas redes de solidariedade social com acelerações de hibridizações de classes, ideologias, etnias, nações, e novas escalas de eventos e significações coletivas, com conseqüências na própria reconfiguração dos espaços territoriais, fronteiras geopolíticas e administrativas.

Esta crise, portanto, não pode ser lida apenas a partir de argumentos do campo da economia, mas a partir de sua complexidade social - cultural, política, ideológica, ecológica, ética, tecnológica, simbólica. Crise de um *pacto de solidariedade* que não garantiu efetivamente a superação das iniquidades inerentes aos sistemas capitalistas, tornando-se assim insuficiente como única modalidade de solidariedade social no interior deste sistema, mas que traz em seu bojo outras tantas que ao mesmo tempo a engendram. Uma delas, que nos interessa imediatamente em função deste ensaio, é a crise da "mediasfera"³ que sustentou o pacto modernizador no Brasil⁴.

Desta forma, se no contexto analisado emergem novas identidades sociais, espaços e redes de pertencimento, as lutas coletivas incorporam novas estratégias que deslocam o ponto de partida das demandas direcionadas ao Estado. Estas demandas, agora estruturadas de forma *policêntrica* - com múltiplos e novos atores, objetivos e estratégias de expressão pública, passam a ensejar também novas possibilidades de usos das novas tecnologias de informação-comunicação, e que não podem mais ser desconsideradas pelo campo governamental. Esse contexto marca a crise de uma discursividade de tendência universalizante, típica do desenvolvimentismo.

Se a década de oitenta foi marcada pela luta bem sucedida de desenvolver e inscrever no arcabouço jurídico do país as bases de um sistema de saúde público entendido como direito da cidadania, a década de noventa pode ser caracterizada pela luta, sem sucesso, de superação do atraso tecnológico e da natureza discricionária dos serviços de saúde utilizados pela população. Uma visão mais abrangente revela, neste contexto, o enorme esforço de setores organizados da sociedade brasileira no sentido da democratização dos meios de comunicação de massa no Brasil, hoje marcado pela disseminação da tecnologia



³ Segundo Debray (1992), cada ideologia tem uma "performance mediológica" que lhe é própria, solidária que é à "mediasfera" que lhe dá vida.

⁴ A transição jornal/TV acompanha no Brasil, a transição de um nacional desenvolvimentismo ao desenvolvimento modernizador. Sobre o tema ver Sodré (1990).

⁵ Veja a este respeito Ramos (1995).

da internet e pelas possibilidades de convergência entre esta e as tradicionais (Rádio, TV, Jornais, Correios), configurando o campo das (tele)comunicações⁵. Infelizmente, no caso da democracia brasileira, situação que se revela também nítida em outros países da América Latina, a democratização do acesso às, agora chamadas, (tele)comunicações vem contribuindo para ampliar o fosso que separa os incluídos dos excluídos dos benefícios da riqueza produzida coletivamente, o que vem exigindo dos poderes constituídos o compromisso com políticas de universalização comprometidas com a redução destas desigualdades.

Dar mais concretude ao tema central deste ensaio significa, primeiramente, compreender a democracia - mesmo nas suas formas mais restritas e incompletas, não apenas como postura ética ou categoria genérica, mas como opção tecnológica ou “modo de fazer” comunicacional: como processo de trabalho concreto de construção de uma equidade não apenas econômica, mas social - política, cultural, simbólica, ética, tecnológica.

A prática dos chamados “bons governos” não pode existir sem investimentos nestes *modos de fazer* concretos que viabilizam efetivamente *novos pontos de partida* - isso sim novo para nossa história de autoritarismo - para um projeto societário em que o *sentido* do desenvolvimento econômico, social e cultural das nações possa ser construído a partir de verbalizações mais amplas que a das necessidades e demandas sociais concretas de determinados segmentos sociais politicamente organizados de nossas sociedades. Quando falamos da necessidade de dar *existência pública* à produção político-social e cultural dos amplos e heterogêneos segmentos das populações latino-americana e brasileira - única base ética para decisões acerca da direcionalidade da produção de bens e serviços ou de uma distribuição equânime de recursos econômicos, culturais e políticos - em última análise estamos apontando para uma redistribuição de recursos de poder indispensáveis à autonomização das instituições, do cidadão e dos movimentos culturais e de cidadania, ou ainda da construção de um novo pacto social.

É de propostas concretas de construção deste *éthos* comunicacional e de sua expressão no campo da saúde coletiva, que pretendemos nos aproximar neste texto, ou seja, de políticas e estratégias de comunicação que sirvam de base de sustentação para um projeto de democracia participativa entendido como um ideal ético-político a ser alcançado na direção a uma sociedade solidária, democrática e socialmente justa.

Por outro lado, se levarmos em conta a dimensão conceitual e institucional do processo de reorganização do modelo de atenção à saúde no Brasil, trata-se de buscar uma política de comunicação articulada e coerente com alguns princípios no campo do planejamento/gestão e da epidemiologia - grandes eixos (re)ordenadores de um modelo de atenção à saúde comprometido com a construção da equidade e da satisfação de necessidades e demandas concretas dos cidadãos.

Em primeiro lugar, no campo das experiências de gestão de serviços de saúde, vem crescendo nos últimos anos, na esteira dos processos de descentralização da gestão dos serviços públicos de saúde no Brasil, experiências municipais de planejamento participativo. Inscrita na Constituição de 1988 e nas Leis Orgânicas da Saúde (Leis 8080 e





8142/90), a participação social no campo da gestão setorial vem avançando gradativamente no sentido dos Conselhos de Saúde se constituírem efetivamente em espaços de negociação e geração de acordos sobre a alocação dos recursos disponíveis em novas bases éticas.

Da mesma forma, no campo da Epidemiologia e do planejamento em saúde, definem-se metodologias de trabalho que passam a levar em consideração não apenas os tradicionais “grupos de risco” ou “categorias de exposição”, mas sim, redes sociais e processos mais complexos de circulação da doença (epidemiologia) que apontam para formas também singulares de intervenção sobre seus determinantes (planejamento situacional). As experiências de Icapuí, Salvador (Distrito de Pau da Lima) e Londrina, entre outras, relatam abordagens integradas e inovadoras sobre problemas de saúde com ênfase na construção coletiva e democrática dos diagnósticos, prioridades e intervenções sobre a situação de saúde (Andrade & Goya, 1992; Mendes, 1995; Kadet & Tasca, 1996; Silva, 1996).

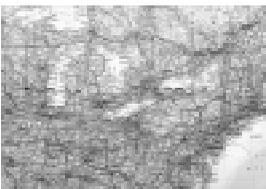
Este novo arsenal conceitual vem impondo um redesenho das tradicionais fronteiras físico-territoriais e administrativas dos serviços de saúde e obrigando os gestores a pensar o planejamento de qualquer ação setorial - incluindo-se as de informação/comunicação ou de (tele)comunicações - com base em novos territórios de natureza sócio-espacial. Territórios constituídos socialmente por fluxos, movimentos, pautas culturais, formas de construção de necessidades em saúde e demandas sociais que se entrelaçam de forma complexa.

Esta nova - e policêntrica - dinâmica setorial introduz no interior das instituições gestoras do sistema de saúde novos atores portadores de verbalizações e táticas próprias, e que vem demandando, a partir das Conferências Municipais de Saúde (chegando às conferências e fóruns nacionais), novas modalidades de uso dos meios de informação e comunicação ou das (tele)comunicações, mais compatíveis com necessidades sociais e de saúde concretas diagnosticadas e demandadas coletivamente (Pitta, 1995).

É este amplo conjunto de movimentos que vem, crescentemente, nos fazendo interpelar as tradicionais formas de conceber as políticas de comunicação para a saúde - aqui preliminarmente definidas como um conjunto de relações comunicativas entre Estado e Sociedade, sejam estas mediatizadas ou não, que tenham vínculos concretos tanto com as metodologias de diagnóstico da situação de saúde quanto com as ações necessárias para promover a saúde frente às situações concretas diagnosticadas.

Esta ampliação preliminar do conceito aqui exercitada se faz necessária no sentido de nos precavermos de uma reincidência em políticas de comunicação focalistas e restritivas, já que, como políticas nacionais de comunicação na saúde identificamos hoje apenas: uma política de “Comunicação Social” - imbuída de caráter *persuasivo* e com *pretensões pedagógicas* associada a uma política de “Comunicação Governamental” - que tem como objetivo difundir junto à opinião pública questões ou temas de interesse *da esfera governamental*. Políticas operacionalizadas por processos de trabalho culturalmente enraizados nas instituições governamentais, tendo vínculos menos ou mais sutis com estratégias de legitimação dos governos eleitos e responsáveis pelo exercício do poder setorial.

No entanto, é a partir da análise dos discursos sobre o tema



comunicação das últimas três Conferências Nacionais e fóruns intermediários, que se vem construindo discursivamente, em meio à conjuntura dinâmica e incerta do setor saúde no Brasil, e para além de sua Política de Comunicação real - coerente com as, *exíguas* a nosso ver, possibilidades de exercício efetivo da democracia no processo de definição de políticas de saúde - um enfoque ampliado de comunicação coerente com um novo e democrático modelo de gestão verdadeiramente pública em saúde (e em (tele)comunicações aplicadas à saúde) no Brasil.

O debate setorial em torno das políticas de comunicação: estado da arte

Espaços de (re)discussão das políticas e práticas institucionais, bem como a emergência de novas articulações conceituais entre saúde, democracia e comunicação vêm se dando desde 1989 em duas diferentes “arenas”. Uma primeira, representada pela crescente produção acadêmica em torno do tema⁶, em Encontros, Oficinas de Trabalho e espaços de discussão, em especial nos Congressos da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - Abrasco. Uma segunda, político-institucional, representada por encontros nacionais como Conferências de Saúde, Plenárias e Encontros de Conselheiros de Saúde em que o tema vem sendo recorrentemente debatido.

No plano acadêmico, se a produção teórica no campo dos discursos em Saúde por meio da grande imprensa e das campanhas educativas vem crescendo nos últimos anos, muito pouco vem sendo construído com respeito à natureza das políticas governamentais de comunicação e de sua relação com o contexto contemporâneo das novas tecnologias de comunicação e da construção de instituições democráticas na América Latina, Brasil e no campo da Saúde.

No âmbito dos grandes eventos nacionais, vem assumindo crescente expressão não apenas uma crítica - na maioria das vezes impressionista - às atuais políticas e estratégias governamentais de comunicação, mas também reivindicações e propostas que freqüentemente não são consideradas pelos gestores federais. Se tomarmos como ponto de partida a 10ª Conferência Nacional de Saúde⁷, podemos dizer que, às tradicionais propostas no campo de uma “comunicação pedagógica” voltada fundamentalmente para a prevenção de doenças, sobressaem, em especial nos itens referentes ao “Controle Social”, os contornos de uma política que dá mais concretude à relação entre comunicação e exercício da cidadania e ao conceito de liberdade de expressão (direito à comunicação) - já apontado, como princípio, desde a Oitava Conferência Nacional de Saúde, de 1986.

A última Conferência Nacional de Saúde propõe⁸, num primeiro âmbito, a divulgação ampla das atividades, resoluções, datas e locais de reuniões dos Conselhos, e prestação pública de contas às bases dos movimentos sociais que o integram e à sociedade como um todo⁹. Em um segundo, a implementação de formas interativas de relação governo-sociedade (uma rede de mediações sociais)¹⁰ conforme o que segue.

No que diz respeito às ações dos gestores - sistematizadas sob o item “IEC”, propõe-se:

1. Em relação ao “I” de Informação em Saúde

A implantação de um Sistema Nacional de Informações em Saúde, que

⁶ Consultar os Anais dos II, III e IV Congressos Brasileiros de Epidemiologia (1992-98) e dos III, IV e V Congressos Brasileiros de Saúde Coletiva da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - Abrasco.

⁷ Partimos aqui do pressuposto de que as Conferências Nacionais são uma privilegiada caixa de ressonância das necessidades e propostas da sociedade brasileira no que diz respeito às políticas de saúde (o leito sobre o qual o desaguadouro das ações do executivo deveriam estar assentadas). Os traços das propostas e debates que atravessaram as 8ª e 9ª conferências podem ser consultados em Pitta (1995).

⁸ Leitura dos relatórios parciais aprovados em plenária.

contemple, conforme dispõe a Lei Federal nº 8080/90, a produção, organização e divulgação de dados de interesse para a saúde, integrado com ações e programas de educação e comunicação em saúde, de forma a subsidiar não somente ações técnicas, administrativas e gerenciais, mas também ações de capacitação profissional, educação para a cidadania, pesquisa e acompanhamento das ações e serviços de saúde, planejamento participativo, bem como programas interinstitucionais¹¹.

2. Em relação ao “E” de Educação em Saúde

Que o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde reestruturem suas ações educativas, redimensionando-as para respeitar a realidade e as diversidades locais e regionais, a cultura das comunidades e o perfil epidemiológico, definidas e acompanhadas pelos Conselhos de Saúde e junto aos profissionais de Saúde, movimentos sociais e população como um todo.

3. Em relação ao “C” de Comunicação em Saúde

O fortalecimento da imagem do Sistema Único de Saúde como alternativa pública de atenção à saúde, bem como o uso de novas tecnologias no sentido da formação do cidadão e do profissional de saúde para o exercício da cidadania ou com vistas a diagnosticar situações de saúde-doença e desenvolver ações com vistas a promoção da saúde com a promoção da qualidade de vida¹².

Como proposta integradora das três áreas (I, E e C), a 10ª Conferência definiu-se pela criação de CENTROS DE DOCUMENTAÇÃO, INFORMAÇÃO, COMUNICAÇÃO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE voltados para a democratização das informações e acessíveis aos Usuários, Conselheiros, Trabalhadores em Saúde e Gestores do sistema em Sistemas Locais, Estaduais e Nacional de Saúde.

Os Centros teriam como função subsidiar os processos de formulação de políticas, o controle e a fiscalização das políticas e ações governamentais por parte da população, bem como a gerência e o planejamento das ações, propondo a *incorporação de tecnologias adequadas* como computadores, Internet, CD-ROM, e acesso *on line* a diferentes bases de dados e documentação.

Como *proposta operacional* para uma infra-estrutura nacional, propõe-se a criação de “Pólos Municipais” articulando diferentes tecnologias para diferentes usos, e articulados às políticas setoriais de Educação. Estes pólos articulariam, em termos de *infra-estrutura nacional*, tecnologias como Rádio, Televisão, Jornal, Fax, Internet e Telefones gratuitos¹³.

Em 1998, o II Encontro Nacional de Conselheiros de Saúde acabou por delimitar os diferentes âmbitos de uma Política de Comunicação para a Saúde que vai além dos “meios” e de uma carta de princípios genéricos. Da re-sistematização das propostas do II ENC pode-se ressaltar a natureza comunicacional de alguns espaços ou arenas, que constituem uma rede mais ampla de relações comunicativas. O escopo das propostas aqui sintetizadas¹⁴, por ter sido enunciado por um conjunto de atores sociais mais amplo que aqueles dos quadros técnicos das instituições governamentais de saúde, acabou por expressar os anseios de novas e mais democráticas modalidades de comunicação entre governos eleitos e sociedade - configurando o que Mattos (1999) denominaria de Comunicação Pública: aquela que pressupõe uma democracia consolidada, em que a interpenetração entre o público e o privado admite a participação de uma ampla gama de setores sociais organizados, com a

⁹ a) A abertura de espaços para os Conselhos de Saúde na mídia impressa, falada e televisada - garantidos pelo Estado - democratizando espaços na mídia; b) A produção e distribuição ampla e periódica de Boletins Informativos pelos Conselhos; c) A criação do Jornal dos Conselhos, financiado pelos Conselhos e/ou por outras fontes, com linha editorial própria, edição periódica, divulgando resoluções dos Conselhos, experiências inovadoras e outros artigos de interesse dos Conselheiros e da sociedade.

¹⁰ Criação e implementação de ouvidorias nas três esferas de governo vinculadas aos respectivos Conselhos de Saúde com divulgação ampla do seu trabalho; criação junto aos Conselhos de Saúde de Serviços do tipo Disque Denúncia; articulação dos Conselhos de Saúde com outras instâncias como o Ministério Público e PROCOM para melhor cumprir suas funções de acompanhamento da utilização de recursos públicos e de fiscalização do funcionamento do SUS; descentralização das reuniões dos Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde, alternando-as entre as sedes administrativas e os distritos ou

municípios pólo, com reuniões ampla e previamente divulgadas; criação de fóruns permanentes de defesa da cidadania plena, com ampla divulgação; abertura efetiva das reuniões dos Conselhos às comunidades; articulação autônoma dos Conselhos de Saúde de forma a promover seu fortalecimento como ator político; criação de sistema que integre a ação dos Conselhos Municipais e Estaduais com os Conselhos Gestores de Unidades de Saúde e de Hospitais; acesso, aos conselheiros, a todas as informações sobre produção de serviços, indicadores de saúde ou qualquer outra solicitada aos gestores de saúde, e necessárias para deliberar.

exigência de negociação permanente entre os atores, independente do caráter estatal de qualquer participante.

Ao analisá-las, as reorganizamos em alguns grandes âmbitos:

1. Trata das relações entre Conselhos de Saúde - como instâncias de formulação e controle de políticas e ações de saúde - e os respectivos gestores.

2. Trata da relação entre a política de comunicação para a saúde com as próprias atribuições e funcionamento dos Conselhos de Saúde e de suas áreas técnicas de Comunicação e do qual ressaltamos a proposta de constituição de câmaras técnicas de Comunicação com o objetivo de assessorar os Conselhos na formulação das políticas de comunicação para o SUS e dos próprios Conselhos; a criação de mecanismos de auscultação pública que transcendam os espaços dos Conselhos de Saúde - diferentes modalidades de ouvidorias; a criação de Conselhos editoriais nos Conselhos de Saúde com vistas a consensuar pautas, políticas de difusão e outras ações no campo das comunicações em geral; propostas de criação de uma REDE de Comunicação entre Conselhos de Saúde e entre estes e a sociedade - aqui merece ser recuperada a proposta da 10ª CNS de criação de Centros de Documentação, Informação, Comunicação e Educação que interpretamos aqui como aquilo que vem sendo denominado de “Quiosques da Saúde”, “Salas de Situação” ou “Salas Públicas”.

Ressalte-se também neste âmbito a proposta de controle social sobre as ações de comunicação e de obrigatoriedade de transparência de gastos com atividades da área de comunicação. Neste âmbito merece ainda especial atenção a questão da formação de Recursos Humanos para o SUS em geral e a necessidade de formação profissional para atividades de perfil mais amplo e complexo do que as tradicionais atividades de comunicação (Jornalismo, Publicidade e Propaganda - PP, Relações Públicas - RP e Radialismo).

3. Trata de propostas que dizem respeito a estratégias de Comunicação entre Conselheiros e população: questões de comunicação que dizem respeito à construção da representatividade e legitimidade dos conselheiros de saúde e consequentemente dos próprios Conselhos de Saúde.

É importante ressaltar a convergência entre o que vem sendo proposto como estratégia de gestão descentralizada das ações de Informação, Educação e Comunicação pelos últimos Encontros Nacionais de Saúde e aquilo que vem sendo proposto pela ANATEL¹⁵ como estratégia nacional de configuração de uma ampla rede nacional de (tele)comunicações. Segundo a Agência em sua proposta de criação da Rede Br@sil.gov (Brasil, 1999), os recursos em (tele)comunicações no Brasil devem permitir a viabilização de uma *infra-estrutura nacional* que torne acessível a todo cidadão brasileiro, “Pontos Eletrônicos de Presença” (PEPs) de uma *infolia nacional* “com soluções versáteis e de baixo custo”.



¹¹ Um Sistema que possibilite a superação de bases de informações meramente quantitativas e com fins exclusivamente administrativos e pudesse estar orientado pela transparência e permeabilidade ao controle social nos diferentes âmbitos do SUS, além de outras propostas. Organizar sistema de prontuários informatizados de todos os usuários para os atendimentos em

Considerações finais

Queremos deixar para a avaliação dos leitores alguns tópicos que consideramos importantes por serem recorrentes nos debates acadêmicos, atualmente valorizados pelo reforço que as indicações de encontros nacionais de conselheiros e mesmo de Conferências vêm fazendo.

Chamamos a atenção, em primeiro lugar, para a necessidade de articulação das propostas para o campo da Comunicação com outras dos campos da Educação e da Informação em Saúde, dada a impossibilidade de separar estes três campos de atividades que se entrelaçam intimamente - em especial tendo em vista a conjuntura de acelerada convergência entre diferentes tecnologias de Comunicação/Informação, e pela própria natureza comunicacional de qualquer processo educacional e informacional.

Em segundo lugar, é importante atentar para o consenso firmado e a ser mais bem discutido - expresso no item 22º da recente “Declaração conjunta do Ministro da Saúde e dos Secretários Estaduais de Saúde - de “fortalecimento dos instrumentos de Informação e Comunicação com a população por meio da Rede Nacional de Informação em Saúde e Disque-Saúde interligando via Internet os 5.507 municípios brasileiros até o ano 2003”¹⁶. Há o risco de se compreender de forma restritiva o amplo leque de tecnologias que podem ser acionadas para dar conta das propostas de integração entre “I”, “E” e “C” já verbalizadas nos fóruns coletivos nacionais.

Finalmente, é preciso atenção especial para um necessário debate nacional - uma Conferência Nacional específica? - das propostas das Oitava¹⁷, Nona e Décima Conferências Nacionais de Saúde¹⁸ no sentido de construir as aproximações possíveis com as propostas que vêm sendo debatidas no Comitê Sobre Infra-estrutura Nacional de Informação (C-INI) - Sub-Comitê Saúde - da ANATEL que em sua proposta de uma rede de “Pontos Eletrônicos de Presença” ou PEPs se aproximam em muito dos conceitos de “salas de situação” ou “quiosques da saúde” já indicados anteriormente.

Consideramos fundamental que este debate não despreze os condicionamentos de ordem econômica das políticas de comunicação setoriais hoje existentes - inspiradas no campanhismo sanitário do início do século - sustentadas pelo ambiente cultural e de formação de RH no campo da Comunicação que nos fazem recair em projetos e estratégias difusionistas, que consomem largos investimentos públicos e de “eficácia educativa” duvidosa. Condicionamentos que têm como consequência um processo centralizado e pouco permeável às demandas sociais no que toca à formulação e implementação de uma política nacional de comunicação para a saúde nos moldes que preconizamos nos parágrafos introdutórios deste trabalho.

Assim, apesar de o discurso da democracia percorrer muitas das justificativas que dão sentido a políticas desenvolvidas nos últimos anos no Brasil e nos países da América Latina, o que se observa são estratégias que enrijecem de tal forma sua legitimação e execução que as adscrevem a um modelo de mão única incompatível com os preceitos democráticos com que se procura, como ideal a ser alcançado, orientar o processo de formulação de políticas e ações de saúde no Brasil.

É a compreensão desta totalidade ao mesmo tempo complexa e contraditória

todo o Sistema de Saúde, respeitadas as disposições dos Códigos de Ética Profissional e respeitada a privacidade e a confidencialidade do usuário. Criar o Sistema Único de Cadastro de Estabelecimentos de Saúde (ao Ministério da Saúde foi dado o prazo de 90 dias para apresentar ao Conselho Nacional de Saúde, para discussão e aprovação, proposta da criação do Sistema. Implantar a longo prazo o Cartão SUS, nacionalmente, com o objetivo de cadastrar os usuários, organizar a rede de Atenção Integral à Saúde e implantar um Sistema de Informações que garanta o acesso de todos os usuários a todas as ações e serviços públicos, conveniados e contratados.

¹² Fica clara uma crítica ao modelo pedagógico que se restringe à prevenção, especialmente a sua ênfase às variáveis biológicas de determinação da doença, desqualificando como variáveis relevantes do processo de determinação questões sociais como a posse e uso da terra, acesso à habitação, alimentação, saneamento básico, trabalho justo, lazer, transporte e participação na formulação de políticas e controle das ações governamentais.

¹³ A proposta, assim, indica uma opção por estratégias de articulação em REDE através da qual possam ser definidas e implementadas ações em articulação com entidades religiosas, escolas, sindicatos, associações de moradores, agentes comunitários e outros segmentos. Quanto às campanhas publicitárias e o uso do rádio e da TV, os temas girariam em torno de uma defesa pública do SUS, a divulgação das experiências bem sucedidas na gestão do sistema público de saúde. Propõe-se ainda a constituição de comissões paritárias para a definição de políticas mais democráticas de comunicação em todos os níveis do Sistema de Saúde de forma a possibilitar uma maior interrelação entre os Conselhos de Saúde de todos os municípios e Estados brasileiros e a população de cada unidade federativa.

¹⁴ Disponíveis na íntegra no site da Conferência Nacional de Saúde *on line* em www.saude.gov.br ou www.datasus.gov.br

que, em nossa opinião, pode criar um melhor entendimento sobre a construção da almejada “visibilidade das democracias”, como propõe Bobbio (1986). É enfim, também o reconhecimento desta REDE de mediações existentes entre governantes e governados e de suas estratégias de comunicação - incluindo as tecnologias que incorporam para este exercício.

É importante ressaltar paralelamente, que não se trata aqui de louvar a disponibilização de fluxos de dados e informações em saúde dos sistemas governamentais, mas de analisar a perspectiva de constituição de uma rede com características até o momento desconsideradas pelas propostas governamentais. Nesta REDE se posicionam, em desiguais posições de poder de enunciação e autonomia, sujeitos. Assim entendida e aceita, esta rede é essencialmente assimétrica, e portanto atravessada por desiguais possibilidades de incorporação de tecnologias de Informação e Comunicação e requer igualmente políticas reguladoras que permitam a redução destas desigualdades de acesso.

Sobre as políticas de incorporação de tecnologias é necessário também chamar a atenção para a existência de duas lógicas inspiradoras do caráter desta incorporação. A opção por qualquer uma delas definirá o perfil futuro desta REDE. Uma, determinada pela oferta - pelo que há de disponibilidade em um mercado agressivo e em expansão, que pode resultar em incorporação às cegas de tecnologias que acabam por não corresponder às demandas sociais concretas. Outra, determinada pela demanda por uma maior participação nos processos de tomada de decisão, transparência e proximidade espacial entre governantes e governados, o que pressupõe uma certa descentralização - aqui entendida como a “relevância da periferia com respeito ao centro” - (Bobbio, 1986) tornada possível por meio de redes sociais representativas, mediadoras/ reguladoras dos sistemas de visibilidade e ponto de partida das decisões sobre incorporação tecnológica.

Como compatibilizar a proposta de democratização das instituições públicas de saúde no Brasil com as possibilidades trazidas pelas tecnologias de Comunicação - em processo de acelerada convergência tecnológica e de expansão, via mercado - é a questão que fica em aberto ao final deste trabalho.

É evidente que ao mesmo tempo em que apontamos o espaço já conquistado de democratização setorial (conselhos, conferências) como locus privilegiado em que este debate pode ser aprofundado e redefinido em favor da consolidação da sociedade mais justa e equânime como imagem-objetivo a ser alcançada, temos também a consciência do poder midiático e institucional que envolve estas estruturas de controle social e de formulação de políticas em geral. Portanto, o processo que estamos analisando está longe de ser definido *sempre* a favor dos princípios éticos que orientaram a constituição do Sistema Único de Saúde no Brasil e inspiram a democratização de outros sistemas de saúde e de comunicação na América Latina.

Finalmente, nossa experiência, por tudo o que foi colocado acima, nos faz crer que as lutas pela universalização (democratização) das (tele)comunicações com vistas ao acesso de novos atores sociais a espaços de poder e influência dentro e fora do setor saúde, pelo conjunto da produção social sensível à natureza do seu *éthos* e conseqüentemente do seu *modus operandi*, é uma das chaves para a transformação social e para, enfim, um encontro continental com a modernidade civilizatória e emancipadora dos sujeitos.

Referências bibliográficas

- ABRASCO. **Levantamento do perfil tecnológico da Área de Comunicação no SUS. Parte I:** a percepção dos representantes de usuários na 10ª Conferência Nacional de Saúde. Rio de Janeiro, 1996/97.
- ANDRADE, O., GOYA, N. **Sistemas Locais de Saúde em municípios de pequeno porte:** a resposta de Icapuí. Fortaleza: Expressão Gráf e Edit, 1992.
- BOBBIO, N. **O Futuro da democracia:** uma defesa das regras do jogo. 4. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.
- BRASIL. Governo Federal. ANATEL - Agência Nacional de Telecomunicações. **Rede Br@sil.gov:** uma proposta para o desenvolvimento e a cidadania. Brasília, 1999.
- DEBRAY, R. **Traité de Mediologie General.** Paris: Editora Gallimard, 1992.
- FERNANDES DA SILVA, S. **A construção do SUS a partir do município.** São Paulo: Hucitec, 1996.
- KADT, E., TASCA, R. **Promovendo a equidade:** um novo enfoque com base no setor da saúde. São Paulo: Hucitec, 1993.
- LEVY, P. **As tecnologias da inteligência.** Rio de Janeiro: Ed. 34, 1995.
- MATTOS, H. **Propaganda governamental e redemocratização no Brasil:** 1985/1997. In: IV Reunião da Coordenação Nacional dos Programas de Pós-Graduação em Comunicação, 1999. [on line]. <http://sites.uol.com.br/jorgealm>.
- MENDES, E. V. **Distrito Sanitário:** o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo: Hucitec, 1995.
- PITTA, A. M. R. Interrogando os campos da Saúde e da Comunicação: notas para o debate. In: _____. (Org.) **Saúde e Comunicação:** visibilidades e silêncios. São Paulo: Hucitec, 1995.
- RAMOS, M. C. Saúde, Novas Tecnologias e Políticas Públicas de Comunicações In: PITTA, A. M. R. (Org.) **Saúde e Comunicação:** visibilidades e silêncios. São Paulo: Hucitec, 1995.
- SILVA, S. F. **A construção do SUS a partir do município:** etapas para a municipalização plena da saúde. São Paulo: HUCITEC, 1996.
- SODRÉ, M. **A máquina de Narciso:** televisão, indivíduo e poder no Brasil. São Paulo: Cortez, 1990.

¹⁵ O conselho diretor da ANATEL instalou em 14/09/98, o Comitê Sobre Infra-estrutura Nacional de Informação - C-INI, conforme a lei geral das telecomunicações (Lei 9.472 de 16/07/97).

¹⁶ Documento mimeo, 1999.

¹⁷ A Oitava Conferência já aponta como pressuposto o Direito à Saúde, à Educação e à Informação plenas, e o direito à livre organização e expressão, aqui entendido como **Direito à Comunicação.**

¹⁸ Esta última sistematizada em anexo no que toca ao campo da Informação, Educação e Comunicação.

PITTA, A M. R.; MAGAJEWSKI, F. R. L. Políticas nacionais de comunicación en tiempos de convergencia tecnológica: una aproximación al caso de la salud, **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.4 , n.7, p.61-70, 2000.

El presente trabajo procura ofrecer un levantamiento de las contribuciones propuestas por representantes de la sociedad en conferencias de salud y encuentros de consejeros de salud en torno al perfeccionamiento de las políticas nacionales en el campo de la comunicación. Aclarando el escenario y la coyuntura en que estas contribuciones se colocan, los autores indican las perspectivas y límites de la construcción de relaciones democráticas en el contexto latinoamericano en general y en Brasil en particular.

PALABRAS-CLAVE: Comunicación; organización y políticas gubernamentales; redes comunitarias; sistemas de la salud.

