



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE COMUNICAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM COMUNICAÇÃO

Política de comunicação para o Sistema Único de Saúde (SUS): estudo sobre a relação entre propostas das Conferências Nacionais de Saúde (CNS) e princípios de comunicação pública

Ubirajara Rodrigues dos Santos

Brasília, novembro de 2023.



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE COMUNICAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM COMUNICAÇÃO

Política de comunicação para o Sistema Único de Saúde (SUS): estudo sobre a relação entre propostas das Conferências Nacionais de Saúde (CNS) e princípios de comunicação pública

Ubirajara Rodrigues dos Santos

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Comunicação da Universidade de Brasília/UnB como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre. Orientadora: Prof^a. Dr^a. Nélia Rodrigues Del Bianco.

Brasília, novembro de 2023.

Ficha catalográfica elaborada automaticamente,
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

RS237p Rodrigues dos Santos , Ubirajara
Política de comunicação para o Sistema Único de Saúde (SUS): estudo sobre a relação entre propostas das Conferências Nacionais de Saúde (CNS) e princípios de comunicação pública / Ubirajara Rodrigues dos Santos ; orientador Nelia Rodrigues Del Bianco . -- Brasília, 2023. 211 p.

Dissertação (Mestrado em Comunicação) -- Universidade de Brasília, 2023.

1. Política de Comunicação. 2. Comunicação Pública. 3. Comunicação e Saúde. 4. Conferências Nacionais de Saúde . 5. Sistema Único de Saúde (SUS). I. Rodrigues Del Bianco , Nelia , orient. II. Título.

A dissertação “**Política de comunicação para o Sistema Único de Saúde (SUS): estudo sobre a relação entre propostas das Conferências Nacionais de Saúde (CNS) e princípios de comunicação pública**”, realizada pelo mestrando Ubirajara Rodrigues dos Santos, discente do Programa de Pós-Graduação em Comunicação da Faculdade de Comunicação da Universidade de Brasília (PPG/FAC/UnB), foi aprovada em 30 de novembro de 2023, pela banca composta pelos seguintes membros:

Banca Examinadora:

Professora orientadora: Dr^a Nélia Rodrigues Del Bianco - Presidente

Faculdade de Comunicação (FAC/UnB)

Professora Dr^a Kênia Augusta Figueiredo – Membro interno

Departamento de Serviço Social do Instituto de Ciências Humanas (SER/IH/UnB)

Professor Dr. Rodrigo Murinho de Martinez Torres – Membro externo

Programa de Pós-Graduação em Informação e Comunicação em Saúde do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz (PPGICS/Icict/Fiocruz).

Professor Dr. Fernando Oliveira Paulino – Suplente

Faculdade de Comunicação (FAC/UnB)

Dedicatória

Aos meus pais João Rodrigues Ferreira e Maria dos Santos Ferreira, à minha irmã Janaina dos Santos Ferreira e ao meu companheiro Marco Antônio Tomazini Júnior.

Agradecimentos

A Deus, a Oxalá, aos meus Guias, Orixás, Santas e Santos.

Aos meus pais João Rodrigues Ferreira e Maria dos Santos Ferreira, à minha irmã Janaina dos Santos Ferreira e ao meu companheiro Marco Antônio Tomazini Júnior pelo estímulo e apoio durante o Mestrado.

À minha orientadora Nelia Rodrigues Del Bianco pelo suporte na construção deste trabalho, que tanto contribuiu para o meu amadurecimento no campo dos estudos sobre comunicação, e também pelas palavras de estímulo e parceria nessa caminhada.

Às professoras Fernanda Martinelli, Fabíola Calazans, Liliane Machado e Liziane Guazina e aos professores Tiago Quiroga, Evilásio Salvador, Fernando Oliveira Paulino, Wladimir Gramacho e Eduardo Meditsch por todo conhecimento generosamente compartilhado e pelas orientações durante as aulas e atividades.

Às professoras Elen Geraldine e Kênia Augusta Figueiredo pelas contribuições na Banca de Qualificação deste trabalho.

Às/aos integrantes da Banca de Defesa desta dissertação, composta pelas professoras Nelia Rodrigues Del Bianco, Kênia Augusta Figueiredo e pelos professores Rodrigo Murtinho de Martinez Torres e Fernando Oliveira Paulino. Obrigado pela honra!

À Regina Oliveira e à equipe da Secretaria do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Comunicação (PPG/FAC) pelo suporte durante o curso.

Às/aos amigas e amigos que me apoiaram e ajudaram nessa jornada.

E às/aos colegas discentes com quem tive a oportunidade de conviver.

Obrigado por tudo!

“A essência dos Direitos Humanos é o direito a ter direitos”

Hannah Arendt

RESUMO

Esta dissertação trata da relação entre propostas de criação de uma política de comunicação para o Sistema Único de Saúde (SUS) e os princípios de comunicação pública. As proposições foram aprovadas no âmbito das Conferências Nacionais de Saúde (CNS) realizadas entre 2003 e 2019, indo desde a 12ª até a 16ª edição. A investigação abrangeu a análise de documentos (relatórios e legislação) e a realização de entrevistas em profundidade com fontes-chave que participaram das conferências. Buscou-se também subsídios teóricos sobre os conceitos de *comunicação pública* e de *comunicação e saúde* para embasar a discussão sobre a elaboração de uma política de comunicação voltada para o SUS. A partir de um levantamento bibliográfico, elegeu-se os princípios definidos no guia da Associação Brasileira de Comunicação Pública (ABCPública, 2021) como referência para a análise das propostas. Os resultados apontam conexões implícitas entre recomendações publicadas nos relatórios e princípios de comunicação pública. Os achados indicam a necessidade de uma apropriação desses princípios pelo controle social durante as discussões das proposições. Essa apropriação pode fornecer subsídios ao debate sobre o tema, conferindo maior unidade e direcionamento político às proposições. O estudo aponta, ainda, a importância de superar a hegemonia do discurso biomédico e tecnicista no SUS e de rever o modelo de comunicação transferencial para uma forma mais dialógica, afim de proporcionar o acesso à comunicação como um direito. Também mostra a necessidade da inclusão de uma proposta de política de comunicação pública na pauta do Ministério da Saúde.

Palavras-chave: Política de Comunicação; Comunicação Pública; Comunicação e Saúde; Conferências Nacionais de Saúde; Sistema Único de Saúde (SUS).

ABSTRACT

This dissertation deals with the relationship between proposals for creating a communication policy for the Unified Health System (SUS) and the principles of public communication. The proposals were approved within the scope of the National Health Conferences (CNS) held between 2003 and 2019, ranging from the 12th to the 16th edition. The investigation includes analyzing documents (reports and legislation) and conducting in-depth interviews with key sources who participated in the conferences. In order to support the discussion on the elaboration of a communication policy aimed at the SUS, theoretical elements were explored to develop the concepts of *public communication* and *communication and health*. Based on a bibliographic search, the principles defined in the guide of the Brazilian Association of Public Communication (ABCPública, 2021) were chosen as a reference for analyzing the proposals. The results point to implicit connections between recommendations published in the reports and principles of public communication. The findings indicate the need for the appropriation of these principles by social society during the discussions of the propositions. This appropriation can offer support for the debate on the topic, providing greater unity and political direction to the propositions. The study also highlights the importance of overcoming the hegemony of biomedical and technical discourse in the SUS and the necessity to review the transference communication model going towards a more dialogical format, in order to provide access to communication as a right. It also shows the need to include a public communication policy proposal on the Ministry of Health's agenda.

Keywords: Communication Policy; Public Communication; Communication and Health; National Health Conferences; Unified Health System (SUS).

RESUMEN

Esta disertación aborda la relación entre las propuestas de creación de una política de comunicación para el Sistema Único de Salud (SUS) y los principios de la comunicación pública. Las propuestas fueron aprobadas en el ámbito de las Conferencias Nacionales de Salud (CNS) realizadas entre 2003 y 2019, que van de la 12ª a la 16ª edición. La investigación incluyó el análisis de documentos (informes y legislación) y la realización de entrevistas en profundidad con fuentes clave que participaron en las conferencias. También se buscaron subsidios teóricos sobre los conceptos de comunicación pública y comunicación y salud para apoyar la discusión sobre la elaboración de una política de comunicación dirigida al SUS. A partir de un levantamiento bibliográfico, se eligieron como referencia para el análisis de las propuestas los principios definidos en la guía de la Asociación Brasileña de Comunicación Pública (ABCPública, 2021). Los resultados apuntan la existencia de conexiones implícitas entre las recomendaciones publicadas en los informes y los principios de comunicación pública. Los hallazgos indican la necesidad de la apropiación de estos principios por parte del control social durante las discusiones de las proposiciones. Esta apropiación puede proveer apoyo al debate sobre el tema, dando mayor unidad y dirección política a las propuestas. El estudio también destaca la importancia de superar la hegemonía del discurso biomédico y técnico en el SUS y revisar el modelo de comunicación de transferencia para llegar a una forma más dialógica, con la finalidad de garantizar el acceso a la comunicación como un derecho. También muestra la necesidad de incluir una propuesta de política de comunicación pública en la agenda del Ministerio de Salud.

Palabras clave: Política de Comunicación; Comunicación pública; Comunicación y Salud; Conferencias Nacionales de Salud; Sistema Único de Salud (SUS).

Lista de Quadros

Quadro 1 – Informações sobre as fontes-chave participantes da pesquisa.....	33
Quadro 2 – Lista final de materiais considerados no levantamento bibliográfico.....	55
Quadro 3 – Conceito de comunicação pública, segundo a ABCPública (2021).....	104
Quadro 4 – Informações sobre propostas de comunicação do relatório da 12ª CNS, realizada em 2003 (relatório publicado em 2004).....	105
Quadro 5 – Informações sobre propostas de comunicação do relatório da 13ª CNS, realizada em 2007 (relatório publicado em 2008).....	121
Quadro 6 – Informações sobre propostas de comunicação do relatório da 14ª CNS, realizada em 2011 (relatório publicado em 2012).....	134
Quadro 7 – Informações sobre propostas de comunicação do relatório da 15ª CNS, realizada em 2015 (relatório publicado em 2016).....	142
Quadro 8 – Informações sobre propostas de comunicação do relatório da 16ª CNS, realizada em 2019 (relatório publicado em 2019).....	156
Quadro 9 – Síntese da frequência com que princípios de comunicação pública foram relacionados com propostas de comunicação dos relatórios das conferências – 12ª à 16ª edição.....	159
Quadro 10 – Síntese das informações das propostas sobre política de comunicação dos relatórios da 12ª à 16ª CNS.....	163

Lista de siglas

ABen - Associação Brasileira de Enfermagem

ABCPública - Associação Brasileira de Comunicação Pública

Abrasco - Associação Brasileira de Saúde Coletiva

Abres - Associação Brasileira de Economia da Saúde

AIS - Ações Integradas de Saúde

AMMD - Associação Brasileira Médicas e Médicos pela Democracia

AMS - Assistência Médica Supletiva

Ancine - Agência Nacional do Cinema

ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar

Anvisa - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

Ascoms - Assessorias de Comunicação

Ascom/MS - Assessoria de Comunicação do Gabinete do Ministro da Saúde

Cebes - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CF – Constituição Federal

CGU - Controladoria-Geral da União

CIT - Comissão Intergestores Tripartite

CMSI - World Summit on the Information Society

CNLCS - Conferência Nacional Livre de Comunicação em Saúde

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CNS - Conferência Nacional de Saúde

Cofins - Contribuição Financeira para a Seguridade Social

Conam - Confederação Nacional das Associações de Moradores

Conasp - Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária

Confecom – Conferência Nacional de Comunicação

Contag - Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura

CPMF - Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira

CRIS - Communications Rights on the Information Society

DF – Distrito Federal

DRU - Desvinculação das Receitas da União

DSC - Discurso do Sujeito Coletivo

EBC - Empresa Brasil de Comunicação

EC – Emenda Constitucional

EUA - Estados Unidos da América

EBES - Estado de Bem-Estar Social

Fiocruz – Fundação Osvaldo Cruz

FNDC - Frente Nacional pela Democratização da Comunicação

HPV - *Human papillomavirus*

HU – Hospital Universitário

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

Icict - Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde

IDEC - Instituto de Defesa do Consumidor

IEC - Política Nacional de Informação, Educação e Comunicação

Inamps - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPS - Instituto Nacional da Previdência Social

Ipea - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

IST – Infecções Sexualmente Transmissíveis

LOS - Lei Orgânica da Saúde

LGBT – Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais

LGBTQIA+ - Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais, Queer, Intersexo, Assexual e outros grupos e variações de sexualidade e gênero

LGBTQIAP+ - Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais, Queer, Intersexo, Assexual, Pansexuais e outros grupos e variações de sexualidade e gênero.

MCOM - Ministério das Comunicações

MPAS - Ministério da Previdência e Assistência Social

MS – Ministério da Saúde

MST - Movimento dos Trabalhadores Rurais sem Terra

OAB - Ordem de Advogados do Brasil

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

Piass - Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste

PNCIS - Política de Comunicação, Informação e Informática em Saúde

PNIICS - Política Nacional de Informação, Informática e Comunicação em Saúde

PNIIS - Política Nacional de Informação e Informática em Saúde

PNS - Plano Nacional de Saúde

RJ – Rio de Janeiro

RSB - Reforma Sanitária Brasileira

SBB - Sociedade Brasileira de Bioética

SBMFC - Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade

Secom/PR - Secretaria de Comunicação Social da Presidência da República

SES – Secretaria Estadual de Saúde

SIACS - Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde

SGEP - Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TIC - Tecnologias da Informação e Comunicação

UFP - Universidade Federal do Paraná

UNA-SUS – Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde

UnB – Universidade de Brasília

Unesco - Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

Unopar - Universidade Norte do Paraná

USF- Unidades de Saúde da Família

Sumário

Introdução	16
Capítulo I - Contextualizando a trajetória da pesquisa.....	20
1.1 – O objeto, a pergunta de pesquisa e a problematização do tema.....	20
1.2 – Procedimentos metodológicos.....	32
1.3 - Abordagem teórico-metodológica.....	38
1.3.1 - Comunicação pública, comunicação e saúde e o exercício de direitos no Estado democrático.....	40
Capítulo II – SUS, cidadania e democracia: abordagens sobre comunicação e saúde e política de comunicação pública.....	55
Capítulo III - Política de comunicação: evolução das propostas nas conferências e a avaliação de relatórios	80
3.1 - A trajetória da discussão sobre política de comunicação nas Conferências Nacionais de Saúde, de 2003 a 2019.....	81
3.2 – Comunicação e saúde em um campo de embate.....	81
3.3 – As conferências e os ataques a políticas sociais e ao fundo público.....	83
3.4 - As conferências como espaço para o debate público sobre comunicação e saúde.....	86
3.4.1 - Conferências antes de 1986: da Era Vargas ao Regime Militar de 1964.....	87
3.4.2 - 8ª Conferência Nacional de Saúde: “virada de chave” na saúde pública brasileira no período de redemocratização.....	91
3.5 - Avaliação dos relatórios das conferências realizadas entre 2003 e 2019 (12ª à 16ª edição): da abertura à ruptura com o controle social.....	99
3.6 - Comunicação pública como categoria de análise.....	160
3.7 – Política de comunicação na 1ª Confecom e na 1ª CNLCS.....	167
Capítulo IV - Avaliação do controle social sobre o tema da comunicação nas Conferências Nacionais de Saúde e a elaboração de uma política de comunicação para o SUS.....	171
4.1 - Organização temática.....	171
4.2 - Comunicação e o controle social.....	171
4.3 - Comunicação no SUS.....	175

4.4 - Importância de uma política de comunicação.....	181
4.5 – O governo e a pauta da comunicação pública.....	187
4.6 - Desafios da comunicação no âmbito do SUS.....	189
Considerações finais.....	191
Referências.....	196
Apêndice I – Roteiro de entrevista.....	209

Introdução

Esta pesquisa é fruto da inquietação sobre a ausência de diretrizes nacionais destinadas à área de comunicação do Sistema Único de Saúde (SUS), estruturada em uma política baseada no conceito e em princípios da comunicação pública. O trajeto percorrido até este estudo tem estreita relação com a atuação em Assessorias de Comunicação (Ascoms) de órgãos de saúde pública, em especial a do Ministério da Saúde (MS), proporcionando vivências que despertaram e aguçaram o interesse em aprofundar leituras e reflexões sobre esse cenário, dada a importância da comunicação dentro das instituições públicas de saúde. O interesse pela temática discutida nesta investigação justifica-se pelo fato da área da saúde compor a legislação brasileira como uma política social de Estado e que, portanto, exige que suas ações, em todos os campos de abrangência e/ou atuação, sejam amparadas em políticas nacionais.

A inspiração também tem alicerces na vivência discente em cursos oferecidos pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), nos quais discutiu-se sobre a importância da comunicação e saúde e do diálogo público sobre o tema para a superação dos desafios existentes nesse campo.

Além do entendimento de que princípios de comunicação pública devem ser basilares para uma política comunicacional voltada para o SUS, um dos pensamentos que guiou esta pesquisa é o de que a comunicação deve estar no nascedouro das políticas públicas (Duarte, 2007), como um elemento estruturante. Portanto, uma compreensão de que a comunicação deve ser integrada a essas políticas públicas, em especial as de saúde. Esse entendimento sintoniza-se com uma perspectiva de abordagem de comunicação cujo foco é o atendimento às necessidades de cidadãos e cidadãs (Zémor, 1995; 2009), expandindo as ações para além da mera divulgação pontual de medidas adotadas pelas esferas de gestão do sistema, privilegiando maior interação entre Estado e sociedade.

As Conferências Nacionais de Saúde correspondem a um dos mais importantes fóruns de debate sobre assuntos desse porte. Antes tratadas como espaços de atividade fechada e de cunho burocrático, direcionados a servir de apoio ao governo no conhecimento sobre a realidade da saúde no País, as conferências evoluíram para uma instância de controle social do sistema público de saúde, atualmente com ampla participação da sociedade, por meio de diversos segmentos organizados.

Embora a comunicação nem sempre tenha sido amplamente discutida nesses fóruns, o tema ganhou relevância no decorrer das edições, passando a ocupar espaço nos debates e deliberações. Para além do uso como ferramenta e suporte para a divulgação das ações de saúde, o debate começou a abarcar também proposições sobre políticas de comunicação.

Ao falar das conferências, estamos nos referindo a um histórico de mais de 80 anos de existência, desde a primeira realização, em 1941, até a sua 17ª edição, em 2023. Neste período, a comunicação como um processo que tem o compromisso de promover uma gestão aberta, qualificando canais, meios e recursos que permitam a viabilização da comunicação de interesse público, começou a ganhar espaço a partir de 1992, em sua 9ª edição. Essa “virada de chave” no debate pode ser atribuída à valorização do tema, trazida pela 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em 1986, ao defender a liberdade e livre organização e expressão da sociedade, bem como a garantia de acesso à informação.

Nesse contexto histórico, o conceito de comunicação pública, antes associado à noção de comunicação governamental vigente durante a ditadura militar (1964-1985), passou por transformações a partir do fim da censura, do processo de redemocratização do País, da transformação do papel de Estado, da consolidação da Constituição Federal (CF) de 1988, do Código de Defesa do Consumidor, da atuação de movimentos sociais e do desenvolvimento tecnológico, entre outros fatores que estabeleceram um sistema de participação e pressão que forçou a criação de mecanismos para atender exigências de informação por parte do cidadão em sua relação com o Estado e instituições públicas (Duarte, 2011).

A partir de 2003, ao mesmo tempo em que houve uma ascensão de governos de esquerda, também foram cumpridos alguns dispositivos da CF de 1988, como o atendimento a preceitos indicados no art. 5º da carta magna quanto à atuação com transparência, acesso às informações de interesse público/coletivo, interação do cidadão com os órgãos públicos por meio de ouvidorias e promoção da cidadania e da democracia. É a partir do primeiro mandato de Luiz Inácio Lula da Silva na presidência do País, no começo da década de 2000, que o conceito de comunicação pública, com o sentido de informação para a cidadania, começa a ser citado com frequência (Brandão, 2007).

Considerando os aspectos acima, bem como a importância que o campo da comunicação ocupa nas instituições e órgãos de saúde e do Estado, esta investigação, organizada por meio de uma pesquisa qualitativa, de natureza exploratória e empírica,

buscou identificar em que medida a discussão sobre comunicação nas conferências se relaciona com princípios de comunicação pública, a partir da seguinte pergunta: as propostas de criação de uma política de comunicação para o Sistema Único de Saúde (SUS), encontradas nos últimos cinco relatórios das Conferências Nacionais de Saúde, abrangendo o período de 2003 a 2019 (12^a até 16^a edição), foram baseadas em princípios da comunicação pública?

A partir desta pergunta de pesquisa, a hipótese inicial foi a de que, embora tenha havido empenho do controle social em propor a criação de uma política de comunicação no âmbito do SUS, não houve uma ancoragem clara das propostas em princípios de comunicação pública.

Antes de chegar à definição do objeto, inicialmente este estudo buscou subsídios a partir da indagação sobre a ausência de política de comunicação no SUS, por meio de levantamento bibliográfico em bases de dados, com o uso das seguintes palavras-chave: “Comunicação pública e SUS”, “Política de comunicação e SUS” e “Comunicação e SUS”. A partir da leitura dos materiais obtidos nesse levantamento, ficou evidente que, para abarcar o assunto, havia necessidade de aproximar-se do debate feito pelo controle social, o que levou ao estudo de relatórios das Conferências Nacionais de Saúde.

Além da análise bibliográfica e documental, a investigação incluiu a escuta de fontes-chave do controle social e com participação em conferências, por meio de entrevistas em profundidade, com o suporte de roteiro semiestruturado. A investigação contemplou, também, alguns aspectos de contextualização histórica, além de pontuar o conceito de saúde subjacente nas discussões, bem como o modelo de comunicação vigente.

Este trabalho está estruturado em quatro capítulos, sendo o primeiro dedicado ao detalhamento do objeto e pergunta de pesquisa, bem como à problematização da discussão proposta, além da descrição dos procedimentos metodológicos e da abordagem teórico-metodológica. No segundo capítulo encontram-se as informações sobre o levantamento bibliográfico. Já o terceiro capítulo é dedicado aos resultados da investigação, abrangendo a compreensão sobre o objeto e a trajetória da discussão sobre política de comunicação nas conferências de 2003 a 2019, com contextualização histórica. O quarto capítulo também traz resultados, desta vez apresentando a avaliação do controle social sobre o tema da comunicação nas Conferências Nacionais de Saúde e a elaboração de uma política de comunicação voltada para o SUS, com uma organização temática das informações das

entrevistas com as fontes-chave, em cinco tópicos: 1) Comunicação e o controle social; 2) Comunicação no SUS; 3) Importância de uma política de comunicação; 4) O governo e a pauta da comunicação pública; e 5) Desafios da comunicação no âmbito do SUS. Por fim, são apresentadas as considerações finais.

Neste trabalho, considera-se que a compreensão do debate relacionado à política de comunicação pública, feito pelo controle social no âmbito das conferências, pode contribuir para um melhor entendimento sobre o tema, além de apontar caminhos para novos estudos.

Capítulo I

Contextualizando a trajetória da pesquisa

1.1 - O objeto, a pergunta de pesquisa e a problematização do tema

O objeto de pesquisa deste trabalho é a investigação sobre propostas das Conferências Nacionais de Saúde para a criação de uma política de comunicação voltada para SUS com foco na relação entre as proposições e os princípios de comunicação pública. Como o estudo teve início em 2022, optou-se, naquele momento, por um recorte dos últimos cinco relatórios publicados até então, abrangendo desde a 12^a até a 16^a edição das conferências, o que corresponde ao período de 2003 a 2019. Esta seleção foi determinada pela necessidade de delimitar um escopo de estudo que pudesse responder adequadamente à pergunta de pesquisa, em um período histórico não muito extenso da trajetória recente dessas conferências. Também houve o interesse em estabelecer como marco inicial da análise o ano que inaugurou os primeiros governos de esquerda no País, com a posse de Luiz Inácio Lula da Silva, em 2003, portanto em um contexto de maior expectativa de avanços no campo das políticas sociais.

Para isso, propôs-se a seguinte pergunta de pesquisa: as propostas de criação de uma política de comunicação para o Sistema Único de Saúde (SUS), encontradas nos últimos cinco relatórios das Conferências Nacionais de Saúde, abrangendo o período de 2003 a 2019 (12^a até 16^a edição), foram baseadas em princípios da comunicação pública?

Três motivações encontram-se na base da justificativa para a realização desta investigação, organizadas da seguinte forma: 1) o fato de que a implementação de ações de comunicação no âmbito do SUS encontra respaldo tanto na Constituição federal (CF) quanto na legislação específica do sistema, abrindo espaço para o debate sobre a elaboração de uma política de comunicação pública no campo da saúde; 2) o interesse do controle social na discussão do tema, gerando proposições aprovadas em Conferências Nacionais de Saúde; e 3) a inexistência dessa política no âmbito do SUS, considerando as três esferas de gestão.

Afim de contextualizar o objeto de pesquisa e sua problematização, a seguir são apresentadas informações sobre o sistema de saúde pública no Brasil, bem como sobre cada uma das razões descritas acima, trazendo elementos que contribuem para uma melhor compreensão sobre porque discutir comunicação e política de comunicação no âmbito do SUS.

Em primeiro lugar, cabe destacar que o sistema público de saúde brasileiro constitui-se em uma política social de Estado essencial, construída a partir da participação da sociedade civil. Seu propósito é o de assegurar o exercício do direito à saúde, viabilizado por meio da oferta de serviço de atendimento universal, integral e gratuito à população. Assim como qualquer outra política social, o SUS requer a implementação de ações de comunicação, exigindo não só suporte físico e recursos humanos, mas também apoio político-institucional. Pensando nestes aspectos, para que a comunicação cumpra com o seu dever social, é preciso que a prática dos processos comunicacionais englobe uma série de mecanismos e canais de interação e de relacionamento que deem conta da missão de viabilizar a escuta das demandas da população, de modo a promover o acesso amplo a informações de interesse público, a participação social e a prestação de contas por parte do Estado, estimulando o exercício democrático de direitos e deveres das partes envolvidas nessa relação, entre outros aspectos que se conectam com princípios de uma comunicação pública (Zémor, 1995-2009; Araújo; Cardoso, 2007; Duarte, 2007; Brandão, 2007; Mainieri; Rosa, 2012; Kunsch, 2012; Koçousk, 2012; Sousa; Geraldês; Paulino, 2016; Figueiredo, 2016-2018; ABCPública, 2021).

Para que isto seja possível, faz-se necessário levar em consideração a complexidade do SUS, cujas as ações são descentralizadas, contando com três esferas de gestão: União, Unidades Federadas (estados e Distrito Federal) e municípios. No âmbito dessas esferas, as ações de comunicação são realizadas pelo Ministério da Saúde (MS), secretarias estaduais e municipais de saúde (SES e SMS), bem como pelas instituições vinculadas, conveniadas ou parceiras desses órgãos. Cada um dos entes políticos tem autonomia em seus planejamentos de comunicação. Observa-se que as ações do Ministério têm abrangência nacional, como são, por exemplo, as campanhas publicitárias sobre vacinação, prevenção às Infecções Sexualmente Transmitidas (IST) e de combate ao mosquito *Aedes aegypti*, transmissor da Dengue, Zika e Chikungunya. Já os estados e os municípios, além de integrarem esforços

nacionais, também podem realizar campanhas e ações de comunicação em suas respectivas áreas de abrangência.

Criado pela Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, o SUS é o maior sistema público de saúde do mundo (UNA-SUS, 2021), destinado ao atendimento de 203 milhões de habitantes em 5.570 municípios de 26 estados brasileiros e o DF (IBGE, 2023).

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, abrangendo desde o simples atendimento para avaliação da pressão arterial, por meio da Atenção Primária, até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país. Com a sua criação, o SUS proporcionou o acesso universal ao sistema público de saúde, sem discriminação. A atenção integral à saúde, e não somente aos cuidados assistenciais, passou a ser um direito de todos os brasileiros, desde a gestação e por toda a vida, com foco na saúde com qualidade de vida, visando a prevenção e a promoção da saúde (Brasil, s/d).

A conquista de uma legislação brasileira referente à saúde pública remete à luta do movimento que ficou conhecido como Reforma Sanitária Brasileira (RSB), iniciada na década de 1970 e que propôs as bases para a criação do SUS durante a 8ª CNS, realizada em Brasília (DF), em 1986. A partir do que foi formulado nesta conferência, houve a discussão sobre o tema na Assembleia Nacional Constituinte, em 1987-1988, resultando na inclusão da política de saúde na CF.

Vale o registro de que criação do SUS representou uma medida sintonizada com o chamado Estado de Bem-Estar Social (EBES) – do inglês *Welfare State* -, modelo de política voltado à criação e à implementação de medidas sociais protetivas, destinadas especialmente às classes trabalhadoras. De acordo com Salvador (2010), o modelo tem raízes no século XIX, em países como a Inglaterra e a Alemanha - Prússia, na época -, sendo mais intensamente adotado por diversos países desenvolvidos a partir da crise capitalista de 1929 (ano da quebra da bolsa de Nova Iorque), tendo sua consolidação após a Segunda Guerra Mundial (1939 a 1945). Baseado na obra do teórico John Maynard Keynes (1883-1946), o EBES prevê a intervenção do Estado para solucionar o desemprego e a manutenção do equilíbrio econômico (Salvador, 2010). O modelo decaiu com o advento do neoliberalismo, a partir da década de 1970, especialmente nas gestões de Margaret Thatcher (Reino Unido, de 1979 a 1990) e de Ronald Reagan (Estados Unidos, de 1981 a 1989) (Salvador, 2010).

O sistema neoliberal é instaurado por forças e poderes que se apoiam uns nos outros em nível nacional e internacional. Oligarquias burocráticas e políticas, multinacionais, atores financeiros e grandes organismos econômicos internacionais formam uma coalização de poderes concretos que exercem certa função política em escala mundial. Hoje, a relação de forças pende inegavelmente a favor desse bloco oligárquico (Dardot; Laval, 2016, p. 8).

Portanto, embora tenha significado um avanço para o País, o SUS foi formulado e criado em pleno neoliberalismo, correspondendo a uma implementação tardia de uma política de EBES.

A ascensão mundial do neoliberalismo coincidiu com o fim da ditadura e com a atrasada tentativa de construção de um EBES no Brasil. A Constituição de 1988, ainda que insuficiente para a reversão das desigualdades históricas e estruturais da sociedade brasileira, avançou na universalização de políticas sociais, como a saúde, a educação e a Previdência Social, e na institucionalização da Assistência Social, até então restrita a iniciativas clientelistas e pontuais de caridades privadas (Cislighi, 2020, p. 290).

Em resumo, o SUS emergiu em ambiente já bastante comprometido pela racionalidade neoliberal e, desde então, vem sofrendo com medidas que vão na contramão do seu fortalecimento. Nas palavras de Paim (2018, p. 1724), “O fato concreto é que o SUS foi implantado, mas não se encontra consolidado”.

Uma das discussões que podem ser articuladas em torno dos aspectos citados acima é a própria constituição da representação social no âmbito da política de saúde, que não foi contemplado no texto da Lei Orgânica da Saúde (LOS) nº 8.080, em de 19 de setembro de 1990. É interessante notar que na Constituição Federal (CF) de 1988 já havia a previsão da participação da comunidade nas diretrizes estabelecidas para as ações de saúde pública (artigo 198). No entanto, a participação social só foi definida posteriormente, na Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, publicada 100 dias depois da Lei nº 8.080. Vale pontuar que o ano de publicação dessas leis (1990) foi o mesmo da posse de Fernando Affonso Collor de Mello, após a primeira eleição direta para presidente do Brasil depois do fim da ditadura militar, sendo Collor o responsável por vetos à Lei nº 8.080, incluindo o trecho referente à participação social no SUS, sendo a Lei nº 8.142 resultado de novas articulações para que fosse concretizada (Paim, 2008).

Goulart (2010) chama a atenção para o fato do governo ter assento nos fóruns de discussão do Conselho Nacional de Saúde, indicando a presença da força política do Estado em um espaço pensado para a participação da sociedade. Sendo o governo representante também de classes dominantes, pode haver a “infiltração” de interesses exógenos aos da saúde pública, como os de empresas do setor de assistência privada. Goulart (2010) aponta problemas com relação ao poder de deliberação nesse modelo.

Um aspecto particular da área da saúde é que a referência ao poder deliberativo está presente tanto nas atribuições dos conselhos como das conferências de saúde (lei 8.142). É mais uma variável na equação, criando uma situação de triplicidade, pois, afinal, esse poder seria atribuído não só às plenárias das conferências, mas aos conselhos e também ao Executivo, sendo este último o único que o detém, de fato e de direito. Cumpre-se, assim, uma jocosa observação de Castells (1979): “eu participo, tu participas, nós participamos... eles decidem” (Goulart, 2010, p. 27).

Portanto, neste ambiente, o enfraquecimento ou tentativa de ataque às políticas sociais se conecta às relações de poder, que, para Foucault (2021), funcionam em rede.

O poder deve ser analisado como algo que circula, ou melhor, como algo que só funciona em cadeia. Nunca está localizado aqui ou ali, nunca está nas mãos de alguns, nunca é apropriado como uma riqueza ou um bem. O poder funciona e se exerce em rede. Nas suas malhas os indivíduos não só circulam mas estão sempre em posição de exercer este poder e de sofrer sua ação; nunca são o alvo inerte ou consentido do poder, são sempre centros de transmissão (Foucault, 2021, p. 284).

Deste ponto de vista, o poder faz parte de uma racionalidade neoliberal e, como tal, interfere no modo de operação do mundo, portanto no Estado e na conduta (ou não) das políticas públicas. Para Foucault (2008), trata-se da racionalização de práticas que orientam a condução adotada pelo Estado frente à sociedade, sendo uma razão do Estado, de modo a torná-lo sólido e permanente.

[...] a razão de Estado é precisamente uma prática, ou antes, uma racionalização de uma prática [...]. A arte de governar deve então estabelecer suas regras e racionalizar suas maneiras de fazer propondo-se como objetivo [...]. Governar segundo o princípio da razão de Estado é fazer que o Estado possa se tornar sólido e permanente [...] (Foucault, 2008, p. 6).

Desse modo, a razão de Estado tem relação com o projeto social e político no contexto neoliberal. “Compreender *politicamente* o neoliberalismo pressupõe que se compreenda a natureza do projeto social e político que ele representa e promove desde os anos 1930” (Dardot; Laval, 2016, p. 8, grifo dos autores). Neste ambiente, as políticas sociais são apresentadas, pelo Estado e elites econômicas e políticas, somente em sua dimensão de concessão, acentuando o “[...] cunho meritocrático, assistencialista, focalizada, com ampla mercantilização dos direitos sociais, que passam a ser vistos como bens e serviços” (Gasparotto; Grossi; Vieira, 2014, p. 16).

Mesmo considerando esse cenário de racionalidade neoliberal, a criação do SUS significou uma quebra de paradigma, estimulando também o debate sobre comunicação e saúde, no qual o direito à comunicação se articula ao próprio direito à saúde.

Antes de passarmos à discussão relacionada estritamente ao objeto deste estudo, inicialmente convém apresentar como o direito à saúde está inserido na legislação brasileira. Para isto, recorreremos aos artigos 196 ao 200 da seção II da CF, também conhecida como seção da saúde. De acordo com o artigo 196 da lei, a saúde é definida como um “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” (Brasil, 1988).

Para atender a esta determinação, a CF estabeleceu diretrizes que guiam a organização das ações e dos serviços de saúde no País, de forma regionalizada e hierarquizada, quais sejam: a descentralização para cada uma das esferas de gestão, formada pela União, Unidades Federadas (estados e Distrito Federal) e municípios; o atendimento integral das demandas de saúde da população; e a participação social. Além disso, a CF define, no primeiro parágrafo do artigo 199, que:

As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos (Brasil, 1988).

Portanto, além de considerarmos a complexidade de um sistema de saúde composto por três esferas de gestão, é preciso compreender que o SUS não é 100% público, contando com a prestação de serviços privados e filantrópicos conveniados.

As competências do SUS estão definidas no artigo 200 da CF. Dentre elas, estão o controle e a fiscalização de procedimentos, produtos e substâncias de interesse à saúde; participação na produção de fármacos, equipamentos e outros insumos; execução das vigilâncias sanitária e epidemiológica; e incremento ao desenvolvimento de pesquisas e inovações no campo da saúde; entre outras.

Embora não seja um tópico relacionado especificamente à saúde, ressalta-se que as atividades de comunicação das instituições públicas estão respaldadas pelo artigo 37 da CF, mesmo que de forma genérica. De acordo com a redação dada pela Emenda Constitucional nº 19/1998, “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 (...)” (Brasil, 1998, grifo nosso). Desse modo, a CF traz a obrigação para o Estado, por meio dos órgãos que o compõem, de atuar no sentido de garantir o direito de acesso à informação de interesse público.

Já o arcabouço legal específico do SUS é definido pelas leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990. O artigo 5º do capítulo I da Lei nº 8080/1990 estabelece que, dentre os objetivos do SUS, está a “[...] *identificação e divulgação* dos fatores condicionantes e determinantes da saúde” (Brasil, 1990, grifo nosso), o que abre espaço para o debate sobre, por exemplo, que tipo de divulgação realizar e como abarcar diversos públicos, como cidadãos e cidadãs, organizações da sociedade civil, gestores de saúde, instituições de ensino e pesquisa e setores da economia, considerando também especificidades culturais e regionais.

No capítulo II desta mesma lei (nº 8080/1990), encontram-se os princípios do SUS, a serem obedecidos nos três níveis de gestão, dentre eles a universalidade de acesso aos serviços, a integralidade e a igualdade na assistência, além do direito à informação. Há também os princípios da participação da comunidade e da regionalização, descentralização e hierarquização dos serviços, entre outros (Brasil, 1990). Dentro desse conjunto de princípios, há um outro item que interessa aos estudos sobre comunicação no SUS, que é a “[...] *divulgação de informações* quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário [...]” (Brasil, 1990, grifo nosso). Este tópico pode ser considerado como um suporte para a discussão sobre como fazer essa publicização, com quais mecanismos de interação e com qual linguagem e abordagem.

As competências e as atribuições de cada gestor do SUS estão estabelecidas no capítulo IV da Lei nº 8.080/1990. Na seção I, estão atribuições comuns, como a organização

de “instâncias e mecanismos de controle, avaliação e de fiscalização das ações e serviços de saúde”; a “*organização e coordenação do sistema de informação de saúde*”; o “*acompanhamento, avaliação e divulgação do nível de saúde da população e das condições ambientais*”; bem como “a elaboração de normas técnicas” (Brasil, 1990, grifo nosso). Já as competências das UF estão no artigo 17 da seção II, sendo uma delas o “*acompanhamento, a avaliação e divulgação dos indicadores de morbidade e mortalidade no âmbito da unidade federada*” (Brasil, 1990, grifo nosso).

Já a Lei nº 8.142/1990, estabelece dispositivos relacionados à participação social, por meio dos conselhos de saúde e das conferências de saúde. De acordo com o documento, as conferências devem ser realizadas a cada quatro anos, reunindo representantes de diversos segmentos sociais, “para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde [...]” (Brasil, 1990). O conselho é definido como órgão de caráter deliberativo e permanente, cujo objetivo é atuar “[...] na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente [...]” (Brasil, 1990). De acordo com o Conselho Nacional de Saúde, o grupo é formado por 48 conselheiras/os, abrangendo titulares e os primeiros e segundos suplentes. “A fim de manter equilíbrio dos interesses envolvidos, a distribuição das vagas é paritária, ou seja, 50% de usuários, 25% de trabalhadores e 25% de prestadores de serviço e gestores” (CNS, 2018).

Ressalta-se que o Conselho Nacional de Saúde é um órgão colegiado vinculado ao Ministério da Saúde, e que a Pasta integra o grupo de conselheiros, representando o segmento de gestor de saúde.

Embora a legislação contemple o campo da comunicação, como exposto acima, não é possível identificar um comando no sentido de criação de uma política de comunicação para o SUS. Também não é possível identificar diretrizes que orientem como essa comunicação pode ser exercida pelas esferas de gestão de forma mais articulada e complementar.

No entanto, a ausência de diretrizes nacionais não significa que as ações de comunicação não estejam contempladas no planejamento das instituições - Ministério da Saúde, secretarias de saúde e órgãos vinculados. Exemplos disso são as campanhas nacionais de saúde, com as de vacinação em massa, cuja preparação e divulgação mobilizam esforços nas três esferas de gestão, com amplo alcance em toda a sociedade.

De acordo com informações do Ministério da Saúde, coletadas em 2022, portanto ainda no governo do ex-presidente Jair Bolsonaro, as ações de comunicação eram elaboradas anualmente em conjunto com as secretarias do Ministério e Assessoria de Comunicação do Gabinete do Ministro (Ascom/MS), além do alinhamento com o Plano Anual de Comunicação da Secretaria de Comunicação Social da Presidência da República (Secom/PR). “As prioridades são definidas de acordo com o cenário epidemiológico”¹. À época, a Assessoria Especial de Comunicação Social do Ministério informou que a área era composta por uma Coordenação-Geral de Planejamento de Comunicação Social, cuja estrutura incluía uma coordenação de imprensa e uma coordenação de publicidade².

Como a solicitação de informações foi feita em 2022, a referência sobre a organização da Ascom do Ministério da Saúde era dada pelo Decreto 11.098/2022³, que estabelecia as seguintes competências, conforme o artigo 6º da seção I do capítulo III:

I - planejar, coordenar, orientar e controlar as atividades de comunicação social no Ministério, conforme orientações do órgão responsável pela comunicação no âmbito do Poder Executivo federal; II - elaborar o plano de comunicação anual do Ministério; e III - formular, implementar e prover os meios necessários para a *execução da política de comunicação* do Ministério (Decreto nº 11.098, 2022, grifo nosso).

Portanto, a elaboração do planejamento e a execução das ações de comunicação pelo Ministério da Saúde estavam descritas no Decreto nº 11.098/2022, substituído em 2023 pelo Decreto 11.358. A publicação deste no novo decreto não alterou as competências descritas acima, portanto não interfere nesta análise. Por isso, destaca-se que, entre as competências da Ascom, está a execução da política de comunicação do Ministério da Saúde. No entanto, questionado sobre a existência de uma política de comunicação pública no âmbito do Ministério da Saúde⁴, por meio de um instrumento legal, como uma portaria, a Ascom do

¹ Resposta obtida por meio de solicitação de informações, encaminhada ao Ministério da Saúde pela plataforma Fala.BR, canal de ouvidoria e acesso à informação, gerenciado pela Controladoria-Geral da União (CGU), sob o protocolo 25072.027086/2022-19. O pedido foi cadastrado no dia 17/07/2022, com resposta recebida em 04/08/2022.

² Idem.

³ A norma foi revogada pelo Decreto 11.358/2023, publicado no novo mandato de Lula, mas não houve alteração na redação do trecho sobre as competências da Assessoria Especial de Comunicação Social do Ministério da Saúde. No novo decreto, as competências estão descritas no artigo 9º.

⁴ Resposta obtida por meio de solicitação de informações, encaminhada ao Ministério da Saúde pela plataforma Fala.BR, canal de ouvidoria e acesso à informação, gerenciado pela Controladoria-Geral da União (CGU), sob o protocolo 25072.027086/2022-19. O pedido foi cadastrado no dia 17/07/2022, com resposta recebida em 04/08/2022.

órgão informou não ter “[...] conhecimento de portaria específica sobre Política de Comunicação Pública em Saúde”, sem fazer menção ao decreto. Sobre a existência de diretrizes compartilhadas de comunicação pública no SUS, a Pasta informou não haver “[...] diretriz de comunicação compartilhada formalmente com gestores do sistema”⁵.

Mesmo encontrando respaldo na legislação para a elaboração e a existência de uma política de comunicação para o SUS, isto ainda não se materializou, algo que estimula a realização de pesquisas que contribuam para uma compreensão mais detalhada sobre quais são os desafios e as oportunidades nesse campo.

Cabe destacar que a recomendação de criação de uma política de comunicação é verificada nas Conferências Nacionais de Saúde (CNS) desde 1992, quando a questão foi tratada na 9ª edição do evento, em Brasília (DF). Naquela época, a expressão “política de comunicação” foi usada pela primeira vez em um relatório das conferências. De acordo com o documento, deveria ser “[...] estabelecida uma Política de Controle Social dos meios de comunicação [...]”, contemplando vários aspectos, entre eles “[...] que a Política de Comunicação Social do SUS siga as orientações definidas pelos Conselhos de Saúde nos respectivos níveis de governo” (Brasil, 1992, p. 38).

O tema voltou à pauta também na 10ª edição da conferência (Política Nacional de Informação, Educação e Comunicação em Saúde – IEC), na 11ª (políticas de IEC), na 12ª (política de informação, sob a responsabilidade de conselhos e de gestores de saúde; políticas articuladas de informação, comunicação, educação permanente e popular em saúde; e política de comunicação ampla, plural, horizontal e descentralizada), na 13ª (política de concessão dos meios de comunicação; políticas editoriais de informação; e política de informação e comunicação direcionada a comunidades específicas), na 14ª (política de informação e comunicação – tema inserido como diretriz, mas sem recomendação específica) e na 15ª (política de IEC; política de comunicação para valorização do SUS; e política nacional de comunicação em saúde).

Como exposto acima, a questão da política de comunicação vem sendo tratada com diversas nomenclaturas ao longo das conferências. Verifica-se também que a temática está

⁵ Resposta obtida por meio de solicitação de informações, encaminhada ao Ministério da Saúde pela plataforma Fala.BR, canal de ouvidoria e acesso à informação, gerenciado pela Controladoria-Geral da União (CGU), sob o protocolo 25072.027086/2022-19. O pedido foi cadastrado no dia 17/07/2022, com resposta recebida em 04/08/2022.

presente na produção acadêmica, indicando a necessidade de tal política, porém sem implementação pelo Ministério da Saúde.

A pandemia de covid-19⁶ é um exemplo de como a comunicação pública constitui-se em uma peça-chave na saúde pública e de como diretrizes gerais podem orientar a atuação dos níveis de gestão do SUS. Isto porque, diante da crise sanitária, a falta de unicidade nos discursos levou a “[...] recomendações contraditórias das autoridades em cada nível de governo” (Werneck; Carvalho, 2020, p. 03). Melo e Cabral (2020) afirmam que houve “[...] inconsistências nas estratégias de comunicação dos diferentes níveis governamentais” (Melo; Cabral, 2020, p. 737). A análise de Santos *et al.* (2021) sobre as estratégias de comunicação adotadas pela gestão do SUS durante a pandemia de covid-19 aponta que:

Embora a comunicação seja um dos eixos fundamentais adotados pelas instituições de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19, [...] é preciso superar a adoção das práticas comunicativas autoritárias que se orientam por uma visão pragmática, instrumental, centralizadora e que se restringe à oferta de informação [...] Há necessidade de maior articulação entre os três níveis de gestão do SUS e os territórios de vida para que abordem, de forma adequada, questões caras à Saúde Coletiva e ao contexto pandêmico [...] (Santos *et al.*, 2021, p. 15).

Portanto, a análise de Santos *et al.* (2021) indica que as ações de comunicação no SUS devem ser articuladas entre os três níveis de gestão. Ou seja, as práticas realizadas no campo comunicacional, no âmbito da saúde, devem se estruturar em torno de eixos que abranjam todo o sistema.

[...] o Estado tem o dever de promover uma comunicação de qualidade, transparente e inclusiva, considerando os diferentes grupos populacionais, principalmente os mais vulnerabilizados, respeitando o direito humano e social à comunicação, à informação e à voz (Santos *et al.*, 2021, p. 15).

Esse atendimento às necessidades e às demandas da sociedade, especialmente de populações em situação de vulnerabilidade social, deve ser o foco da atuação do Estado, o que também reflete na comunicação pública a ser implementada pelos gestores. Entre as estratégias, deve haver o combate à desinformação e a circulação de informações infundadas,

⁶ Neste trabalho, o termo “covid-19” está grafado como substantivo comum. No entanto, em citação, adota-se a grafia do texto de referência.

fenômeno que foi exacerbado no Brasil durante a pandemia de covid-19 (Barcelos, *et al.*, 2021, p. 2).

Como o SUS se mostrou essencial no contexto pandêmico, o quadro de crise sanitária gerou iniciativas de valorização da política de saúde pública do País, algo que só ajuda a reforçar a necessidade de fortalecimento da comunicação nesse campo.

Um exemplo dessas iniciativas de defesa da saúde pública foi a campanha “O Brasil precisa do SUS”, lançada em 15 de dezembro de 2020 pela Frente pela Vida, integrada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), Associação Brasileira de Economia da Saúde (Abres), Associação Brasileira de Enfermagem (ABen), Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), Associação Brasileira Médicas e Médicos pela Democracia (AMMD), Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), Sociedade Brasileira de Bioética (SBB) e Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), entre outras instituições. O objetivo da iniciativa foi “[...] mobilizar a sociedade para a importância da defesa do SUS e dos riscos que ele está correndo” (Abres, 2020).

Outro exemplo de ação em defesa da saúde pública foi a Campanha Nacional em Defesa do SUS e Fortalecimento do Controle Social, lançada em 2013 pelo Conselho Nacional de Saúde. A proposta foi aproveitar a comemoração dos 25 anos do SUS naquele ano como uma oportunidade de comunicação para valorizar a atuação dos conselhos de saúde na construção do SUS (Conass, 2013).

Diante do exposto, acreditamos ser de suma importância a investigação sobre como a questão da política de comunicação é abordada nas Conferências Nacionais de Saúde, uma vez que estes fóruns são importantes indutores de políticas públicas para o SUS. Considerando o objeto de estudo, a hipótese inicial foi a de que, embora tenha havido empenho do controle social em propor a criação de uma política de comunicação no âmbito do SUS, houve falta de ancoragem clara das propostas em princípios de comunicação pública.

O estudo buscou dados e elementos para a compreensão do contexto das conferências e da discussão das propostas, bem como a relação das proposições com princípios de comunicação pública, conforme será apresentado nos próximos tópicos deste trabalho.

1.2 – Procedimentos metodológicos

O primeiro passo para a realização desta pesquisa, iniciada em 2022, consistiu na definição de uma tema geral que guiasse o estudo, qual seja a investigação sobre política de comunicação no âmbito do SUS. A partir deste tema, foi iniciado um levantamento bibliográfico que desse suporte ao trabalho, buscando a compreensão sobre abordagens teóricas acerca do assunto. Para isso, foram selecionados conjuntos de palavras-chave a serem utilizadas nesse levantamento, que resultaram na seleção das seguintes expressões: “Comunicação pública e SUS”, “Política de comunicação e SUS” e “Comunicação e SUS”.

A partir dessas palavras-chave, iniciaram-se consultas a bases de dados de fontes como a Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde (Reciis/Fiocruz), Google Acadêmico e SciElo Brasil, entre outras. Nessas plataformas, a seleção de materiais ocorreu com base em títulos e resumos de trabalhos acadêmicos, resultando em 34 textos. Desse conjunto, foram selecionadas produções que dialogassem diretamente com o interesse da pesquisa, chegando-se a um total de 20 textos na fase final da checagem de dados. Os resultados obtidos no levantamento bibliográfico serão apresentados no Capítulo II deste trabalho.

A análise desses materiais indicou a necessidade de um outro levantamento, relacionado especificamente aos relatórios das Conferências Nacionais de Saúde. Esta etapa da investigação abrangeu a avaliação dos documentos desde a primeira edição da conferências, realizada em 1941. Após uma avaliação geral dos materiais, optou-se por um recorte dos últimos cinco relatórios, desde a 12^a até a 16^a edição (2003 a 2019). Esta seleção foi determinada pela necessidade de delimitar um escopo de estudo que pudesse responder adequadamente à pergunta de pesquisa, em um período histórico não muito extenso.

Nos relatórios das Conferências Nacionais de Saúde, buscou-se identificar quais propostas sobre comunicação e, mais especificamente, sobre política de comunicação foram aprovadas pelo controle social no período avaliado. Os itens encontrados foram organizados em quadros, sendo um para cada edição que compõe o objeto deste estudo, para que fosse possível verificar se as proposições dialogam com princípios do Guia de Comunicação Pública, da Associação Brasileira de Comunicação Pública (ABCPública, 2021). O resultado desta fase da investigação foi utilizado como base para a avaliação da abordagem sobre o

tema da comunicação nas conferências, conforme será apresentado no Capítulo III desta dissertação.

Além desses subsídios, a investigação também contou com a realização de entrevistas em profundidade, a partir de um questionário semiestruturado, com fontes-chave com registro de participação em uma ou mais edições das Conferências Nacionais de Saúde, entre 2003 e 2019. Ao todo, foram ouvidas cinco fontes-chave, sendo que duas dessas fontes fazem parte do atual quadro de membros do Conselho Nacional de Saúde, representando o segmento de usuários. Houve também o depoimento de dois ex-membros do conselho: uma do segmento de usuários e outro da representação de gestores de saúde. Além destas participações, também foi ouvida uma fonte-chave da área de comunicação (Quadro 1).

Quadro 1 – Informações sobre as fontes-chave participantes da pesquisa.

<p>FONTE-CHAVE 1 Fernando Zasso Pigatto</p>	<p>Formado em Gestão Ambiental pela Universidade Norte do Paraná (Unopar), é presidente do Conselho Nacional de Saúde (CNS) desde 2018, estando em seu segundo mandato, que será exercido até 2024. É conselheiro de saúde desde 2014, como representante da Confederação Nacional das Associações de Moradores (Conam). Conta com histórico de ativismo político a partir dos grupos de jovens de comunidades eclesiais de base e do movimento estudantil. Atuou no movimento das Associações de Moradores no Rio Grande do Sul e no Conselho Nacional das Cidades.</p>
<p>FONTE-CHAVE 2 Maria do Socorro de Souza</p>	<p>Doutora em Educação em Ciências e Saúde pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Mestre em Política Social pela Universidade de Brasília (UnB) e graduada em Filosofia e História pela Universidade Católica de Pernambuco. É docente-pesquisadora em Saúde Coletiva na Fiocruz e ex-presidente do Conselho Nacional de Saúde (2013-2015). Participou da 12ª (2003) à 16ª (2019) edições das Conferências Nacionais de Saúde (CNS) como conselheira, representando a Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura (Contag).</p>
<p>FONTE-CHAVE 3 Armando Martinho Bardou Raggio</p>	<p>Doutor Notório Saber em Políticas Públicas em Saúde pela Fiocruz, Mestre em Bioética pela Universidade de Brasília (UnB), Especialista em Saúde Pública e médico graduado pela Universidade Federal do Paraná (UFP). É docente do Mestrado Profissional em Políticas Públicas em Saúde na Fiocruz e coordenador da Comissão de Residência Médica. Participou da 8ª CNS (1986), na condição de gestor, além da 9ª (1992), da 10ª (1996) e da 13ª (2007) edições.</p>
<p>FONTE-CHAVE 4 Heliana Hemetério dos Santos</p>	<p>Com Especialização em Gênero e Raça, é graduada em História pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. No Conselho Nacional de Saúde (CNS), representa o segmento LGBT, pela Rede Nacional Candaces de Lésbicas e Bissexuais Negras. Trabalhou por 34 anos no Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) como pesquisadora e técnica em pesquisa. Participou como delegada na 14ª Conferência Nacional de Saúde e da comissão geral da 16ª edição.</p>
<p>FONTE-CHAVE 5</p>	<p>Doutor e Mestre em Informação e Comunicação em Saúde pelo Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz, Mestre em Comunicação e Cultura pela Universidade Federal do Rio de Janeiro e graduado em</p>

Rogério Lannes Rocha	jornalismo pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Atua no Programa Radis de Comunicação e Saúde, vinculado à Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, uma das unidades técnicas/científicas da Fiocruz, onde trabalha desde 1987. Desde então, acompanhou todas as edições das Conferências Nacionais de Saúde, tendo participado da 12ª edição como relator de síntese do direito à saúde.
----------------------	--

Fonte: Elaboração do autor.

Inicialmente, a seleção de possíveis fontes-chaves para participação na pesquisa foi feita com base na busca de nomes registrados nos relatórios das conferências. Buscou-se preferencialmente pessoas envolvidas com o tema da comunicação em grupos ou comissões ou com atuação estratégica. Ao todo, foram selecionados dez nomes. Por meio de contatos profissionais do pesquisador, incluindo o do Conselho Nacional de Saúde e da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz/Brasília), foram obtidos os números de celulares e/ou endereços de e-mail de sete das dez pessoas. Destas, cinco efetivamente aceitaram contribuir no fornecimento de informações para este estudo, mediante assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e autorização para gravação audiovisual, uma vez que os depoimentos poderiam ser coletados por meio de videoconferência. As outras duas pessoas convidadas informaram que não poderiam participar do estudo.

Todas as fontes-chaves optaram por reunião remota, sendo que a duração das entrevistas em profundidade, realizadas com uso de roteiro de perguntas semiestruturado, variaram entre 45 minutos e 1 hora e 47 minutos. Duas das cinco fontes-chave foram procuradas novamente para a complementação de informações, sendo que uma delas optou por contato via *WhatsApp* e a outra por entrevista presencial. As fontes-chave foram contatadas e entrevistadas entre dezembro de 2022 e julho de 2023.

Buscou-se, ainda, materiais que dessem suporte à contextualização histórica do período avaliado, de modo a trazer fatos e elementos que contribuíssem na discussão sobre o cenário político da época em que ocorreram as conferências, da 12ª à 16ª edição.

Por ser uma temática localizada no campo das políticas sociais de Estado (política de comunicação pública para o SUS), este estudo tem natureza empírica, em que o contato com a realidade selecionada para a observação é pré-requisito para o entendimento do assunto, em busca de novos elementos acerca do objeto de pesquisa. De acordo com Figaro (2014):

“[...] a pesquisa empírica mobiliza diferentes instrumentos metodológicos de recorte, composição de amostra e seleção com o objetivo de produzir dados e elementos diversificados a partir dos quais se realiza a análise e a

interpretação em bases mais amplas e na confrontação de informações (Figaro, 2014, p. 130).

Por mobilizar diferentes instrumentos metodológicos, a pesquisa empírica exige organização e sistematização de elementos concretos encontrados no ambiente investigado, a partir de um olhar atento do pesquisador, conforme aponta Braga (2011). Para o autor, trata-se de uma:

[...] pesquisa que solicita uma efetiva observação de algum ângulo da realidade, apresentando perguntas sobre aspectos de uma determinada situação ou “objeto” e procurando respostas diretamente através de investigação sistematizada de elementos concretos que compõem o objeto escolhido e construído (Braga, 2011, p. 5).

Ainda de acordo com Braga (2011), esse estudo sistematizado sobre o objeto, organizado por meio de pesquisa empírica, “[...] seria o único modo de gerar uma disciplina do pensamento, do conhecimento e do rigor reflexivo” (Braga, 2011, p. 7).

Além de se caracterizar como estudo empírico, este trabalho também se enquadra no perfil de um estudo qualitativo. Uma das características de uma pesquisa qualitativa é que ela “[...] só pode ser empregada para a compreensão de fenômenos específicos e delimitáveis mais pelo seu grau de complexidade interna do que pela sua expressão quantitativa”, sendo adequada em estudos sobre a configuração de um fenômeno ou processo (Minayo; Sanches, 1993, p. 245). Para Flick (2009), pesquisas qualitativas visam “[...] descobrir o novo e desenvolver teorias empiricamente fundamentadas” (Flick, 2009, p. 24).

A busca pelo ineditismo também deve se expressar nos estudos exploratórios, por meio dos quais o pesquisador deve “[...] familiarizar-se com o fenômeno ou conseguir nova compreensão deste [...]” (Selltiz; Wrightsman; Cook, 1967, p. 59). Além disso, a pesquisa exploratória também pode apresentar outras funções.

Muito estudos exploratórios tem como objetivo a formulação de um problema para investigação mais exata ou para a criação de hipóteses. No entanto, um estudo exploratório pode ter outras funções: aumentar o conhecimento do pesquisador acerca do fenômeno que deseja investigar em estudo posterior, mais estruturado, ou da situação em que pretende realizar tal estudo; o esclarecimento de conceitos; o estabelecimento de prioridades para futuras pesquisas; a obtenção de informação sobre possibilidades práticas de realização de pesquisas em situações de vida real; apresentação de um recenseamento de problemas considerados

urgentes por pessoas que trabalham em determinado campo de relações sociais (Selltiz; Wrightsman; Cook, 1967, p. 60).

Para contemplar as funções descritas acima, há métodos que visam a obtenção de informações durante o percurso de uma pesquisa, sendo que nos trabalhos exploratórios pode ser necessária a seleção de mais de uma forma ou mais de uma ferramenta de investigação, tais como:

[...] (1) uma resenha da ciência social afim e de outras partes pertinentes de literatura; (2) um levantamento de pessoas que tiverem experiência prática com o problema a ser estudado; (3) uma análise de exemplos que “estimulem a compreensão”. Quase todos os estudos exploratórios utilizam uma ou várias dessas abordagens (Selltiz; Wrightsman; Cook, 1967, p. 62).

Este estudo abarca dois dos métodos indicados por Selltiz, Wrightsman e Cook (1967) - pesquisa bibliográfica e entrevista com fontes-chave -, conjugados à análise de documentos. Para Moreira (2005), a análise documental na pesquisa científica cumpre, ao mesmo tempo, o papel de método e técnica. “Método porque pressupõe o ângulo escolhido como base de uma investigação. Técnica porque é um recurso que complementa outras formas de obtenção de dados, como a entrevista e o questionário” (Moreira, 2005, p. 272). Para a autora, esse tipo de análise contribui para a contextualização dos acontecimentos investigados.

A análise documental, muito mais que localizar, identificar, organizar e avaliar textos, som e imagem, funciona como expediente eficaz para contextualizar fatos, situações, momentos. Consegue dessa maneira introduzir novas perspectivas em outros ambientes, sem deixar de respeitar a substância original dos documentos (Moreira, 2005, p. 276).

Com relação à pesquisa bibliográfica, Gil (2008) afirma:

A principal vantagem da pesquisa bibliográfica reside no fato de permitir ao investigador a cobertura de uma gama de fenômenos muito mais ampla do que aquela que poderia pesquisar diretamente. Esta vantagem se torna particularmente importante quando o problema de pesquisa requer dados muito dispersos pelo espaço (Gil, 2008, p. 50).

Portanto, esta modalidade de levantamento bibliográfico contribui na agregação de informações, constituindo-se em uma fase indispensável ao processo de investigação acadêmica.

Conforme já foi indicado, também foi utilizado o recurso de entrevistas em profundidade, com o uso de roteiro semiestruturado, como forma de buscar mais elementos para a compreensão do objeto em estudo, por meio da interação com fontes-chave.

A entrevista é um diálogo construído pelo pesquisador/entrevistador que, orientado pelos objetivos de sua pesquisa, elabora um roteiro de perguntas que possa levá-lo a obter os dados necessários para as indagações de seu projeto. Por ser um diálogo, a interação com o outro – com o entrevistado – é uma preocupação que deve constar da pauta do pesquisador (Figaro, 2014, p. 130).

De acordo com Duarte (2005), a entrevista em profundidade pode ser definida da seguinte forma:

[...] técnica qualitativa que explora um assunto a partir da busca de informações, percepções e experiências de informantes para analisá-las e apresentá-las de forma estruturada. Entre as principais qualidades dessa abordagem está a flexibilidade de permitir ao informante definir os termos da resposta e ao entrevistador ajustar livremente as perguntas. Este tipo de entrevista busca intensidade nas respostas, não quantificação ou representação estatística (Duarte, 2005. p. 62).

Como forma de apreensão da realidade, a entrevista em profundidade permite ao pesquisador obter confiabilidade e validade.

A obtenção de confiabilidade é baseada na descrição pormenorizada dos procedimentos de operacionalização das entrevistas e uso fundamentado e consistente das respostas obtidas. Validade e confiabilidade no uso da técnica de entrevistas em profundidade dizem respeito, particularmente, a três questões: 1. Seleção de informantes capazes de responder à questão de pesquisa; 2. Uso de procedimentos que garantam a obtenção de respostas confiáveis; 3. Descrição dos resultados que articule consistentemente as informações obtidas com o conhecimento teórico disponível” (Duarte, 2005. p. 68).

Sendo assim, a entrevista em profundidade reflete o objetivo de obter uma aproximação com fontes-chave que possam esclarecer questões importantes sobre o objeto de pesquisa. “Seu objetivo está mais relacionado ao fornecimento de elementos para

compreensão de uma situação ou estrutura de um problema do que para resolvê-lo” (Duarte, 2005. p. 63), além de ser um forma de obter, por meio da fala, informações que expressem representações sociais dos entrevistados a partir de suas vivências, conhecimentos e saberes. Fazendo referência à Bakthin (1986), ao tratar da onipresença social nas palavras, Minayo e Sanches (1993) afirmam que:

[...]. a fala torna-se reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos (sendo ela mesma um deles), e, ao mesmo tempo, possui a magia de transmitir, através de um porta-voz (o entrevistado), representações de grupos determinados em condições históricas, sócio-econômicas e culturais específicas (Minayo; Sanches, 1993, p. 245).

Por fim, para a organização dos dados da investigação, fundamentada nos procedimentos descritos acima, realizou-se o ordenamento dos dados coletados nos relatórios das conferências que compõem o escopo deste estudo utilizando-se como referência os princípios de comunicação pública que constam no Guia da ABCPública (2021). Nesta etapa, o objetivo foi identificar a relação das propostas e recomendações encontradas nos documentos das conferências com princípios de comunicação pública. Também houve uma organização temática dos dados das entrevistas em profundidade, visando uma melhor disposição dos elementos fornecidos pelas fontes-chave.

A partir dos procedimentos metodológicos aplicados a esta pesquisa, buscou-se uma melhor compreensão sobre o debate sobre política de comunicação no âmbito das Conferências Nacionais de Saúde.

1.3 - Abordagem teórico-metodológica

O principal conceito-chave que operacionaliza esta investigação refere-se à comunicação pública, a partir do qual buscou-se estabelecer relações com as propostas de comunicação das Conferências Nacionais de Saúde, com um foco maior em recomendações sobre política de comunicação voltada para o SUS. No entanto, a este referencial também foram incorporados outros conceitos que são basilares na discussão do tema proposto, tais como saúde, comunicação e saúde e comunicação como direito. O objetivo da busca por esses conceitos foi o de compreender de forma abrangente o debate sobre política de

comunicação no âmbito do controle social da saúde, mas sem a pretensão de esgotar essa discussão.

Destaca-se que a discussão sobre política de comunicação pública no Brasil leva à identificação de duas principais vertentes de abordagens. Uma delas está relacionada ao conceito e aos princípios defendidos por autores que consideram cidadãos e cidadãs como elementos centrais nos processos comunicacionais entre o Estado e a sociedade. Este debate envolve questões sobre como o Estado e governos atuam para estabelecer conexões com as pessoas por meio da comunicação, aqui entendida como forma de escuta, interação e diálogo.

Já na segunda vertente, a discussão sobre política de comunicação gira mais em torno da regulação dos meios e o “[...] debate sobre os processos de comunicação, que vão de questões técnicas e infraestruturais a questões de pluralidade no acesso à produção e à distribuição de conteúdos midiáticos”, incluindo as concessões de canais de radiodifusão e considerando também as mudanças trazidas pelas convergências da cultura digital (MCOM, 2010, p. 9). Embora o Brasil tenha legislações sobre radiodifusão e telecomunicações, e apresente alguns pontos favoráveis nessas áreas, há necessidade de atualizações, modernizações e ajustes (OCDE, 2020). Para Bianco, Esch e Pinheiro (2017, p. 162), “No caso brasileiro, não houve avanço no sentido de reformular o marco legal da comunicação de forma abrangente nas duas últimas décadas”.

No entanto, ressalta-se que a identificação dessas duas vertentes não significa, no nosso entendimento, uma separação de campos, mas apenas uma divisão por grande área de discussão sobre política de comunicação. Esses debates podem ser entendidos como complementares.

Em todo caso, seja qual for a vertente de discussão, atualmente as recomendações das conferências relacionadas à elaboração e à implementação de políticas de comunicação pública não têm adesão explícita do Estado brasileiro, indicando a necessidade de uma atuação constante da sociedade organizada em prol de mudanças nessa área e a inclusão da pauta na agenda política. Para isto, faz-se necessário um diálogo democrático, “[...] operando uma pactuação que possibilite a construção de uma comunicação efetiva e cidadã, produtiva e com responsabilidade social, representativa da diversidade cultural que caracteriza o Brasil” (MCOM, 2010, p. 11).

Considerando essas observações, localizamos a discussão deste trabalho na primeira vertente comentada acima, como exposto a seguir.

1.3.1 - Comunicação pública, comunicação e saúde e o exercício de direitos no Estado democrático

Conforme será apresentado no resultado do levantamento bibliográfico, várias/os autoras/res abordam o conceito de comunicação pública. Algumas das referências são Zémor (1995; 2009) e Brandão (2007), além de Sousa, Geraldês e Paulino (2016). Destacamos também Duarte (2007; 2011), Figueiredo (2016; 2018), Kunsch (2012), Koçousk (2012) e a ABCPública (2021), entre outras. Há mais autores que tratam do tema no Brasil, mas optamos pela seleção de alguns, uma vez que há certa convergência de entendimentos e ideias sobre o assunto.

Como já indicamos, para Zémor (1995; 2009) a comunicação pública de Estado deve focar nas cidadãs e nos cidadãos como os mais importantes destinatários dessa modalidade de comunicação. Esta ideia nos remete ao entendimento de que o Estado democrático, independente do governo, exercido por líderes políticos temporários, deve abrir e estabelecer canais de comunicação que permitam uma relação de proximidade com a população, mas não só isso. Deve criar e aprimorar os meios de atendimento às demandas sociais, com uma escuta ativa, além de garantir o direito de acesso à informação de interesse público. Para o autor francês, “A comunicação pública deve, sobretudo, desenvolver o sentido relacional. É a relação com o outro, com o receptor da mensagem, que condiciona o bom encaminhamento do conteúdo” (Zémor, 2009, p. 193).

Em sintonia com Zémor (1995; 2009), Kunsch (2012) também defende a centralidade de cidadãs e cidadãos no contexto da comunicação pública. Para a autora, “[...] faz-se necessário adotar o verdadeiro sentido da comunicação pública estatal, que é o do interesse público. O poder público tem obrigação de prestar contas à sociedade e ao cidadão [...]” (Kunsch, 2012, p. 15). No planejamento no setor público, Kunsch (2012) aponta que:

Alguns princípios são fundamentais para nortear a comunicação na administração pública. 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 às demandas sociais, procurando, por meio da abertura de canais, amenizar os problemas

cruciais da população, como saúde, educação, transportes, moradia e exclusão social (Kunsch, 2012, p.16).

Abrindo parênteses, por administração pública, expressão citada por Kunsch (2012), entendemos “[...] o conjunto das atividades diretamente destinadas à execução concreta das tarefas ou incumbências consideradas de interesse público ou comum, numa coletividade ou numa organização estatal” (Bobbio; Matteucci; Pasquino, 1998, p. 10).

Para Brandão (2007), também presente no levantamento bibliográfico deste estudo, há um ponto em comum entre as acepções sobre comunicação pública: trata-se de um processo comunicativo que estabelece conexões entre Estado, governo e sociedade. Desse modo, a comunicação pública deve abarcar os múltiplos interesses em jogo na sociedade, ampliando os processos comunicacionais, conforme apontam Sousa, Geraldês e Paulino (2016).

A comunicação pública exige mais do que o processo informativo, ela requer que tal processo alce a condição de comunicativo. [...] Abrir canais de diálogo, ou seja, instrumentos de comunicação pública capazes de criar fluxos multilaterais de comunicação, é condição *sine qua non* para uma efetiva comunicação pública (Sousa; Geraldês; Paulino, 2016, p. 164).

Duarte (2011) faz diferenciações que ajudam no entendimento sobre comunicação governamental, comunicação política e comunicação pública. Para ele, a primeira “diz respeito aos fluxos de informação e padrões de relacionamento envolvendo os gestores e a ação do Estado e a sociedade” (Duarte, 2011, p. 5). Neste caso, o Estado, que não pode ser confundido com governo, é representado pelo conjunto de órgãos e instituições vinculados ao Executivo – incluindo empresas públicas, institutos, agências reguladoras e área militar -, além do Legislativo e do Judiciário. Já no caso da comunicação política, o autor identifica as ações de governos, partidos e agentes políticos para emplacar discursos que conquistem a opinião pública, em período eleitoral ou fora dele (Duarte, 2011). Quanto à comunicação pública, o pesquisador traz o seguinte conceito:

[...] se refere à interação e ao fluxo de informação vinculados a temas de interesse coletivo [...]. O campo da comunicação pública inclui tudo o que está relacionado ao aparato estatal, às ações governamentais, a partidos políticos, ao Legislativo, ao Judiciário, ao terceiro setor, às instituições representativas, ao cidadão individualmente e, em certas circunstâncias, às ações privadas [...]. A existência de recursos públicos ou de interesse

público caracteriza a necessidade de atendimento às exigências da comunicação pública (Duarte, 2011, p. 5 e 6).

Dessa forma, mesmo sendo a gestão do Estado conduzida por governos de caráter temporário, as políticas públicas devem ser perenes e atender da melhor forma as demandas da sociedade, e com a comunicação não deve ser diferente.

Para Duarte (2007), a comunicação pública deve ser tratada com base em conceitos de cidadania, interesse público, democratização, participação social e diálogo. Nesta acepção, a comunicação pública pode ser fundamental para a abordagem de uma série de questões e de boas práticas. Entre elas estão a escuta das demandas sociais, o estímulo ao controle social e à participação cidadã, com destaque ao interesse público e à melhoria do entendimento sobre o funcionamento do setor público, bem como a definição de conceitos e eixos que orientem a atuação da comunicação no âmbito do Estado, além da avaliação das esferas de governo, entre outras (Duarte, 2007).

Koçousk (2012) também reconhece a comunicação pública sendo de interesse público, relacionada ao direito à informação, propondo a seguinte elaboração sobre o assunto:

[...] *comunicação pública* é uma estratégia ou ação comunicativa que acontece quando o olhar é direcionado ao interesse público, a partir da responsabilidade que o agente tem (ou assume) de reconhecer e atender o direito dos cidadãos à informação e participação em assuntos relevantes à condição humana ou vida em sociedade (Koçousk, 2012, p. 92, grifo da autora).

Embora a aplicação de princípios de comunicação pública ao campo das políticas sociais devesse ser algo frequente, na verdade esse entendimento vem se constituindo e ganhando corpo recentemente.

É certo que a compreensão da Comunicação Pública como um direito transversal às políticas sociais é algo muito recente, ainda com poucos estudos. No entanto, o direito à comunicação é tão antigo quanto as lutas por democracia e por cidadania (Figueiredo, 2016, p. 153 e 154).

Na visão de Figueiredo (2018, slide 17), a comunicação pública deve ser assimilada “[...] como um processo de comunicação que se instaura por meio de um atendimento

público qualificado, mediado por agentes públicos, inseridos nas políticas sociais, no âmbito do Estado”.

Fazendo uma ponte entre a comunicação de governo e a comunicação pública, Figueiredo (2016) aponta que estas vertentes podem funcionar como aliadas em prol da transparência, beneficiando a sociedade como um todo.

A comunicação de governo é uma aliada da Comunicação Pública na medida em que esta organiza e publiciza a informação sobre a política, dando ciência e prestando contas à sociedade em geral sobre as ações realizadas, além de evidenciar uma posição política inerente a uma sociedade democrática. A partir desse posicionamento que gera transparência, abrem-se as possibilidades para que a Comunicação Pública atue com o objetivo de reduzir as diferenças de compreensão da realidade, uma vez que é de sua natureza o diálogo pedagógico mediado pelo interesse de fortalecer a democracia e a cidadania (Figueiredo, 2016, p. 124).

No que diz respeito à ABCPública (2021), que reúne comunicadores que atuam no governo e no terceiro setor, o grupo entende que:

Comunicação Pública é a que assume a perspectiva cidadã na comunicação envolvendo temas de interesse coletivo. Diz respeito ao diálogo, à informação e ao relacionamento cotidiano das instituições públicas com o cidadão. Destina-se a garantir o exercício da cidadania, o acesso aos serviços e às informações de interesse público, a transparência e a prestação de contas. Ocorre no ambiente de informação e interação envolvendo Estado, Governo e Sociedade Civil. Zela pelos princípios constitucionais e democráticos. A existência de recursos públicos ou de interesse público caracteriza a necessidade de atendimento às exigências da comunicação pública [...] (ABCPública, 2021, p. 10).

A partir do entendimento exposto acima, a ABCPública (2021) formulou um conjunto de 12 princípios de comunicação pública, quais sejam: 1) garantia do acesso amplo à informação; 2) fomento ao diálogo; 3) estímulo à participação; 4) promoção dos direitos e da democracia; 5) combate à desinformação; 6) escuta da sociedade; 7) foco no cidadão; 8) inclusão e pluralidade; 9) comunicação como política de Estado; 10) garantia de impessoalidade; 11) pautar-se pela ética; e 12) atuar com eficácia.

Na nossa avaliação, a conceituação da ABCPública sobre comunicação pública, bem como os princípios descritos acima, reúne elementos que formam uma base sólida para o propósito de análise das recomendações das Conferências Nacionais de Saúde sobre política

de comunicação, permitindo a identificação ou não de conexões e a interrelação entre um item e o outro.

Outro conceito basilar neste trabalho é o da comunicação e saúde, conforme formulação de Araújo e Cardoso (2007):

O campo da ‘comunicação e saúde’ [...] é constituído pelos elementos de cada campo separadamente – da comunicação e da saúde -, porém na sua interface. Não é uma perspectiva que vê a comunicação como um conjunto de instrumentos a serviço dos objetivos da saúde. As formas ‘comunicação em saúde’, ‘comunicação para a saúde’, ‘comunicação na saúde’, bastante utilizadas, refletem em geral a visão instrumental da comunicação, mais corrente nas instituições de saúde. Falar em comunicação ‘e’ saúde aponta para uma distinção e uma opção teórica e política (Araújo; Cardoso, 2007, p. 20).

Sendo assim, a expressão comunicação e saúde “[...] indica uma forma específica de ver, entender, atuar e estabelecer vínculos entre estes campos sociais” (Araújo; Cardoso, 2009), conforme aponta o dicionário virtual da Fiocruz sobre educação profissional em saúde. Desse modo, as autoras delimitam e diferenciam comunicação e saúde de outras expressões comumente utilizadas na saúde, entendendo a interrelação entre esses campos do conhecimento, sem que um se sobreponha ao outro.

O termo Comunicação e Saúde, portanto, delimita um território de disputas específicas, embora atravessado e composto por elementos característicos de um, de outro e da formação social mais ampla que os abriga. Trata-se de um campo ainda em formação, mas como os demais constitui um universo multidimensional no qual agentes e instituições desenvolvem estratégias, tecem alianças, antagonismos, negociações. Essa concepção implica colocar em relevo a existência de discursos concorrentes, constituídos por e constituintes de relações de saber e poder, dinâmica que inclui os diferentes enfoques teóricos acerca da comunicação, saúde e suas relações. Contrapõe-se, assim, a perspectivas que reduzem a comunicação a um conjunto de técnicas e meios a serem utilizados de acordo com os objetivos da área da saúde, notadamente para transmitir informações de saúde para a população (Araújo; Cardoso, 2009).

A avaliação das perspectivas apresentadas sobre os conceitos de comunicação pública e de comunicação e saúde indica que esses tópicos de discussão surgem no contexto da redemocratização no Brasil, sendo reforçados ao longo do tempo. Neste cenário, é possível afirmar que existe um outro fator que contribuiu de forma essencial para que esses debates

tomassem vulto, que foi o advento do conceito ampliado de saúde no País, estabelecido na 8ª CNS, em 1986. Conforme o relatório desta conferência:

Em sentido mais abrangente, a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso a serviços de saúde. [...] Direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade (CNS, 1986, p. 4).

O relatório da 8ª CNS defende que o exercício pleno do direito à saúde, como conquista social, também está atrelado ao “[...] direito à liberdade, à livre organização e expressão [...]” (CNS, 1986, p. 4 e 6), estabelecendo a comunicação como um dos pilares do conceito ampliado de saúde. No item “Reformulação do Sistema Nacional de Saúde”, o documento aponta ser “[...] indispensável garantir o acesso da população às informações necessárias ao controle social dos serviços, assegurando, a partir da constituição de um Sistema Nacional de Informação [...]”, uma “[...] maior transparência às atividades desenvolvidas pelo setor [...]” (CNS, 1986, p. 18).

O conceito de saúde adotado na 8ª CNS (1986), e que vale até os dias atuais, está relacionado à definição estabelecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS): “[...] saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas como ausência de doença ou enfermidade” (Brasil, 2020). O conceito também tem raízes no artigo 25 da Declaração Universal dos Direitos Humanos, estabelecida na Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU), no qual lê-se que “Toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar [...]” (ONU, 2020, n.p.).

No que diz respeito ao direito à liberdade, à livre organização e expressão, defendido na 8ª CNS, esta premissa remete ao artigo 19 da Declaração Universal dos Direitos Humanos, segundo o qual “Todo o indivíduo humano tem direito à liberdade de opinião e expressão [...]” (United, 2023).

Dessa forma, a comunicação emerge na discussão do controle social como um direito. No entanto, conforme aponta Stevanim e Murtinho (2021), nem sempre há uma compreensão clara sobre este tópico. “Trata-se de um direito difuso, reverberado em todas

as esferas da vida, seja em âmbito privado ou público, e por isso difícil de definir” (Stevanim; Murtinho, 2021, p. 37). De acordo com os autores, historicamente, a comunicação como um direito nasce da associação entre comunicação e liberdade de expressão, vinculada a um direito civil. Esta premissa foi estabelecida na Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, elaborada pela Assembleia Nacional Francesa, em 1789. Essa ideia está presente também na Primeira Emenda da Constituição dos Estados Unidos da América (EUA), ratificada em 1791.

Sob a influência do pensamento iluminista, entendia-se que ‘a livre comunicação das ideias e das opiniões é um dos mais preciosos direitos do homem’ e que ‘todo cidadão pode, portanto, falar, escrever, imprimir livremente, respondendo, todavia, pelos abusos desta liberdade nos termos previstos na lei’, como se propunha na declaração francesa gerada no bojo da Revolução de 1789. A Primeira Emenda dos EUA, por sua vez, declara que o Estado não pode criar leis para restringir as liberdades de culto, palavra e reunião, alçando o exercício da livre expressão ao status de questão intocável” (Stevanim; Murtinho, 2021, p. 40).

Desse modo, apontam os autores, a ideia da liberdade de expressão emerge durante o processo de consolidação capitalista burguês na Europa Ocidental e EUA, o que não necessariamente significou um benefício para todos e nem a isenção de interesses políticos, econômicos e classistas. Portanto, devemos observar que a liberdade de expressão nasce lastreada aos jogos de poder da época e, desse modo, podendo ser usufruída ativamente apenas por uma parcela da sociedade.

[...] essa liberdade encontra-se limitada na prática, na medida em que a comunicação se torna uma mercadoria e ser proprietário de um jornal passa a ser uma atividade empresarial burguesa e não apenas de cunho político, como a imprensa ligada ao ativismo revolucionário (Stevanim; Murtinho, 2021, p. 40).

Mais tarde, após um série de acontecimentos transformadores, como, por exemplo, a emergência de movimentos socialistas e de classe operária, passando pela busca da ampliação da participação democrática, além de conflitos oriundos da expansão do autoritarismo e a ocorrência da Segunda Guerra Mundial (1939-1945), em 1948 a Declaração Universal dos Direitos Humanos, promulgada pela Organização das Nações Unidas (ONU), estabeleceu a liberdade de expressão como um direito humano fundamental (Stevanim; Murtinho, 2021).

Já na década de 1960, a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco) assumiu uma agenda que colocou em destaque o debate sobre a diversidade cultural e as desigualdades no fluxo de informação no mundo, que “[...] levou à compreensão da comunicação como dimensão central na vida política e social, que reflete as assimetrias de poder entre pessoas, grupos de nações” (Stevanim; Murtinho, 2021, p. 42). De acordo com os autores, o avanço proposto pela Unesco levou a uma Nova Ordem Mundial da Informação e Comunicação (Nomic), com o entendimento da comunicação como um direito amplo, não somente um direito individual, passando a ocupar sua dimensão social, como condição básica para o exercício da cidadania.

Ainda em 1960, o francês Jean D’Arcys, à época diretor de Serviços Visuais e de Rádio da Organização das Nações Unidas (ONU), rompeu com a visão da comunicação restrita à liberdade de expressão e informação, propondo o direito de se comunicar.

A proposição de D’Arcy contém um posicionamento político, o entendimento de que o *direito de comunicar é maior do que a liberdade de expresssão*. A comunicação passou a ser entendida como uma via de mão dupla, de participação ativa, e não apenas restrita à transmissão de informação (Stevanim; Murtinho, 2021, p. 43, grifo dos autores).

Como resultado dos avanços da discussão sobre a comunicação como um direito, em 1980 a Unesco publicou um relatório intitulado “Um Mundo e Muitas Vozes: comunicação e informação na nossa época”, ou Relatório MacBride, em referência os irlandês Sean MacBride, líder do grupo de trabalho que elaborou o documento. Conforme Murtinho e Stevanim (2021), o relatório apontava que:

[...] a comunicação é entendida como uma questão de direitos humanos, ao mesmo tempo que se liga ao processo histórico de busca de liberdade e de democracia. Essa concepção sobre o direito de comunicar tem no diálogo democrático e equilibrado o seu cerne [...] (Stevanim; Murtinho, 2021, p. 45).

É interessante observar que o processo de discussão sobre a comunicação como direito e a elaboração do Relatório MacBride ocorreram concomitantemente à consolidação do neoliberalismo no mundo, com a ascensão de Margareth Thatcher ao poder (1979-1990), no Reino Unido, e de Ronald Reagen (1981-1989), nos EUA, o que implicou em resistência dessas nações à aderir ao modelo de comunicação equilibrado e plural, como foi proposto,

culminando na saída temporária desses países da Unesco, entre 1984 e 1985 (Stevanim; Murtinho, 2021).

Já nos anos de 1990, conforme apontam Stevanim e Murtinho (2021), o direito à comunicação voltou à pauta mundial, por meio de mobilizações de movimentos sociais, que resultaram na campanha em defesa dos Direitos à Comunicação na Sociedade da Informação (Communications Rights on the Information Society – CRIS), organizada no contexto da emergência das tecnologias de informação e comunicação (TICs) e da globalização econômica, bem como da ampliação de disparidades em comunicação em escala mundial. O surgimento da sociedade da informação impulsionou novamente o debate sobre comunicação no âmbito da ONU, que realizou a Cúpula Mundial sobre a Sociedade da Informação (World Summit on the Information Society – CMSI) em duas etapas, sendo a primeira em Genebra, na Suíça, em 2003, e em Túnis, na Tunísia, em 2005, gerando resultados abaixo do esperado e sem causar repercussão nos governos. Embora a CMSI não tenha sido impactante, a campanha denominada CRIS “[...] contribuiu para ampliar a noção de direitos à comunicação como condição necessária à garantia dos direitos humanos, além de permitir a interação entre novos atores, espaços políticos e lógicas de mobilização” (Stevanim; Murtinho, 2021, p. 51).

No Brasil, a concepção da campanha CRIS foi introduzida por alguns grupos, como o Coletivo Intervezes, que associou o direito à comunicação a quatro dimensões, relacionadas aos seguintes pilares, conforme apontam Stevanim e Murtinho (2021): 1) construção de ambientes democráticos na esfera pública; 2) uso do conhecimento e do domínio público; 3) liberdades civis e direitos políticos na sociedade da informação; e 4) garantia de acesso equitativo e a preços razoáveis a TICs.

Como exposto, o direito à comunicação se insere em uma trajetória que resulta de um processo histórico-dialético, de embates de forças ao longo do tempo, marcado por transformações impulsionadas por disputas tensionadas pela burguesia, mas também de luta de movimentos por direitos sociais, em um contexto de avanço do capitalismo global, operacionalizado pelas lógicas liberal e neoliberal. Por isso, neste trabalho sua definição é elementar para que possamos localizar de onde parte o nosso entendimento sobre esse tema na discussão sobre política de comunicação a partir das propostas das Conferências Nacionais de Saúde. Desse modo, utilizamos a definição de Stevanim e Murtinho (2021).

A noção de comunicação como direito é indissociável da prática democrática. Entendido como um conjunto amplo de garantias, em processo constante de construção, esse direito possui uma base concreta, sobre a qual demanda condições sociais, culturais e políticas que permitam o seu exercício efetivo por pessoas, comunidades, grupos sociais e nações. Tal concretude não se resume ao reconhecimento formal, embora dependa dele, mas passa pelo desenvolvimento permanente de contextos, em todas as esferas da vida, que permitam sua prática (Stevanim; Murtinho, 2021, p. 51).

De acordo com Ramos (2005), o direito à comunicação se insere em direitos sociais de “quarta geração”, complementando os direitos de 1ª geração (século XVIII), constituídos dos direitos civis, que dizem respeito à liberdade pessoal, de pensamento, de religião, de reunião e liberdade econômica; os de 2ª geração (século XIX), que correspondem aos direitos políticos, abrangendo a liberdade de associação a partidos e direitos eleitorais; e os de 3ª geração (século XX), também conhecidos como direitos sociais, constituídos no direito ao trabalho, à assistência, ao estudo, à tutela da saúde, entre outros. Esses direitos são uma formulação de T. H. Marshall, publicada em 1950 (Mastrodi; Avelar, 2017).

O conceito de democratização da comunicação foi construído historicamente, tendo sua origem “[...] ligada às reivindicações por democracia, direitos e cidadania” (Stevanim; Murtinho, 2021, p. 55), e com fundamentação teórica e política baseada no conceito de comunicação dialógica, presente na obra de Paulo Freire. Tomando o pensamento de Freire (1983) por base, podemos afirmar que a comunicação dialógica, de caráter humanista, visa uma interação real entre os atores e interlocutores sociais, sendo um dos pilares mais potentes para um novo parâmetro de comunicação na sociedade.

[...] ser dialógico, para o humanismo verdadeiro, não é dizer-se descomprometidamente dialógico; é vivenciar o diálogo. Ser dialógico é não invadir, é não manipular, é não sloganizar. Ser dialógico é empenhar-se na transformação constante da realidade (Freire, 1983, p. 28).

Portanto, na perspectiva de Freire (1983), uma comunicação dialógica constitui-se em uma base para a transformação social e, por consequência, de emancipação de indivíduos e da sociedade, não havendo sujeitos passivos nessa relação, conforme aponta o autor.

Comunicar é comunicar-se em torno [sic] do significado significante. Desta forma, na comunicação, não há sujeitos passivos. Os sujeitos co-intencionados [sic] ao objeto de seu pensar *se comunicam* seu conteúdo. O que caracteriza a comunicação enquanto êste [sic] comunicar

comunicando-se, é que ela é diálogo, assim como o diálogo é comunicativo (Freire, 1983, p. 45, grifo do autor).

A partir do pensamento de Freire (1983), entende-se a comunicação de caráter dialógico como um eixo-chave na articulação entre a comunicação, participação e cidadania, conforme apontam Mainieri e Ribeiro (2011).

Entendendo a comunicação num sentido dialógico, percebe-se seu papel na promoção da participação e do estímulo à prática da cidadania. Observe-se que, sem a participação popular ou com uma participação restrita e limitada, não há prática cidadã. É nesse contexto que reconhecemos a importância da comunicação pública (Mainieri; Ribeiro, 2011, p. 54).

Percebe-se nos posicionamentos acima que o tema da comunicação é multifacetado, podendo ser abordado de diversas formas, mas que existe uma forte conexão entre os elementos que compõem a temática.

Como vimos, ao longo do tempo a comunicação vem se desenvolvendo mediante conflitos e disputas de poder, mas também por meio de conquistas sociais e de processos dialéticos, resultando em articulações, por exemplo, entre a ideia de democratização e o direito à comunicação.

Em nosso entendimento, podemos definir que democratização da comunicação: é indissociável do fortalecimento da democracia, incluindo o fomento à participação e à democratização do Estado, dos espaços decisórios e das relações sociais; abrange a garantia de princípios de acesso, participação e equidade [...]; e remete à noção de que a comunicação é um bem público, que diz respeito à coletividade, e, portanto, não deve ser entendida como mercadoria (Stevanim; Murinho, 2021, p. 57 e 58).

Sendo assim, tratar de comunicação na contemporaneidade implica observá-la a partir do contexto histórico, nos quais processos dialéticos moldam transformações que se relacionam com a compreensão de outras dimensões da vida em sociedade. O direito à comunicação vem de uma construção de mais de 200 anos, portanto uma discussão que se dá no âmbito das configurações sociais, culturais, econômicas e políticas vivenciadas pela humanidade desde o final do século XVIII até os dias atuais, de forma imbricada ao desenvolvimento do Estado. Deste modo, podemos pensar a comunicação, mesmo que em

uma época remota, como um elemento presente nas disputas de poder e, conseqüentemente, orientada pelos interesses de grupos diversos.

Neste contexto, localizamos a comunicação no processo histórico a partir de Gramsci (2004; 2017), importante pensador marxista do século XX, cujo trabalho registrado em “Os Cadernos do Cárcere” permitiu um avanço epistemológico para o marxismo, sobretudo na compreensão da superestrutura e seu papel de produção dos mecanismos de dominação do capital sobre o trabalho” (Oliveira Júnior, 2020, p. 161). Para Bobbio (1982, p. 32, grifo do autor), “[...] a teoria de Gramsci introduz uma profunda inovação em relação à tradição marxista. *A sociedade civil, em Gramsci, não pertence ao momento da estrutura, mas ao da superestrutura*”.

Isto significa que, para Gramsci (2004; 2017), as relações sociais ocorrem numa dimensão de superestrutura, em uma configuração que ele denomina como sendo a de um Estado ampliado, formado por duas grandes vertentes, que são a sociedade civil e a sociedade política. Com base no autor italiano, compreendemos que, nestas esferas, as disputas e mediações sociais se relacionam a processos consensuais, com predomínio discursivo de grupos que detêm certos requisitos de ordem cultural e política que vão determinar posições de hegemonia.

[...] pode-se fixar dois grandes “planos” superestruturais: o que pode ser chamado de “sociedade civil”, isto é, o conjunto de organismos chamados comumente de “privados”, o da “sociedade política ou Estado”, que correspondem à função de “hegemonia” que o grupo dominante exerce em toda a sociedade, e àquela de “domínio direto” ou de comando, que se expressa no Estado e no governo “jurídico”. Estas funções são precisamente organizativas e conectivas (Gramsci, 2004, p. 20 e 21).

Dessa forma, o Estado ampliado traduz-se em uma:

[...] sociedade política (também chamada de Estado em sentido restrito ou Estado-coerção), tradicionalmente entendida como aparelhos repressivos, o local da violência e da repressão; somada à sociedade civil, que é o ambiente formado pelos organismos que elaboraram e difundem ideologias, lugar do consenso e da hegemonia (Adams; Pfeifer, p. 243, 2006).

O que move este estudo na direção das ideias de Gramsci (2004; 2017) é o fato dele apresentar uma discussão sobre hegemonia e democracia que considera a possibilidade de

mobilidade e de deslocamento de grupos sociais dentro dos estratos do Estado ampliado. Isto significa que grupos sociais podem se mover no campo da disputa em busca de poder e ascensão política, por meio de aparatos culturais, podendo tornar-se hegemônicos, portanto com poder na dentro estrutura social.

Entre os muitos significados de democracia, parece-me que o mais realista e concreto se possa deduzir em conexão com o conceito de hegemonia. No sistema hegemônico, existe democracia entre o grupo dirigente e os grupos dirigidos na medida em que o desenvolvimento da economia e, por conseguinte, a legislação que expressa este desenvolvimento favorecem a passagem molecular dos grupos dirigidos para o grupo dirigente (Gramsci, 2017, 309).

Sendo assim, o que conecta o posicionamento de Gramsci (2004; 2017) a este estudo é o fato de justamente buscarmos entender melhor como o controle social, por meio das Conferências Nacionais de Saúde, se movimenta em relação à defesa da comunicação e, mais especificamente, sobre uma política de comunicação voltada para o SUS, em busca da inserção da pauta no planejamento do Ministério da Saúde, consequentemente no âmbito do governo federal e do Estado. Desse modo, enxergamos o controle social como um agente coletivo buscando hegemonia sobre um tema. Este deslocamento é um fator essencial para influenciar a opinião pública, “[...] estreitamente ligado à hegemonia política, ou seja, é o ponto de contato entre a ‘sociedade civil’ e a ‘sociedade política’, entre o consenso e a força” (Gramsci, 2017, p. 285). Podemos inferir que nesta relação também opera o poder simbólico, que, de acordo com Bourdieu (2010), funciona como o:

[...] poder de constituir o dado pela enunciação, de fazer ver e fazer crer, de confirmar ou de transformar a visão de mundo e, deste modo, a ação [sic] sobre o mundo, portanto o mundo; poder quase mágico que permite obter o equivalente daquilo que é obtido pela força (física ou econômica [sic]), graças ao efeito específico de mobilização, só se exerce se for *reconhecido*, quer dizer, ignorado como árbitro. [...] O poder simbólico, poder subordinado, é uma forma transformada, quer dizer, irreconhecível, transfigurada e legitimada, de outras formas de poder [...] (Bourdieu, 2010, p. 14 e 15, grifo do autor).

Com relação às questões apresentadas por Gramsci (2004; 2017), o processo de construção da política social de saúde no Brasil é bastante emblemático, especialmente quando se trata da década de 1980, uma vez que:

A saúde, nessa década, contou com a participação de novos sujeitos sociais na discussão das condições de vida da população brasileira e das propostas governamentais apresentadas para o setor, contribuindo para um amplo debate que permeou a sociedade civil. Saúde deixou de ser interesse apenas dos técnicos para assumir uma dimensão política, estando estreitamente vinculada à democracia (Bravo, 2007, p. 8).

O ambiente descrito por Bravo (2007) refere-se ao período do movimento de representações da sociedade em prol da saúde pública e a realização da 8ª CNS, momento em que diversos atores sociais assumem protagonismo por mudanças na área, dentro do processo de redemocratização do País, que vivenciava também o avanço do neoliberalismo, assim como o resto do mundo.

A 8ª Conferência, numa articulação bem diversa das anteriores, contou com a participação de cerca de quatro mil e quinhentas pessoas, dentre as quais mil delegados. [...] A questão da Saúde ultrapassou a análise setorial, referindo-se à sociedade como um todo, propondo-se não somente o Sistema Único, mas a Reforma Sanitária (Bravo, 2007, p. 9).

Em sua análise sobre a política de saúde no Brasil, Bravo (2007) apresenta informações que nos ajudam compreender a disputa de força por espaços políticos em relação à saúde no campo prático. O exemplo abaixo refere-se à disputa travada entre dois grupos representativos dos negócios neoliberais e o da Reforma Sanitária.

A Assembléia [sic] Constituinte com relação à Saúde transformou-se numa arena política em que os interesses se organizaram em dois blocos polares: os grupos empresariais, sob a liderança da Federação Brasileira de Hospitais (setor privado) e da Associação de Indústrias Farmacêuticas (Multinacionais), e as forças propugnadoras da Reforma Sanitária, representadas pela Plenária Nacional pela Saúde na Constituinte, órgão que passou a congrega cerca de duas centenas de entidades representativas do setor. A eficácia da Plenária das Entidades, para atingir seus objetivos, foi resultado do uso adequado de três instrumentos de luta: a capacidade técnica de formular com antecipação um projeto de texto constitucional claro e consistente; a pressão constante sobre os constituintes; a mobilização da sociedade. A proposta de emenda popular apresentada por Sérgio Arouca, indicado pela plenária de Saúde para defendê-la no Plenário da Constituinte, foi assinada por mais de cinquenta [sic] (50) mil eleitores, representando 167 entidades (Bravo, 2007, p. 10).

No entanto, o esforço dos movimentos sociais em prol de um sistema de saúde público no Brasil enfrentou, e ainda enfrenta, resistências que se expressam em manobras

do setor neoliberal, que, tendo brecha constitucional para participar do SUS, investe em formas de se apropriar de parcelas do fundo público destinado à saúde.

A proposta de Política de Saúde construída na década de 1980 tem sido desconstruída. A Saúde fica vinculada ao mercado, enfatizando-se as parcerias com a sociedade civil, responsabilizando a mesma para assumir os custos da crise. A refilantropização é uma de suas manifestações com a utilização de agentes comunitários e cuidadores para realizarem atividades profissionais, com o objetivo de reduzir os custos (Bravo, 2007, p. 14).

Com base na análise de Bravo (2007), percebe-se que, embora o SUS apresente pontos positivos, nem mesmo a ascensão de governos de esquerda foi capaz de fazer frente a certos interesses das classes dominantes.

O SUS foi se consolidando como espaço destinado aos que não têm acesso aos subsistemas privados, como parte de um sistema segmentado. A proposição do SUS inscrita na Constituição de 1988 de um sistema público universal não se efetivou. A expectativa que se colocava para o governo Lula era a de fortalecer o SUS constitucional. Entretanto, no debate interno que ocorre no governo entre os universalistas e os focalistas, esses últimos estão sendo cada vez mais fortificados (Bravo, 2007, p. 20).

A crítica de Bravo (2007) sobre a política de saúde no Brasil mostra altos e baixos na trajetória dessa conquista social, expondo embates que expressam na realidade, de forma concreta, os preceitos de Gramsci (2004; 2017) quando trata de hegemonia dentro do Estado ampliado, indicando que a mobilidade de grupos sociais, de fato, tem estreita relação com sua capacidade de mobilização política-discursiva, influenciando a cultura do pensamento sobre saúde, exigindo concentração, elaboração, articulação e defesa permanentes do controle social em relação às pautas da saúde, o que se aplica também ao tema da comunicação e da política de comunicação voltada para o SUS.

Capítulo II

SUS, cidadania e democracia: abordagens sobre comunicação e saúde e política de comunicação pública

O levantamento bibliográfico apresenta textos que tratam das relações entre “comunicação pública e SUS”, “política de comunicação e SUS” e “comunicação e SUS”, apresentando convergência entre os autores sobre diversos aspectos. A principal delas é o tratamento dado à comunicação como direito, sendo constitutivo de um Estado democrático. Sendo também uma temática do campo da saúde pública, a comunicação encontra-se inserida na discussão como parte do conceito ampliado de saúde, estabelecido na 8ª CNS (1986), portanto como um elemento-chave e estruturante no contexto da política pública de saúde brasileira, instituída pela Constituição de 1988. Dessa forma, a comunicação é entendida como um dos pilares do pleno acesso à saúde, em que a dimensão dos processos comunicacionais sobre saúde extrapola a mera transmissão de informação à sociedade por meio de um uso instrumental, que não tem como horizonte a garantia de direitos e o estímulo à emancipação das cidadãs e dos cidadãos em seus contextos social, político e econômico. Com base na avaliação dos textos, é possível afirmar que a conexão entre comunicação, cidadania e democracia está presente de forma transversal nas abordagens trazidas nos materiais – Quadro 2.

Quadro 2 – Lista final de materiais considerados no levantamento bibliográfico.

TÍTULO	TIPO	ANO	AUTOR
1) A Comunicação midiática e o SUS	Artigo	2000	Valdir de Castro Oliveira
2) Políticas nacionais de comunicação em tempos de convergência tecnológica: uma aproximação ao caso da Saúde	Artigo	2000	Áurea Maria da Rocha Pitta; Flávio Ricardo Liberali Magajewski
3) Comunicação, democracia e promoção da saúde: buscando uma abordagem teórico-conceitual	Artigo	2004	Áurea Maria da Rocha Pitta
4) Política Nacional de Informação, Informática e Comunicação em Saúde: um pacto a ser construído	Artigo	2005	Ilara Hämmerli Sozzi de Moraes; Miguel Murat Vasconcellos

TÍTULO	TIPO	ANO	AUTOR
5) Mercado Simbólico: um modelo de comunicação para políticas públicas	Artigo	2004	Inesita Soares Araújo
6) A comunicação no Sistema Único de Saúde: cenários e tendências	Artigo	2011	Inesita Soares Araújo; Janine Miranda Cardoso; Rodrigo Murtinho
7) As Conferências Nacionais de Saúde e o processo de planejamento do Ministério da Saúde	Artigo	2017	Luciani Martins Ricardi; Helena Eri Shimizu; Leonor Maria Pacheco Santos
8) Estudo descritivo da área de comunicação: estrutura e principais cenários das secretarias estaduais de saúde	Dissertação	2014	Adriane Aparecida Cruz Romar
9) Interfaces e desafios comunicacionais do Sistema Único de Saúde	Artigo	2018	Janine Miranda Cardoso; Rogério Lannes Rocha
10) A política de vacinação contra o HPV no Brasil: a comunicação pública oficial e midiática face à emergência de controvérsias	Artigo	2016	Josemari Poerschke de Quevedo; Myrrena Inácio; Adriana Moro Wieczorkiewicz; Noela Invernizzi.
11) Comunicação pública do Ministério da Saúde no Facebook: uma análise das campanhas contra o <i>Aedes aegypti</i> no “verão do Zika”	Artigo	2020	Edna Miola; Francisco Paulo Jamil Marques.
12) Comunicação pública e campanhas nacionais de vacinação em contexto de midiaticização: as estratégias comunicacionais do Ministério da Saúde na crise da cobertura vacinal de 2018	Dissertação	2020	Johnny Ribas da Motta
13) Conceito de comunicação pública	Capítulo de livro	2009	Elizabeth Pazito Brandão
14) Como anda a comunicação pública	Artigo	2009	Pierre Zémor
15) Comunicação pública, cidadania e democracia: algumas reflexões	Artigo	2012	Tiago Mainieri; Elisa Rosa
16) O campo da comunicação pública	Capítulo de livro (tradução resumida de Elizabeth Pazito Brandão)	1995	Pierre Zémor
17) A perversa narrativa presidencial e a comunicação pública	Capítulo de livro	2021	Maria Helena Weber

TÍTULO	TIPO	ANO	AUTOR
18) Comunicação organizacional e desinformação: uma reflexão sobre comunicação pública no Brasil durante a pandemia da covid-19	Artigo	2021	Maria Lívia Pacheco de Oliveira; Caroline Delevati Colpo
19) Direito à comunicação e saúde	Capítulos de livro	2021	Luiz Felipe Stevanim e Rodrigo Murtinho
20) Comunicação, controle social das políticas públicas e os desafios para a Comunicação Pública nos conselhos gestores de saúde	Artigo	2021	Antonio Carlos Sardinha

Fonte: Elaborado pelo autor.

No entanto, para além da relação entre comunicação, cidadania e democracia como elemento transversal aos trabalhos avaliados, é possível apontar pelo menos três categorias gerais de abordagens acadêmicas sobre as temáticas pesquisadas por meio das palavras-chave, quais sejam:

1) desafios para o campo da comunicação e saúde no SUS, abrangendo, por exemplo, a percepção da população sobre a rede pública de saúde e a imagem negativa propagada pela mídia; falta de conexão com os princípios do SUS e o exercício de práticas tradicionais no campo da comunicação, com viés campanhista; ausência de um modelo de comunicação que favoreça o diálogo, a interlocução e a negociação entre atores sociais; e a falta de compreensão sobre as conexões entre o direito de acesso à informação e a comunicação no campo da saúde como exercício da cidadania e da democracia, em um ambiente atravessado por interesses neoliberais;

2) comunicação pública no âmbito das instituições e da política pública de saúde;

3) e política de comunicação e contribuições das Conferências Nacionais de Saúde (CNS).

Por vezes, essas categorias se atravessam, mas elegemos os agrupamentos acima como modo de organização das ideias encontradas, a partir dos temas centrais dos textos analisados. Os materiais também contribuíram com informações de contextualização histórica e referencial teórico.

Com relação ao primeiro agrupamento (desafios para o campo da comunicação e saúde no SUS), Oliveira (2000), a partir de um trabalho sobre comunicação midiática e as formas de percepção da população sobre o SUS enquanto uma política pública de saúde,

aponta que os processos comunicacionais implementados no País ainda não deram conta de influenciar positivamente a população de modo a favorecer a plena compreensão sobre o sistema. De acordo com o autor, embora a sociedade indique a saúde como um de seus principais problemas, ela tem dificuldade de entender os fatores que afetam o funcionamento SUS. Como agravante, Oliveira (2000) destaca o fato da mídia brasileira ter arraigada na prática da cobertura jornalística a construção de uma imagem negativa da rede pública de saúde brasileira, geralmente sem aprofundar reflexões, além de tratar a iniciativa privada de forma parcimoniosa. Para o autor, uma sociedade sem informação aprofundada sobre o campo da saúde pública fragiliza politicamente o SUS, especialmente em um contexto de disputa política, ideológica, econômica e de relações de consumo.

Num sistema econômico cuja lógica está sempre a promover um contínuo deslocamento do sujeito social do campo da política para o campo do consumo, a comunicação, principalmente a midiática, continua sendo determinante para relações sociais assimétricas e de sujeitamento social. Isto é obtido graças a um eficiente jogo discursivo, no qual a pedagogização das mensagens midiáticas tende a criar a ilusão de transparência e naturalizar as relações sociais, deixando de revelar que o sistema econômico é um espaço organizatório da vida social (Oliveira, 2000, p. 73).

Desse modo, Oliveira (2000) considera o universo midiático como campo de forças e disputas que envolvem práticas discursivas de variados atores, reproduzindo relações sociais e de poder, definindo a construção da agenda pública sobre o SUS.

Entre uma modalidade e outra de mensagens geradas pelas mídias, podemos notar que, passando por um prisma ideológico, o que é público passa a ser visto negativamente em contraposição ao que é privado respondendo, assim, a determinados pressupostos de entendimento e de ação sobre a organização social defendidos por alguns grupos de interesse, como o complexo industrial farmacêutico e hospitalar, as empresas e os planos de saúde. Neste contexto, a primazia do privado se sobrepõe claramente ao que é considerado público, tanto na perspectiva de uma visão patrimonialista quanto ultraliberal sobre o papel do Estado em relação à sociedade (Oliveira, 2000, p. 76).

Esses aspectos criam barreiras concretas à construção de uma pauta positiva em torno da rede pública de saúde. Por vários motivos, o autor considera que o "[...] SUS ainda não conseguiu criar para si uma melhor imagem na esfera pública e tampouco desmontar uma construção discursiva sectariamente corrosiva e conduzida por grupos contrários a ele"

(Oliveira, 2000, p. 79), defendendo a necessidade de se revelar os interesses por trás da forma como ocorrem processos comunicacionais referentes ao SUS.

Questões sobre comunicação já estavam presentes no campo da saúde pública mesmo antes da existência do SUS. Conforme Araújo, Cardoso e Murtinho (2011), o tema vem se desenvolvendo desde o início do século XX, tendo como marco histórico a criação do Serviço de Propaganda e Educação Sanitária, no Departamento Nacional de Saúde Pública, em 1923. De acordo com esses autores, em uma época de descobertas de agentes patogênicos que causavam doenças, bem como as suas formas de transmissão, houve um deslocamento da atenção das condições socioambientais para o indivíduo e a necessidade de educar a população sobre a adoção de medidas de higiene como forma de barrar a proliferação de doenças associadas às condições precárias de vida da população. Neste cenário, a comunicação passou a assumir papel estratégico na divulgação sobre formas de prevenção dessas enfermidades, sendo vinculada às ações de educação sanitária (Araújo; Cardoso; Murtinho, 2011).

Mesmo com transformações ao longo do tempo, algumas características do campo da comunicação e da saúde foram mantidas, tais como a responsabilização do indivíduo pela sua saúde, o desprezo aos determinantes sociais, econômicos, políticos e ambientais das doenças e a priorização de falas autorizadas a partir do conhecimento médico-científico, com discursos hegemônicos de caráter higienista e preventivista. Também compõe o rol dessas características a compreensão da comunicação como mera transferência de informação do emissor e detentor do saber (governo) para o receptor desinformado (população), com abordagens campanhistas sazonais e de emergência, conforme apontam Araújo, Cardoso e Murtinho (2011).

Os autores afirmam que, desde a década de 1990, houve um crescimento do interesse acadêmico pela tema da comunicação e saúde, tanto no campo da saúde propriamente dita como no da comunicação. Relatam, ainda, a ampliação e a diversificação de atores falando publicamente sobre o tema, reivindicando políticas e a participação no debate, em um ambiente de acelerado processo de midiaticização da sociedade. Desse modo, Araújo, Cardoso e Murtinho (2011) propuseram atualizar o diagnóstico sobre a comunicação na saúde, tendo o SUS como foco de investigação.

A partir de uma pesquisa sobre políticas e práticas de comunicação no SUS, para fins de mapeamento, diagnóstico e metodologia de avaliação sobre o tema, que abrangeu 117

instituições e a coleta de materiais, participação em fóruns de discussão e entrevistas com profissionais de comunicação, Araújo, Cardoso e Murtinho (2011) afirmam que a comunicação anda na contramão da construção do SUS, no sentido de que não se busca atender aos princípios do sistema, sendo este um dos desafios para o avanço dessa política pública.

De acordo com Araújo, Cardoso e Murtinho (2011), o resultado preliminar da pesquisa apontou para dois cenários, podendo ser vivenciados simultaneamente, inclusive em uma única instituição. Um deles é o do exercício de práticas tradicionais, realizadas em um ambiente atravessado por diversos fatores, tais como: estruturas frágeis operando sem uma política de comunicação ou planejamento adequado; setores atuando como “balcão” de atendimento de demandas, muitas vezes oriundas dos gestores ou de equipes técnicas, portanto sem a análise e proposição de estratégias da equipe de comunicação, o que implica em falta de autonomia na atuação; dissociação das ações comunicacionais dos princípios do SUS, com processos centralizados de produção e circulação de produtos; falta de atualização profissional; práticas concentradas na comunicação com a mídia; adoção de ações campanhistas e sazonais, não levando em consideração a diversidade e especificidades da população; entre outras práticas tradicionais pouco sintonizadas com as necessidades do sistema público de saúde e da população.

Por outro lado, Araújo, Cardoso e Murtinho (2011) apontaram novas tendências identificadas em órgãos públicos, movimentos sociais e na esfera privada, como a presença de equipes com perfil multiprofissional, formadas por especialistas em webdesign, publicidade, jornalismo e relações públicas, com noções e valores de planejamento de mercado, e a expansão do uso de tecnologias de informação e comunicação, com destaque para internet e rádio. No entanto, isso não representou a modernização do setor de comunicação nos órgãos e instituições.

Mesmo considerando as experiências inovadoras de comunicação que estão em curso no SUS, esta segue sendo vista fundamentalmente como transmissão de informações, com execução centralizada, vertical, unilateral, com pouco ou nenhum espaço de escuta. Entre as razões estão certamente: a concentração de recursos e infra-estrutura técnica, a ênfase em estratégias para obter visibilidade midiática, a cristalização da ideia de que comunicação igual é oferecer informação (e assim modelar comportamentos), a resistência das vozes autorizadas em reconhecer outros saberes, além dos perfis profissionais, cuja formação visa atender à lógica do mercado (Araújo; Cardoso; Murtinho, 2011, p. 114).

Dessa forma, o modelo de atuação indicado acima pode ser compreendido como reflexo de uma comunicação desconectada dos princípios do SUS, que se localiza no campo de disputas de ordem política, ideológica, econômica e cultural (Araújo; Cardoso; Murtinho, 2011).

Para que possa haver avanços no entendimento sobre o lugar da comunicação no âmbito do SUS, é necessário mudar o olhar sobre esse campo. Para isso, Araújo (2004) propõe um outro modelo de análise e planejamento da comunicação nas políticas públicas por considerar que os padrões vigentes não estão em sintonia com práticas comunicativas adequadas aos processos de intervenção social. Inspirada no pensamento do sociólogo francês Pierre Bourdieu, Araújo (2004) apresenta o Modelo do Mercado Simbólico, uma formulação teórica que valoriza os sentidos sociais, os interlocutores e seus contextos, e também o que ela denomina como lugar de interlocução. A matriz de análise e planejamento é composta por fontes, campos, instâncias, comunidades discursivas e fatores de mediação.

A comunicação opera ao modo de um mercado, onde os sentidos sociais – bens simbólicos – são produzidos, circulam e são consumidos. As pessoas e comunidades discursivas que participam desse mercado negociam sua mercadoria – seu próprio modo de perceber, classificar e intervir sobre o mundo e a sociedade – em busca de poder simbólico, o poder de constituir a realidade (Araújo, 2004, p. 167).

A formulação proposta por Araújo (2004) contrapõem-se ao modelo de comunicação verificado no Brasil. Na visão da autora, no campo das políticas públicas, inclusive da saúde, o padrão de comunicação mais utilizado no Brasil é vinculado ao modelo identificado como desenvolvimentista (comunicação e desenvolvimento), subsidiário do modelo informacional formulado por Shannon e Weaver (1949), que concebem a comunicação como modelagem de atitudes e comportamentos, por meio do repasse de informação de um polo a outro, com o uso de códigos reconhecíveis pelos pares visando a eliminação de ruídos. Para Araújo (2004), esse modelo anula a polifonia social e discursiva para garantir linearidade comunicativa, um processo que neutraliza divergências e conflitos, comuns ao campo social e ao próprio ambiente comunicacional. Inserido no Brasil na década de 1950, em um contexto de luta contra o comunismo internacional, o modelo desenvolvimentista não reconhece a complexidade da prática comunicativa, assumindo características de linearidade, unidirecionalidade e verticalidade, conforme aponta a autora. Por isso, constitui-

se em uma matriz de cunho autoritário, que não contempla os atores sociais, ignora espaços de interlocução e de negociação, favorece discursos hegemônicos sobre saúde, oculta as condições de produção dos discursos e impede a compreensão da realidade. “A perspectiva do mercado simbólico é um modo de compreender como se formam os sentidos sociais, portanto, como se formam as condições de percepção e ação das pessoas sobre o mundo” (Araújo, 2004, p. 170).

Romper com barreiras que dificultam ou impedem a revisão do modelo de comunicação vigente, de modo a favorecer maior e melhor diálogo, interlocução e negociação entre atores sociais no contexto do SUS, passa necessariamente pela compreensão da informação e da comunicação como direitos conectados ao direito à saúde e ao exercício da cidadania e da democracia. Ao refletir sobre a pactuação, formulação e implementação de uma Política Nacional de Informação, Informática e Comunicação em Saúde (PNIICS), Moraes e Vasconcellos (2005) comentam que o direito à informação é tão essencial quanto o direito à saúde, entre outros direitos fundamentais - alimentação, moradia, lazer etc -, no entanto concorrendo com outras prioridades políticas. “As lutas empreendidas pela sociedade vem ampliando os espaços de acesso às informações que foram coletadas, mas não se democratizam as relações de poder e de produção de saber [...]” (Moraes; Vasconcellos, 2005, p. 88).

O modelo neoliberal de Política de Informação, Informática e Comunicação em Saúde já demonstrou estar mais voltado para os interesses de expansão do mercado de *software*, *hardware* e das operadoras de telecomunicação do que, efetivamente, para melhoria de qualidade dos serviços prestados pelo SUS, ou a monitoria das condições de vida da população [...] (Moraes; Vasconcellos, 2005, p. 92).

Ainda com base em Moraes e Vasconcellos (2005), a forma como esse quadro se configura favorece o monitoramento e a vigilância do Estado em relação à sociedade e, como consequência, o reforço e a manutenção de processos de dominação, com a concentração da fala e o uso de linguagem técnica no âmbito das instituições. Embora o acesso à informação possa ampliar a capacidade de argumentação e de pactuações entre atores sociais, não necessariamente garantirá amplo controle social. Neste cenário, Moraes e Vasconcellos (2005) defendem o acesso à informação como direito do cidadão e dever do Estado.

A segunda (2ª) vertente identificada nos textos analisados no levantamento bibliográfico traz a comunicação pública no âmbito de instituições e de políticas públicas

como elemento central da discussão ou como eixo importante para análise. Um dos autores que trata dessa temática é Zémor (1995), para quem a discussão sobre comunicação pública situa-se no espaço público, portanto em um lugar que permite aos cidadãos acompanhar a circulação de informações com transparência.

A Comunicação Pública acompanha [...] a aplicação das normas e regras, o desenvolvimento de procedimentos, enfim, a tomada de decisão pública. As mensagens são, em princípio, emitidas, recebidas, tratadas pelas instituições públicas “em nome do povo”, da mesma forma como são votadas as leis ou pronunciados os julgamentos. Logo, esta comunicação se situa necessariamente no espaço público, sob o olhar do cidadão. Suas informações, salvo raras exceções, são de domínio público, pois assegurar o interesse geral implica a transparência (Zémor, 1995, p. 1).

Embora se refira à comunicação pública de modo geral, esta visão se relaciona perfeitamente com as necessidades de políticas públicas de saúde, como no caso do SUS, em que a transparência e o respeito aos dados de interesse público são essenciais. De acordo com Zémor (1995), cidadãs e cidadãos são, ao mesmo tempo, usuárias/os e decisoras/es dos serviços públicos, o que determina que os processos comunicacionais de governo destinados à sociedade não devem se contentar com práticas comuns ao marketing de produtos de consumo ou empresas do mercado de comunicação.

A relação colocada com o cidadão pelos serviços públicos não tem a simplicidade da relação comercial ou a clareza da relação contratual. A comunicação de uma instituição pública supõe uma troca com um receptor que é também mais ou menos emissor. Na verdade, é a característica ativa do receptor que estabelece a comunicação (Zémor, 1995, p. 3).

Pela natureza dessa relação, a comunicação pública não pode ser dissociada das instituições públicas e suas finalidades, quais sejam: 1) informar; 2) ouvir as demandas; 3) contribuir para assegurar a relação social; e 4) acompanhar as mudanças comportamentais e sociais. Dessa forma, a obrigação de estabelecer uma relação com a sociedade em geral pode ser entendida como um pré-requisito para a atuação do Estado junto às cidadãs e cidadãos, garantindo o direito de acesso à informação de interesse público, sendo um traço de uma sociedade democrática. O desenvolvimento da comunicação na sociedade deve responder às complexidades e controvérsias, proporcionando a mediação de relações sociais (Zémor, 1995), podendo ser definida como:

[...] troca e compartilhamento de informações de utilidade pública ou de compromissos de interesses gerais. Ela contribui para a conservação dos laços sociais. A responsabilidade disso compete às instituições públicas; ou seja, às administrações do Estado, aos serviços das coletividades territoriais, aos estabelecimentos, empresas, organismos encarregados de cumprir uma missão de interesse coletivo (Zémor, 2009, p. 189).

Em se tratando de saúde, esse compartilhamento de informações é tão necessário quanto o próprio funcionamento adequado da estrutura disponível no SUS para o atendimento da população.

Trazendo a discussão para o Brasil, Brandão (2007) avalia que existe uma variedade de usos para a expressão “comunicação pública”, afirmando que é um conceito em construção, necessitando de uma definição mais clara, conforme destaca-se abaixo.

A expressão “Comunicação Pública” vem sendo usada com múltiplos significados, frequentemente conflitantes, dependendo do país, do autor e do contexto em que é utilizada. Tamanha diversidade demonstra que a expressão ainda não é um conceito claro, nem mesmo uma área de atuação profissional delimitada. Pelo menos por enquanto, Comunicação Pública é uma área que abarca uma grande variedade de saberes e atividades e pode-se dizer que é um conceito em processo de construção (Brandão, 2007, p. 1).

Sobre os múltiplos significados associados à comunicação pública, Brandão (2007) identifica cinco áreas de conhecimento e de atividades profissionais que compõem um campo de abrangência para tratar do tema: comunicação organizacional; comunicação científica; comunicação política; comunicação comunitária e/ou alternativa; e comunicação do Estado e/ou governamental. Embora possa ser implementada por organizações do terceiro setor, empresas privadas de prestação de serviços públicos, conselhos, entre outros segmentos organizados, esta última vertente (comunicação do Estado e/ou governamental) tem forte relação com a informação voltada para a cidadania e o papel do Estado neste contexto, guardando relação com o pensamento de Zémor (1995; 2009).

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 o debate público (Brandão, 2007, p. 5).

Portanto, trata-se de um vertente que obrigatoriamente abre espaço para o diálogo e a interação entre o Estado e a sociedade, uma possibilidade de construção relativamente recente no contexto brasileiro, ganhando contornos melhor definidos somente após o fim do período militar (1964-1985). Antes desse período, como vimos em Araújo (2004), havia forte vínculo entre a comunicação e estratégias desenvolvimentistas, algo também apontado por Brandão (2007). Este aspecto justifica-se parcialmente porque, historicamente, a comunicação governamental brasileira assumiu característica publicitária, de divulgação de ações de caráter educativo, chamando a população ao cumprimento do deveres cívicos. Brandão (2007) aponta, ainda, que as assessorias de comunicação social, presentes na área governamental desde a década de 1970, de modo geral, mantêm vínculo direto com a alta cúpula das instituições e trabalham a partir de uma concepção que privilegia o relacionamento com a mídia, portanto, sem foco no cidadão. Além disso, em boa parte do tempo, atuam de forma reativa às críticas e demandas oriundas da imprensa.

Em sintonia com autores como Zémor (1995; 2009), Brandão (2007) e Duarte (2011), Mainieri e Rosa (2012) afirmam que “[...] a comunicação pública está diretamente relacionada à interação e ao fluxo comunicacional com assuntos que tenham relevância para a sociedade. Ela tem abrangência em tudo o que está ligado ao Estado, ao governo, às empresas públicas [...]” (Mainieri; Rosa, 2012, p. 202), entre outros agentes que absorvem recursos públicos.

A comunicação pública é um dos mecanismos que efetiva os direitos do cidadão, pois se insere na defesa do direito à informação – conquista iluminista que veio à tona com os embates das esferas públicas burguesas do século XVIII. [...] Enquanto bem e direito fundamental de todos os cidadãos, a informação de interesse público deve ser disponibilizada pelo Estado (Mainieri; Rosa, 2012, p. 204).

Desse modo, para esses autores, o direito à informação integra as garantias constitucionais modernas, como um direito fundamental e condição para efetivação da cidadania. Para Mainieri e Rosa (2012), a existência de uma comunicação pública é um indicador de que há um ambiente democrático na sociedade, aspecto destacado por outros autores que integram este levantamento bibliográfico.

O papel da comunicação pública é essencial para a manutenção da democracia. Para tanto, devemos compreendê-la como espaço de

interlocação da, para e com a sociedade. Comunicação pública é o verdadeiro diálogo da sociedade em torno dos assuntos coletivos e de interesse público. Portanto, o exercício da cidadania na consolidação de uma sociedade plenamente democrática perpassa a comunicação pública. A comunicação pública entendida como o lócus e a ágora da moderna democracia (Mainieri; Rosa, 2012, p. 205).

Além desse lugar de promoção da interlocação, a comunicação pública, na visão de Weber (2021), também contribui para a identificação de interesses em disputa em uma sociedade.

Numa democracia, operar o conceito da comunicação pública como princípio normativo para a comunicação governamental, comunicação de órgãos estatais e dos poderes legislativo e judiciário é determinante para identificar a disputa entre interesse público e interesses privados (Weber, 2021, p. 33).

A disputa de interesses à qual Weber (2021) se refere pode ocorrer em diversos espaços, mas tem efeitos devastadores quando acontece em ambientes políticos polarizados, envolvendo lideranças, mesmo que temporárias, como pôde ser verificada durante momentos críticos da pandemia de covid-19, em 2020, quando o ex-presidente Jair Bolsonaro foi agente de disseminação de desinformação, visando minimizar a gravidade da crise sanitária, defendendo a continuidade de atividades econômicas (Agência Brasil, 2020). De acordo com a autora, quando o governo deixa de exercer seu papel e sua responsabilidade como agente de Estado no campo da comunicação pública, outros agentes são acionados para cobrir a lacuna informacional. Sendo assim, naquele momento, houve esforços de setores da sociedade no sentido de se contrapor ao posicionamento presidencial.

A ausência de comunicação adequada da presidência e de seus ministros durante a pandemia obrigou, de alguma forma, a imprensa a ocupar um importante espaço, recuperando seu papel de mediação do interesse público. Neste sentido, de modo ininterrupto foram veiculadas informações e opiniões de especialistas nacionais e internacionais; manifestações dos profissionais da saúde pública capazes de oferecer algum parâmetro sobre a realidade da pandemia (Weber, 2021, p. 36).

Interessadas na mesma temática de Weber (2021), Oliveira e Colpo (2021) também analisaram processos de desinformação no início da pandemia da covid-19 no Brasil, concluindo que “[...] a comunicação organizacional pública não pautada na ética contribui

negativamente para a confiança das organizações, além de poder ser utilizada na formação de desinformação” (Oliveira; Colpo, 2021, p. 50). As autoras analisaram um pronunciamento do ex-presidente Jair Bolsonaro, proferido em 24 de março de 2020, período inicial e crítico da pandemia, em que ele defendeu o que podemos classificar como uma postura de imobilidade diante da crise sanitária mundial. O estudo avaliou informações sobre a disseminação de inverdades e dados inconsistentes sobre a proliferação do vírus Sars-CoV-2, causador da doença, apontando a influência da fala presidencial no contexto de desinformação naquele momento.

[...] os traços materiais utilizados na formação da informação pública no Brasil, por meio do discurso oficial do Presidente da República [...] apresentaram características compatíveis com os produtos de desinformação analisados. Assim, considera-se que há relação direta entre a comunicação pública oficial e o surgimento de informação não legítima e propositalmente formatada para manter um conjunto de crenças socialmente compartilhadas por aqueles que têm os mesmos elementos simbólicos de significação de quem proferiu o discurso (Oliveira; Colpo, 2021, p. 60).

A situação apontada por Oliveira e Colpo (2021) indica que o uso da fala presidencial, como expressão da liderança política do governo vigente à época, foi incompatível com princípios de comunicação pública no que tange à ética, à transparência e ao acesso à informação qualificada.

Desse modo, a pandemia de covid-19 deixou evidências de que o adequado exercício da comunicação pública no campo da saúde deve integrar os eixos de atuação do Estado, sendo determinante para salvar vidas em crises sanitárias, sendo inadmissível sua ausência.

Outra questão imposta ao SUS é a necessidade de superação de processos comunicacionais de cunho campanhista e instrumental, que por si só podem indicar a ausência da aplicação de princípios de comunicação pública. Ao avaliar a campanha nacional de vacinação de prevenção contra o HPV (*Human papillomavirus*), realizada pelo Ministério da Saúde em 2014, Quevedo *et al.* (2016) destacaram que parte da estratégia adotada pela Pasta foi refratária às dúvidas da população sobre a segurança da vacina, indicando falha na comunicação. O estudo apontou que o modelo campanhista tradicional e verticalizado, numa conjuntura contemporânea midiaticizada, que proporciona acesso rápido ao cidadão tanto a informações de diversas fontes quanto à oportunidade de expor suas opiniões, precisa ser

revisto, buscando maior interação e participação de atores sociais na discussão e na elaboração de estratégias de comunicação.

Este é um aspecto que poderia ser transformado por uma política de comunicação pública voltada para o SUS, no sentido de aprimoramento dessa dinâmica, atendendo ao princípio de participação da comunidade, previsto no terceiro item do artigo 198 da seção II da Constituição de 1988, que trata da saúde.

Em sintonia com Oliveira (2000), Quevedo *et al.* (2016) tratam da complexa rede de relações que formam a opinião pública, com forte influência da mídia, que, ao valorizar certas controvérsias e ceder espaço para falas que desqualificam o SUS, revela escolhas editoriais, que podem ser moldadas por diversos interesses nem sempre vinculados aos valores da saúde pública baseada em evidências científicas, com inquietações e interferências políticas, religiosas, de segmentos profissionais como o dos médicos, entre outros fatores. Mesmo considerando o dever da mídia em expor as diversas preocupações dos pais em relação à vacina contra o HPV, as autoras apontam a necessidade de haver equilíbrio no noticiário sobre políticas públicas de saúde, como a do Programa Nacional de Imunizações (PNI), reconhecido internacionalmente pelos seus feitos positivos (Quevedo *et al.*, 2016).

Miola e Marques (2020) também avaliaram a comunicação pública do Ministério da Saúde, realizada no Facebook, destinada ao combate ao *Aedes aegypti*, no que ficou conhecido como “verão da Zika”. Os autores abordaram a comunicação de interesse público e questões relacionadas à política de imagem voltadas para a obtenção de benefícios políticos-eleitorais. A pesquisa apontou a ênfase na abordagem informacional da campanha, com o uso de materiais sobre prevenção, bem como a instrumentalização política da comunicação de Estado. O estudo também indicou a perda de oportunidades de interação e envolvimento do Ministério da Saúde com o público, de modo a aprimorar as estratégias de comunicação utilizadas naquele momento, especificamente no Facebook, que foi o foco do estudo.

Pontuamos que Miola e Marques (2020) trazem a expressão “política de comunicação” aparentemente referindo-se às práticas de comunicação implementadas pelo Ministério da Saúde, e não a uma política pactuada e estrutura no âmbito do SUS, referenciada por documento oficial.

Ainda sobre divulgações nacionais, Motta (2020) investigou as práticas comunicacionais do Ministério da Saúde durante campanha de vacinação contra poliomielite e sarampo em 2018 e a problemática da queda da cobertura vacinal, a partir de princípios da comunicação pública, refletindo sobre o exercício da cidadania e o acesso a direitos sociais, como saúde e informação. O foco do trabalho foi a análise das estratégias de mídias digitais do órgão, visando identificar se os processos de comunicação do Ministério da Saúde acionaram princípios da comunicação pública. Foram analisados diversos canais de interação da instituição, como Facebook, Twitter e Instagram, entre outros. Nas considerações finais, o pesquisador apontou “[...] atual incapacidade do Estado na adoção de estratégias de comunicação que atuem cirurgicamente no problema da mobilização popular” (Motta, 2020, p. 232). Entre outras conclusões, o autor apontou que:

[...] ao analisar as estratégias e os mecanismos adotados durante a campanha, constatou-se que o MS empregou uma rede de comunicação pública, mas sem as características que fazem dela um processo social capaz de agir como um mecanismo de intervenção, qualificado para gerar a influência necessária e mobilizar a sociedade (Motta, 2020, p. 233).

Portanto, não houve a aplicação de princípios de comunicação pública que dessem sentido à rede de comunicação identificada por Motta (2020). O autor apontou, ainda, várias características negativas nas estratégias comunicacionais adotadas pelo Ministério da Saúde, como privilégio da informação em detrimento da comunicação; falta de centralidade no cidadão; marcas de personalismo verificadas no uso do *WhatsApp* e insuficiência de interação com a/o usuário/a; entre outros achados. Avaliamos que estes pontos reforçam a necessidade de discussão, elaboração e implementação de uma política de comunicação pública voltada para o SUS, de modo a fazer com que o Estado atenda adequadamente às necessidades da população em termos de processos comunicacionais.

Entre os textos selecionados no levantamento bibliográfico há também a dissertação de Romar (2014), que realizou um estudo descritivo sobre a área de comunicação das secretarias estaduais de saúde, abrangendo 26 Unidades Federadas, incluindo o Distrito Federal (DF), somando 26 respondentes, cujo perfil de atuação corresponde ao de gestora ou ao de gestor de comunicação. Durante o estudo, foi aplicado um questionário com 27 perguntas, distribuídas em três eixos: 1) identificação do gestor de comunicação; 2) características organizacionais; e 3) processo de planejamento e gestão. Com a aplicação do

questionário, buscou-se a compreensão dos gestores sobre alguns conceitos de comunicação, por meio da metodologia de Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). O resultado relacionado ao conceito de comunicação pública foi o seguinte:

A Comunicação Pública é dever do Estado. A Comunicação Pública é o cumprimento das diretrizes e dos princípios do SUS e tem como missão aliar as técnicas jornalísticas em consonância às políticas públicas de saúde. Significa prestar informações à população, com transparência, em relação às ações disponíveis para a promoção da saúde e prevenção de doenças, conforme estabelecido na Constituição Federal (Romar, 2014, p. 75).

Neste item, verifica-se resultado compatível com princípios de comunicação pública ou do que espera-se da comunicação no âmbito do SUS, o que não significa a aplicação desses princípios na prática. Ainda sobre o DSC, os respondentes identificam uma interface entre comunicação pública e educação em saúde, entre outros aspectos.

O terceiro (3º) e último agrupamento de textos do levantamento bibliográfico mostra que há tempos o controle social vem discutindo propostas de comunicação e de políticas de comunicação, gerando análises acadêmicas sobre o tema. Uma delas foi desenvolvida por Pitta (2004), que avaliou propostas para política de comunicação, tendo a 8ª CNS (1986) como marco inicial sobre a discussão do tema. Isto porque, a partir daquela edição, o assunto ganhou importância para o controle social, que passou a enxergar a comunicação como direito da sociedade, mas também como pré-requisito para a vivência plena da saúde. Ali se estabeleceu um entendimento mais amadurecido de que o direito à comunicação necessariamente se conecta ao campo do direito à saúde, ao exercício da cidadania e da democracia.

De acordo com Pitta (2004), antes da 8ª CNS (1986) as ações de comunicação eram geralmente tratadas com base em uma cultura informativa-publicitária, vinda desde a era Vargas. Pitta (2004), que estende a análise até a 11ª edição (2000) das conferências, chama a atenção para a necessidade de darmos atenção à relação entre o processo de redemocratização no Brasil e as políticas de comunicação governamentais, bem como para as contradições no discurso de democratização da gestão do SUS perante a ausência de discussão crítica sobre práticas comunicativas de caráter transferencial.

Ao analisar diferentes estratégias de comunicação de grupos como movimentos sociais, organizações do terceiro setor e de governo, entre outros, a autora aponta para “[...]”

uma concreta e complexa rede para onde convergem de forma menos ou mais conflitiva, núcleos discursivos em desiguais condições de produção e construção de legitimidade de seu discurso” (Pitta, 2004, p. 179). A partir desse olhar, passou a trabalhar com ideia de “rede”, defendendo políticas de comunicação socialmente justas, que permitam maior mobilidade de atores e relações mais equânimes entre eles, considerando os diversos espaços de interlocução existentes. Na visão da autora, trata-se de enxergar o campo da saúde coletiva como arena e objeto de análise, com características e dimensões de uma rede social de comunicação, na qual as posições dos atores são desiguais, tanto em poder de enunciação quanto de autonomia, no entanto formada por sujeitos de processos de transformação das condições de vida e saúde (Pitta, 2004). Diante disto, a autora propõe a análise conjuntural de processos de construção de dominação a partir de diversas dimensões, incluindo espaços técnico-estruturais e institucionais, legais e normativos, repressivos e cooperativos, entre outros, como base para a avaliação dos propósitos de entes da rede de relações sociais no campo da saúde.

Em outro trabalho, Pitta e Magajewski (2000) trazem um levantamento de contribuições apresentadas em conferências de saúde, em especial da 10ª edição, voltadas ao aperfeiçoamento de políticas no campo da comunicação como base de sustentação para um projeto de democracia participativa e com a construção da equidade e atendimento das demandas da sociedade. Para os autores, as políticas de comunicação para a saúde podem ser 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 (Pitta; Magajewski, 2000, p. 64).

Ainda de acordo com os autores, esse conceito é necessário para evitar a:

[...] 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 (Pitta; Magajewski, 2000, p. 64).

Mais uma vez, percebemos neste tópico o uso da expressão “política de comunicação” referindo-se a práticas tradicionais de comunicação, não se tratando de uma política formal estruturada no âmbito do governo federal, do Ministério da Saúde ou de outras esferas de gestão do SUS.

Pitta e Magajewski (2000) identificam duas arenas de discussão de políticas e práticas institucionais no campo da saúde: uma relacionada à produção acadêmica e outra de cunho político-institucional – encontros, conferências e plenárias do controle social. Os autores afirmam que, na academia, embora houvesse interesse em estudos sobre a produção de discursos em saúde, por meio da imprensa e de campanhas educativas, havia pouca construção relacionada a políticas governamentais de comunicação e sua relação com as novas tecnologias de comunicação e a construção de instituições democráticas no Brasil e na América Latina. Já no campo político-institucional, apontaram:

Se tomarmos como ponto de partida a 10ª Conferência Nacional de Saúde, 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 (Pitta; Magajewski, 2000, p. 65).

A análise de Pitta e Magajewski (2000) destaca também as propostas sistematizadas sob o item IEC: Informação, Educação e Comunicação em Saúde, tais como a implantação de um Sistema Nacional de Informações em Saúde (referente à letra “I” da sigla); educação em saúde – reestruturação de ações educativas no âmbito do SUS (letra “E”); e fortalecimento da imagem do SUS (letra “C”). A integração entre esses campos se daria, por exemplo, com a criação de Centros de Documentação, Informação, Comunicação e Educação em Saúde, que teriam a função de democratizar o acesso à informação e subsidiar a formulação de políticas, fiscalizar e controlar a atuação do governo, além de auxiliar em processos de gestão e planejamentos contemplando a incorporação de equipamentos e tecnologias (computadores, internet, CD-ROM).

Outro item destacado pelos autores foi a realização do II Encontro Nacional de Conselheiros de Saúde, em 1998, que delimitou os âmbitos de uma Política de Comunicação para a Saúde. Organizados por Pitta e Magajewski (2000), estes âmbitos podem ser resumidos da seguinte forma: 1) âmbito das relações entre conselhos de saúde; 2) relação entre política de comunicação para a saúde, conselhos de saúde e suas áreas técnicas de comunicação, com a proposta de criação de câmaras técnicas, com o objetivo de prestar assessoria à formulação de políticas de comunicação, entre outras proposições; e 3) estratégias de comunicação entre conselheiros e população. De acordo com os autores, o conjunto de propostas:

[...] 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 exigência de negociação permanente entre os atores, independente do caráter estatal de qualquer participante (Pitta; Magajewski, 2000, p. 66 e 67).

Ainda fazendo referência a estudos que trataram da discussão sobre comunicação no âmbito do controle social, Sardinha (2012) traz a análise sobre os Planos de Trabalho da Comissão de Informação e Comunicação do Conselho Nacional de Saúde, responsável à época por consolidar uma Política Nacional de Comunicação, Informação e Informática em Saúde (PNCIS), articulando assuntos como democracia, comunicação, participação e controle social. A avaliação dos planos de trabalho apontou que:

As ações que se sobressaem [...] se restringem a operar a comunicação como ferramenta meio e distancia-se da Comunicação Pública como modelo teórico-operativo para pensar a comunicação do Estado com a Sociedade, desconsiderando que antes da publicidade e visibilidade dos conselhos de saúde estão elementos decisivos para seu funcionamento como espaços decisórios (Sardinha, 2012, p. 12).

Nota-se que, no trecho acima, a análise de Sardinha (2012) apontou em um sentido contrário ao que Pitta e Magajewski (2000) identificaram. Porém, as pesquisas não são comparáveis, uma vez que têm objetos distintos - um estudo foi centrado no trabalho realizado no âmbito do Conselho Nacional de Saúde e o outro feito com base em recomendações de conferências.

Diante dos achados, Sardinha (2012) apontou a importância de ampliação do debate e do entendimento sobre comunicação pública, com vistas à garantia de direitos relacionados ao campo da comunicação e à informação de interesse público, sendo uma visão que pode ser extrapolada para todo o SUS.

Cardoso e Rocha (2018) analisaram estratégias e projetos de comunicação e saúde relacionados à luta pelo direito à saúde, bem como à construção e defesa do SUS, por meio da relação com estudos, debates e deliberações desde a 8ª CNS, entre outros aspectos. Para os autores, o processo de redemocratização no Brasil impulsionou reflexões e críticas quanto ao modelo de comunicação vigente no SUS (verticalizado e normativo). Ao mesmo tempo, gerou críticas também à mídia hegemônica, que historicamente silencia os ganhos do SUS, destacando apenas os problemas do sistema.

Em sintonia com outros autores brasileiros que tratam de comunicação e saúde, Cardoso e Rocha (2021) afirmam que a comunicação não pode ser confundida com persuasão e divulgação. Também não pode ficar restrita aos meios, mas, sim, favorecer a luta pela democracia e a pluralidade, além de reduzir assimetrias na sociedade, bem como obter suas bases nos princípios do SUS e no direito como forma de mudar o paradigma transferencial de comunicação. Portanto, fazem a defesa de uma comunicação pública, com respeito à diversidade, ao diálogo e à participação.

No entanto, os autores apontam que o Brasil não tem essa tradição, nem no âmbito do Estado, marcado pelo autoritarismo e patrimonialismo e processos comunicacionais vinculados a interesses de governos e partidos, e nem na sociedade, com impactos também nos meios de comunicações, colonizados por oligopólios familiares.

Além disso, Cardoso e Rocha (2018) apontam que a comunicação na esfera da saúde pública enfrenta também outros problemas, como a terceirização e alta rotatividade de profissionais, falta de capacitação das equipes sobre o SUS e de dissintonia com os seus princípios, reprodução de modelos e estratégias de mercado e ênfase em ações de divulgação.

Levando em consideração esses aspectos, os autores afirmam que a pauta da comunicação precisa ser incorporada à agenda política do SUS. Indicam como principal objetivo de suas reflexões “[...] apontar a urgência de repensar nossas práticas e pactuar uma política de comunicação do SUS a altura dos desafios atuais” (Cardoso; Rocha, 2018). Um dos eixos apontados pelos autores para o avanço no campo da comunicação no SUS é radicalizar o direito à saúde.

Também tendo as Conferências Nacionais de Saúde (CNS) como foco de estudo, Ricardi, Shimizu e Santos (2017) analisaram a relação entre propostas do controle social e o processo de planejamento do Ministério da Saúde (MS), por meio dos Planos Nacionais de Saúde (PNS). A proposta foi identificar em que medida a Pasta incorporou as resoluções das conferências.

Para realizar o estudo, as autoras avaliaram as propostas de quatro relatórios finais das conferências, correspondentes aos anos de 2003, 2004, 2011 e 2015 (12ª até 15ª edição) e quatro Planos Nacionais de Saúde (PNS), referentes aos períodos de 2004/2007, 2008/2011, 2012/2015 e 2016/2019. Isto permitiu a checagem entre o que foi defendido nos fóruns nacionais do controle social e o que foi incorporado das resoluções às políticas do Ministério da Saúde. Observou-se relativa falta de incorporação e/ou priorização das recomendações do controle social. Desse modo, como apontam as autoras, embora um dos objetivos das conferências seja o de influenciar a tomada de decisão dos gestores, este aspecto não tem recebido a devida atenção, tanto da gestão do SUS quanto das conferências e da academia.

Identificou-se que as Conferências não têm sido estratégicas em alguns aspectos, pois muitas vezes falta continuidade, falta reflexão sobre a própria gestão do sistema e falta monitoramento e avaliação. [...] Isso não significa que a Conferência não tenha potência e que não pautar a gestão do SUS, mas, sim, que essa instância precisa ser reavaliada, a fim de garantir maior efetividade e fortalecimento dos processos participativos no SUS [...] (Ricardi; Shimizu; Santos, 2017, p. 156).

Em consulta aos relatórios das conferências avaliados pelas autoras, foi possível verificar que o tema da comunicação integrou os principais eixos de discussão em três das quatro edições analisadas no estudo, quais sejam: 12ª - eixo 10: Comunicação e informação em saúde; 14ª – diretriz 12: Construir política de informação e comunicação que assegure gestão participativa e eficaz ao SUS; e 15ª - eixo 6: Informação, educação e política de comunicação do SUS.

Pelas informações disponibilizadas, o estudo de Ricardi, Shimizu e Santos (2017) indica a necessidade de acionamento de mecanismos que possam potencializar a efetividade das decisões oriundas da participação social.

Finalizando a análise de textos do levantamento bibliográfico, Stevanim e Murtinho (2021) tratam do direito à comunicação e saúde como símbolo de democracia. Para os

autores, a realização da 8ª CNS (1986) representou um marco das lutas sociais por direitos no Brasil, que vivia naquele momento o início de um processo de redemocratização após o fim da ditadura militar.

Stevanim e Murtinho (2021) afirmam que a 8ª CNS é um elemento-chave para a compreensão das conexões entre saúde, cidadania e políticas públicas de comunicação, especialmente por três contribuições: 1) por representar a rearticulação de diferentes movimentos em torno da luta pela democracia, cidadania e melhores condições de vida, sendo que, a partir daquele momento, as conferências passaram a ser instrumentos de democratização do Estado, com a participação de usuárias/os e de profissionais de saúde nas políticas voltadas para o setor; 2) por propor a saúde como direito de cidadania, de maneira universal, integral e equânime, superando o modelo vigente até então, no qual o acesso aos serviços de saúde estava vinculado às relações de trabalho com carteira assinada, além de também ter estabelecido o conceito ampliado de saúde, como resultante de um conjunto de fatores e de garantia de outros direitos, não apenas como ausência de doença; e 3) por defender o acesso à informação e a criação de um Sistema Nacional de Informação, bem como o controle social dos meios de comunicação, estabelecendo uma clara conexão entre comunicação e saúde no contexto de reivindicações sociais por democracia e direitos.

Sendo assim, a promoção do direito à comunicação passou a configurar-se como pré-requisito para o exercício da cidadania e da participação popular, em sintonia com princípios do SUS e reivindicações sociais prioritárias desde os anos 1980.

[...] as pontes entre direito à comunicação e saúde se afirmam em três dimensões. Em primeiro lugar, a democratização da comunicação é condição essencial para garantir democracia efetiva – sem democracia, não há saúde. Segundo, as políticas públicas de comunicação podem promover a concretização e a ampliação das experiências de participação social. Por fim, tanto a saúde quanto a comunicação precisam enfrentar modelos e práticas que as reduzem à noção de mercadoria, o que só é possível pelo fortalecimento da concepção de direitos (Stevanim; Murtinho, 2021, p. 36).

A partir do entendimento de que o processo de redemocratização do País estabeleceu os conselhos e as conferências como espaços de exercício da cidadania, nos quais a comunicação é dimensão inseparável da experiência democrática, Stevanim e Murtinho (2021) afirmam:

As conferências de Saúde constituem-se em espaços representativos de disputa de interesses políticos, gerais e corporativos, de diferentes grupos sociais. Explicitam, portanto, movimentos, iniciativas e correlações de força no campo da saúde. Não podemos idealizá-las como se não houvesse contradições e como se a simples realização de uma conferência garantisse a reverberação de suas decisões na esfera governamental (Stevanim; Murtinho, 2021, p. 69).

Os autores buscaram entender como os atores sociais enxergam o direito à comunicação. A partir da análise dos relatórios da 8ª (1986) até a 16ª (2019) edição das conferências, apontaram quatro vertentes principais de demandas apresentadas:

1) a afirmação do caráter público da informação e da comunicação; 2) a ampliação do acesso à informação para garantir a transparência, viabilizar o controle social, aperfeiçoar o sistema e assegurar o direito à saúde; 3) a defesa da democratização da comunicação; e 4) o controle social dos meios de comunicação com base em princípios da saúde coletiva (Stevanim; Murtinho, 2021, p. 76).

Stevanim e Murtinho (2021) desdobram cada um desses eixos, relacionando-os às edições das conferências, fazendo vários apontamentos, dos quais alguns são destacados a seguir. Para os autores, o primeiro eixo diz respeito à necessidade de resgate do caráter público da comunicação, alinhando-se à concepção da comunicação como um bem público, comum a todos, e um campo capaz de promover pluralidade e a diversidade de vozes na área da política pública de saúde. Já o segundo item se relaciona a estratégias de comunicação para a democratização do SUS, abrangendo aspectos como mecanismos de ampliação do acesso à informação, viabilização do controle social, garantia do direito à saúde e uso de canais de comunicação para promover o diálogo com a sociedade, entre outras propostas. Os autores chamam a atenção para o caráter instrumental de parte das propostas. Essa vertente é percebida também na área de comunicação do Ministério da Saúde.

A visão instrumental da comunicação é reforçada pela atuação do próprio Ministério da Saúde, que sempre optou por contratar empresas de assessoria de comunicação ao invés de estruturar uma área de comunicação e saúde, com visão e abordagem estratégica sobre o campo (Stevanim; Murtinho, 2021, p. 78).

O terceiro eixo identificado pelos autores vai de encontro à defesa da democratização dos meios de comunicação, diante da alta concentração desses veículos (emissoras de rádio,

TV e jornais) nas mãos de poucas empresas e famílias no País, bem como da necessidade de revisão dos marcos legais no setor de radiodifusão, de modo a ampliar e diversificar as vozes na esfera pública.

Reconhece-se o caráter público das rádios comunitárias e apoia-se a regulamentação desse setor. Também propõe a expansão de canais públicos, como a criação de uma emissora pública nacional e a implementação de um canal para o campo da saúde (Canal Saúde) (Stevanim; Murtinho, 2021, p. 79).

De acordo com a análise, o quarto grupo de resoluções destina-se à defesa pela construção de mecanismos de controle social da mídia com base em princípios da saúde coletiva. Neste quesito, as proposições defendem a implementação de limites à propaganda de produtos capazes de prejudicar a saúde, como são, por exemplo, os casos do tabaco e do álcool. Segundo Stevanim e Murtinho (2021), trata-se da garantia de que as liberdades comercial e de expressão não sobreponham a garantia do direito à saúde.

Entre as ações que revelam a ampliação da discussão sobre comunicação no País, os autores citam a realização da 1ª Conferência Nacional de Comunicação (1ª Confecom), em 2009. Também destacam o 1º Diálogo “PenseSUS: democracia, comunicação, informação e direito à saúde”, realizado pelo Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz (Icict/Fiocruz), como atividade preparatória para a 15ª CNS (2015). Contando com a participação de diversas representações do campo da saúde (profissionais, acadêmicos, movimentos sociais), o colóquio é citado pelos autores como um fato decisivo para a consolidação de uma rede de apoio em torno do tema da comunicação, produzindo uma carta com o título “Direito à comunicação e informação para consolidar a democracia e o direito à saúde”, endereçada aos participantes da conferência. A carta, assinada por instituições como o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) e o próprio Conselho Nacional de Saúde (CNS), entre outras, deu origem a uma moção apresentada pelos delegados da Fiocruz, da Frente Nacional pela Democratização da Comunicação (FNDC) e da Rede Lai Lai Apejo: população negra e Aids. A moção passou pelas instâncias deliberativas e foi aprovada na 15ª conferência. A carta elencou 17 propostas de ações relacionadas ao direito à comunicação e à saúde, entre elas o desenvolvimento de uma política de comunicação para o SUS.

Também há referência à 1ª Conferência Nacional Livre de Comunicação em Saúde (1ª CNLCS), de 2017. Para os autores, o evento tratou “[...] da necessidade de democratizar a mídia e produzir novas narrativas sobre o SUS visando a fortalecer o direito à saúde e o exercício da cidadania” (Stevanim; Murтинho, 2021, p. 85), em um momento histórico em que já estava em curso no Brasil um projeto político de ataques aos direitos sociais conquistados, incluindo o SUS. Outro tópico destacado pelos autores sobre a 1ª CNLCS é que a discussão levou à avaliação de “[...] que a mídia tinha participação nas perdas de direitos ao venderem a ideia de saúde não como serviço público, mas como um produto ofertado pelo mercado” (Stevanim; Murтинho, 2021, p. 85). Entre outras pautas, essa conferência também defendeu a democratização da mídia e a criação de uma política de comunicação do SUS.

Sobre a 16ª CNS (2019), os autores apontam retrocesso na pauta sobre comunicação.

Pelo exposto acima, a discussão do objeto de pesquisa à luz do levantamento bibliográfico realça ainda mais a necessidade do debate em torno do tema da comunicação exercida no âmbito do SUS, de modo geral, e de uma política de comunicação, de forma específica.

A seguir, serão apresentados os resultados desta pesquisa, organizados de modo a compreender se as propostas para a criação de uma política de comunicação para o SUS encontradas nos últimos cinco relatórios das Conferências Nacionais de Saúde, abrangendo o período de 2003 a 2019 (12ª até 16ª edição), foram baseadas em princípios da comunicação pública.

Capítulo III

Política de comunicação: evolução das propostas nas conferências e a avaliação de relatórios

Os tópicos a seguir apresentam a avaliação das propostas dos relatórios das Conferências Nacionais de Saúde, com contextualização histórica e suporte de referências e informações coletadas por meio de entrevistas em profundidade com fontes-chave. Para facilitar a análise, foram produzidos quadros com recorte de dados das proposições das conferências sobre comunicação, destacando as recomendações sobre política de comunicação, bem como a análise dos itens selecionados.

Os resultados serão apresentados em dois capítulos. Neste Capítulo (III), abordaremos “A trajetória da discussão sobre política de comunicação nas Conferências Nacionais de Saúde, de 2003 a 2019”. Após tratar de forma breve da comunicação no campo de disputa neoliberal e de algumas crises no cenário da saúde, serão apresentadas informações coletadas nos relatórios das conferências. Este capítulo traz também o conceito de saúde presente entre 2003 e 2019 e o paradigma de comunicação identificado nas propostas, bem como a análise sobre quais proposições se aproximam de princípios de comunicação pública, tomando por base as informações da ABCPública (2021).

Também foram incorporados alguns dados da 1ª Conferência Nacional de Comunicação (1ª Confecom) e da 1ª Conferência Nacional Livre de Comunicação em Saúde (1ª CNLCS). Destas duas conferências, serão apresentadas apenas informações gerais, com destaque para algumas proposições.

O segundo capítulo traz a “Avaliação do controle social sobre o tema da comunicação nas Conferências Nacionais de Saúde e a elaboração de uma política de comunicação voltada para o SUS”, apresentando as contribuições das fontes-chave, por meio de uma organização temática, abrangendo cinco tópicos: 1) Comunicação e o controle social; 2) Comunicação no SUS; 3) Importância de uma política de comunicação; 4) O governo e a pauta da comunicação pública; e 5) Desafios da comunicação no âmbito do SUS.

3.1 - A trajetória da discussão sobre política de comunicação nas Conferências Nacionais de Saúde, de 2003 a 2019

A seguir, abordamos como a temática da política de comunicação se insere nos relatórios das Conferências Nacionais de Saúde por meio da avaliação das recomendações contidas desses documentos. O capítulo traz um resgate histórico e a contextualização sobre as conferências que antecederam as edições avaliadas nesta investigação. Mas antes disso, apresentaremos brevemente informações sobre a comunicação no campo de disputa neoliberal, além de exemplificar algumas crises no cenário da saúde.

3.2 – Comunicação e saúde em um campo de embate

O conceito ampliado de saúde adotado na década de 1980, segundo o qual a saúde é resultante de diversas condições, como o acesso à alimentação, à habitação, ao trabalho, à educação e à informação, entre outras (Brasil, 1986), representou, sem dúvida, um avanço na política sanitária brasileira. No entanto, o campo da saúde pública nunca foi imune às forças do capitalismo, especialmente a partir da influência neoliberal, cuja lógica prevê o enfraquecimento de políticas sociais, favorecendo uma visão da saúde como nicho de mercado (mercadoria, e não como direito), impactando inclusive no modelo de comunicação colocado em prática, com traços campanhista e transferencial.

Todavia, estes traços têm raízes históricas. De acordo com Araújo e Cardoso (2009), já nas primeiras décadas do século passado, a comunicação no campo da saúde foi baseada em ações campanhistas e em teorias de fundo behavioristas - estabeleciam relação causal e automática entre estímulo e resposta em relação às mensagens veiculadas.

Após a Segunda Guerra Mundial (1939 a 1945), entrou em cena o modelo de dois fluxos de comunicação, trazendo a figura do mediador como um elemento novo. Este modelo “[...] atribuía um papel fundamental às lideranças comunitárias, consideradas ‘elos-chave’ na busca de maior sintonia entre emissor (autoridade) e receptor (população)” (Araújo; Cardoso, 2009). Porém, isso não alterou o modelo de comunicação unidirecional, de um polo a outro, portanto de caráter transferencial - no caso da saúde, a transmissão de informações, comandos e orientações do governo para a população.

Já nos anos de 1960, as teorias freirianas trouxeram novos elementos para o debate sobre a comunicação, introduzindo “[...] uma perspectiva histórica, cultural, humanista e dialógica, tornando irrecusável considerar relevantes os saberes e as percepções da população sobre sua própria realidade de saúde” (Araújo; Cardoso, 2009). Mas esse debate cessou na ditadura militar, iniciada em 1964. Para Araújo e Cardoso (2009), nesse período (que durou até 1985), a comunicação acompanhou o movimento de mercantilização da saúde, impulsionada pelos governos militares, que alimentaram um modelo de saúde centrado em hospitais privados financiados com recursos públicos, passando por uma fase de sofisticação dos modelos da matriz transferencial, baseada na publicidade.

Ainda de acordo com Araújo e Cardoso (2009), a partir da década de 1980 e do processo de redemocratização do Estado brasileiro, com a incorporação do conceito ampliado de saúde e a inclusão do controle social no debate, ocorreram alterações de perspectivas no campo da comunicação, que passou a absorver reivindicações por direito de acesso à informação e à comunicação, participação popular e espaços para a discussão e a divulgação sobre saúde na mídia hegemônica. No entanto, esbarrou-se nos muros neoliberais e sua predileção pelo modelo de comunicação baseado em publicidade.

[...] na maior parte das instituições governamentais e não-governamentais, ganha espaço o modelo publicitário e suas variações, nos moldes preconizados pelo neoliberalismo. [...] Assim, por essas abordagens – a do Marketing Social na Saúde é um bom exemplo – o direito à comunicação, como correlato ao direito à saúde, é substituído pelo direito do consumidor, o cidadão passa a ser tratado como ‘cliente’ e os objetivos reeditam a velha fórmula persuasiva para a adoção de hábitos e medidas preconizados pelas instituições de saúde (Araújo; Cardoso, 2009).

Em contraste ao perfil de cunho publicitário, “[...] o avanço do SUS vem exigindo um outro modelo de comunicação, que alimente práticas mais coerentes com a visão ampliada da saúde e com as propostas de descentralização, participação e controle social” (Cardoso, 2005, p. 22). No entanto, este projeto de mudança requer o enfrentamento ao neoliberalismo presente no Estado e na sociedade.

O neoliberalismo transformou profundamente o capitalismo, transformando profundamente as sociedades. Nesse sentido, o neoliberalismo não é apenas uma ideologia, um tipo de política econômica. É um sistema normativo que ampliou sua influência ao mundo inteiro,

estendendo a lógica do capital a todas as relações sociais e a todas as esferas da vida (Dardot; Laval, 2016, p. 7).

Sendo assim, o componente de comunicação tende a seguir na mesma lógica ditada pela racionalidade neoliberal. Neste cenário, a prática da comunicação pública é pedra fundamental no campo da saúde pública, uma vez que pode funcionar como indutora de transformações profundas, no sentido de emancipação de cidadãs e cidadãos e de reforçar o entendimento da sociedade sobre o SUS enquanto política pública de grande relevância social, de modo a produzir defesas contra as forças que visam seu desmonte em nome da mercantilização da saúde. Para Novelli (2006, p. 88), “[...] a prática da comunicação pública, quando conduzida de forma ética e responsável, tem a possibilidade de promover e consolidar o engajamento ativo dos cidadãos nas definições e implantações de políticas públicas”.

Desse modo, a implementação de uma política de comunicação pública voltada para o SUS pode desencadear processos que resultem na melhoria do acesso à saúde de forma mais condizente com as necessidades da população.

3.3 – As conferências e os ataques a políticas sociais e ao fundo público

Em 2023, as Conferências Nacionais de Saúde completaram 82 anos de existência desde a sua primeira edição, em 1941, totalizando 17 encontros. Numa visão geral, podemos dividir esse período histórico entre antes e depois da 8ª edição, ocorrida em 1986. Considerando o antes (1941 a 1985), foram sete conferências em 44 anos, abrangendo o final da Era Vargas até o final do Regime Militar. No final desse intervalo, houve o começo do processo de redemocratização do País.

[...] pode-se fixar a redemocratização como um processo que, embora tenha começado logo nos meses que se seguiram ao golpe militar de 1964, conheceu um ponto de inflexão específico, a partir do qual encorpou e começou a se espalhar, comendo progressivamente o campo do adversário. Vamos circunscrevê-lo ao período que vai de 1975 - ano dramatizado pela morte de Vladimir Herzog - a 1988, quando se tem a nova Constituição. Mas não haveria erro nenhum se se alterassem essas extremidades, de modo, por exemplo, que se fixassem o "início" da redemocratização em 1973, quando Ulysses Guimarães e Barbosa Lima Sobrinho participam como "anticandidatos" das eleições presidenciais indiretas de 1974 [...] (Chauí; Nogueira, 2007, 206).

No período entre 1986 e 2023 (37 anos), foram realizadas dez conferências, constituindo-se em uma fase mais produtiva em termos de quantidade de encontros. E é justamente neste recorte de tempo que ocorre a consolidação da redemocratização no Brasil. Para Chauí e Nogueira (2007), além da Constituição de 1988, há outros fatos que podem delimitar o final desse processo, como a primeira eleição direta para presidente da República, em 1989; ou quando Fernando Henrique Cardoso obtém a estabilização da economia, em 1994; ou, ainda, quando Luiz Inácio Lula da Silva venceu a eleição presidencial de 2002.

Independentemente do marco final do processo de redemocratização no País, o fato é que trata-se de um período em que houve o crescimento das conferências. No entanto, nessa mesma fase, além de assistir a ascensão de governos de esquerda à presidência da República, o Brasil vivenciou crises econômicas e políticas, escândalos associados à corrupção no governo (Mensalão e Operação Lava Jato), a prisão de Lula, o crescimento político de alas conservadoras da sociedade, movimentos contra a presidência da República, ataques de setores hegemônicos da economia e da imprensa à gestão governamental, bem como o *impeachment* de Dilma Rousseff, entre outras situações que fragilizaram o País (Queiroz, 2018). Com a consequente ascensão do então vice-presidente Michel Temer à presidência do Brasil, temos, após a era da redemocratização, uma fase de recuo histórico.

[...] o que vislumbramos no período pós-golpe é a celeridade do ajuste fiscal, acompanhado de uma bruta deterioração das condições de vida e trabalho. O recuo civilizatório observado [...] sinaliza para a ruptura com o “pacto social” inscrito na Constituição de 1988 (Souza; Soares, 2019).

Uma das medidas mais impactantes para a área da saúde adotadas no governo Temer foi a Emenda Constitucional (EC) 95, que limitou os gastos públicos em áreas sociais por um período de 20 anos. A EC 95 foi promulgada pelo Congresso Nacional após o duvidoso processo de *impeachment* de Dilma Rousseff, em 2016, atingindo o calcanhar de Aquiles do SUS: seus recursos financeiros. Sobre essa questão, embora reconheça os avanços na atenção à saúde e a ampliação da oferta do acesso a serviços, Viacana *et al.* (2018) apontam o subfinanciamento como um dos desafios históricos enfrentados pelo SUS. Paim (2018) afirma que o subfinanciamento gera “problemas na manutenção da rede de serviços e na remuneração de seus trabalhadores, limitando os investimentos para a ampliação da infraestrutura pública” (Paim, 2018, p. 1725).

Entre os diversos entraves ao adequado financiamento do SUS, Santos (2018, p. 1731) elenca, por exemplo, a “[...] Desconsideração da indicação constitucional do mínimo de 30% do Orçamento da Seguridade Social - OSS na base de cálculo e, desde 1993, a subtração do Fundo da Previdência Social”; desvios de recursos para outras prioridades, como aconteceu com a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), entre 1997 e 2007; a instituição da Desvinculação das Receitas da União (DRU), que estabeleceu o livre uso de uma parcela do orçamento pelo governo federal; o estímulo ao mercado de planos de saúde; e a aprovação da EC 95, entre outros. Para ilustrar o dano causado pela EC 95/2016, uma divulgação do Conselho Nacional de Saúde (2021) afirmou que:

Estimativas [...] apontam que a emenda retirou do Sistema Único de Saúde (SUS) recursos na ordem de R\$ 42,5 bilhões nos anos de 2018 e 2019 (pré-pandemia da Covid-19) e no ano de 2022. A Emenda, de acordo com a recomendação do Conselho, impede o atendimento das necessidades sociais da população mais necessitada (CNS, 2021).

Os problemas apontados acima refletem a disputa por partes do fundo público, que, segundo Salvador (2020), corresponde à capacidade de mobilização de recursos por parte do Estado para a realização de intervenções em políticas públicas. “Esses recursos públicos advêm, principalmente, da arrecadação tributária na forma de impostos, contribuições (sociais e econômicas) e taxas, além de outras receitas públicas [...]” (Salvador, 2020, p. 326). Além disso, também compõem a totalidade do fundo público a contratação de empréstimos pelo governo, a cobrança de *royalties* pela extração de recursos naturais e minerais existentes no país, a emissão de moeda pelo Estado e os lucros e dividendos de empresas públicas, sendo o orçamento público a expressão mais visível do fundo público (Salvador, 2020).

Desse modo, a disputa pelo fundo público expressa problemas existentes no campo das políticas sociais, que sofrem comprometimentos no ambiente de luta por frações do orçamento. Podemos entender essa situação como consequência do modo de operação do capitalismo no contexto neoliberal contemporâneo, que agrava ainda mais esse quadro, corroendo o investimento governamental na área social, com impacto negativo na área da saúde.

A fragilização do orçamento público da saúde no País ocorre em um cenário que Cislighi (2020) identifica como ultraneoliberalista ou, nas palavras de Dardot e Laval (2016), o novo liberalismo. Paulatinamente, esse movimento compromete justamente o fundo público, o que implica na redução de “investimentos na implementação de políticas sociais” (Behring, 2021, p. 39).

Na sequência do governo Temer, houve a vitória de um governo de extrema-direita, nas eleições de 2018, agravando ainda mais os ataques às políticas sociais.

Podemos perceber [...] que a chegada de Bolsonaro ao poder ocorreu em uma combinação de crises no plano econômico, político e social, na qual a legitimidade de um determinado padrão de «gestão» da dominação de classes se viu profundamente abalada (Mattos, 2022, p. 29).

Ainda na visão de Mattos (2022), o discurso de Jair Bolsonaro forneceu elementos de aproximação com o facismo. “Como o fizeram os fascistas desde sempre, Bolsonaro mobilizou seu apoio entre as classes médias, mas governou segundo os interesses do grande capital” (Mattos, 2022, p. 32).

Diante de tantos desafios, dos quais as citações acima representam apenas alguns exemplos, as Conferências Nacionais de Saúde, bem com suas versões estaduais e municipais, colocam-se como um contraponto essencial para a manutenção e defesa do SUS.

3.4 - As conferências como espaço para o debate público sobre comunicação e saúde

As conferências constituem-se em arenas importantes para o debate sobre políticas públicas para o País, sendo espaços amplos e democráticos de discussão e articulação coletivas em torno de propostas e estratégias de organização do SUS, reunindo governo, sociedade civil organizada, profissionais e prestadores de serviços.

O papel prioritário das conferências é fomentar debates que possam incluir questões na agenda política e também sirva de orientação para o governo em suas atividades. As conferências também têm sido ambientes importantes para a prestação de contas de medidas governamentais e de demandas para limitações, ausências e vácuos (Ramos *et al.*, 2020, p. 10).

Os dados apresentados abaixo, extraídos dos relatórios das edições progressas, correspondem a recortes, portanto trechos selecionados dos documentos. Essencialmente, o

objetivo dessa seleção é apresentar recomendações ou citações a ações de comunicação que dialogam com o objeto de pesquisa, com destaque para proposições que contêm a expressão “política de comunicação” no corpo do texto do relatório. Essa regra só não foi aplicada aos documentos mais antigos, dos primórdios das conferências, nos quais buscou-se apenas a identificação da temática da comunicação, mesmo que de forma tangencial.

3.4.1 - Conferências antes de 1986: da Era Vargas ao Regime Militar de 1964

As Conferências Nacionais de Saúde foram instituídas por Getúlio Vargas, por meio da Lei 378/1937, dando nova organização ao Ministério da Educação e Saúde Pública (Câmara dos Deputados, s/d), comandado à época por Gustavo Capanema (TCU, s/d). A 1ª edição ocorreu em 1941, no Rio de Janeiro (RJ), à época capital federal do Brasil, trazendo como tema central a “Situação Sanitária e Assistencial dos Estados”. Para realizar o evento naquele ano, o governo federal elaborou uma série de questionamentos sobre a situação geral de saúde e os encaminhou previamente para os governos estaduais, que ficaram incumbidos de responder as perguntas. O questionário sobre a situação sanitária e assistencial nos estados foi composto por 106 perguntas (Brasil, 1941). Duas delas tinham relação com o campo da comunicação. São elas: 77 - “Como se faz a educação sanitária das populações? Dispõe o Estado para este fim de uma repartição especial?”; e 78 - “Que meios de divulgação são utilizados para essa espécie de educação? São utilizados o rádio e o cinema?” (MS, 1941, p. 32). Nota-se nessas questões o interesse do governo federal em conhecer quais materiais e meios de divulgação os estados mobilizavam nas ações voltadas para difundir informações sobre educação sanitária para a população.

É interessante observar que o “relatório” desta primeira conferência foi constituído apenas por um conjunto de publicações de decretos, portarias, documentos e despachos. Não há registro sobre os resultados da 1ª conferência. Além da ausência de dados sobre as conclusões da primeira edição do evento, também não há relatório sobre a 2ª CNS, realizada em 1950, cujo tema foi “Legislação referente à Higiene e à Segurança do Trabalho” (CNS, 2022). De acordo com a periodização de Sayd, Junior e Velandia (1998), as duas primeiras conferências ocorrem dentro da fase que eles definem como “sanitarismo clássico” (1941 a 1961), cujo modelo de atuação é o das campanhas sanitárias, caracterizado pelo combate às

grandes epidemias, pela concentração das decisões tecnocráticas do governo e pelo modo repressivo de intervenção médica nos corpos individuais e social.

Já a 3ª edição da conferência, em 1963, também no Rio de Janeiro (RJ), ocorreu em um período de transição, tendo cunho municipalista e descentralizante, preocupação com recursos humanos e de planejamento global para a área da saúde (Sayd; Junior; Velândia, 1998). Marcada por um período mais democrático e de avanços tecnológicos na área da saúde (Lima; Fonseca; Hochman, 2005), a época era a do governo de João Goulart, iniciado em 1961 e derrubado pelo golpe militar de 1964.

No relatório da 3ª CNS (1963), há menção, por exemplo, a medidas de difusão de educação sanitária visando a prevenção e o diagnóstico precoce de câncer, a implementação de divulgação sobre nutrição e a realização de campanhas (Funasa, 2017). O fato de a comunicação não ter presença marcante no documento serve de indício de que a área ainda não era vista ou percebida como estratégica no âmbito das conferências. No entanto, esta é apenas uma hipótese, que não será investigada e nem explorada nesta pesquisa. Ressalta-se também que isto não significa ausência de ações de comunicação do governo no campo da saúde naquele período.

No relatório da 4ª conferência (1967), última edição realizada na cidade do Rio de Janeiro (RJ), cujo tema foi “Recursos Humanos para as Atividades em Saúde”, as informações foram organizadas em quatro tópicos de discussões durante o evento, acompanhados de perguntas e respostas sobre diversos assuntos. As perguntas eram apresentadas a grupos, que formulavam respostas aos questionamentos. Uma das perguntas suscitou respostas que trouxeram a temática da comunicação. A pergunta apresentada aos grupos foi: “*Como podem as universidades ter acesso à informação sôbre [sic] a realidade sanitária nacional e conhecer os compromissos internacionais do país em relação aos problemas de saúde?*” (MS, 1967, p. 247, grifo nosso). Em resposta a esta pergunta, o “grupo 1” afirmou que as instituições de ensino superior estariam melhor informadas se contribuíssem, “[...] através dos seus órgãos especializados, para a organização de um centro nacional permanente destinado à coleta e processamento dos dados relativos aos problemas de saúde e sua divulgação” (MS, 1967, p. 263).

Respondendo ao mesmo questionamento (como as universidades poderiam acessar informações sobre a saúde), o “grupo 10” afirmou: “Através da criação de mecanismos de

comunicação eficiente, entre todos os órgãos relacionados com os problemas de saúde” (MS, 1967, p. 266). Outra resposta foi a do “grupo 14”, que propôs:

As próprias universidades devem utilizar suas capacidades para de uma forma mais ativa, juntamente com os serviços de saúde, buscar informações sobre [sic] a realidade sanitária nacional. Por outro lado, devem melhorar seus sistemas de comunicações com as autoridades competentes, a fim de conhecerem e se integrarem nos compromissos internacionais do país (MS, 1967, p. 267).

Essas informações constam no tópico 4 do capítulo VII, que trata do tema “Responsabilidades das Universidades e Escolas Superiores no Desenvolvimento de uma Política de Saúde” (MS, 1967, p. 235).

De acordo com a periodização de Sayd, Junior e Velandia (1998), a 4ª edição já se insere em um período de “planejamento estatal”, em pleno regime militar, que se estende até 1980. Portanto, inaugura uma época de controle burocrático-autoritário de Estado, com a anulação de discussões políticas nos processos decisórios. Esta fase abrange o chamado “milagre brasileiro” (1968 a 1974) e a crise do petróleo (1974 a 1984). Na fase do “milagre brasileiro”, a política de saúde é marcada pelo campanhismo e pelos serviços de medicina curativa para aqueles que tinham acesso à saúde por terem carteira assinada, transformando a saúde em um bem de consumo. Até o final do período identificado como o de “planejamento estatal”, o País também enfrentou crise econômica, desemprego, queda no poder aquisitivo da população e endividamento público (Sayd; Junior; Velandia, 1998).

Na 5ª CNS (1975), primeira realizada em Brasília (DF), foram debatidos os seguintes temas: 1) Implementação do Sistema Nacional de Saúde; 2) Programa de Saúde Materno-Infantil; 3) Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica; 4) Programa de Controle das Grandes Endemias; 5) Programa de Extensão das Ações de Saúde às Populações Rurais” (MS, 1975). Nesta edição, é possível verificar que a comunicação entrou na discussão como ferramenta para superação de problemas, como visto no tema 2 (Programa Materno-infantil). O uso de “meios de comunicação coletivos” foi recomendado como umas das ferramentas para a obtenção da participação da comunidade, como uma das formas de superação de dificuldades de implementação do programa (MS, 1975, p. 3)⁷. Com relação ao tema 3

⁷ A paginação do relatório da 5ª CNS (1975) não foi feita de forma sequencial, mas, sim, de forma separada, considerando cada trecho temático, bem como as conclusões e recomendações apresentadas. Dessa forma, as

(Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica), o relatório indica a necessidade de “Difundir informações atualizadas sobre a situação epidemiológica no país e no exterior” (MS, 1975, p. 3). No tema 4 (Programa de Controle das Grandes Endemias), é recomendado o estabelecimento de uma vigilância epidemiológica em pontos estratégicos de migração, cabendo às secretarias de saúde fazer a divulgação das atividades. Ainda nas conclusões e recomendações referentes ao tema 4, lê-se que “[...] a participação da comunidade em programas de saúde poderá ser obtida através de [...] conscientização da população quanto aos benefícios de ações integradas [...]” (MS, 1975, p. 3).

Já na 6ª CNS (1977), os temas abrangeram, por exemplo, o controle das grandes endemias, a interiorização dos serviços de saúde e a Política Nacional de Saúde (MS, 1977). Nas conclusões e recomendações referentes ao tema 2 do relatório (Operacionalização dos novos diplomas legais básicos aprovados pelo governo federal em matéria de saúde), é apontado o uso dos meios de comunicação como ferramenta para mobilizar a sociedade em torno de questões referentes à saúde pública.

Mobilização de todos os meios de comunicação e informação disponíveis para o esclarecimento da população; Difusão permanente, junto à comunidade, pelos órgãos de comunicação, da importância de cientificar as autoridades da ocorrência de casos de notificação compulsória e de outros casos considerados como de agravo à saúde (MS, 1977, p. 7).

Ainda em relação ao relatório da 6ª CNS, entre as medidas propostas para superar as dificuldades de interiorização de ações de saúde e de saneamento, tratadas no tema 3 (Interiorização dos serviços de saúde), está a “Utilização dos meios de comunicação existentes, com o objetivo de instruir a comunidade” (MS, 1977, p. 6).

Chegando ao último relatório das conferências que antecederam a 8ª (1986), a 7ª edição (1980) tratou da “Extensão das Ações de Saúde por meio dos Serviços Básicos”. No subtema 9 (Informação e Vigilância Epidemiológica nos Serviços Básicos de Saúde), as conclusões apontam para o desenvolvimento de um sistema de informações de saúde no País.

O sistema de informações, além dos objetivos de oferecer subsídios para planejamento e avaliação, deve apresentar, com a frequência [sic] desejada, as informações necessárias para que as comunidades e as equipes

numerações do relatório citadas neste trabalho referem-se aos trechos dedicados às conclusões e recomendações da conferência.

dos serviços básicos de saúde disponham de uma avaliação permanente das condições sanitárias da população e do sistema de prestação de serviços (MS, 1980, p. 186).

No quesito participação comunitária (subtema 10), o relatório aponta a ausência de canais e de oportunidades para a prática de participação social como entraves à comunicação (MS, 1980).

Conforme vimos, até a 7ª edição, a comunicação veio ganhando espaço nos debates das Conferências Nacionais de Saúde, mas, basicamente, com foco em ações de divulgação, dentro de uma lógica de transferência de informação à população, passando comandos que visassem a promoção de ações e a conscientização das pessoas, além da mobilização de meios de comunicação, bem como o uso da comunicação como suporte para a gestão e o planejamento governamental e instrumento de avaliação das ações de saúde.

3.4.2 - 8ª Conferência Nacional de Saúde: “virada de chave” na saúde pública brasileira no período de redemocratização

Em 1986, ocorreu, em Brasília (DF), a 8ª CNS, considerada um marco na história das conferências (MS, 2022). Podemos entendê-la como uma grande “virada de chave” na trajetória da saúde pública brasileira, determinando importantes mudanças de paradigma. Uma delas foi o fato de, naquele ano, o fórum ter sido aberto à sociedade, mobilizando um grande contingente de movimentos sociais, algo inédito até então. Outro fator fundamental naquele contexto foi que ali se estabeleceu o conceito ampliado de saúde.

Para o campo da comunicação, a contribuição seminal da 8ª CNS foi estabelecer o entendimento de que, para o exercício pleno do direito à saúde, como conquista social, deveria haver também o “[...] direito à liberdade, à livre organização e expressão [...]” (MS, 1986, p. 5). Desse modo, a comunicação foi integrada ao campo da saúde pública como um de seus pilares, dentro da lógica do conceito ampliado de saúde. No item “Reformulação do Sistema Nacional de Saúde”, o relatório afirma que:

É indispensável garantir o acesso da população às informações necessárias ao controle social dos serviços, assegurando, a partir da constituição de um Sistema Nacional de Informação a: maior transparência às atividades desenvolvidas pelo setor; adoção de políticas de saúde que respondem

efetivamente à complexidade do perfil sócio-sanitário da população brasileira (MS, 1986, p. 18).

Os temas gerais tratados na 8ª CNS foram: 1) Saúde como direito; 2) Reformulação do Sistema Nacional de Saúde; e 3) Financiamento setorial. Pelo porte de suas contribuições e pelo momento histórico do País naquele momento, que passava pelo processo de redemocratização, aquela edição serviu de base para o debate sobre o tema da saúde na Assembleia Nacional Constituinte (1987-1988) e para a formulação do capítulo referente à saúde inscrito na Constituição Federal (CF) de 1988, sendo determinante para a criação do SUS.

Os aportes da 8ª edição se relacionam com as discussões sobre a reformulação da saúde no País, influenciadas pela Reforma Sanitária Brasileira (RSB), iniciada na década de 1970, contando com representações dos profissionais de saúde, do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), entre outras (Escorel, 1999). A RSB defendia reformas profundas na saúde, que, à época, consistia basicamente na assistência prestada aos segurados (pessoas com carteira assinada e aos seus familiares) do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), serviços públicos específicos e filantrópicos, além da rede privada (Sousa, 2002). As reformas propostas contemplavam a criação de serviços públicos de saúde baseados na atenção primária, descentralização desses serviços e fortalecimento da gestão de estados e municípios, além da participação social e a integralidade das ações (Silva, 2011).

Os ideais defendidos pela RSB estavam em sintonia com os preceitos da Declaração de Alma-Ata, divulgada por ocasião da Conferência de Alma-Ata, realizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), na República do Cazaquistão, em 1978 (Sousa, 2002; Costa; Vieira, 2012).

Embora não tenha relação direta com o tema da comunicação, é necessário pontuar que, além da RSB, da 8ª CNS, da Assembleia Nacional Constituinte e da CF de 1988, alguns outros fatos históricos influenciaram na formulação do SUS. Um exemplo disso foi o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste (Piass), criado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), em 1976 (Paim, 2008). Vinculado ao Ministério da Saúde, o Piass visava a expansão da rede de atenção primária de saúde em municípios do interior do País, de forma descentralizada e hierarquizada (Paiva; Teixeira, 2014).

Outro exemplo foi a criação do Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária (Conasp), instituído em 1981, no âmbito do Ministério da Previdência e Assistência Social (Sousa, 2002). Este conselho tinha a missão de reorganizar e estabelecer mecanismos de controle para o financiamento da assistência médica no País. Com esta reorganização, em 1983, foram criadas as Ações Integradas de Saúde (AIS), afim de ordenar a articulação entre as três esferas governamentais. Ao propor uma revitalização e a racionalização da oferta de serviços públicos, as AIS estabeleceram novos mecanismos de regionalização e de hierarquização da rede pública de saúde, representando uma mudança estratégica importante no início da década de 1980 (Sousa, 2002).

Desta forma, o Conasp fortaleceu as gestões de saúde em estados e municípios e a descentralização das ações, uma vez que o Inamps promoveu, de forma gradativa, a estruturação de serviços de atendimento à população nos estados e municípios, extrapolando o modelo de assistência vinculada aos segurados do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), vinculado ao então Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) (Sousa, 2002).

O outro fato foi a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), cuja implementação, em 1987, antecedeu o SUS. O SUDS surgiu como resultado dos avanços na discussão sobre saúde no País, capitaneada pelos representantes da RSB e da 8ª CNS, entre outros atores. Na época, o SUDS assumiu o compromisso com a democratização do acesso aos serviços de saúde (Sousa, 2002).

Realizada em 1992, a 9ª CNS ocorre após a criação do SUS, já existindo, inclusive, a Lei Orgânica da Saúde (LOS - nº 8080/1990), que definiu a organização do sistema e as suas ditrizes orientadoras, bem como as atribuições de cada nível de gestão. Além disso, já havia também a Lei nº 8.142/1990, que estabeleceu a forma de participação social no SUS. A 9ª edição destacou o tema da municipalização das ações de saúde (MS, 1992). Observa-se no relatório o crescimento da pauta da comunicação. Além da defesa do projeto de lei sobre democratização dos meios de comunicação, pela primeira vez houve o uso do termo “política” associado à proposta para o campo da comunicação (MS, 1992, p. 38), conforme reproduzido no trecho abaixo.

[...] apoio ao projeto de lei sobre democratização dos meios de comunicação [...]; que seja estabelecida uma Política de Controle Social dos meios de comunicação [...]; que haja garantia de espaço gratuito nos Meios de Comunicação de Massa para informações, em linguagem

acessível, das atividades dos Conselhos de Saúde, bem como do Sistema Único de Saúde como um todo [...]; que a Política de Comunicação Social do SUS siga as orientações definidas pelos Conselhos de Saúde nos respectivos níveis de governo [...] (MS, 1992, p. 38).

Entre os trechos sobre comunicação, houve, ainda, recomendações referentes ao acesso à informação para o pleno funcionamento dos conselhos e como forma de garantir a democratização e viabilização do SUS.

O controle das atividades de saúde por parte da sociedade só é possível se houver [...] livre acesso à informação de boa qualidade, apresentada de forma clara e acessível a todos. Por ser um direito constitucional, o acesso à informação deve ser incluído na Lei Orgânica da Saúde. Deve ser garantida a transparência nas administrações [...]. Deve ser estimulada a criação do Sistema Nacional de Informações de Saúde, [...] que permita a produção e disseminação de informações [...] em todos os níveis do SUS (MS, 1992, p. 38).

Ressalta-se que as recomendações estavam em sintonia com o artigo 220 da Constituição Federal (capítulo V, sobre comunicação social) nos quesitos relacionados à livre manifestação de pensamentos e expressões, liberdade de imprensa, combate ao monopólio ou oligopólio dos meios de comunicação, vedação à censura e restrições legais à propaganda de tabaco, bebidas alcoólicas, agrotóxicos e medicamentos (Brasil, 1988).

Conforme a periodização de Sayd, Junior e Velandia (1998), a 8ª e a 9ª edições das conferências ocorreram no período da Reforma Sanitária, sendo a primeira realizada logo após o início da Nova República (1985), com a posse de José Sarney como presidente da República, após a morte de Tancredo Neves, período em que a saúde foi discutida dentro de uma agenda dos direitos civis e do cidadão, tendo o desafio de superar a dicotomia entre saúde pública e atenção médica curativa.

Tendo como pano de fundo as crises econômica e ético-política envolvendo o então do governo Collor, a 9ª conferência “[...] denunciou o não cumprimento da legislação sanitária e defendeu a municipalização da saúde [...]” (Paim (2008, p. 193). No mesmo ano (1992), após o *impeachment* de Fernando Collor de Mello, por Crime de Responsabilidade (Câmara dos Deputados, s/d), Itamar Franco assumiu a presidência da República, permanecendo até 1995 (Paim, 2008).

O maior desafio da economia, no governo Itamar Franco, foi o enfrentamento da inflação, em que Collor fracassara com seus planos autoritários (confisco do dinheiro ao limitar saques etc.). Além disso, enfrentava o combate à corrupção, motivo do impedimento do presidente (Faleiros *et al.*, 2006, p. 122).

De acordo com Paim (2008), nesse período (1992-1995) o Brasil entra em uma fase de municipalização plena das ações de saúde, favorecida pela publicação da Norma Operacional Básica 01/93. Além disso, houve influência da sociedade civil na política de saúde, por meio dos conselhos de saúde (nacional, estaduais e municipais) e a reativação de alguns movimentos de cidadania, com a luta contra a fome e a miséria, a defesa da vida e contra a violência (Paim, 2008).

No entanto, na área do financiamento da saúde, forças privadas e do próprio governo colidiam com o SUS.

O SUS enfrentou-se com o seqüestro [sic] dos recursos da saúde pelo Ministério da Previdência (Antônio Britto), apoiado pelo Ministério da Fazenda de então (Fernando Henrique Cardoso), com as pendências jurídicas, sonegação e adiamento do pagamento da Contribuição Financeira para a Seguridade Social (Cofins) pelos empresários, enfim, com o recrudescimento da “operação descrédito” capitaneada pelo próprio governo por intermédio da “área econômica” (Paim, 2008, p. 194 e 195).

No período, além do ajuste macroeconômico, por meio do Plano Real (1994), houve também a extinção do Inamps; a expansão da assistência médica, por meio da diversificação de modalidades de compra e de pagamento dos serviços privados; e críticas de prestadores de serviços ao SUS quanto aos valores pagos pelo governo pelos procedimentos de saúde (Paim, 2008).

A relevância do debate sobre comunicação também foi verificada no relatório da 10ª Conferência (1996). Já nos resultados do debate referente ao tema 1 (Saúde, cidadania e políticas públicas), item 14, há a defesa de:

[...] que o acesso às informações e aos conhecimentos é direito do cidadão e deve ser garantido pelo Estado. Para isso: [...] 14.4 - deve ser regulamentada a Lei nº 4.117/62, que estabelece o Código Brasileiro de Telecomunicações, especialmente no tocante às rádios comunitárias, garantindo sua continuidade como meios democráticos e participativos para ampliação e transmissão das informações sobre políticas públicas e práticas culturais e populares em saúde; 14.5 - O Ministério da Saúde deve promover, de modo permanente e periódico, discussões de abrangência

nacional sobre as questões de saúde, através de todos os meios de telecomunicação e com acesso facilitado aos conselheiros de Saúde, bem como campanhas de esclarecimento e conscientização da importância do SUS [...] (MS, 1998, p. 19).

No trecho dedicado ao tema 2 (Gestão e organização dos serviços de saúde), a comunicação ganhou um tópico exclusivo, no item 2.6 (Informação, Educação e Comunicação em Saúde - IEC), cujo primeiro subitem (2.6.1) trata da “Política Nacional de Informação, Educação e Comunicação em Saúde”, que recomenda ao Ministério da Saúde a criação:

[...] no prazo de 60 (sessenta) dias a contar da divulgação deste Relatório, uma Comissão Nacional de Informação, Educação e Comunicação em Saúde, com a participação do Fórum Nacional pela Democratização da Informação, para a definição de uma Política Nacional de Informação, Educação e Comunicação em Saúde [...] (MS, 1998, p. 34).

Outras questões de comunicação contempladas nas conclusões e recomendações da 10ª CNS referem-se à garantia de meios e recursos para as atividades de informação, educação e comunicação em saúde com foco no interesse público; integração da área de comunicação social às ações de informação e educação em saúde; análise e acompanhamento de informações divulgadas; publicização de informações de utilidade pública nos meios de comunicação; entre outras (MS, 1998).

No tópico 2.6.2, “Organização e Funcionamento do Sistema Nacional de Informação, Educação e Comunicação em Saúde”, as/os delegadas/os da conferência recomendaram a implantação de um Sistema Nacional de Informações em Saúde; a criação de Centros de Documentação, Informação, Comunicação e Educação em Saúde; disponibilização de informações sobre o atendimento em unidades de saúde; a ampliação e democratização da comunicação social do SUS; a criação de pólos de comunicação social em saúde municipais como forma de estimular uma política de educação em saúde e conscientização popular; e realização de campanhas publicitárias em defesa do SUS e de divulgação de ações exitosas (MS, 1998); entre outras medidas. Foi recomendado também que:

Os gestores e os Conselhos de Saúde devem constituir, através de comissões paritárias, políticas democráticas de comunicação em todos os níveis do Sistema de Saúde, implementando atividades e veículos de comunicação e informação que promovam a inter-relação entre os

Conselhos de Saúde e a população, estimulando a participação dos usuários em todos os níveis do SUS; [...] Os gestores do SUS e os Conselhos de Saúde devem realizar campanhas de divulgação dos direitos e deveres dos usuários em relação ao Sistema Único de Saúde [...] (MS, 1998, p. 38).

Portanto, mesmo sendo um recorte de alguns itens entre as recomendações do relatório, vê-se a significativa ampliação do trato da temática da comunicação nas conferências.

Na 11ª CNS, realizada em 2000, com o tema central “Efetivando o SUS – Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social”, o relatório aponta que “As políticas de Informação, Educação e Comunicação (IEC) devem subsidiar e estar coerentes com a política nacional de saúde e os princípios do SUS” (MS, 2001, p. 47). No entanto, observa-se que:

A participação ativa, informada e propositiva tem encontrado obstáculos: as informações acumuladas no SUS (financiamento, dados epidemiológicos, recursos humanos, programas, experiências bem sucedidas etc.) não são democratizadas em linguagem acessível e adequada aos diferentes públicos; falta transparência nas ações governamentais; há desconhecimento, pelos usuários, da legislação do SUS, e conseqüentemente [sic] dos próprios direitos e da possibilidade de recorrer ao Ministério Público para garantir o acesso e a qualidade do atendimento; o SUS é utilizado de forma clientelista, oportunista e eleitoreira por representantes do Legislativo; faltam informações e capacitação de gestores, conselheiros e população em geral; falta infra-estrutura [sic] em IEC para o funcionamento dos Conselhos, o que impede a comunicação adequada dessas instâncias entre si e com os poderes Executivo, Legislativo, Judiciário e a sociedade (MS, 2001, p. 47).

O documento reforça que “A informação em saúde é um insumo fundamental para o aperfeiçoamento das lutas do setor, mas não tem sido usada para o planejamento, programação, gestão e avaliação do Sistema, seus serviços e atividades” (MS, 2001, p. 47). Entre as diversas críticas, as/os delegadas/os apontaram que:

Persistem casos de manipulação de dados sempre que são desfavoráveis à imagem de governos na grande imprensa. A mídia reforça a lógica do tratamento das doenças através de ações especializadas e centradas no modelo hospitalar. O próprio poder público investe em estratégias de comunicação que favorecem determinadas ações, especialidades e projetos que lhe asseguram maior visibilidade política (MS, 2001, p. 48).

Devido ao grande volume de tópicos do relatório que tratam de assuntos referentes ou relacionados à comunicação, seguem abaixo, especificamente e de forma resumida, as proposições da 11ª CNS para o tópico de políticas de Informação, Educação e Comunicação (IEC) no SUS.

Com relação à democratização de informações, foi recomendado que as políticas de IEC compreendessem o fortalecimento da cidadania, assim como do controle social, para a melhoria da qualidade e da humanização de serviços e ações no campo da saúde; que essas políticas reafirmassem a importância da democratização de informações; a institucionalização de uma Rede Pública Nacional de Comunicação em Saúde, tendo como uma de suas funções a mobilização da população em defesa do SUS; o uso de várias mídias (internet, rádio, televisão, boletins, veículos do Terceiro Setor, entre outros) para o exercício de uma comunicação transparente e democrática; entre outras proposições.

No período de realização da 10ª e 11ª edições das conferências, entre 1996 e 2000, Fernando Henrique Cardoso (ministro da Fazenda no governo de Itamar Franco) já havia sido eleito (1995-1998) e reeleito (1999-2002) para a presidência da República, por meio de eleições diretas. Embora o Plano Real tenha proporcionado a estabilização da moeda, com impactos positivos na economia, na saúde os problemas continuaram.

Quando o Real completava um ano o principal problema das grandes cidades brasileiras era a crise no sistema público de saúde. Enquanto isso, segmentos da classe média e dos trabalhadores de melhor nível de renda migraram para o seguro-saúde e outras formas de assistência médica supletiva (AMS) na medida em que se deterioravam os serviços públicos de saúde e a mídia desqualificava os esforços de construção do SUS. Já os demais cidadãos brasileiros usuários do SUS, apesar do direito à saúde estabelecido na Constituição, eram repelidos no cotidiano dos serviços de saúde pelas filas, maus-tratos, burocratização, humilhações, greves e baixa qualidade dos serviços (Paim, 2008, p. 205 e 206).

De acordo com Paim (2008), a carta da 10ª CNS (1996), incluída no relatório final, denunciou o desmonte da máquina pública, alertando sobre os efeitos negativos da política econômica adotada no País na área da saúde. Conforme publicado no relatório da conferência:

A despeito dos avanços institucionais e democráticos, as condições sanitárias e as instituições de saúde continuam em grave crise no Brasil. No centro deste processo do setor saúde, encontramos a política econômica

de cunho neoliberal implementada pelo governo Federal e parte dos governos estaduais. Imposta por países e organismos e pela elite financeira nacional, desenvolve-se esta nefasta política que produz dependência e endividamento social, violência, doença e morte. Sob o discurso da “modernização” estabelece-se, de fato, o “Estado Mínimo” para as políticas sociais e o “Estado Máximo” para o grande capital financeiro nacional e internacional (Brasil, 1998, p. 13).

Para agregar recursos para a área da saúde, em 1997 foi aprovada a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), uma cobrança de alíquota que incidia sobre todas as movimentações bancárias. Entre 1997 e 2007, quando foi derrubada, a CPMF arrecadou R\$ 223 bilhões, porém, menos da metade deste recurso foi aplicado na área da saúde (Senado Federal, s/d).

Entre os diversos acontecimentos ocorridos durante o governo FHC na área da saúde, destaca-se, ainda, a aprovação da Lei 9.656/1998 (lei dos planos de saúde), reforçada pela Lei 9.651/2000, que criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades de assistência suplementar à saúde (Paim, 2008). Outros fatos político-institucionais relevantes foram a criação da Agência de Vigilância Sanitária (Anvisa), por meio da Lei 9.782/1999; a aprovação da Lei dos Medicamentos Genéricos (Lei 9.787/1999); e a realização da 11ª CNS (2000) e da 1ª Conferência Nacional de Vigilância Sanitária (2001); entre outros (Paim, 2008). “Apesar desses fatos a Reforma Sanitária não se apresentava na agenda do governo nem era enfatizada pelo movimento sanitário, inclusive através dos seus protagonistas históricos como o Cebes e a Abrasco” (Paim, 2008).

3.5 - Avaliação dos relatórios das conferências realizadas entre 2003 e 2019 (12ª à 16ª edição): da abertura à ruptura com o controle social

Passando ao objeto deste estudo, neste tópico são avaliados os relatórios de cinco edições das Conferências Nacionais de Saúde, realizadas entre 2003 e 2019, correspondendo ao recorte da 12ª à 16ª edição⁸. Estas conferências têm em comum a continuidade da defesa da saúde como direito da população e dever do Estado, sendo, inclusive, o tema central da

⁸ A definição do recorte de relatórios da pesquisa ocorreu em 2022, portanto muito antes da realização da 17ª Conferência Nacional de Saúde, em julho 2023.

12ª CNS, realizada em 2003. Na nossa avaliação, essa defesa tornou-se emblemática no decorrer do período avaliado, especialmente por dois fatos. O primeiro deles foi a ascensão dos governos de esquerda. O segundo, a entrada da extrema direita na presidência da República. Portanto, são edições realizadas em um período histórico no qual o País passa por transformações no campo político, que vão desde o início do primeiro governo Luiz Inácio Lula da Silva até o fim de seu segundo mandato (2003 a 2010), seguidos pelas gestão de Dilma Rousseff até o processo de *impeachment* (2011 a 31 de agosto de 2016) e chegando ao avanço da extrema direita no Brasil, com a eleição de Jair Bolsonaro em 2018 (início de governo em 2019), após o período em que Michel Temer permaneceu na presidência da República (31 de agosto de 2016 a 2018).

Nesse período (2003 a 2019), o conceito de saúde vigente foi (e é até os dias atuais) aquele definido na 8ª CNS - conceito ampliado de saúde -, que consiste no entendimento de que saúde não é só ausência de doenças, mas decorrente de um conjunto de fatores, que vão desde o acesso ao trabalho, à moradia e à educação e outras condições sociais até o acesso à informação e liberdade de expressão.

No campo da comunicação, prevalecem práticas de divulgação, de realização de campanhas publicitárias e de relacionamento com a imprensa como principais traços da atuação da área de comunicação do governo, dentro de um modelo identificado preponderantemente com o de transmissão de informações e de mobilização da população para estimular mudança de comportamentos, traduzindo-se em um modelo de comunicação tradicional (Araújo, Cardoso, Murtinho, 2011).

A partir do tema central “Saúde direito de todos e dever do Estado, o SUS que temos e o SUS que queremos”, a 12ª edição trouxe 10 eixos temáticos, sendo um deles dedicado à comunicação (eixo 10: Comunicação e informação em saúde), representando um marco importante para a área da comunicação no histórico das conferências.

Assim como nas três últimas edições (9ª, 10ª e 11ª), a comunicação teve sua inserção bastante ampliada nas discussões em diversos eixos temáticos, podendo ser identificada como elemento transversal nos debates, refletindo nas diretrizes propostas no relatório, não somente no eixo de comunicação e informação em saúde. Alguns exemplos estão no trecho sobre direito à saúde (eixo I), como a recomendação de exigência de cumprimento da legislação que impede a propaganda de medicamentos em veículos midiáticos como forma de reduzir problemas com a automedicação e/ou uso indevido de fármacos; e na temática VI

(Controle social e gestão participativa), como a cobrança de implementação de uma política de informação, sob a responsabilidade de conselhos e de gestores de saúde.

Especificamente no eixo temático 10 (Comunicação e informação em saúde), o relatório afirma, em sua introdução, que:

No cenário mundial e no Brasil, as políticas e estratégias setoriais de comunicação e informação encontram-se no eixo central das possibilidades de geração de novos processos e produtos e de mudanças nos modelos institucionais de gestão. [...] A sociedade brasileira e, em particular, diferentes segmentos que atuam no setor de Saúde apresentam crescentes demandas de informação e comunicação. Em meio ao excesso de informação presente nos dias atuais, é preciso desencadear um novo esforço coletivo para produzir a informação que é de interesse comum, de escolher, selecionar e redirecionar informações conforme necessidades concretas, de possibilitar o acesso e levar em consideração o conhecimento produzido por seus interlocutores, não reduzindo a política nesses campos ao acesso a conhecimentos técnico-científicos (MS, 2004, p. 161).

Ainda na introdução do eixo 10, a comunicação é colocada como um campo que não pode ser reduzido aos seus meios tecnológicos, mas considerada em sua dimensão de construção e transformação de sentidos.

É preciso superar a visão que reduz a comunicação às suas tecnologias. Comunicação envolve informação e discursos que concorrem para a construção e a transformação de sentidos sociais a partir do uso de meios e tecnologias – imprensa escrita, rádio, televisão, internet –, mas não se reduz a nenhum deles. Envolve interlocução, busca do diálogo, outros processos sociais e culturais, como o da educação, da popularização da ciência e o da promoção da saúde, compartilhados e mediados pelos meios de comunicação, mas não determinados por eles. Significa estimular a utilização, em cada local, das manifestações culturais como veículo importante de comunicação. Envolve também o reconhecimento da pluralidade, do dissenso e dos conflitos inerentes à democracia (MS, 2004, p. 162).

Em suas diretrizes gerais sobre comunicação e informação, o relatório da 12ª CNS propôs que o Conselho Nacional de Saúde e o Ministério da Saúde definissem estratégias para a elaboração e implementação de “políticas articuladas de informação, comunicação, educação permanente e popular em saúde, nas três esferas de governo [...]” (MS, 2004, p. 162). Propôs, ainda, a realização da 1ª Conferência Nacional de Informação, Comunicação e Educação Popular em Saúde, a garantia de financiamento específico para ações de

comunicação e projetos de informação, informatização e educação (MS, 2004). As/os delegadas/os também propuseram:

Assegurar recursos orçamentários para viabilizar e implantar a Rede Pública e Nacional de Comunicação, de acordo com a recomendação das 11.^a e 12.^a Conferências Nacionais de Saúde, como materialização de uma política de comunicação ampla, plural, horizontal e descentralizada, que fortaleça as redes e movimentos sociais. Articulada ao controle social, essa política deve garantir o acesso à informação, troca de experiências, capacitação para o controle social e para a gestão democrática do sistema, fornecendo informações em saúde *on-line*, com livre acesso para os usuários do SUS (MS, 2004, p. 174).

O relatório também indicou a necessidade do governo federal articular ações para a criação de uma política de comunicação e informação alternativa para a saúde, de cunho comunitário e de interesse dos conselhos de saúde (Brasil, 2004).

Embora não haja referência ao conceito ou aos princípios de comunicação pública no relatório da 12^a CNS, é possível identificá-los de forma subjacente quando, por exemplo, há a indicação da necessidade de produção de informações confiáveis de interesse comum para a sociedade e com impacto na gestão e nos serviços ofertados e para uso do controle social, aspectos que, em última instância, favorecem ações com foco no cidadão. A busca por um modelo de comunicação dialógica e o estímulo ao compartilhamento de conhecimentos científicos com a sociedade, ações voltadas para a promoção da saúde e o respeito à pluralidade social também são itens que contemplam princípios de comunicação pública. Vale registrar que ora reivindica-se a estruturação de uma política envolvendo também os campos da informação e informática, ora fala-se apenas de política de comunicação, indicando uma possível falta de consenso sobre qual caminho percorrer.

A valorização do tema da comunicação na 12^a CNS ocorreu em um cenário político no qual o principal fato histórico foi a posse de Luiz Inácio Lula da Silva como presidente do Brasil, inaugurando seu primeiro mandato, iniciado em 2003. De acordo com a fonte-chave 2 (2022), aquela edição representou uma forte retomada dos princípios e diretrizes do SUS, uma vez que as eleições resultaram na escolha de um governo popular. Como as conferências ganham mais ou menos relevância e peso político a depender do contexto, na época, houve grande expectativa do movimento da reforma sanitária e da saúde coletiva em relação à gestão de Lula, atrelada à efetivação de uma equipe de líderes formada por sanitaristas para atuar no Ministério da Saúde, como o então Ministro Humberto Costa, e o

anúncio da criação da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), tendo o sanitarista Sérgio Arouca como secretário (fonte-chave 2, 2022).

Com relação à informação e informática, campos valorizados na 12ª CNS, naquele momento, embora de forma menos avançada do que em países ricos, sintomaticamente a internet se encontrava em expansão no Brasil, o que podia ser ilustrado pelo aumento de usuários. O crescimento percebido a partir de 2003 teve relação com a adoção de políticas públicas na área de inclusão digital, mas, principalmente, pela redução das desigualdades verificada na gestão do presidente Lula (Prado, 2011).

Concomitante à chegada de Lula à presidência e ao avanço da internet, o País convivia também com problemas que acompanharam (e ainda acompanham) a trajetória do povo brasileiro. Em 2003, assim como em anos anteriores e posteriores, a desigualdade social, racial e de gênero, além de desemprego e fome, faziam-se presentes, além da inflação, embora existisse a estabilidade do Plano Real, conforme apontou a fonte-chave 2 (2022). Esta fonte afirmou que, nos setores econômicos, havia a flexibilização dos direitos trabalhistas e a precarização das relações de trabalho, o que levava as centrais sindicais a terem peso nas conferências. Ainda de acordo com a fonte-chave 2, desde o início da sua participação nas conferências, as pautas permanentes, em todos os contextos, foram: 1) o financiamento, com fontes constantes, confiáveis e seguras; e 2) o modelo de gestão - se poderia ou não terceirizar ações de Estado para organizações da sociedade civil.

A seguir, serão apresentados quadros referentes aos recortes de propostas para a área de comunicação presentes nos relatórios, relacionando os itens aos 12 princípios de comunicação pública elaborados pela ABCPública (2021), utilizados neste estudo como referência para a análise das proposições das conferências (Quadro 3). As diretrizes e as recomendações referentes à criação de política de comunicação estão destacadas nos trechos em cor azul claro⁹ (Quadro 4). As propostas em trechos de fundo verde tratam de ações ou proposições de medidas que, embora possam compor uma política de comunicação pública,

⁹ Foram destacadas em cor azul claro somente as propostas que, de algum modo, tratam ou fazem referência à política de comunicação. Portanto, o uso do termo “política” associado à implementação de medidas na área de comunicação ou a utilização da expressão “política de comunicação” foram determinantes para a seleção de recomendações destacadas neste estudo. No nosso entendimento, este critério permitiu focar de forma mais adequada nos itens de interesse. Isto não significa que as demais propostas (marcadas em cor verde) não possam compor uma política de comunicação pública, mas, apenas, que tratam-se de recomendações sem referência direta à elaboração de tal política. Os itens em cor cinza claro são aqueles que não apresentam elementos que permitam a identificação com princípios de comunicação pública. Esta lógica foi aplicada a todas as propostas avaliadas neste trabalho.

não trazem esta intenção expressa na redação da recomendação. Já os itens com fundo cinza claro são aqueles que não apresentaram relação com princípios de comunicação pública, conforme nossa avaliação.

Quadro 3 – Conceito de comunicação pública, segundo a ABCPública (2021).

CONCEITO ABCPública
<p>“Comunicação Pública é a que assume a perspectiva cidadã na comunicação envolvendo temas de interesse coletivo. Diz respeito ao diálogo, à informação e ao relacionamento cotidiano das instituições públicas com o cidadão. Destina-se a garantir o exercício da cidadania, o acesso aos serviços e às informações de interesse público, a transparência e a prestação de contas. Ocorre no ambiente de informação e interação envolvendo Estado, Governo e Sociedade Civil. Zela pelos princípios constitucionais e democráticos. A existência de recursos públicos ou de interesse público caracteriza a necessidade de atendimento às exigências da comunicação pública:</p>
PRINCÍPIOS DA COMUNICAÇÃO PÚBLICA
<p>1. Garantir o acesso amplo à informação – A Comunicação Pública pressupõe uso de meios plurais e linguagem simples, que garantam pleno acesso e compreensão da informação pelos diferentes estratos da sociedade.</p>
<p>2. Fomentar o diálogo – A Comunicação Pública trata informação e diálogo como direitos individuais e patrimônio social, bases para o exercício da cidadania. Cria espaços para interlocução multidirecional e estimula uma cidadania ativa, informada e participativa.</p>
<p>3. Estimular a participação – A Comunicação Pública incentiva o debate e a participação ativa do cidadão na formulação e na implantação das políticas públicas. Ao tratar as pessoas como cidadãos, e não como massa, ou apenas públicos, usuários, eleitores ou clientes, qualifica os processos de comunicação relacionados aos serviços públicos e estimula o envolvimento na prestação de contas e demonstração de resultados por entes públicos.</p>
<p>4. Promover os direitos e a democracia – A Comunicação Pública promove os direitos humanos, constitucionais e sociais, a democracia, o diálogo, a justiça, a equidade, a solidariedade, a diversidade, a busca do consenso e o exercício da cidadania.</p>
<p>5. Combater a desinformação – A Comunicação Pública deve combater a desinformação, garantindo a transparência, a oferta de dados precisos, a rapidez na checagem de fatos e a disseminação de correções e informações verificadas.</p>
<p>6. Ouvir a sociedade – Comunicadores públicos atuam como ouvidores da sociedade, ajudando as instituições a compreender e atender os interesses e anseios de diferentes públicos. Os profissionais de comunicação devem ser permanentemente capacitados para contribuir, de maneira qualificada, ao aprimoramento do atendimento da população.</p>
<p>7. Focar no cidadão – A Comunicação Pública adota foco e perspectiva do cidadão. Viabiliza o atendimento às demandas, anseios e interesses do cidadão, adaptando as informações ao nível de conhecimento, às condições e às possibilidades de cada pessoa envolvida.</p>
<p>8. Ser inclusiva e plural – A Comunicação do serviço público deve produzir conteúdo adaptado e acessível. Deve abrir espaço à diversidade de pensamento, garantir a representatividade e o uso de linguagem inclusiva.</p>

9. Tratar a comunicação como política de Estado – Comunicação Pública é dever e responsabilidade do Estado e colabora ativamente para o cumprimento dos princípios constitucionais da publicidade e da transparência. O Estado tem obrigação de explicar, traduzir, orientar, prestar contas sobre o valor de cada ação pública e garantir a qualidade da interlocução e do acesso do cidadão às informações de seu interesse.

10. Garantir a impessoalidade – A Comunicação Pública não se submete a interesses particulares, eleitorais e de promoção pessoal.

11. Pautar-se pela ética – A Comunicação Pública tem como pressuposto que verdade e ética são responsabilidades de todos os governos, comunicadores, dirigentes e atores públicos.

12. Atuar com eficácia – A Comunicação Pública busca eficácia comunicativa. Deve zelar pela utilidade e relevância dos conteúdos veiculados e pela otimização dos recursos empregados. Gastos relativos à publicidade da administração pública devem ser transparentes, baseados em princípios técnicos e canalizados para a diversidade de mídias e públicos, sem favorecimentos ou distorções. Devem ainda contar com indicadores de eficácia que possibilitem seu aperfeiçoamento e o acompanhamento pela sociedade”.

Fonte: Elaboração do autor com informações do Guia de Comunicação Pública da ABCPública (2021).

Quadro 4 – Informações sobre propostas de comunicação do relatório da 12ª CNS, realizada em 2003 (relatório publicado em 2004¹⁰).

ITENS	TRECHO	DESTAQUE	RELAÇÃO COM PRINCÍPIO DE COMUNICAÇÃO PÚBLICA (SIM/NÃO)	PRINCÍPIOS ENCONTRADOS
1	Diretrizes gerais	“O Conselho Nacional de Saúde deverá definir estratégias, em conjunto com o Ministério da Saúde, para elaborar e implementar políticas articuladas de informação, comunicação, educação permanente e popular em saúde, nas três esferas de governo, garantindo maior visibilidade das diretrizes do SUS, da política de saúde, das ações e da utilização de recursos, visando a ampliar a participação e o controle social e atender às demandas e expectativas sociais,	Sim	Acesso amplo à informação; fomento ao diálogo; estímulo à participação; promover os direitos e a democracia; inclusão e pluralidade; comunicação como política de Estado.

¹⁰ Neste relatório, as informações sobre as propostas aprovadas foram organizadas por eixos temáticos no documento da conferência, quais sejam: *introdução, diretrizes gerais e proposições por tema/subitem específico*. Para este estudo, o foco de interesse foi o eixo temático 10 – Comunicação e informação em saúde, com um total de 91 propostas – 20 diretrizes gerais e 71 itens relacionados aos seguintes subitens: 1) informação e informática em saúde; 2) comunicação em saúde; e 3) educação e educação popular em saúde. No entanto, para esta avaliação, foram selecionados tópicos do subitem 2 – “comunicação em saúde”, com 24 itens, além de oito diretrizes gerais, totalizando 32 destaques.

ITENS	TRECHO	DESTAQUE	RELAÇÃO COM PRINCÍPIO DE COMUNICAÇÃO PÚBLICA (SIM/NÃO)	PRINCÍPIOS ENCONTRADOS
		<p>permitindo: I. democratizar a informação e a comunicação, em todos os aspectos; II. garantir, nas três esferas de governo, com definição de prazos, a compatibilização, interface e modernização dos sistemas de informação do SUS, o aperfeiçoamento da integração e a articulação com sistemas e bases de dados de interesse para a saúde; III. viabilizar a rede de informação em saúde de âmbito nacional; IV. investir em projetos educacionais e em campanhas continuadas que favoreçam a participação popular nos processos de formulação e definição de políticas e programas de saúde, utilizando todos os meios de comunicação e mídias populares, com linguagem adequada a cada público específico” (Brasil, 2004, p. 162 e 163).</p>		
2	Diretrizes gerais	<p>“As iniciativas nas áreas de informação, educação e comunicação em saúde devem respeitar as características regionais, étnicas e culturais e as possibilidades de acesso a tecnologias por parte das entidades e movimentos sociais, buscando a universalidade da comunicação, garantindo a pluralidade de expressão e a imparcialidade. As ações e os materiais produzidos devem ter claros os seus objetivos, âmbitos de distribuição e as formas de avaliação dos resultados” (Brasil, 2004, p. 163).</p>	Sim	<p>Acesso amplo à informação; fomento ao diálogo; estímulo à participação; inclusão e pluralidade; atuação com eficácia.</p>
3	Diretrizes gerais	<p>“Garantir e implementar uma política de educação,</p>	Sim	<p>Acesso amplo à informação;</p>

ITENS	TRECHO	DESTAQUE	RELAÇÃO COM PRINCÍPIO DE COMUNICAÇÃO PÚBLICA (SIM/NÃO)	PRINCÍPIOS ENCONTRADOS
		<p>informação e comunicação no Conselho Nacional de Saúde (CNS), formulada e articulada com os Conselhos de Saúde regionais, estaduais, municipais e locais, visando a ampliar o diálogo destes com o governo e a sociedade, favorecer a qualificação da participação popular nos processos de formulação e definição de políticas e programas de saúde. Deve ser garantida a ampla divulgação dos eventos e deliberações dos conselhos das três esferas e a realização de: I. atividades para informar e garantir os direitos à saúde em parceria com Ministério Público, Procon, Ordem de Advogados do Brasil (OAB), conselhos profissionais, ouvidorias, Instituto de Defesa do Consumidor (Idec), entre outros órgãos; II. parcerias com instituições de produção do conhecimento (universidades), comunicação (escolas de comunicação e mídia), informática, movimentos sociais e populares para realizar oficinas, seminários e capacitações acerca dos temas: controle social, informação em saúde, gestão participativa, comunicação e formação de redes de controle social; III. criação nos Conselhos de Saúde de uma comissão de comunicação, informação e educação popular em saúde que garanta permanente espaço de interlocução entre os diversos conselhos e destes com a sociedade, divulgando para a população as informações e decisões dos conselhos, conferências e comissões</p>		<p>fomento ao diálogo; estímulo à participação; promover os direitos e a democracia; comunicação como política de Estado; atuação com eficácia.</p>

ITENS	TRECHO	DESTAQUE	RELAÇÃO COM PRINCÍPIO DE COMUNICAÇÃO PÚBLICA (SIM/NÃO)	PRINCÍPIOS ENCONTRADOS
		<p>intergestoras de saúde, inclusive do conselho gestor local.</p> <p>A comissão deve buscar espaço em todos os meios de comunicação, em especial nas rádios comunitárias, para divulgar as ações dos Conselhos de Saúde de forma ampla e eficiente; IV. confecção de calendário anual e divulgação antecipada das reuniões dos Conselhos de Saúde Estaduais, Distritais, Regionais e Municipais, contendo pauta, dia, horário e local, bem como sua composição, ações e deliberações, como estratégia de sensibilizar a comunidade para o controle social, com ênfase no convite à participação popular; V. ampla divulgação da aplicação dos recursos na saúde, pela grande mídia, bem como por meio das associações de profissionais de saúde, sindicatos, ONGs, Conselhos de Saúde, Assembleias (sic) Legislativas, Câmara de Vereadores, rede de serviços de atenção à saúde do SUS, visando a garantir sua correta utilização e o cumprimento da EC 29/00; VI. divulgação de matérias específicas relacionadas à saúde, em especial as decisões e votações dos três poderes da federação, na mídia convencional e alternativa, nas comunidades étnicas e entre os gestores; VII. calendário de reuniões entre os Conselhos de Saúde, as entidades de usuários e trabalhadores para que os conselheiros municipais e estaduais prestem contas de suas atuações. VIII. criação de</p>		

ITENS	TRECHO	DESTAQUE	RELAÇÃO COM PRINCÍPIO DE COMUNICAÇÃO PÚBLICA (SIM/NÃO)	PRINCÍPIOS ENCONTRADOS
		órgão objetivando registrar todos os eventos de saúde, evitando-se, assim, o agendamento de várias programações de saúde no mesmo dia, mês e hora” (Brasil, p. 164 e 165).		
4	Diretrizes gerais	“Implementar uma política editorial com a parceria das três esferas de governo, garantindo a produção, o intercâmbio, a disseminação e a avaliação dos produtos informacionais, com suporte em diversos meios e linguagens, para acesso às pessoas com deficiências” (Brasil, 2004, p. 165).	Sim	Acesso amplo à informação; inclusão e pluralidade; comunicação como política de Estado.
5	Diretrizes gerais	“Divulgar, de forma contínua, as políticas de saúde, os dados epidemiológicos, as atividades e atribuições das vigilâncias epidemiológica e sanitária, o financiamento, o trabalho em saúde, os programas, as ações e os serviços prestados pelo SUS, por meio de parcerias com as comunidades, a sociedade civil organizada e os meios de comunicação, estimulando a população para a gestão participativa na saúde [...]” (Brasil, 2004, p. 165). <i>Obs.: por ser uma diretriz muito extensa, optou-se pela seleção apenas da parte introdutória do texto.</i>	Sim	Acesso amplo à informação; estímulo à participação; inclusão e pluralidade.
6	Diretrizes gerais	“Democratizar as informações científicas e epidemiológicas, garantindo ampla divulgação dos conhecimentos, programas e projetos da comunidade científica em saúde individual e coletiva, ao alcance da sociedade, por meio de veículos populares, estimulando a discussão	Sim	Acesso amplo à informação; estímulo à participação.

ITENS	TRECHO	DESTAQUE	RELAÇÃO COM PRINCÍPIO DE COMUNICAÇÃO PÚBLICA (SIM/NÃO)	PRINCÍPIOS ENCONTRADOS
		crítica e pública de aspectos relacionados à ciência, à tecnologia e à saúde” (Brasil, 2004, p. 166).		
7	Diretrizes gerais	“O Ministério da Saúde deve promover campanhas efetivas de saúde preventiva, oferecendo subsídios (equipamentos e capacitação dos profissionais) aos municípios e estados, não restritos aos materiais de divulgação já elaborados. O conteúdo das campanhas deve ser elaborado em conjunto com as demais esferas de governo considerando os perfis epidemiológico, alimentar e nutricional e as realidades locais, inclusive com o uso de meios de comunicação de massa, com a participação dos Conselhos Locais, Distritais de Saúde Indígena, Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde e em parceria com a sociedade civil organizada” (Brasil, 2004, p. 167).	Sim	Acesso amplo à informação; estímulo à participação.
8	Diretrizes gerais	“Intensificar estratégias de sensibilização, como campanhas e outras, sobre a importância dos agentes comunitários de saúde e demais profissionais de saúde na política de informação e comunicação do SUS” (Brasil, 2004, p. 167).	Sim	Estímulo à participação; comunicação como política de Estado.
9	Comunicação em saúde	“Estabelecer o ano de 2005 como o ano nacional do SUS, com máxima cobertura em todos os meios de comunicação e efetivo envolvimento de todas as esferas governamentais na promoção da divulgação do SUS” (Brasil, 2004, p. 173).	Sim	Acesso amplo à informação.

ITENS	TRECHO	DESTAQUE	RELAÇÃO COM PRINCÍPIO DE COMUNICAÇÃO PÚBLICA (SIM/NÃO)	PRINCÍPIOS ENCONTRADOS
10	Comunicação em saúde	“Aprimorar as relações entre as Secretarias e Conselhos de Saúde, movimentos sociais e populares e universidades na área de comunicação social, para facilitar o acesso amplo e direto às informações na área de saúde, com o apoio da rede de educação continuada e a instituição de prêmios jornalísticos, dentre outras iniciativas, para reconhecer o trabalho de comunicadores ao divulgar os princípios do SUS e o controle social” (Brasil, 2004, p. 173).	Sim	Acesso amplo à informação.
11	Comunicação em saúde	“O Ministério da Saúde deve criar um prêmio de jornalismo Sergio Arouca, para motivar comunicadores a produzirem notícias e reportagens sobre os princípios do SUS e o controle social, propiciando à população um maior conhecimento da saúde pública” (Brasil, 2004, p. 173 e 174).	Sim	Acesso amplo à informação.
12	Comunicação em saúde	“Apoiar e realizar pesquisas com os movimentos e sobre práticas de educação popular de saúde incluindo a realização e divulgação do mapeamento do patrimônio informacional e cultural da saúde pública e das expressões artísticas populares que se desenvolvem no campo da Saúde, a partir de uma articulação entre os ministérios da Saúde, Cultura, Previdência, Assistência Social e demais entidades interessadas” (Brasil, 2004, p. 174).	Sim	Acesso amplo à informação; inclusão e pluralidade.

ITENS	TRECHO	DESTAQUE	RELAÇÃO COM PRINCÍPIO DE COMUNICAÇÃO PÚBLICA (SIM/NÃO)	PRINCÍPIOS ENCONTRADOS
13	Comunicação em saúde	“Assegurar recursos orçamentários para viabilizar e implantar a Rede Pública e Nacional de Comunicação, de acordo com a recomendação das 11.ª e 12.ª Conferências Nacionais de Saúde, como materialização de uma política de comunicação ampla, plural, horizontal e descentralizada, que fortaleça as redes e movimentos sociais. Articulada ao controle social, essa política deve garantir o acesso à informação, troca de experiências, capacitação para o controle social e para a gestão democrática do sistema, fornecendo informações em saúde <i>on-line</i> , com livre acesso para os usuários do SUS” (Brasil, 2004, p. 174).	Sim	Acesso amplo à informação; fomento ao diálogo; estímulo à participação; inclusão e pluralidade; promoção dos direitos e da democracia; comunicação como política de Estado.
14	Comunicação em saúde	“Assegurar participação tripartite nos conselhos de comunicação dos Conselhos de Saúde nas três esferas de governo, criando conselhos de comunicação em todos os municípios, com participação popular” (Brasil, 2004, p. 174).	Sim	Estímulo à participação.
15	Comunicação em saúde	“Garantir o acesso da população às informações de saúde, sobre o SUS, seus princípios e espaços de participação, divulgando obrigatoriamente em todos os meios de comunicação os resultados das conferências em todas as esferas de governo, assim como conteúdos de educação e de educação popular em saúde, visando ao cumprimento da Constituição Federal e das Leis Federais n.º 8.080/90 e n.º 8.142/90. O Ministério	Sim	Acesso amplo à informação.

ITENS	TRECHO	DESTAQUE	RELAÇÃO COM PRINCÍPIO DE COMUNICAÇÃO PÚBLICA (SIM/NÃO)	PRINCÍPIOS ENCONTRADOS
		das Comunicações deve assegurar espaço gratuito em todos os meios de comunicação públicos e privados e na concessão de canais de rádio e televisão, para programas e matérias de promoção e prevenção em saúde e para informações de saúde de relevância pública [sic] e interesse local com linguagem acessível” (Brasil, 2004, p. 174).		
16	Comunicação em saúde	“O controle social deve assumir a fiscalização das propagandas referentes aos serviços prestados pelo SUS criando, nos Conselhos de Saúde, câmaras especiais para análise da propaganda governamental, se possível em parceria com sindicatos e federação de jornalistas, radialistas e publicitários, para evitar a propaganda enganosa e garantir sua finalidade educativa, na forma da lei” (Brasil, 2004, p. 174).	Sim	Atuação com eficácia.
17	Comunicação em saúde	“Fazer cumprir a lei que proíbe a propaganda de cigarros nos meios de comunicação em qualquer evento e criar lei com o mesmo fim para bebidas alcoólicas” (Brasil, 2004, p. 174).	Não	Não há princípio de comunicação pública relacionado ao tema tratado neste tópico (cumprimento de leis).
18	Comunicação em saúde	“O Ministério Público deve coibir a veiculação de propaganda enganosa e/ou programas de televisão ofensivos ao SUS” (Brasil, 2004, p. 174).	Não	Não há princípio de comunicação pública relacionado ao tema tratado neste tópico (coibição de propaganda enganosa ou ofensiva).
19	Comunicação em saúde	“Proibir a propaganda e a comercialização de planos de	Não	Não há princípio de comunicação pública

ITENS	TRECHO	DESTAQUE	RELAÇÃO COM PRINCÍPIO DE COMUNICAÇÃO PÚBLICA (SIM/NÃO)	PRINCÍPIOS ENCONTRADOS
		saúde privados dentro de qualquer órgão público que atenda diretamente a população, bem como de medicamentos não genéricos, sobretudo nos Hospitais Universitários (HU), faculdades e universidades públicas na área de Saúde” (Brasil, 2004, p. 175).		relacionado ao tema tratado neste tópico (proibição de propaganda e comercialização de produtos em órgãos públicos).
20	Comunicação em saúde	“Criar canal de TV aberto em rede nacional para divulgação e informação sobre saúde em todo o País” (Brasil, 2004, p. 175).	Sim	Acesso amplo à informação.
21	Comunicação em saúde	“Ampliar o programa Canal Saúde em rede nacional, pela TV Educativa, extensiva às demais concessionárias de canal aberto” (Brasil, 2004, p. 175).	Sim	Acesso amplo à informação.
22	Comunicação em saúde	“Reconhecer e implementar as rádios e televisões comunitárias como instrumentos públicos de comunicação e divulgação do interesse da sociedade, do SUS e da saúde, bem como dos direitos dos usuários: I. exigindo que a lei de concessão de rádios comunitárias seja cumprida pela concessionária; II. apoiando a criação de rádio comunitária indígena respeitando as especificidades etnoculturais; III. aumentando a potência de 25 para 50 watts, para que os trabalhos sociais sejam mais abrangentes; IV. criando e implementando, em conjunto com Ministério das Comunicações, uma rede de rádios educativas para abranger toda a Amazônia Legal, garantindo informações	Sim	Acesso amplo à informação; promoção de direitos e da democracia; inclusão e pluralidade; comunicação como política de Estado.

ITENS	TRECHO	DESTAQUE	RELAÇÃO COM PRINCÍPIO DE COMUNICAÇÃO PÚBLICA (SIM/NÃO)	PRINCÍPIOS ENCONTRADOS
		do SUS a todos os usuários dessa região; V. fazendo o Ministério da Saúde gestão junto ao Ministério das Comunicações, com o objetivo de criar uma política de análise diferenciada na concessão de rádios e televisões comunitárias pleiteadas por conselhos em todas as esferas, aplicando assim o princípio da intersectorialidade das ações” (Brasil, 2004, p. 175).		
23	Comunicação em saúde	“Articular ações entre a Secretaria de Comunicação Social da Presidência da República, os ministérios da Saúde, das Comunicações, da Cultura e da Educação para estabelecer uma política de comunicação e informação alternativa para a saúde orientada para jornais, televisões e rádios comunitárias, levando-se em conta as informações dos Conselhos de Saúde das três esferas de governo” (Brasil, 2004, p. 175).	Sim	Acesso amplo à informação; comunicação como política de Estado.
24	Comunicação em saúde	“Tornar obrigatória e com dotação orçamentária específica a criação de veículos de comunicação, com edição regular e distribuídos à população em locais públicos, rádios comunitárias e pela internet, para divulgar em tempo hábil os objetivos, atividades e deliberações dos Conselhos de Saúde nas três esferas de governo, garantindo informação dirigida aos respectivos segmentos incluindo a divulgação da eleição dos seus representantes. Garantir também a possibilidade de	Sim	Acesso amplo à informação.

ITENS	TRECHO	DESTAQUE	RELAÇÃO COM PRINCÍPIO DE COMUNICAÇÃO PÚBLICA (SIM/NÃO)	PRINCÍPIOS ENCONTRADOS
		acesso público às atas com suas deliberações e resoluções” (Brasil, 2004, p. 175).		
25	Comunicação em saúde	“Normatizar, com prazo de implantação, a obrigatoriedade de fixar, nas unidades de saúde do SUS e conveniadas, em local visível e acessível, placa padronizada contendo o logotipo do SUS, informações sobre a habilitação do sistema municipal, o nome do gestor responsável pelo serviço, com telefone e local para contato e relação dos serviços ofertados, como forma de garantir aos usuários informações que lhes permitam, <i>in loco</i> , fazer sugestões e reclamações sobre a qualidade de serviços ofertados” (Brasil, 2004, p. 176).	Sim	Acesso amplo à informação; ouvir a sociedade.
26	Comunicação em saúde	“Divulgar entre os estados, municípios e conselhos as experiências e práticas exitosas e inovadoras para a saúde da população” (Brasil, 2004, p. 176).	Sim	Acesso amplo à informação.
27	Comunicação em saúde	“Aprovar previamente nos Conselhos de Saúde, nas respectivas esferas de governo, as campanhas institucionais” (Brasil, 2004, p. 176).	Sim	Atuar com eficácia.
28	Comunicação em saúde	“O poder público deve implementar e ampliar campanhas de estímulo à utilização de medicamentos genéricos, manipulados e fitoterápicos, permitindo ampliar o acesso racional aos medicamentos, contrapondo-se aos laboratórios que	Sim	Acesso amplo à informação; combate à desinformação.

ITENS	TRECHO	DESTAQUE	RELAÇÃO COM PRINCÍPIO DE COMUNICAÇÃO PÚBLICA (SIM/NÃO)	PRINCÍPIOS ENCONTRADOS
		investem contra a credibilidade dos genéricos” (Brasil, 2004, p. 176).		
29	Comunicação em saúde	“Promover, nas três esferas de governo, parcerias com as empresas concessionárias de serviços públicos e com instituições filantrópicas, para veicular nas contas de luz, água, gás e telefone mensagens de promoção da saúde e contra o uso de drogas ilícitas e o abuso de drogas lícitas” (Brasil, 2004, p. 176).	Sim	Acesso amplo à informação.
30	Comunicação em saúde	“Criar um sistema de comunicação institucional, integrando profissionais, serviços e usuários, intensificando o compromisso com a qualidade e confiabilidade dos registros, possibilitando o compartilhamento das informações em saúde” (Brasil, 2004, p. 176).	Sim	Acesso amplo à informação.
31	Comunicação em saúde	“Articular com as faculdades de comunicação social a implementação de linhas de pesquisa em comunicação e saúde e a criação de cursos de extensão sobre comunicação para profissionais e estudantes da área da saúde” (Brasil, 2004, p. 176).	Não	Não há princípio de comunicação pública relacionado ao tema tratado neste tópico (articulação com o campo da educação).
32	Comunicação em saúde	“Articular com as faculdades de saúde pública e de ciências da saúde, faculdades de medicina e escolas de enfermagem do Brasil, a criação, ao longo dos próximos quatro anos, de cursos de extensão sobre saúde pública para estudantes de comunicação, profissionais da grande	Não	Não há princípio de comunicação pública relacionado ao tema tratado neste tópico (articulação com o campo da educação).

ITENS	TRECHO	DESTAQUE	RELAÇÃO COM PRINCÍPIO DE COMUNICAÇÃO PÚBLICA (SIM/NÃO)	PRINCÍPIOS ENCONTRADOS
		imprensa, comunidades e movimentos populares” (Brasil, 2004, p. 176).		

Fonte: Elaboração do autor com base nas informações do relatório da 12ª CNS.

A avaliação dos itens selecionados do relatório da 12ª CNS aponta que 27 dos 32 itens avaliados têm relação com princípios de comunicação pública, sendo que o mais identificado é o do “garantir acesso amplo à informação”, sendo encontrado em 23 tópicos. Ressalta-se que este princípio é um direito constitucional, conforme prevê o inciso XXXIII do artigo 5º da CF de 1988, que estabelece o seguinte:

“[...] 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 [...] (CF, 1988).

O acesso à informação como direito viabiliza e dá concretude às ações de transparência, mas também ao exercício do monitoramento e do controle social.

Conhecer as informações em poder do Estado permite o monitoramento da tomada de decisões pelos governantes – que afetam a vida em sociedade. O controle social mais atento dificulta o abuso de poder e a implementação de políticas baseadas em motivações privadas. Ao mesmo tempo, decisões de políticas públicas tomadas com base em informações amplas e de qualidade terão resultados mais eficientes. Um governante não pode tomar uma decisão adequada sobre a alocação de recursos [...] se não tem disponíveis informações de qualidade [...] (Andi, 2009, p. 12).

Portanto, o acesso amplo à informação, de fato, constitui-se em uma das prioridades para gestores de saúde quando o assunto é comunicação pública.

No geral, o segundo princípio de comunicação pública mais identificado foi o de “estimular a participação”, associado a nove (9) dos 32 tópicos selecionados. A seguir apontamos outros princípios identificados e, entre parênteses, a quantidade de vezes que eles foram encontrados: “ser inclusiva e plural” (7); “tratar a comunicação como política de

Estado” (7); “fomentar o diálogo” (4); “atuar com eficácia” (4); “promover os direitos e a democracia” (4); “ouvir a sociedade” (1); e “combater a desinformação” (1). Não foram identificados os seguintes princípios: “focar no cidadão”; “garantir impessoalidade”; e “pautar-se pela ética”. Cinco (5) proposições não apresentam relação com princípios de comunicação pública.

Com relação ao foco deste estudo, que é a avaliação específica sobre propostas que tratam de política de comunicação, este propósito foi identificado em sete (7) dos 32 itens analisados – destacados em cor azul claro. O primeiro deles refere-se à implementação de políticas articuladas de informação, comunicação e educação permanente e popular em saúde, nas três esferas de governo. Já o segundo item trata da garantia de uma política de educação, informação e comunicação no Conselho Nacional de Saúde (CNS), formulada e articulada com os conselhos regionais, estaduais e locais. O terceiro aborda a efetivação de uma política editorial por meio de parceria entre as três esferas de governo. Na quarta citação, a proposta tem foco na sensibilização sobre a importância dos agentes comunitários de saúde e demais profissionais de saúde na política de informação e comunicação do SUS. A quinta referência encontrada refere-se à viabilização e implantação de uma Rede Pública e Nacional de Comunicação, como materialização de uma política de comunicação. No sexto item, propõe-se a criação de uma política de análise diferenciada na concessão de rádios e televisões comunitárias pleiteadas por conselhos. Em sétimo e último, reivindica-se uma política de comunicação e informação alternativa para a saúde, destinada aos jornais, televisões e rádios comunitárias.

Os princípios de comunicação pública associados às proposições específicas sobre política de comunicação foram os seguintes: “garantir acesso amplo à informação”; “fomentar o diálogo”; “estimular a participação”; “ser inclusiva e plural”; “promover os direitos e a democracia”; “tratar a comunicação como política de Estado”; e “atuar com eficácia”.

Um outro ponto a ser destacado é que o controle social propõe, ao mesmo tempo, políticas de comunicação com diversos direcionamentos, o que denota falta de unidade na discussão sobre o tema. Neste ponto, observa-se que as propostas não produzem um direcionamento das reivindicações para um foco que permita sua melhor assimilação, algo que pode ser revisto nas conferências.

Na 13ª CNS¹¹, realizada em 2007, cujo tema central foi “Saúde e Qualidade de Vida, Políticas de Estado e Desenvolvimento”, a comunicação não teve um eixo temático exclusivo, mas manteve-se como elemento transversal, sendo citada e referenciada em diversos trechos. No eixo 1 (Desafios para a Efetivação do Direito Humano à Saúde no Século XXI: Estado, Sociedade e Padrões de Desenvolvimento), houve a recomendação de inclusão da obrigatoriedade de espaço reservado para divulgação do SUS na política de concessão dos meios de comunicação; cumprimento da legislação de propaganda e publicidade referente a tabaco, ao uso racional de medicamentos e a bebidas alcoólicas; e a ampliação da divulgação do SUS nos meios de comunicação; entre outros tópicos (Brasil, 2008).

No eixo 2 (Políticas Públicas para a Saúde e Qualidade de Vida: o SUS na Seguridade Social e o Pacto pela Saúde), a comunicação é relacionada às recomendações sobre campanhas de prevenção de acidentes e de doenças relacionadas ao trabalho e ao desenvolvimento e execução de políticas editoriais nas três esferas do SUS (Brasil, 2008). Com relação ao eixo 3 (A Participação da Sociedade na Efetivação do Direito Humano à Saúde), houve a recomendação de criação e implementação de comissões de comunicação, informação e informática nos conselhos de saúde (estaduais e municipais) com o objetivo de subsidiá-los na divulgação de atividades (Brasil, 2008, p. 159).

Além de ações para o fortalecimento do controle social, também foi recomendada a estruturação, pelo governo federal, de uma “[...] política de informação e comunicação direcionada às comunidades rurais, aos assentamentos, aos ribeirinhos, aos acampamentos, aos quilombolas, aos indígenas, entre outras [...]” (Brasil, 2008, p. 167).

No geral, o relatório da 13ª CNS trouxe várias propostas focadas na divulgação de ações, expressando o uso da comunicação de forma instrumental (Quadro 5).

¹¹ Ver nota de rodapé número 9.

Quadro 5 – Informações sobre propostas de comunicação do relatório da 13ª CNS, realizada em 2007 (relatório publicado em 2008)

ITENS	TRECHO	ITEM DESTACADO	RELAÇÃO COM PRINCÍPIO DE COMUNICAÇÃO PÚBLICA (SIM/NÃO)	PRINCÍPIOS ENCONTRADOS
1	Eixo I – Desafios para a Efetivação do Direito Humano à Saúde no Século XXI: Estado, Sociedade e Padrões de Desenvolvimento.	“Buscar incluir na política de concessão dos meios de comunicação a obrigatoriedade de reserva de espaços para a divulgação de práticas de promoção à saúde e de prevenção de doenças, ampliando a divulgação das diretrizes do SUS, direitos e deveres de prestadores de serviços, gestores e, especialmente, dos usuários, com a criação de prêmio de jornalismo para rádios, TVs, jornais, revistas e outros que divulguem experiências exitosas em saúde” (Brasil, 2008, p. 35).	Sim	Acesso amplo à informação; comunicação como política de Estado.
2	Eixo I – Desafios para a Efetivação do Direito Humano à Saúde no Século XXI: Estado, Sociedade e Padrões de Desenvolvimento.	“O Governo Federal, o Ministério da Saúde, os estados e os municípios, em parceria com o Ministério Público e os demais parceiros, devem fazer cumprir a legislação referente à propaganda e à publicidade de bebidas alcoólicas, tabaco, medicamentos e outras áreas da saúde, garantindo a ética nas propagandas, informando a população, pelos meios de comunicação, sobre os riscos da automedicação, incluindo conhecimentos relacionados ao uso racional de medicamentos para os profissionais de saúde, ao uso e ao acondicionamento adequado destes” (Brasil, 2008, p. 36).	Sim	Acesso amplo à informação; atuar com eficácia.

ITENS	TRECHO	ITEM DESTACADO	RELAÇÃO COM PRINCÍPIO DE COMUNICAÇÃO PÚBLICA (SIM/NÃO)	PRINCÍPIOS ENCONTRADOS
3	Eixo I – Desafios para a Efetivação do Direito Humano à Saúde no Século XXI: Estado, Sociedade e Padrões de Desenvolvimento.	“Proibir propagandas de medicamentos e exames complementares nos meios de comunicação social e a comercialização pela internet, diretamente ao usuário, de qualquer tipo de medicamento” (Brasil, 2008, p. 36).	Não	Não há princípio de comunicação pública relacionado ao tema tratado neste tópico (proibição de propaganda).
4	Eixo I – Inéditas.	“Disseminar as melhores práticas de gestão, processos e aplicativos, desenvolvidos no âmbito da saúde e ampliar a divulgação das ações do SUS nos diversos meios de comunicação” (Brasil, 2008, p. 55).	Sim	Acesso amplo à informação.
5	Eixo I – Inéditas	“Que a 13ª Conferência Nacional de Saúde delibere sobre a instituição de um concurso nacional para divulgar à sociedade brasileira o SUS positivo, que não aparece e não é apresentado na mídia, instituindo campanhas pela sua identidade, iniciando pela obrigatoriedade da marca nas diversas formas de comunicação oficial realizadas por órgãos e serviços do SUS” (Brasil, 2008, p. 57).	Sim	Acesso amplo à informação.

ITENS	TRECHO	ITEM DESTACADO	RELAÇÃO COM PRINCÍPIO DE COMUNICAÇÃO PÚBLICA (SIM/NÃO)	PRINCÍPIOS ENCONTRADOS
6	Eixo I – Inéditas	“Divulgação em rede nacional da Política Nacional de Saúde Mental, por meio dos Ministérios da Comunicação, Cultura, Educação e suas respectivas secretarias, apresentando a rede de atenção em saúde mental inserida na comunidade (Centros de Atenção Psicossocial, Serviços Residenciais Terapêuticos, Projetos de Geração de Renda e Culturais, Centros de Convivência, Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral), em substituição às internações em hospital psiquiátrico” (Brasil, 2008, p. 59).	Sim	Acesso amplo à informação.
7	Eixo II – Inéditas	“Que o Ministério da Saúde e os conselhos nacional, estaduais e municipais de saúde desenvolvam e executem políticas editoriais de informação nas três esferas do SUS, com divulgação ampla em todo o território nacional, para efetivar a disseminação e a distribuição de produtos informacionais com equidade [sic] de acesso, mediante investimentos em tecnologia e software para o Sistema Nacional de Informação em Saúde, Datasus, garantindo maiores recursos financeiros para implementação das ações de comunicação e informação em saúde, para que sejam efetivos instrumentos de auxílio às ações do SUS e às previstas pelo Pacto da	Sim	Acesso amplo à informação; comunicação como política de Estado.

ITENS	TRECHO	ITEM DESTACADO	RELAÇÃO COM PRINCÍPIO DE COMUNICAÇÃO PÚBLICA (SIM/NÃO)	PRINCÍPIOS ENCONTRADOS
		Saúde, objetivando a melhoria da formação de recursos humanos, a conscientização de usuários, a racionalização do desenvolvimento de sistemas, a qualidade de acesso aos dados produzidos, além de estabelecer periodicidade ou agendamento durante o ano para realizar atualizações ou implantação de novas versões dos sistemas” (Brasil, 2008, p. 132).		
8	Eixo II – Inéditas	“Viabilizar por intermédio dos fundos de saúde das três esferas de gestão do SUS o financiamento de planos, programas e projetos de informação, educação e comunicação em saúde, para estruturar atividades e serviços qualificados de atendimento aos usuários” (Brasil, 2008, p. 143).	Sim	Foco no cidadão.
9	Eixo II – Inéditas	“Que o CNS e os conselhos estaduais e municipais garantam mais recursos financeiros para a implementação das ações de comunicação e informação em saúde, para a melhoria da formação de recursos humanos e da conscientização dos usuários, e sejam efetivos instrumentos de auxílio às ações do SUS, em especial as previstas pelo Pacto pela Saúde” (Brasil, 2008, p. 145).	Sim	Acesso amplo à informação.

ITENS	TRECHO	ITEM DESTACADO	RELAÇÃO COM PRINCÍPIO DE COMUNICAÇÃO PÚBLICA (SIM/NÃO)	PRINCÍPIOS ENCONTRADOS
10	Eixo II – Inéditas	“Que o governo regulamente a propaganda e publicidade de alimentos com vistas à promoção da alimentação saudável e adequada, priorizando a defesa da criança, proibindo a publicidade de alimentos e bebidas com baixo valor nutricional (ou com alto teor de açúcares, sal ou gorduras) direcionada ao público infantil em qualquer meio de comunicação” (Brasil, 2008, p. 147).	Não	Não há princípio de comunicação pública relacionado ao tema tratado neste tópico (regulamentação de propaganda e proibição de publicidade).
11	Eixo III – A Participação da Sociedade na Efetivação do Direito Humano à Saúde.	“Garantir que a Comissão de Comunicação e Informação em Saúde do Conselho Nacional de Saúde trabalhe e exerça suas atividades de forma a favorecer a intersetorialidade, ampliando a interação e articulação entre os demais conselhos de direitos e de políticas setoriais” (Brasil, 2008, p. 159).	Sim	Fomento ao diálogo; estímulo à participação.
12	Eixo III – A Participação da Sociedade na Efetivação do Direito Humano à Saúde.	“Criar e implementar comissões de comunicação, informação e informática em saúde nos conselhos estaduais e municipais de saúde, com o objetivo de subsidiá-las [sic] na divulgação de suas atividades, em defesa do SUS e para mobilização da sociedade e o fortalecimento do controle social, estimulando a criação de uma rede de comunicação entre os conselhos de saúde” (Brasil, 2008, p. 159 e 160).	Sim	Acesso amplo à informação; fomento ao diálogo; estímulo à participação.

ITENS	TRECHO	ITEM DESTACADO	RELAÇÃO COM PRINCÍPIO DE COMUNICAÇÃO PÚBLICA (SIM/NÃO)	PRINCÍPIOS ENCONTRADOS
13	Eixo III – A Participação da Sociedade na Efetivação do Direito Humano à Saúde.	“Que os conselhos e as secretarias de saúde divulguem a Carta de Direitos dos Usuários da Saúde, viabilizando mecanismos de acesso a toda sociedade pelos vários meios de comunicação, contemplando as pessoas com deficiência visual” (Brasil, 2008, p. 160).	Sim	Acesso amplo à informação; inclusão e pluralidade.
14	Eixo III – A Participação da Sociedade na Efetivação do Direito Humano à Saúde.	“O Conselho Nacional de Saúde e os conselhos estaduais e municipais devem se responsabilizar pela ampla divulgação dos relatórios finais das conferências de saúde para a população e para os ministérios públicos, utilizando vários meios de comunicação, para que as propostas deliberadas possam ser acompanhadas em sua implementação e revisitadas a cada nova conferência” (Brasil, 2008, p. 161).	Sim	Acesso amplo à informação.

ITENS	TRECHO	ITEM DESTACADO	RELAÇÃO COM PRINCÍPIO DE COMUNICAÇÃO PÚBLICA (SIM/NÃO)	PRINCÍPIOS ENCONTRADOS
15	Eixo III – A Participação da Sociedade na Efetivação do Direito Humano à Saúde.	“Assegurar que os gestores em sua esfera correspondente garantam infra-estrutura necessária para a reorganização e o pleno funcionamento dos conselhos de saúde, dotando-os de espaço físico adequado, recursos orçamentários, equipamentos, veículo e pessoal, além de condições para criar e manter meios e instrumentos de comunicação que garantam à sociedade o acesso às informações sobre indicadores sociais de saúde, temas, questões, resoluções e outras atividades, objetivando a transparência e a visibilidade de suas ações, em cumprimento à Lei n.º 8.142/90, melhorando o sistema nacional de apoio, suporte e avaliação dos conselhos para o efetivo controle social no SUS” (Brasil, 2008, p. 162).	Sim	Acesso amplo à informação.
16	Eixo III – A Participação da Sociedade na Efetivação do Direito Humano à Saúde.	“Que o Ministério da Saúde e as secretarias estaduais e municipais de saúde, em parceria com as secretarias de educação e a sociedade civil organizada, divulguem, utilizando diversificados meios e instrumentos de comunicação, incluindo a divulgação em Braille, o papel e as atividades dos Conselhos de Saúde, a importância do controle social e do SUS” (Brasil, 2008, p. 166).	Sim	Acesso amplo à informação; inclusão e pluralidade.

ITENS	TRECHO	ITEM DESTACADO	RELAÇÃO COM PRINCÍPIO DE COMUNICAÇÃO PÚBLICA (SIM/NÃO)	PRINCÍPIOS ENCONTRADOS
17	Eixo III – A Participação da Sociedade na Efetivação do Direito Humano à Saúde.	“Que o Ministério da Saúde, os estados e municípios definam estratégias de comunicação para o modelo social na saúde, em parceria com as instituições de ensino superior, preferencialmente públicas, ou filantrópicas e privadas, no desenvolvimento de atividades que apresentem e estimulem o exercício da democracia e da participação social em diversos espaços” (Brasil, 2008, p. 167).	Sim	Estímulo à participação; promoção de direitos e da democracia.
18	Eixo III – A Participação da Sociedade na Efetivação do Direito Humano à Saúde.	“Que o Governo Federal estruture política de informação e comunicação direcionada às comunidades rurais, aos assentamentos, aos ribeirinhos, aos acampamentos, aos quilombolas, aos indígenas, entre outras, e que garanta o acesso às ações e aos serviços de saúde e às demais políticas públicas” (Brasil, 2008, p. 167).	Sim	Comunicação como política de Estado; inclusão e pluralidade.
19	Eixo III – Inéditas	“Que o Ministério da Saúde e os municípios definam estratégias de comunicação para o modelo social na saúde por meio das escolas de saúde públicas e escolas técnicas de saúde do SUS, no desenvolvimento de atividades que apresentem e estimulem o exercício da democracia e da participação social em diversos espaços” (Brasil, 2008, p. 178).	Sim	Estímulo à participação social; promoção dos direitos e da democracia.

ITENS	TRECHO	ITEM DESTACADO	RELAÇÃO COM PRINCÍPIO DE COMUNICAÇÃO PÚBLICA (SIM/NÃO)	PRINCÍPIOS ENCONTRADOS
20	Eixo III – Inéditas	<p>“O Ministério da Saúde e as secretarias estaduais e municipais de saúde devem divulgar, de forma permanente, nos principais meios de comunicação, as políticas, as diretrizes de atuação do SUS e os direitos dos usuários do SUS, instituídos no pacto em defesa do SUS, e que estes sejam afixados nas unidades de saúde, divulgando, entre outros dados, os números dos telefones dos Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde, bem como o número da ouvidoria e da promotoria de defesa da saúde, efetivando assim o exercício do direito à participação da sociedade e o direito humano à saúde” (Brasil, 2008, p. 178 e 179).</p>	Sim	Acesso amplo à informação; estímulo à participação; promoção dos direitos e democracia; foco no cidadão.
21	Eixo III – Inéditas	<p>“Que os Conselhos de Saúde criem e mantenham instrumentos de comunicação que garantam à sociedade o acesso à informação sobre assuntos tratados pelos Conselhos e suas resoluções, objetivando a transparência das suas ações e o fortalecimento do mandato dos Conselheiros, adotando uma estratégia permanente para dar visibilidade à atuação dos Conselhos, aproximando-os da população” (Brasil, 2008, p. 182).</p>	Sim	Acesso amplo à informação.

ITENS	TRECHO	ITEM DESTACADO	RELAÇÃO COM PRINCÍPIO DE COMUNICAÇÃO PÚBLICA (SIM/NÃO)	PRINCÍPIOS ENCONTRADOS
22	Eixo III – Inéditas	“Que a Comissão de Comunicação, Informação e Informática do CNS estabeleça estratégias permanentes de fiscalização dos conselhos estaduais e municipais que não estão cumprindo com o programa de inclusão digital (desvio de materiais para outros fins) e comunique periodicamente no site quais são os conselhos que realizam irregularidades” (Brasil, 2008, p. 182).	Sim	Acesso amplo à informação; pautar-se pela ética.
23	Eixo III – Inéditas	“Exigir que as três esferas de governo, para o real fortalecimento e perpétua implantação do SUS com a efetiva participação social e garanta [sic] em todas as emissoras de televisão cinco minutos diários em horário nobre, incluindo o rádio, matérias em jornais, revistas e outros meios de comunicação em todo território nacional no sentido de informar e difundir o SUS e os direitos dos cidadãos brasileiros” (Brasil, 2008, p. 182 e 183).	Sim	Acesso amplo à informação.
24	Eixo III – Inéditas	“garantam [sic] em todas as emissoras de televisão cinco minutos diários em horário nobre, incluindo rádio, matérias em jornais, revistas e outros meios de comunicação, em todo o Território Nacional, no sentido de informar e difundir o SUS e os direitos dos cidadãos brasileiros; [sic]” (Brasil, 2008, p. 182 e 183).	Sim	Acesso amplo à informação.

ITENS	TRECHO	ITEM DESTACADO	RELAÇÃO COM PRINCÍPIO DE COMUNICAÇÃO PÚBLICA (SIM/NÃO)	PRINCÍPIOS ENCONTRADOS
		<i>Obs.: este item repete parcialmente a proposta anterior.</i>		
25	Eixo III – Inéditas	“divulguem [sic] em suas páginas oficiais (na <i>internet</i>) os seus planos de saúde, a composição do Conselho com os contatos, as pautas, as atas, os locais e os horários das reuniões, bem como suas resoluções, de modo a garantir maior transparência e participação no controle social; [sic]” (Brasil, 2008, p. 183).	Sim	Acesso amplo à informação.
26	Eixo III – Inéditas	“divulguem [sic] amplamente o art. 196 da Constituição Federal, que dispõe sobre o direito à saúde, afixando-o nos lugares estratégicos das unidades de saúde; [sic]” (Brasil, 2008, p. 183).	Sim	Acesso amplo à informação.
27	Eixo III – Inéditas	“Os Governos Federal, Estaduais e Municipais devem incentivar a regulamentação das rádios comunitárias, para melhor divulgação das ações, dos serviços, dos direitos e deveres do SUS em cada região e nos municípios” (Brasil, 2008, p. 183).	Sim	Acesso amplo à informação.

Fonte: Elaboração do autor com base nas informações do relatório da 13ª CNS.

Partindo do quadro acima, a 13ª CNS também apresenta uma série de propostas com as quais foi possível estabelecer conexão com princípios de comunicação pública, identificados em 25 dos 27 tópicos avaliados. Destaque novamente para “garantir acesso amplo à informação”, verificado em 20 itens, geralmente associados à divulgação de ações. Nas propostas também estão presentes: “estimular a participação” (5 vezes); “promover os direitos e a democracia” (3); “focar no cidadão” (2); “ser inclusiva e plural” (3); “fomentar

o diálogo” (2); “tratar comunicação como política de Estado” (3); “pautar-se pela ética” (1); e “atuar com eficácia” (1). Não foram identificadas proposições associadas a “combater a desinformação”, “ouvir a sociedade” e “garantir a impessoalidade”.

Três proposições (grifas em cor azul claro) avaliadas referem-se à implementação de políticas de comunicação, sendo que uma delas recomenda a inclusão, na política de concessão dos meios de comunicação, a obrigatoriedade de espaços para divulgação de práticas de promoção à saúde e de prevenção de doenças, portanto uma ação de cobrança de responsabilidade social desses meios. A segunda recomendação identificada trata do desenvolvimento e execução de políticas editoriais de informações nas três esferas de governo. O terceiro tópico solicita a estruturação de uma política de informação e comunicação destinada a grupos ou populações específicas - comunidades rurais, assentamentos, acampamentos, ribeirinhos, quilombolas, indígenas, entre outros/as (Brasil, 2008). Nas três propostas referentes à política comunicacional descritas acima, além do acesso amplo à informação, identificamos princípios de comunicação pública associadas à comunicação como política de Estado e à inclusão e pluralidade.

Com o tema “Todos usam o SUS! SUS na Seguridade Social, Política Pública, Patrimônio do Povo Brasileiro”, a 14ª CNS, de 2011, discutiu a comunicação na diretriz 12 - “Construir política de informação e comunicação que assegure gestão participativa e eficaz ao SUS” (Brasil, 2012, p. 73). Parte das propostas trouxe foco para questões relacionadas à melhoria de sistemas e/ou plataformas de informação. As propostas trataram também da realização de campanhas de divulgação sobre ações e serviços prestados pelas três esferas de gestão do SUS; criação de uma rádio e um canal de televisão específicos para dar mais visibilidade ao SUS; divulgação de locais, fluxos e serviços prestados pela rede pública de saúde; restrição de propaganda de bebidas alcoólicas e medicamentos; construção de um Plano Estratégico de Comunicação, envolvendo as três esferas de gestão da saúde; e recomendações que contemplaram a comunicação voltada para informar a sociedade sobre o funcionamento e serviços prestados pelo SUS, a partir de estratégias de divulgação voltadas diretamente ao acesso à informação de interesse público; entre outras questões.

Cabe destacar que a diretriz 12 da 14ª CNS serviu de base para a elaboração da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS), do Ministério da Saúde, instituída por meio da Portaria nº 589/2015. Essa política resultou de uma construção em torno de normas sobre o uso de tecnologia da informação e comunicação (TIC) e

providências no campo tecnológico e de gestão como formas de favorecer o acesso a dados, por meio da estruturação e melhoria de sistemas informatizados (MS, 2016). Inicialmente, a discussão da política abrangia a comunicação. Fica a dúvida sobre o porquê da comunicação não ter sido incorporada ao documento. De todo modo, a consolidação da PNIS é um exemplo de como as conferências têm a capacidade de favorecer a materialização de políticas que visam a melhoria do SUS, desde que encontrem ressonância nos interesses do governo federal.

Em 2011, ano de realização da 14ª CNS, Dilma Rousseff assumiu seu primeiro mandato como presidente do Brasil. No campo da saúde, “As políticas apresentadas não traziam inovação significativa nem explicitavam compromisso com a RSB, tampouco com o SUS”¹² (Reis; Paim, 2018, p. 103). Estes autores afirmam que houve, inclusive, reforço à iniciativa privada no período.

Durante a primeira gestão de Dilma Rousseff (2011 a 2014), bem como na segunda (2015 a 2016), interrompida por um processo que levou ao seu *impeachment*, “O ‘projeto democrático’ (RSB) não foi priorizado, sendo apenas debatido e defendido pela sociedade civil, particularmente pelas entidades e instituições vinculadas ao movimento sanitário” (Reis; Paim, 2018, p. 109).

Segue abaixo (Quadro 6) um conjunto de 13 das 15 propostas da diretriz 12 (Construir Política de Informação e Comunicação que Assegure Gestão Participativa e Eficaz ao SUS). Pela sintonia com este estudo, também foram incorporadas cinco (5) recomendações da diretriz 2 (Gestão Participativa e Controle Social sobre o Estado: Ampliar e Consolidar o Modelo Democrático de Governo do SUS).

¹² RBS – Reforma Sanitária Brasileira: movimento sanitário com importante atuação no século XX.

Quadro 6 – Informações sobre propostas de comunicação do relatório da 14ª CNS, realizada em 2011 (relatório publicado em 2012).

ITENS	TRECHO	ITEM DESTACADO	RELAÇÃO COM PRINCÍPIO DE COMUNICAÇÃO PÚBLICA (SIM/NÃO)	PRINCÍPIOS ENCONTRADOS
1	Diretriz 2: Gestão Participativa e Controle Social sobre o Estado: Ampliar e Consolidar o Modelo Democrático de Governo do SUS.	“Instituir a criação dos conselhos locais de saúde e fomentar a participação das comunidades, sobre a importância do controle social, dando ênfase aos direitos e deveres do usuário, criando material informativo, bem como divulgação em todos os meios de comunicação sobre as experiências exitosas do SUS, dando publicidade às atas dos conselhos de saúde” (Brasil, 2012, p. 22).	Sim	Acesso amplo à informação; fomento ao diálogo; estímulo à participação.
2	Diretriz 2: Gestão Participativa e Controle Social sobre o Estado: Ampliar e Consolidar o Modelo Democrático de Governo do SUS.	“Criar e aperfeiçoar as Ouvidorias do SUS, tornando-as obrigatórias nos âmbitos Municipal, Estadual/DF e Federal e dar divulgação das suas ações, do telefone 136 e outros meios de comunicação do usuário com a Ouvidoria, bem como proporcionar-lhes apoio financeiro, capacitações e informações em geral para que possam atuar de modo efetivo contribuindo para o esclarecimento dos usuários e apuração de denúncias” (Brasil, 2012, p. 23).	Sim	Acesso amplo à informação; ouvir a sociedade.
3	Diretriz 2: Gestão Participativa e Controle Social sobre o Estado: Ampliar e Consolidar o Modelo Democrático de Governo do SUS.	“Divulgar pelos meios de comunicação, inclusive mídia eletrônica, digital e rádios comunitárias, o papel dos conselheiros, das conferências e dos conselhos de saúde (distritais, locais e gestores) e sua importância como órgão deliberativo do SUS, bem como os cronogramas e pautas de suas reuniões ordinárias, destacando as políticas e as diretrizes de atuação do SUS. Divulgar esses conteúdos também por	Sim	Acesso amplo à informação; estímulo à participação; promover os direitos e a democracia.

ITENS	TRECHO	ITEM DESTACADO	RELAÇÃO COM PRINCÍPIO DE COMUNICAÇÃO PÚBLICA (SIM/NÃO)	PRINCÍPIOS ENCONTRADOS
		<p>meio de cartazes afixados nas unidades de saúde e outros espaços públicos apropriados, como escolas e templos, entre outros, folhetos e outros veículos, contribuindo para divulgar direitos e deveres dos usuários do SUS e estimular, organizar e mobilizar a população a participar e exercer sua cidadania, inclusive tendo acesso a informações relevantes como: escalas de serviço, atividades das unidades e dos distritos e painel de vagas dos serviços contratados, sempre utilizando linguagem acessível” (Brasil, 2012, p. 23 e 24).</p>		
4	<p>Diretriz 2: Gestão Participativa e Controle Social sobre o Estado: Ampliar e Consolidar o Modelo Democrático de Governo do SUS.</p>	<p>“Garantir a divulgação ampla e irrestrita, em mídia nacional, da importância da organização e realização das conferências nacional, estadual/DF e municipal de Saúde, bem como tornar público os relatórios específicos contendo as propostas e as moções aprovadas, e colocando-as em prática” (Brasil, 2012, p. 26).</p>	Sim	Acesso amplo à informação.
5	<p>Diretriz 2: Gestão Participativa e Controle Social sobre o Estado: Ampliar e Consolidar o Modelo Democrático de Governo do SUS.</p>	<p>“Revisar a carta de Direitos e Deveres dos Usuários, enfatizando os deveres com foco na corresponsabilidade, reforçando a divulgação para a comunidade por meio de: veículos de comunicação e ações intersetoriais entre empresas, escolas, igrejas, sindicatos, associações de moradores, produtores, profissionais da saúde e outros” (Brasil, 2012, p. 27).</p>	Sim	Acesso amplo à informação; promover os direitos e a democracia.

ITENS	TRECHO	ITEM DESTACADO	RELAÇÃO COM PRINCÍPIO DE COMUNICAÇÃO PÚBLICA (SIM/NÃO)	PRINCÍPIOS ENCONTRADOS
6	Diretriz 12: Construir Política de Informação e Comunicação que Assegure Gestão Participativa e Eficaz ao SUS.	“Aprimorar e integrar os vários sistemas de informação do SUS, utilizando uma única base de dados que inclua informações gerais sobre Seguridade Social e financiamento, com descrição de receitas e despesas e que mantenha interface online com o cadastro de estabelecimentos de serviços de saúde, de profissionais, do Cartão SUS e do prontuário eletrônico, qualificando as equipes de saúde e gerenciais para utilizá-lo de acordo com as necessidades loco-regionais, fortalecendo assim as Redes Regionais de Atenção à Saúde” (Brasil, 2012, p. 73).	Sim	Acesso amplo à informação.
7	Diretriz 12: Construir Política de Informação e Comunicação que Assegure Gestão Participativa e Eficaz ao SUS.	“Qualificar a comunicação entre os serviços da rede de saúde, informatizando os serviços, por meio de acesso à internet e ao telefone, garantindo suporte técnico e manutenção adequados” (Brasil, 2012, p. 73).	Sim	Acesso amplo à informação.
8	Diretriz 12: Construir Política de Informação e Comunicação que Assegure Gestão Participativa e Eficaz ao SUS.	“Instituir um sistema de informação, interligando saúde, previdência social e assistência social, objetivando melhor acesso às informações, integralidade da assistência e monitoramento dos usuários” (Brasil, 2012, p. 73).	Sim	Acesso amplo à informação.
9	Diretriz 12: Construir Política de Informação e Comunicação que Assegure Gestão	“Garantir recursos financeiros, técnicos e tecnológicos para implantação definitiva do Cartão SUS, com leitura óptica, ampla divulgação e incluir seu número no RG, para que este seja o registro	Sim	Acesso amplo à informação.

ITENS	TRECHO	ITEM DESTACADO	RELAÇÃO COM PRINCÍPIO DE COMUNICAÇÃO PÚBLICA (SIM/NÃO)	PRINCÍPIOS ENCONTRADOS
	Participativa e Eficaz ao SUS.	nacional único de usuários do SUS em todo o território nacional e base para a transferência automática de recursos financeiros referentes aos usuários atendidos fora do seu município” (Brasil, 2012, p. 73).		
10	Diretriz 12: Construir Política de Informação e Comunicação que Assegure Gestão Participativa e Eficaz ao SUS.	“Criar um prontuário nacional para os usuários do SUS, para ampla compreensão de histórico de saúde do mesmo em todos os níveis de atenção” (Brasil, 2012, p. 73).	Sim	Acesso amplo à informação.
11	Diretriz 12: Construir Política de Informação e Comunicação que Assegure Gestão Participativa e Eficaz ao SUS.	“Implementar o programa Telessaúde e Telemedicina nas Regiões de Saúde, para dar suporte às equipes de profissionais de saúde” (Brasil, 2012, p. 74).	Sim	Acesso amplo à informação.
12	Diretriz 12: Construir Política de Informação e Comunicação que Assegure Gestão Participativa e Eficaz ao SUS.	“Garantir a conectividade em todos os municípios para a realização de EAD (Educação à Distância)” (Brasil, 2012, p. 74).	Sim	Acesso amplo à informação.
13	Diretriz 12: Construir Política de Informação e Comunicação que Assegure Gestão Participativa e	“Construir o Plano Estratégico de Comunicação obedecendo à seguinte sistematização: municipal, estadual e federal” (Brasil, 2012, p. 74).	Sim	Acesso amplo à informação.

ITENS	TRECHO	ITEM DESTACADO	RELAÇÃO COM PRINCÍPIO DE COMUNICAÇÃO PÚBLICA (SIM/NÃO)	PRINCÍPIOS ENCONTRADOS
	Eficaz ao SUS.			
14	Diretriz 12: Construir Política de Informação e Comunicação que Assegure Gestão Participativa e Eficaz ao SUS.	“Realizar campanhas de divulgação midiática das ações, programas e serviços prestados pelo Ministério da Saúde, secretarias estaduais e municipais, assim como as ações do controle social, o fluxo de atendimento, o funcionamento do SUS e os direitos e deveres dos usuários da saúde” (Brasil, 2012, p. 74).	Sim	Acesso amplo à informação.
15	Diretriz 12: Construir Política de Informação e Comunicação que Assegure Gestão Participativa e Eficaz ao SUS.	“Restringir a veiculação de propaganda de bebidas alcoólicas e medicamentos em todos os meios de comunicação, além de isentar ou reduzir os impostos na compra de medicamentos, veículos, equipamentos e insumos para a saúde (SUS)” (Brasil, 2012, p. 74).	Não	Não há princípio de comunicação pública relacionado ao tema tratado neste tópico (restrição de propagandas e isenção ou redução de impostos).
16	Diretriz 12: Construir Política de Informação e Comunicação que Assegure Gestão Participativa e Eficaz ao SUS.	“Manter informações atualizadas para os usuários nas unidades, de forma visível, constando escala de serviços e trabalho desta unidade, que contemplem fluxo e funcionamento, relação de medicamentos das farmácias da rede e divulgação das farmácias populares” (Brasil, 2012, p. 74).	Sim	Acesso amplo à informação.
17	Diretriz 12: Construir Política de Informação e Comunicação que Assegure Gestão Participativa e Eficaz ao SUS.	“Criar, pelo Ministério da Saúde, uma Rádio e um Canal específico para saúde (TV SUS, Rádio SUS e outros meios), para implementar as políticas de saúde, dando maior visibilidade ao SUS” (Brasil, 2012, p. 74).	Sim	Acesso amplo à informação.

ITENS	TRECHO	ITEM DESTACADO	RELAÇÃO COM PRINCÍPIO DE COMUNICAÇÃO PÚBLICA (SIM/NÃO)	PRINCÍPIOS ENCONTRADOS
18	Diretriz 12: Construir Política de Informação e Comunicação que Assegure Gestão Participativa e Eficaz ao SUS.	“Divulgar nos principais meios de comunicação (rádio, TV, jornais locais) e nas próprias unidades de saúde (cartazes, banners, protocolos, informativos) sobre a localização, os fluxos e serviços disponíveis no SUS, o que é atenção básica, urgência, emergência e pronto atendimento, suas competências e atuação dos conselhos de saúde, Estratégia Saúde da Família e outros programas federais entre eles a farmácia popular” (Brasil, 2012, p. 75).	Sim	Acesso amplo à informação.

Fonte: Elaboração do autor com base nas informações do relatório da 14ª CNS.

Conforme informado anteriormente, o quadro acima traz cinco (5) propostas selecionadas entre os itens da diretriz 2 (Gestão Participativa e Controle Social sobre o Estado: Ampliar e Consolidar o Modelo Democrático de Governo do SUS) e 13 recomendações que constam na diretriz 12 (Construir Política de Informação e Comunicação que Assegure Gestão Participativa e Eficaz ao SUS).

Embora o termo “política” esteja no título da Diretriz 12, nenhuma proposição trata especificamente da criação de política de comunicação. Conforme informado em nota de rodapé (3), neste estudo optou-se pelo destaque às recomendações que, de algum modo, tratam ou fazem referência à política de comunicação no texto publicado em relatório. Portanto, o uso do termo “política” associado à implementação de medidas na área de comunicação ou a utilização da expressão “política de comunicação” foram determinantes para a seleção de recomendações destacadas. Isto não significa que as demais propostas (em cor verde) não possam compor uma política de comunicação pública, mas apenas que tratam-se de recomendações sem referência direta, no texto, à elaboração de tal política.

Nos tópicos avaliados, as ações de divulgação podem ser relacionadas ao princípio da garantia de acesso amplo à informação, identificado em 17 das 18 propostas selecionadas. Outros princípios de comunicação pública presentes são: “estimular a participação” (2);

“promover os direitos e a democracia” (2); “fomentar o diálogo” (1); e “ouvir a sociedade” (1). Apenas uma das proposições selecionadas não tem relação com princípio de comunicação. Não foram identificados os seguintes princípios: “combater a desinformação”, “focar no cidadão”, “tratar a comunicação como política de Estado”, “ser inclusiva e plural”, “garantir a impessoalidade”, “pautar-se pela ética” e “atuar com eficácia”.

Conforme pode ser conferido no Quadro 6, a 14ª conferência trouxe algumas proposições que se relacionam com sistemas ou plataformas informatizadas que visam a melhoria da gestão de serviços do SUS, tais como: a) aprimoramento e integração de sistemas de informação do SUS; b) qualificação da comunicação entre os serviços da rede de saúde, informatizando os serviços; c) implantação de sistema de informação interligando saúde, previdência social e assistência social; d) garantia de recursos financeiros, técnicos e tecnológicos para implantação definitiva do Cartão SUS; e) criação de prontuário nacional para os usuários do SUS; f) implementação do programa Telessaúde e Telemedicina; e g) garantia de conectividade em todos os municípios para a realização de educação à distância. De modo geral, esses itens atendem ao princípio de acesso amplo à informação e denotam uma maior preocupação com a organização e/ou padronização de processos de informatização no SUS. São ações que podem contribuir para a qualificar, melhorar e agilizar processos e o acesso aos serviços do SUS, indo de encontro aos objetivos da comunicação pública, descritas por Duarte (2007) como:

[...] a) compromisso em privilegiar o interesse público em relação ao interesse individual ou corporativo; b) centralizar o processo no cidadão; c) tratar comunicação como um processo mais amplo que informação; d) adaptação dos instrumentos às necessidades, possibilidades e interesses públicos; e) assumir a complexidade da comunicação, tratando-a como um todo *uno* (Duarte, 2007, p. 59, grifo do autor).

Duas (2) das 15 recomendações da diretriz 12 do relatório da 14ª CNS não foram incluídos na tabela acima por caracterizarem-se como instrumentos de gestão operacional do atendimento ambulatorial ou hospitalar prestado às/aos usuárias/os do SUS nos serviços de saúde. Uma dessas recomendações visa “Efetivar um sistema informatizado de regulação (Sisreg) ou similar, pelo Ministério da Saúde para ser utilizado pela Regulação Estadual e Municipal” (Brasil, 2012, p. 74). De acordo com informações do Ministério da Saúde, o Sistema Nacional de Regulação (Sisreg) é definido como um “Sistema *on-line*, criado para o gerenciamento de todo complexo regulatório indo da rede básica à internação hospitalar,

visando a humanização dos serviços, maior controle do fluxo e otimização na utilização dos recursos” (Gov.br, 2020, grifo nosso). Algumas de suas funcionalidades são a gestão de lista de espera para atendimentos pelo SUS e de leitos, classificação de risco e de priorização de casos dentro da rede de serviços, agendamento de consultas, exames e terapias, além de encaminhamentos para hospitais que atendem urgências, entre outras. O segundo item excluído foi: “Reestruturar os sistemas de informação cadastrando os serviços da atenção básica a fim de permitir que os municípios possam realizar e receber procedimentos classificados como de média complexidade” (Brasil, 2012, p. 75). Portanto, trata-se de duas recomendações relacionadas a sistemas informatizados utilizados na gestão do acesso aos serviços de saúde, não tendo relação com ações de comunicação direcionadas à população.

Passando à 15ª CNS (2015), com o tema central “Saúde pública de qualidade para cuidar bem das pessoas: direito do povo brasileiro”, esta edição apresentou contribuições importantes para o campo da comunicação e saúde no SUS, voltando a repetir a inclusão de um eixo temático exclusivo (eixo 6) abrangendo o assunto, assim como ocorreu na 12ª CNS (2003). Além disso, as referências ao campo da comunicação também foram feitas em outros eixos temáticos.

O eixo 6 (Informação, Educação e Política de Comunicação do SUS) foi subdividido em quatro temas: 1) Informação para Educação em Saúde; 2) Estratégias de Comunicação em Defesa do SUS; 3) Direito de Acesso à Informação sobre a Gestão; e 4) Educação Popular em Saúde e Mídia Alternativa. Pelo grande volume de contribuições identificadas no relatório da 15ª CNS, totalizando 46 itens, entre diretrizes e proposições, optou-se pela seleção de um recorte de informações consideradas mais relevantes para este estudo (Quadro 7)¹³.

Ressalta-se que, na nossa avaliação, o eixo 6 desta edição funcionou como uma extensão ou continuidade de propostas relacionadas às ações de Informação, Educação e Comunicação (IEC), cujas bases foram lançadas na 9ª e 10ª edições da CNS, e que passaram a integrar as ações de saúde desde então como necessidades “[...] inerentes a um novo paradigma na atenção à saúde” (Dornelas; Sousa; Mendonça, 2014, p. 275).

¹³ Ver nota de rodapé número 9.

Quadro 7 – Informações sobre propostas de comunicação do relatório da 15ª CNS, realizada em 2015 (relatório publicado em 2016).

ITENS	TRECHO	ITEM DESTACADO	RELAÇÃO COM PRINCÍPIO DE COMUNICAÇÃO PÚBLICA (SIM/NÃO)	PRINCÍPIOS ENCONTRADO
1	Eixo 6 – Informação, Educação e Política de Comunicação do SUS. Informação para Educação em Saúde. Diretriz.	“Elaborar e implementar uma Política de Informação, Educação e Comunicação em Saúde que reforce o princípio constitucional da saúde como direito de todos(as) e dever do Estado, que promova a disseminação do conhecimento científico e tecnológico, e que considere as experiências exitosas, as diversidades regionais e étnico-culturais e as pessoas com deficiências, visando manter a população constantemente informada por meio de mecanismos de comunicação e acesso à informação que favoreçam o protagonismo e autonomia dos usuários” (CNS, 2016, n.p).	Sim	Acesso amplo à informação; estímulo à participação; promoção de direitos e da democracia; foco no cidadão; inclusão e pluralidade; comunicação como política de Estado; atuar com eficácia.
2	Eixo 6 – Informação, Educação e Política de Comunicação do SUS. Informação para Educação em Saúde. Proposta.	“Promover a produção e a disseminação do conhecimento científico e tecnológico, de análises da situação de saúde e da inovação, contribuindo para a sustentabilidade e valorização do SUS como política pública, por meio de estratégias de informação e comunicação” (CNS, 2016, n.p).	Sim	Acesso amplo à informação; atuar com eficácia.
3	Eixo 6 – Informação, Educação e Política de Comunicação do SUS. Informação para Educação em Saúde. Proposta.	“Apresentar campanhas periódicas de incentivo ao parto normal, de enfrentamento ao câncer de boca, fumo e doenças periodontal em grávidas, levando em conta as especificidades regionais, em especial, nas mídias televisiva e imprensa escrita, em parceria com Organizações Não Governamentais (ONGs) e Conselhos de Classe” (CNS, 2016, n.p).	Sim	Acesso amplo à informação; inclusão e pluralidade; atuar com eficácia.

ITENS	TRECHO	ITEM DESTACADO	RELAÇÃO COM PRINCÍPIO DE COMUNICAÇÃO PÚBLICA (SIM/NÃO)	PRINCÍPIOS ENCONTRADO
4	Eixo 6 – Informação, Educação e Política de Comunicação do SUS. Informação para Educação em Saúde. Proposta.	“Ampliar ações de divulgação e conscientização sobre a importância da cultura de doação de sangue, medula e órgãos” (CNS, 2016, n.p).	Sim	Acesso amplo à informação.
5	Eixo 6 – Informação, Educação e Política de Comunicação do SUS. Informação para Educação em Saúde. Proposta.	“Promover ações de conscientização e informação sobre o uso racional de medicamentos; garantindo realização anual de campanha contra o uso irracional e descarte inadequado de medicamentos” (CNS, 2016, n.p).	Sim	Acesso amplo à informação.
6	Eixo 6 – Informação, Educação e Política de Comunicação do SUS. Informação para Educação em Saúde. Proposta.	“Regular a publicidade e a propaganda relativas a produtos, ações e serviços que envolvam riscos à saúde da população” (CNS, 2016, n.p).	Não	Não há princípio de comunicação pública relacionado ao tema tratado neste tópico (regulação de publicidade).

ITENS	TRECHO	ITEM DESTACADO	RELAÇÃO COM PRINCÍPIO DE COMUNICAÇÃO PÚBLICA (SIM/NÃO)	PRINCÍPIOS ENCONTRADO
7	Eixo 6 – Informação, Educação e Política de Comunicação do SUS. Informação para Educação em Saúde. Proposta.	“Garantir a ampla divulgação e efetividade de ações em saúde e que sejam cumpridas, integralmente, as políticas nacionais de saúde já existentes e que atendem grupos populacionais específicos, a saber: Política nacional de saúde da população indígena, política nacional de saúde da população de campo e floresta, política nacional de saúde das pessoas com deficiência, política nacional de saúde da mulher, política nacional de saúde do homem, política nacional de saúde da população negra, política nacional de saúde da criança, política nacional de saúde da criança e do adolescente, política nacional de saúde da população LGBT, política nacional de saúde da população ribeirinha, política nacional de saúde mental e outras políticas que englobem esses grupos e ciclos de vida específicos” (CNS, 2016, n.p).	Sim	Acesso amplo à informação; inclusão e pluralidade.
8	Eixo 6 – Informação, Educação e Política de Comunicação do SUS. Informação para Educação em Saúde. Proposta.	“Criar um portal de comunicação, para troca de experiências vividas por usuários, acerca de promoção da saúde, atendimento, tratamentos e resultados dos serviços do SUS, a fim de garantir transparência na regulação e oferta de serviços e ações em saúde, acompanhamento das consultas e exames pelos usuários do SUS” (CNS, 2016, n.p).	Sim	Acesso amplo à informação; fomento ao diálogo; estímulo à participação; foco no cidadão.
9	Eixo 6 – Informação, Educação e Política de Comunicação do SUS. Informação para Educação em Saúde. Proposta.	“Garantir os recursos dos Governos Federal, Estadual e Municipal para a promoção de políticas [sic] de informação e comunicação que promovam o atendimento adequado às diversidades e às especificidades socioculturais e regionais, tais como, comunidades ribeirinhas, indígenas e quilombolas” (CNS, 2016, n.p).	Sim	Acesso amplo à informação; inclusão e pluralidade.

ITENS	TRECHO	ITEM DESTACADO	RELAÇÃO COM PRINCÍPIO DE COMUNICAÇÃO PÚBLICA (SIM/NÃO)	PRINCÍPIOS ENCONTRADO
10	Eixo 6 – Informação, Educação e Política de Comunicação do SUS. Informação para Educação em Saúde. Proposta.	“Garantir recursos para instalação de meios de comunicação (torres de rádio comunicação, radiofonia, telefonia rural, telefonia via satélite) em áreas de difícil comunicação e acesso ou em áreas isoladas, visando o desenvolvimento das ações de saúde em todo território nacional” (CNS, 2016, n.p).	Sim	Acesso amplo à informação.
11	Eixo 6 – Informação, Educação e Política de Comunicação do SUS. Informação para Educação em Saúde. Proposta.	“Criar um canal na televisão com informações 24 horas sobre saúde para divulgação dos projetos, planos de trabalho e prestação de contas aprovados ou revogados pelo conselho municipal de saúde” (CNS, 2016, n.p).	Sim	Acesso amplo à informação.
12	Eixo 6 – Informação, Educação e Política de Comunicação do SUS. Estratégias de Comunicação em Defesa do SUS. Diretriz.	“Valorizar e defender o SUS como política pública de Estado, por meio de estratégias de comunicação, produção e disseminação do conhecimento científico, tecnológico e popular, bem como das políticas e ações de saúde e seus resultados, nos grandes meios de comunicação, mídias comunitárias e redes virtuais, contribuindo, desta forma, para a sustentabilidade do SUS” (CNS, 2016, n.p).	Sim	Acesso amplo à informação.
13	Eixo 6 – Informação, Educação e Política de Comunicação do SUS. Estratégias de Comunicação em Defesa do SUS Proposta.	“Divulgação de políticas e ações de saúde e dos resultados dos SUS nacional e local nos grandes meios de comunicação, mídias comunitárias e redes virtuais, com a inserção das produções nos horários nobres, em caráter obrigatório” (CNS, 2016, n.p).	Sim	Acesso amplo à informação.
14	Eixo 6 – Informação, Educação e Política de Comunicação	“Conscientizar os usuários dos serviços ofertados nos diferentes níveis de atenção do SUS, por meio dos meios de comunicação (televisão, rádio, panfletos,	Sim	Acesso amplo à informação; promoção de direitos e da democracia;

ITENS	TRECHO	ITEM DESTACADO	RELAÇÃO COM PRINCÍPIO DE COMUNICAÇÃO PÚBLICA (SIM/NÃO)	PRINCÍPIOS ENCONTRADO
	do SUS. Estratégias de Comunicação em Defesa do SUS Proposta.	jornais, sites, radiofrequência, telefonia móvel e rádios comunitárias), garantindo acessibilidade comunicacional para pessoas com deficiências, produzindo e facilitando a elaboração de materiais informativos (cartilhas, folhetos, conteúdo digital, páginas virtuais, vídeos, imprensa falada e escrita, entre outros) junto a usuários e trabalhadores de saúde, com linguagem de fácil compreensão, sobre campanhas, direitos dos usuários, controle social, promoção da saúde, prevenção a doenças, populações oprimidas (mulheres, negras, LGBT, imigrantes, indígenas, pessoas vivendo com HIV e outras DST, populações periféricas e outras), assim como disponibilizá-los em todos os níveis assistenciais (da atenção básica à alta complexidade hospitalar) e ao público em geral, levando em consideração as especificidades regionais” (CNS, 2016, n.p).		inclusão e pluralidade.
15	Eixo 6 – Informação, Educação e Política de Comunicação do SUS. Estratégias de Comunicação em Defesa do SUS Proposta.	“Realizar campanhas informativas e educativas e utilizar novas tecnologias de informação e educação para a divulgação, nas diferentes mídias, do Sistema Único de Saúde (SUS) nos três níveis de atenção, sobre os princípios, o fluxo de atendimento, o funcionamento do SUS e os direitos dos usuários da saúde, promovendo ampla divulgação e informação à população e enfatizando suas atribuições, o estímulo à participação popular nos conselhos de saúde, além do acesso às pessoas com necessidades especiais e outras populações vulneráveis” (CNS, 2016, n.p).	Sim	Acesso amplo à informação; estímulo à participação; promoção de direitos e da democracia; inclusão e pluralidade.

ITENS	TRECHO	ITEM DESTACADO	RELAÇÃO COM PRINCÍPIO DE COMUNICAÇÃO PÚBLICA (SIM/NÃO)	PRINCÍPIOS ENCONTRADO
16	Eixo 6 – Informação, Educação e Política de Comunicação do SUS. Estratégias de Comunicação em Defesa do SUS Proposta.	“Desenvolver estratégias de comunicação e educação para construção de uma imagem positiva do SUS como direito e patrimônio do povo brasileiro, estimulando: produções áudio visuais a partir do olhar dos usuários, profissionais e gestores, com garantia de recurso financeiro tripartite; os meios de comunicação governamentais e concessionárias (rádios comunitárias, redes sociais digitais, sites, banner, som móvel, imprensa falada e escrita assegurando intérpretes em libras) para disseminar campanhas educativas de promoção e prevenção à saúde: informar sobre direitos e deveres dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS); divulgar os gastos com a saúde da população, além de publicar os resultados das auditorias feitas nas instituições públicas administradas por organismos sociais em locais de fácil acesso popular” (CNS, 2016, n.p).	Sim	Acesso amplo à informação; estímulo à participação; promoção de direitos e democracia; ouvir a sociedade; foco no cidadão; inclusão e pluralidade.
17	Eixo 6 – Informação, Educação e Política de Comunicação do SUS. Estratégias de Comunicação em Defesa do SUS Proposta.	“Criar e fortalecer canais de comunicação entre os conselhos de saúde municipais, estaduais e federal divulgando amplamente os Conselhos de Saúde e suas ações, visando o fortalecimento do Sistema Único de Saúde, utilizando vídeos, palestras, panfletos, sites, redes sociais e outras mídias, além de reuniões intersetoriais” (CNS, 2016, n.p).	Sim	Amplo acesso à informação.

ITENS	TRECHO	ITEM DESTACADO	RELAÇÃO COM PRINCÍPIO DE COMUNICAÇÃO PÚBLICA (SIM/NÃO)	PRINCÍPIOS ENCONTRADO
18	Eixo 6 – Informação, Educação e Política de Comunicação do SUS. Estratégias de Comunicação em Defesa do SUS Proposta.	“Criar e garantir o espaço de comunicação para divulgar os direitos do usuário com informações sobre o SUS, a exemplo de serviços e funcionamento das Unidades de Saúde da Família (USF), criando e alimentando canais de TV com sinal aberto, canais do SUS, emissoras de rádio, inclusive as rádios comunitárias, imprensa escrita, blogs, aplicativos e outras mídias digitais, mídias alternativas, redes sociais, materiais gráficos (como cartilhas e panfletos), realizando palestras, oficinas e parcerias com associações, sindicatos, igrejas, secretarias municipais e conselhos municipais de saúde pautando e estimulando temas sobre os progressos no Sistema de Saúde e sobre a promoção e prevenção da saúde, a fim de fomentar os direitos e deveres da população e do Estado” (CNS, 2016, n.p).	Sim	Acesso amplo à informação; estímulo à participação; promoção de direitos e da democracia.
19	Eixo 6 – Informação, Educação e Política de Comunicação do SUS. Estratégias de Comunicação em Defesa do SUS Proposta.	“Valorizar o SUS como política pública, por meio de estratégias de comunicação que promovam a produção, a disseminação e a divulgação do conhecimento popular, científico e tecnológico, da análise de situação e da inovação em saúde, contribuindo para a sustentabilidade do SUS” (CNS, 2016, n.p).	Sim	Acesso amplo à informação.
20	Eixo 6 – Informação, Educação e Política de Comunicação do SUS. Estratégias de Comunicação em Defesa do SUS Proposta.	“Realizar campanhas permanentes na mídia em geral sobre a valorização do direito à saúde e dever do Estado; de que o SUS deve ser uma Política Pública de Estado; os direitos e deveres dos cidadãos, dos gestores e dos profissionais de saúde e a proibição de cobrança dos serviços prestados pelo SUS” (CNS, 2016, n.p).	Sim	Acesso amplo à informação; promoção de direitos e da democracia.

ITENS	TRECHO	ITEM DESTACADO	RELAÇÃO COM PRINCÍPIO DE COMUNICAÇÃO PÚBLICA (SIM/NÃO)	PRINCÍPIOS ENCONTRADO
21	Eixo 6 – Informação, Educação e Política de Comunicação do SUS. Estratégias de Comunicação em Defesa do SUS Proposta.	“Estabelecer uma política de comunicação para valorização do SUS enquanto uma política de Estado, contemplando todas as áreas do Sistema de Saúde, garantindo o financiamento pelas três esferas de governo e estabelecendo estratégias de comunicação e educação permanente, reconhecendo os diferentes grupos sociais e suas especificidades, utilizando uma linguagem clara e acessível, em todos os meios de comunicação como TV, rádios comerciais e comunitários, redes sociais, sites eletrônicos, boletins impressos e eletrônicos, com o objetivo de manter a população constantemente informada sobre seus direitos e deveres, para realizar a defesa permanente do SUS; divulgar as boas práticas de saúde e os serviços oferecidos pelo SUS; promover o diálogo e a integralidade das ações do Ministério da Saúde e das Secretarias Municipais e Estaduais; divulgar esclarecimentos sobre como acessar os serviços de saúde e o Cartão Nacional de Saúde do SUS; divulgar o SUS como patrimônio do povo brasileiro; estabelecer melhor diálogo entre os profissionais do SUS em cada âmbito e nas três esferas de governo; e criar um canal aberto de comunicação do SUS com os usuários nas Unidades de Saúde, divulgando os fluxos de atendimento, os gastos e os investimentos em saúde, garantindo, assim, transparência e estabelecendo diálogo com a sociedade sobre a importância da participação no SUS; e divulgar as ações dos Conselhos de Saúde” (CNS, 2016, n.p).	Sim	Acesso amplo à informação; fomento ao diálogo; estímulo à participação; promoção de direitos e da democracia; inclusão e pluralidade; comunicação como política de Estado; atuar com eficácia.
22	Eixo 6 – Informação, Educação e Política de	“Instituir a Política Nacional de Comunicação em Saúde no intuito de articular parcerias com os meios de comunicação, garantindo	Sim	Acesso amplo à informação; comunicação

ITENS	TRECHO	ITEM DESTACADO	RELAÇÃO COM PRINCÍPIO DE COMUNICAÇÃO PÚBLICA (SIM/NÃO)	PRINCÍPIOS ENCONTRADO
	Comunicação do SUS. Estratégias de Comunicação em Defesa do SUS Proposta.	espaços na programação das grandes mídias (radio [sic], TV, jornal) para desenvolvimento de pautas que abordem o SUS e as informações de saúde, com garantia de recurso financeiro tripartite” (CNS, 2016, n.p).		como política de Estado.
23	Eixo 6 – Informação, Educação e Política de Comunicação do SUS. Direito de Acesso à Informação sobre a Gestão. Diretriz.	“Garantir o acesso às informações sobre a gestão do SUS para o Controle Social e para a sociedade, de forma pública e transparente” (CNS, 2016, n.p).	Sim	Acesso amplo à informação.
24	Eixo 6 – Informação, Educação e Política de Comunicação do SUS. Direito de Acesso à Informação sobre a Gestão. Proposta.	“Divulgar e envolver todos os meios de comunicação para a mobilização de instituições, entidades, organizações, associações, escolas, unidades de saúde para participar de audiência pública sobre a prestação de contas da gestão” (CNS, 2016, n.p).	Sim	Acesso amplo à informação; fomento ao diálogo; estímulo à participação
25	Eixo 6 – Informação, Educação e Política de Comunicação do SUS. Direito de Acesso à Informação sobre a Gestão. Proposta.	“Implementar e fortalecer o serviço de ouvidoria em todas as instâncias da rede de serviços públicos de saúde no SUS pela garantia de espaço estratégico e democrático de comunicação entre usuários e a gestão” (CNS, 2016, n.p).	Sim	Acesso amplo à informação; estímulo à participação; ouvir a sociedade.
26	Eixo 6 – Informação, Educação e Política de Comunicação do SUS. Direito de Acesso à Informação sobre a Gestão. Proposta.	“Criar um portal de transparência para acesso da população de todas as ações (atas e deliberações) do Conselho de Saúde” (CNS, 2016, n.p).	Sim	Acesso amplo à informação.

ITENS	TRECHO	ITEM DESTACADO	RELAÇÃO COM PRINCÍPIO DE COMUNICAÇÃO PÚBLICA (SIM/NÃO)	PRINCÍPIOS ENCONTRADO
27	Eixo 6 – Informação, Educação e Política de Comunicação do SUS. Direito de Acesso à Informação sobre a Gestão. Proposta.	“Divulgação aos segmentos do trabalhador e da trabalhadora e usuárias e usuários do SUS, movimentos sociais e demais setores envolvidos/interessados, das atividades realizadas pelo Conselho de Saúde, bem como o calendário de reuniões e a escolha de horário que favoreça a participação de todos, com vistas a sensibilizar a população na luta em defesa do SUS” (CNS, 2016, n.p).	Sim	Acesso amplo à informação; estímulo à participação; promoção de direitos e da democracia.
28	Eixo 6 – Informação, Educação e Política de Comunicação do SUS. Direito de Acesso à Informação sobre a Gestão. Proposta.	“Criar estratégias de comunicação pós-Conferência, visando promover a divulgação dos Planos Nacional, Estadual e Municipal de Saúde e as propostas aprovadas na 15ª CNS, utilizando o site do Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (SIACS) e sítios nas redes sociais com acesso a grupos para acompanhar a efetivação das propostas das conferências em cada nível” (CNS, 2016, n.p).	Sim	Acesso amplo à informação.
29	Eixo 6 – Informação, Educação e Política de Comunicação do SUS. Direito de Acesso à Informação sobre a Gestão. Proposta.	“Divulgar e visibilizar às [sic] deliberações, ações e funções dos Conselhos de Saúde (municipais, estaduais e nacional) à população em geral por meio de rádio, TV, jornais e internet” (CNS, 2016, n.p).	Sim	Acesso amplo à informação.
30	Eixo 6 – Informação, Educação e Política de Comunicação do SUS. Direito de Acesso à Informação sobre a Gestão. Proposta.	“Divulgar informações aos usuários sobre seus direitos e deveres por meio de mídias (todos os recursos midiáticos) e sobre como utilizar corretamente o SUS, ESF e UBS, e que estejam também disponíveis em todas as unidades de saúde” (CNS, 2016, n.p).	Sim	Acesso amplo à informação.

ITENS	TRECHO	ITEM DESTACADO	RELAÇÃO COM PRINCÍPIO DE COMUNICAÇÃO PÚBLICA (SIM/NÃO)	PRINCÍPIOS ENCONTRADO
31	Eixo 6 – Informação, Educação e Política de Comunicação do SUS. Direito de Acesso à Informação sobre a Gestão. Proposta.	“Divulgar os gastos com saúde da população através de meios de comunicação (rádios comunitárias, redes sociais digitais, sites) e publicar os resultados das auditorias feitas nas instituições públicas administradas por organismos sociais em locais de fácil acesso popular, como imprensa televisionada e escrita além das rádios” (CNS, 2016, n.p).	Sim	Acesso amplo à informação.
32	Eixo 6 – Informação, Educação e Política de Comunicação do SUS. Educação Popular em Saúde e Mídia Alternativa. Diretriz.	“Fortalecer o SUS como política pública, assegurando a democratização do acesso à informação em saúde, facilitando a interação entre trabalhadores/as, usuários/as e gestores/as nos níveis municipais, estaduais e federal, promovendo a educação na perspectiva da construção coletiva e dialógica” (CNS, 2016, n.p).	Sim	Acesso amplo à informação; estímulo à participação; promover os direitos e a democracia.
33	Eixo 6 – Informação, Educação e Política de Comunicação do SUS. Educação Popular em Saúde e Mídia Alternativa. Proposta.	“Criar mecanismos para divulgação de informações para a saúde, a partir de canais de TV com sinal aberto e emissoras de rádio, além das mídias e redes sociais que permitam a interação entre a população e o sistema de saúde” (CNS, 2016, n.p).	Sim	Acesso amplo à informação; estímulo à participação.
34	Eixo 6 – Informação, Educação e Política de Comunicação do SUS. Educação Popular em Saúde e Mídia Alternativa.	“Garantir e estimular o desenvolvimento de pesquisas e capacitações para profissionais na área de comunicação em saúde” (CNS, 2016, n.p).	Não	Não há princípio de comunicação pública relacionado ao tema tratado neste tópico (estímulo a pesquisas e capacitações).
35	Eixo 6 – Informação, Educação e Política de	“Otimizar mecanismos de comunicação em saúde (TV, mídias sociais etc.), estimulando as produções audiovisuais na	Sim	Estímulo à participação.

ITENS	TRECHO	ITEM DESTACADO	RELAÇÃO COM PRINCÍPIO DE COMUNICAÇÃO PÚBLICA (SIM/NÃO)	PRINCÍPIOS ENCONTRADO
	Comunicação do SUS. Educação Popular em Saúde e Mídia Alternativa.	perspectiva das/os usuárias/os” (CNS, 2016, n.p).		

Fonte: Elaboração do autor com base nas informações do relatório da 15ª CNS.

A relação entre as propostas do relatório da 15ª conferência e os princípios de comunicação pública foi identificada em 33 dos 35 itens avaliados, portanto dois não apresentaram conexão. Nota-se que esta foi a edição com mais tópicos relacionados à comunicação e saúde dentro do recorte de relatórios selecionados.

Mantendo a tendência de edições anteriores das conferências, as ações e/ou meios de divulgação mantêm-se como principal foco das recomendações verificadas nos relatórios. Assim como em outros documentos selecionados para este estudo, as ações de divulgação podem ser associadas ao princípio de comunicação pública referente à garantia de acesso amplo à informação, identificado em 32 dos 35 itens do recorte. Como exemplos dessas proposições temos: a produção e disseminação de conhecimentos científicos e tecnológicos para valorização do SUS; a garantia de recursos para instalação de meios de comunicação em áreas de difícil acesso ou em áreas isoladas; a criação de canal televisivo para divulgação de projetos, planos de trabalho e prestação de contas; a criação e fortalecimento de canais de comunicação entre os conselhos de saúde; a garantia do acesso às informações sobre a gestão do SUS para o controle social e para a sociedade, de forma pública e transparente; entre outras.

Os outros princípios de comunicação pública identificados foram: “estimular a participação”, associado a 12 propostas; “promover os direitos e a democracia” (9); “ser inclusiva e plural” (8); “atuar com eficácia” (4); “fomentar o diálogo” (3); “focar no cidadão” (3); “tratar a comunicação como política de Estado” (3); “ouvir a sociedade” (2). Não foram detectadas propostas em sintonia com o combate à desinformação, pautar-se pela ética e nem com a garantia de impessoalidade na comunicação.

Como foi exposto no Quadro 7, a 15ª CNS trouxe três (3) propostas específicas para a criação de políticas de comunicação para o SUS. Na diretriz 6.1 do eixo 6 (Informação para Educação em Saúde) o relatório propõe a elaboração e implementação de uma “[...] Política de Informação, Educação e Comunicação em Saúde [...]” (CNS, 2016, n.p.) com mecanismos “[...] que favoreçam o protagonismo e autonomia dos usuários” (CNS, 2016, n.p.). Na proposta 6.2.10 do trecho sobre estratégias de comunicação em defesa do SUS, as/os delegadas/os votaram pelo estabelecimento de “[...] uma política de comunicação para valorização do SUS enquanto uma política de Estado [...]” (CNS, 2016, n.p.), com a inclusão de uma série de ações a serem incluídas nessa política. Na proposta 6.2.16, há a recomendação para a instituição de uma “[...] Política Nacional de Comunicação em Saúde no intuito de articular parcerias com os meios de comunicação [...]” (CNS, 2016, n.p.).

Portanto, no mesmo eixo temático, por três vezes a comunicação se relaciona à criação de políticas, o que aponta para um grande interesse da conferência em uma comunicação orientada por uma política de Estado, bem como no entendimento de sua complexidade, além de indicar uma iniciativa no sentido de o controle social avançar nessa proposta.

Além dos tópicos centrados em criação de uma política ou de políticas de comunicação para o SUS, as demais propostas contêm, em sua essência, o DNA dos princípios de comunicação pública, ao defenderem, por exemplo, uma atuação em comunicação voltada para o interesse público e foco no cidadão. No quesito “estimular a participação”, as propostas abrangem a recomendação de criação de portal de comunicação para troca de experiências dos usuários e a divulgação e envolvimento de todos os meios de comunicação na mobilização para audiências públicas sobre a prestação de contas da gestão. Já em itens relacionados à promoção dos direitos e da democracia, há proposta de divulgação de informações aos usuários sobre seus direitos e deveres por meio de mídias e sobre como utilizar o SUS, além do desenvolvimento de estratégias de comunicação e educação para construção de uma imagem positiva do SUS como direito e patrimônio do povo brasileiro, entre outros.

As recomendações também contêm elementos relacionados à escuta da sociedade e foco no cidadão - implementação e fortalecimento do serviço de ouvidoria em todas as instâncias da rede de serviços públicos de saúde no SUS para garantia de espaço estratégico e democrático de comunicação entre usuários e a gestão; e a otimização de mecanismos de

comunicação em saúde, estimulando produções audiovisuais na perspectiva das/os usuárias/os. Inclusão e pluralidade também foram contempladas no relatório - conscientização dos variados perfis de usuárias/os sobre direitos, controle social, promoção da saúde, prevenção a doenças, entre outros exemplos.

A avaliação indica que o relatório da 15ª CNS trouxe, de forma abrangente, diretrizes e propostas que contém princípios da comunicação pública, embora estes não estejam indicados ou nomeados no documento. Por tantas contribuições, essa edição pode ser considerada uma das mais significativas do histórico de conferências para o campo da comunicação e saúde.

De acordo com a fonte-chave 1 (2022), a 15ª CNS foi construída dentro de um processo de fortalecimento e de consolidação do SUS, mas o País já vivia em um momento de turbulência no cenário político, após as eleições de 2014. Naquele momento, houve o intuito de aprofundar algumas questões, como a qualidade dos serviços e a garantia de acesso à saúde, a própria participação social, a valorização do trabalho e da educação em saúde, o tema do financiamento e a relação público-privado, além da discussão sobre a gestão do SUS no modelo de atenção à saúde, bem como ciência, tecnologia e inovação e reformas democráticas e populares do Estado.

Depois de uma edição em que a comunicação ocupou um lugar de destaque no histórico das conferências, a 16ª CNS (2019), com o tema central “Democracia e Saúde”, trouxe menos contribuições relacionadas à comunicação, conforme pode ser conferido abaixo (Quadro 8).

Quadro 8 – Informações sobre propostas de comunicação do relatório da 16ª CNS, realizada em 2019 (relatório publicado em 2019).

ITENS	TRECHO	ITEM DESTACADO	RELAÇÃO COM PRINCÍPIO DE COMUNICAÇÃO PÚBLICA (SIM/NÃO)	PRINCÍPIOS ENCONTRADO
1	Democracia e Saúde: Saúde como Direito e Consolidação e Financiamento do SUS. Eixo transversal: saúde e democracia. Diretrizes.	“Fortalecimento da participação da comunidade e do controle social na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), aperfeiçoando os conselhos de saúde, garantindo a transparência e a moralidade na gestão pública, melhorando a comunicação entre a sociedade e os gestores, de forma regionalizada e descentralizada, e mantendo seu caráter deliberativo” (CNS, 2019, p. 103)	Sim	Estímulo à participação; promoção de direitos e da democracia.
2	Democracia e Saúde: Saúde como Direito e Consolidação e Financiamento do SUS. Eixo transversal: saúde e democracia. Propostas.	“Realizar campanhas publicitárias para divulgar os direitos dos usuários, bem como orientar sobre o fluxo das Redes de Serviços para o fortalecimento e defesa do Sistema Único de Saúde (SUS), com publicização de informações concernentes à participação popular, para divulgação nos canais de ouvidoria e nos sistemas de comunicação, tais como: TV, rádio, redes sociais e visuais em grandes eventos” (CNS, 2019, p. 105)	Sim	Acesso amplo à informação; estímulo à participação; promoção de direitos e da democracia.
3	Democracia e Saúde: Saúde como Direito e Consolidação e Financiamento do SUS. Eixo transversal: saúde e democracia. Propostas.	“Efetivar nos moldes do artigo 198, da Constituição Federal, a participação e controle social na administração pública, fortalecendo o empoderamento da população quanto aos seus direitos e deveres como cidadãos, utilizando estratégias de divulgação nos meios de comunicação e instancias de controle social (ouvidoria em saúde, conselhos de saúde, conferências de saúde e outros existentes nos territórios), possibilitando a articulação entre as mesmas” (CNS, 2019, p. 106).	Sim	Acesso amplo à informação; estímulo à participação; promoção de direitos e da democracia; ouvir a sociedade.

ITENS	TRECHO	ITEM DESTACADO	RELAÇÃO COM PRINCÍPIO DE COMUNICAÇÃO PÚBLICA (SIM/NÃO)	PRINCÍPIOS ENCONTRADO
4	Eixo I – Saúde como Direito. Propostas.	“Elaborar estratégias de mobilização e sensibilização da sociedade civil organizada através de suas entidades, para estimular e fortalecer o processo democrático de participação social do Sistema Único de Saúde (SUS), utilizando-se dos meios de comunicação (mídias sociais, outdoor, imprensa falada e televisionada, entre outros)” (CNS, 2019, p. 112).	Sim	Acesso amplo à informação; estímulo à participação.
5	Eixo I – Saúde como Direito. Propostas.	“Fortalecer o controle social nas três esferas de governo e exigir a revogação do Decreto Presidencial nº 9.759/2019e [sic] a criação de mecanismos que assegurem canais de comunicação (aplicativos) para ajudar a divulgação de atividades e deliberações além do próprio Sistema Único de Saúde (SUS), inclusive em canais de comunicação abertos” (CNS, 2019, p. 118).	Sim	Acesso amplo à informação; estímulo à participação.
6	Eixo I – Saúde como Direito. Propostas.	“Garantir a revisão da carta de Direitos e Deveres dos Usuários e Usuárias, reforçando a divulgação para a comunidade por meio de veículos de comunicação e ações intersetoriais entre empresas, escolas, igrejas, sindicatos, associações de moradores, produtores, profissionais da saúde, movimentos sociais e outros” (CNS, 2019, p. 119).	Sim	Acesso amplo à informação; promover os direitos e a democracia.

Fonte: Elaboração do autor com base nas informações do relatório da 16ª CNS.

Das seis (6) proposições destacadas acima, cinco (5) tratam de recomendações de ações de divulgação, podendo ser associadas ao princípio de amplo acesso à informação. Também há itens com os quais é possível relacionar aos princípios de comunicação pública referentes ao estímulo à participação (5), à promoção de direitos e da democracia (4) e a ouvir a sociedade (1). Não foram identificados os demais princípios de comunicação pública. Neste relatório, não há recomendação para criação de política de comunicação no âmbito do SUS, como verificado em edições anteriores.

Ressalta-se que, assim como nos demais relatórios avaliados, não se encontram referências que remetam ao conceito ou aos princípios de comunicação pública de forma claramente identificável. Como exposto no Quadro 8, o relatório da 16ª CNS (2019) apresenta recomendações de uso da comunicação de modo instrumental, como ferramenta de divulgação de medidas, remetendo ao modelo comercial e hegemônico de comunicação (campanha publicitária).

É importante destacar que a 16ª CNS ocorreu em um momento político delicado. O *impeachment* de Dilma Roussef, em 2016, representou uma interrupção do resultado de um processo eleitoral democrático. Este fato gerou impactos negativos nas relações do governo com o controle social. Para a fonte-chave 2 (2022), o governo de Michel Temer (2016 a 2018) representou uma fratura na relação com os conselhos, uma vez que não era aberto ao diálogo. Este processo de fratura antecedeu um processo de ruptura efetiva durante o governo de Jair Bolsonaro (2019 a 2022), segundo a fonte. Logo nos primeiros meses da gestão, em abril de 2019, o governo publicou a Lei 9.759/2019¹⁴, que estabeleceu diretrizes, regras e limitações para colegiados da administração pública federal, impactando diretamente no funcionamento de conselhos de políticas públicas.

A eleição de Jair Bolsonaro como presidente do Brasil, em 2018, durante a organização da 16ª conferência, acendeu um alerta no âmbito do controle social. “E a destruição do SUS era algo premente, por tudo que já tinha sido apresentado na própria campanha eleitoral do então candidato” (Fonte-chave 1, 2022, informação verbal), com forte componente privatista.

Mas, ao mesmo compasso de enfrentamento do golpe, do resultado do golpe com a eleição do Bolsonaro, de um governo antidemocrático e privatista, nós estávamos numa luta pra reaglutinar as forças populares, da própria reforma sanitária, [...] pra que esta conferência fosse [...] um marco pra resistência dos anos que viriam (Fonte-chave 1, 2022, informação verbal).

Por este motivo, de acordo com o relato da fonte-chave 1 (2022), a 16ª conferência foi um momento de reafirmação dos princípios do SUS, sendo nomeada como 8ª+8, em referência direta à 8ª CNS e à luta da reforma sanitária.

¹⁴ Revogada pelo governo Lula em 1º de janeiro de 2023, por meio do Decreto nº 11.371.

[...] nós reafirmamos ali os eixos temáticos, que é a saúde como direito, a consolidação dos princípios do SUS e o financiamento adequado e suficiente para o SUS, para enfrentar aquilo que nós já sabíamos que estava acontecendo e que poderia vir pela frente, que era justamente um governo antidemocrático (Fonte-chave 1, 2022, informação verbal).

Ainda com relação à 16ª CNS (2019), a fonte-chave 1 (2022, informação verbal) informou que iniciativas que deveriam ter acontecido após essa edição não foram adiante “por conta da pandemia porque nós tivemos que desviar, obviamente, o foco do Conselho pra enfrentar a covid-19”.

Apresentamos abaixo um Quadro (9) com a síntese da frequência com que foi possível relacionar propostas das conferências sobre comunicação com os princípios de comunicação pública, com base no que foi exposto acima.

Quadro 9 – Síntese da frequência com que princípios de comunicação pública foram relacionados com propostas de comunicação dos relatórios das conferências – 12ª à 16ª edição.

Princípios de comunicação pública (ABCPública)	12ª CNS (32 itens)	13ª CNS (27 itens)	14ª CNS (18 itens)	15ª CNS (35 itens)	16ª CNS (6 itens)	Total (118 itens)
1. Garantir o acesso amplo à informação	23	20	17	32	5	97
2. Fomentar o diálogo	4	2	1	3	0	10
3. Estimular a participação	9	5	2	12	5	33
4. Promover os direitos e a democracia	4	3	2	9	4	22
5 – Combater a desinformação	1	0	0	0	0	1
6 – Ouvir a sociedade	1	0	1	2	1	5
7 – Focar no cidadão	0	2	0	3	0	5
8 – Ser inclusiva e plural	7	3	0	8	0	18
9 - Tratar a comunicação como política de Estado	7	3	0	3	0	13
10. Garantir a impessoalidade	0	0	0	0	0	0
11. Pautar-se pela ética	0	1	0	0	0	1
12. Atuar com eficácia	4	1	0	4	0	9

Sem conexão com princípios de comunicação pública	5	2	1	2	0	10
---	---	---	---	---	---	-----------

Fonte: Elaboração do autor com base nas informações coletadas durante a pesquisa.

Ressalta-se que os dados acima e os que serão apresentados no próximo tópico são apenas ilustrativos da frequência da identificação da relação entre os tópicos avaliados e os princípios de comunicação pública, dando uma ideia de proporção.

3.6 - Comunicação pública como categoria de análise

A seleção da comunicação pública como categoria de análise das propostas sobre política de comunicação, coletadas nos relatórios das Conferências Nacionais de Saúde, se deve ao fato deste trabalho adotar o Guia da ABCPública (2021) como suporte para avaliação do material de estudo. Mesmo sendo um documento recente e apresentar a visão da entidade, na nossa avaliação, o Guia pode ser considerado como um resultado da trajetória histórica de discussão do tema no Brasil, que já ocorre há algumas décadas, fornecendo bases sólidas para a análise, não representando dissintonia com os principais autores brasileiros que já tratam do assunto, sendo considerado adequado para uso nesta investigação.

A título de contextualização, no total foram avaliados 118 itens dos relatórios das conferências, dos quais 10 (8,5%) não apresentaram sintonia com princípios de comunicação pública. Isto significa que 108 (91,5%) propostas têm alguma relação com os princípios estabelecidos pela associação, sendo que o mais frequentemente identificado foi “garantir o acesso amplo à informação” (97 vezes), perfazendo 82,2% do total. O segundo e o terceiro itens mais frequentes foram “estimular a participação” e “promover os direitos e a democracia”, identificados 33 (28%) e 22 (18,6%) vezes, respectivamente, nos itens selecionados a partir dos relatórios. Os demais itens avaliados tiveram os seguintes resultados em termos percentuais: “ser inclusiva e plural” – 15,2%; “tratar a comunicação como política de Estado” – 11%; “fomentar o diálogo” – 8,4%; “atuar com eficácia” – 7,6%; “ouvir a sociedade” - 4,2%; “focar no cidadão”, 4,2%; “combater a desinformação” – 0,8%; e “pautar-se pela ética” - 0,8%. Apenas um princípio não foi identificado, qual seja: “garantir a impessoalidade”.

Do quadro geral, as recomendações relacionadas especificamente à política de comunicação totalizaram 13 itens (11%), abrangendo os princípios de comunicação como política de Estado (13); acesso amplo à informação (11); inclusão e pluralidade na comunicação (7); estímulo à participação (6); promoção dos direitos e da democracia (6); fomento ao diálogo (4); atuação com eficácia (3); foco no cidadão (1); e combate à desinformação (1).

Como exposto, a análise específica das propostas das Conferências Nacionais de Saúde sobre política de comunicação, sob o prisma dos princípios de comunicação pública, aponta para uma preponderância de recomendações sintonizadas com a garantia de acesso amplo à informação, no período de 2003 (12ª) a 2019 (16ª). A identificação deste princípio em maior frequência do que outros relaciona-se com propostas que visam ações de divulgação de dados, abrangendo, por exemplo, a publicização de informações sobre o SUS, do funcionamento de serviços, adoção de medidas sanitárias, modo de atuação dos conselhos de saúde, criação de novos canais de televisão ou emissoras de rádio e/ou a obrigatoriedade para que veículos de comunicação hegemônicos abram espaço na programação para tratar de pautas de saúde pública, entre outras questões.

Esse diagnóstico reforça a necessidade de uma discussão que não seja tão focada apenas na divulgação de informações como resultado, mas que trate também de como atingir esse objetivo em articulação com o uso de meios plurais de interação com a sociedade, de forma inovadora, a partir da escuta das demandas de cidadãs e cidadãos, considerando possibilidades para além dos veículos de comunicação tradicionais e hegemonicamente estabelecidos, absorvendo o diálogo entre diversos atores sociais como base para a elaboração de novas propostas, pautando o exercício e a ampliação da utilização da linguagem simples aplicada às práticas comunicacionais no âmbito do SUS, buscando garantir a todos o pleno acesso e compreensão das informações pelos diferentes estratos da sociedade, como prevê a ABCPública no quesito do amplo acesso à informação.

Na medida do possível, é recomendável que as propostas aprovadas nas conferências sejam foco de ações de acompanhamento pelo controle social, por meio do diálogo constante com os três níveis de gestão do SUS, buscando a verificação de implementação de medidas, bem como uma melhor adesão dos governos à pauta da comunicação pública. Ressalta-se que, ao longo do tempo, os conselhos de saúde e os atores do controle social têm demonstrado grande interesse nessa discussão, como revelam os relatórios das conferências

analisadas, cumprindo com um importante papel de defesa do SUS e das demandas das cidadãs e cidadãos, inclusive no que diz respeito ao acesso à comunicação como um direito.

Os princípios de comunicação pública identificados nas propostas emergem de um exercício que buscou estabelecer essas conexões a partir das intenções expressas nos tópicos avaliados, não sendo estes princípios claramente indicados nas recomendações dos relatórios. Esta análise permite afirmar que os princípios de comunicação pública estão embutidos nas propostas de forma implícita.

Essa avaliação indica a necessidade de que tanto o conceito quanto os princípios de comunicação pública devam ser explicitados ou referenciados, de modo que haja uma identificação clara de que matriz de comunicação o controle social trata ao propor uma política para o setor de comunicação.

Outra questão identificada é falta de centralidade das propostas para criação da política de comunicação, ganhando vertentes que incluem os campos da informação e da educação como componentes da mesma política; a concessão para veículos de comunicação comunitária; a constituição de uma rede nacional de comunicação como expressão dessa política; a criação de política de comunicação voltada para populações específicas (ribeirinhos, quilombolas, indígenas, entre outros); a instituição de uma política de comunicação e informação alternativa para a saúde, orientada para jornais, televisões e rádios comunitárias; e política de comunicação com o intuito de articular parcerias com os meios de comunicação; entre outras.

Desse modo, o estudo aponta falta de unidade ou de articulação em torno do assunto no âmbito do controle social para que as propostas possam convergir para uma única e ampla política de comunicação pública voltada para o SUS, que seja discutida no sentido do adequando atendimento às diversas demandas das conferências, que há décadas debatem e propõem recomendações neste sentido, portanto demonstrando interesse no tema ao longo do tempo.

Este aspecto pode ser relevante na medida em que uma mudança de direcionamento nas discussões pode fortalecer a proposta do controle social quanto à criação de uma política de comunicação voltada para o SUS, uma vez que as conferências são o principal fórum de participação social para a discussão e aprovação de propostas desse porte.

Aliado a isso, a defesa da comunicação como política de Estado pode fortalecer um posicionamento que expresse a exigência de que o Estado assuma a responsabilidade perante

o controle social de investir na discussão de uma política compromissada com os interesses da sociedade, de modo a superar práticas que denotam o uso instrumental da comunicação pelos governos, fazendo esse debate junto com os movimentos sociais, os conselhos de saúde e os três níveis de gestão do SUS.

Embora estejam presentes de forma implícita em propostas sobre política de comunicação para o SUS, princípios de comunicação pública como a promoção dos direitos e da democracia, o fomento ao diálogo, a inclusão e a pluralidade, a atuação com eficácia, foco no cidadão, ouvir a sociedade e o combate à desinformação devem ser reforçados, dando sustentação à defesa da comunicação como direito e um dos pilares do conceito ampliado de saúde, além do compromisso com a ética.

Especificamente sobre o combate à desinformação, esse princípio foi associado apenas a uma proposta da 12ª CNS. Isto chamou a atenção, especialmente na 16ª edição, realizada durante uma gestão presidencial vinculada com a disseminação de informações infundadas sobre covid-19. Os dados mostram, ainda, que o princípio relacionado à garantia da impessoalidade na comunicação deve compor a discussão, uma vez que esteve ausente nas propostas avaliadas nesse estudo.

Quadro 10 – Síntese das informações das propostas sobre política de comunicação dos relatórios da 12ª à 16ª CNS¹⁵.

ITENS	EDIÇÃO	TRECHO	DESTAQUE	PRINCÍPIOS ENCONTRADOS
1	12ª	Diretrizes gerais	<p>“O Conselho Nacional de Saúde deverá definir estratégias, em conjunto com o Ministério da Saúde, para elaborar e implementar políticas articuladas de informação, comunicação, educação permanente e popular em saúde, nas três esferas de governo, garantindo maior visibilidade das diretrizes do SUS, da política de saúde, das ações e da utilização de recursos, visando a ampliar a participação e o controle social e atender às demandas e expectativas sociais [...]” (Brasil, 2004, p. 162 e 163).</p> <p><i>Obs.: A íntegra desta proposta está transcrita no Quadro 4.</i></p>	<p>Acesso amplo à informação; fomento ao diálogo; estímulo à participação; promover os direitos e a democracia; inclusão e pluralidade; comunicação como política de Estado.</p>

¹⁵ Não houve proposta sobre política de comunicação na 14ª e 16ª edições das conferências.

ITENS	EDIÇÃO	TRECHO	DESTAQUE	PRINCÍPIOS ENCONTRADOS
2	12 ^a	Diretrizes gerais	<p>“Garantir e implementar uma política de educação, informação e comunicação no Conselho Nacional de Saúde (CNS), formulada e articulada com os Conselhos de Saúde regionais, estaduais, municipais e locais, visando a ampliar o diálogo destes com o governo e a sociedade, favorecer a qualificação da participação popular nos processos de formulação e definição de políticas e programas de saúde [...]” (Brasil, 2004, p. 165).</p> <p><i>Obs.: A íntegra desta proposta está transcrita no Quadro 4.</i></p>	Acesso amplo à informação; fomento ao diálogo; estímulo à participação; atuação com eficácia; promover os direitos e a democracia; comunicação como política de Estado.
3	12 ^a	Diretrizes gerais	<p>“Implementar uma política editorial com a parceria das três esferas de governo, garantindo a produção, o intercâmbio, a disseminação e a avaliação dos produtos informacionais, com suporte em diversos meios e linguagens, para acesso às pessoas com deficiências” (Brasil, 2004, p. 165).</p>	Acesso amplo à informação; inclusão e pluralidade; comunicação como política de Estado.
4	12 ^a	Diretrizes gerais	<p>“Intensificar estratégias de sensibilização, como campanhas e outras, sobre a importância dos agentes comunitários de saúde e demais profissionais de saúde na política de informação e comunicação do SUS” (BRASIL, 2004, p. 167).</p>	Estímulo à participação; comunicação como política de Estado.
5	12 ^a	Comunicação em saúde	<p>“Assegurar recursos orçamentários para viabilizar e implantar a Rede Pública e Nacional de Comunicação, de acordo com a recomendação das 11.^a e 12.^a Conferências Nacionais de Saúde, como materialização de uma política de comunicação ampla, plural, horizontal e descentralizada, que fortaleça as redes e movimentos sociais. Articulada ao controle social, essa política deve garantir o acesso à informação, troca de experiências, capacitação para o controle social e para a gestão democrática do sistema, fornecendo informações em saúde <i>on-line</i>, com livre acesso para os usuários do SUS” (Brasil, 2004, p. 174).</p>	Acesso amplo à informação; fomento ao diálogo; estímulo à participação; inclusão e pluralidade; promoção dos direitos e da democracia; comunicação como política de Estado.
6	12 ^a	Comunicação em saúde	<p>“Reconhecer e implementar as rádios e televisões comunitárias como instrumentos públicos de comunicação e divulgação do interesse da sociedade, do SUS e da saúde, bem como dos direitos dos usuários [...]” (Brasil, 2004, p. 175).</p>	Acesso amplo à informação; promoção de direitos e da democracia; inclusão e pluralidade;

ITENS	EDIÇÃO	TRECHO	DESTAQUE	PRINCÍPIOS ENCONTRADOS
			<i>Obs.: A íntegra desta proposta está transcrita no Quadro 4.</i>	comunicação como política de Estado.
7	12 ^a	Comunicação em saúde	“Articular ações entre a Secretaria de Comunicação Social da Presidência da República, os ministérios da Saúde, das Comunicações, da Cultura e da Educação para estabelecer uma política de comunicação e informação alternativa para a saúde orientada para jornais, televisões e rádios comunitárias, levando-se em conta as informações dos Conselhos de Saúde das três esferas de governo” (Brasil, 2004, p. 175).	Acesso amplo à informação; comunicação como política de Estado.
8	13 ^a	Eixo I – Desafios para a Efetivação do Direito Humano à Saúde no Século XXI: Estado, Sociedade e Padrões de Desenvolvimento.	“Buscar incluir na política de concessão dos meios de comunicação a obrigatoriedade de reserva de espaços para a divulgação de práticas de promoção à saúde e de prevenção de doenças, ampliando a divulgação das diretrizes do SUS, direitos e deveres de prestadores de serviços, gestores e, especialmente, dos usuários, com a criação de prêmio de jornalismo para rádios, TVs, jornais, revistas e outros que divulguem experiências exitosas em saúde” (Brasil, 2008, p. 35).	Acesso amplo à informação; comunicação como política de Estado.
9	13 ^a	Eixo II – Inéditas	“Que o Ministério da Saúde e os conselhos nacional, estaduais e municipais de saúde desenvolvam e executem políticas editoriais de informação nas três esferas do SUS, com divulgação ampla em todo o território nacional, para efetivar a disseminação e a distribuição de produtos informacionais com equidade [sic] de acesso, mediante investimentos em tecnologia e software para o Sistema Nacional de Informação em Saúde, Datasus, garantindo maiores recursos financeiros para implementação das ações de comunicação e informação em saúde [...]” (Brasil, 2008, p. 132). <i>Obs.: A íntegra desta proposta está transcrita no Quadro 5.</i>	Acesso amplo à informação; comunicação como política de Estado.

ITENS	EDIÇÃO	TRECHO	DESTAQUE	PRINCÍPIOS ENCONTRADOS
10	13 ^a	Eixo III – A Participação da Sociedade na Efetivação do Direito Humano à Saúde.	“Que o Governo Federal estructure política de informação e comunicação direcionada às comunidades rurais, aos assentamentos, aos ribeirinhos, aos acampamentos, aos quilombolas, aos indígenas, entre outras, e que garanta o acesso às ações e aos serviços de saúde e às demais políticas públicas” (Brasil, 2008, p. 167).	Comunicação como política de Estado; inclusão e pluralidade.
11	15 ^a	Eixo 6 – Informação, Educação e Política de Comunicação do SUS. Informação para Educação em Saúde. Diretriz.	“Elaborar e implementar uma Política de Informação, Educação e Comunicação em Saúde que reforce o princípio constitucional da saúde como direito de todos(as) e dever do Estado, que promova a disseminação do conhecimento científico e tecnológico, e que considere as experiências exitosas, as diversidades regionais e étnico-culturais e as pessoas com deficiências, visando manter a população constantemente informada por meio de mecanismos de comunicação e acesso à informação que favoreçam o protagonismo e autonomia dos usuários” (CNS, 2016, n.p).	Acesso amplo à informação; estímulo à participação; promoção de direitos e da democracia; foco no cidadão; inclusão e pluralidade; comunicação como política de Estado; atuar com eficácia.
12	15 ^a	Eixo 6 – Informação, Educação e Política de Comunicação do SUS. Estratégias de Comunicação em Defesa do SUS – Proposta	“Estabelecer uma política de comunicação para valorização do SUS enquanto uma política de Estado, contemplando todas as áreas do Sistema de Saúde, garantindo o financiamento pelas três esferas de governo e estabelecendo estratégias de comunicação e educação permanente, reconhecendo os diferentes grupos sociais e suas especificidades, utilizando uma linguagem clara e acessível, em todos os meios de comunicação como TV, rádios comerciais e comunitários, redes sociais, sites eletrônicos, boletins impressos e eletrônicos, com o objetivo de manter a população constantemente informada sobre seus direitos e deveres, para realizar a defesa permanente do SUS [...] (CNS, 2016, n.p). <i>Obs.: A íntegra desta proposta está transcrita no Quadro 7.</i>	Acesso amplo à informação; fomento ao diálogo; estímulo à participação; promoção de direitos e da democracia; inclusão e pluralidade; comunicação como política de Estado; atuar com eficácia.
13	15 ^a	Eixo 6 – Informação, Educação e Política de Comunicação do SUS. Estratégias de Comunicação	“Instituir a Política Nacional de Comunicação em Saúde no intuito de articular parcerias com os meios de comunicação, garantindo espaços na programação das grandes mídias (radio [sic], TV, jornal) para desenvolvimento de pautas que abordem o SUS e as	Acesso amplo à informação; comunicação como política de Estado.

ITENS	EDIÇÃO	TRECHO	DESTAQUE	PRINCÍPIOS ENCONTRADOS
		em Defesa do SUS Proposta.	informações de saúde, com garantia de recurso financeiro tripartite” (CNS, 2016, n.p).	

Fonte: Elaboração do autor com base nas informações dos relatórios das conferências.

3.7 – Política de comunicação na 1ª Confecom e na 1ª CNLCS

Abaixo, abordaremos brevemente a discussão sobre comunicação em duas conferências específicas sobre o tema. A primeira delas é a 1ª Conferência Nacional de Comunicação (Confecom), realizada em 2009, em Brasília (DF), cujo tema central foi a “Comunicação: meios para a construção de direitos e de cidadania na era digital”. Promovida pelo Ministério das Comunicações (MCOM), a conferência debateu políticas de radiodifusão e telecomunicações, contando com a participação de representantes tanto do poder público quanto da sociedade civil e de empresas do setor. De acordo com o relatório, o objetivo da 1ª Confecom “[...] foi o de constituir um espaço para o debate amplo, democrático e plural com a finalidade de elaborar propostas orientadoras para uma Política Nacional de Comunicação” (MCOM, 2010, p. 8).

A avaliação do relatório foi realizada visando destacar quais propostas aprovadas pela conferência dialogam com o campo da comunicação e saúde e a proposição de políticas de comunicação para a área da saúde. Entre as recomendações presentes no documento estão, por exemplo, o incentivo à “[...] criação de mecanismos de estímulo à produção de conteúdos de promoção à saúde e ao bem-estar da população [...]” (MCOM, 2010, p. 102); o uso de “canais de telefonia móvel para emissão de mensagens e campanhas de prevenção e promoção de saúde” (MCOM, 2010, p. 131) e a “Realização de campanhas de promoção da saúde da população negra e de combate ao racismo institucional, garantindo o reconhecimento dos terreiros como espaços de saúde” (MCOM, 2010, p. 153).

Também foram contempladas propostas referentes à promoção de campanhas com foco na saúde sexual e reprodutiva e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e outras enfermidades; garantia de divulgação sobre conceitos de saúde no controle social; e atendimento às necessidades de preservação da saúde de crianças (MCOM, 2010).

No eixo temático “Cidadania: Direitos e Deveres”, que abordou a “Democratização da Comunicação”, houve a proposta de criação do “[...] Conselho Nacional de Comunicação e os Conselhos Municipais, Estaduais e Distrital, como instâncias de formulação, deliberação e monitoramento de políticas de comunicações no país” (MCOM, 2010, p. 182). Já no eixo dedicado à produção de conteúdo, foi proposto a elaboração e implantação de “[...] uma política de comunicação e informação social em saúde do trabalhador, nas três esferas de governo (municipal, estadual e federal) [...]” (MCOM, 2010, p. 193).

Embora a 1ª Confecom tenha gerado grande mobilização, envolvendo cerca de 60 mil pessoas em todas as suas etapas (Fenaj, 2009), incluindo as conferências municipais, estaduais e nacional, boa parte das recomendações da conferência não foi concretizada. Pieranti (2020) analisou a implementação das propostas da 1ª Confecom 10 anos depois da realização do evento, chegando a um total de 470 itens. O autor chegou a esse número após a exclusão de 163 das 633 recomendações que constam no relatório final. Os itens excluídos referem-se a propostas categorizadas como programáticas ou que não eram passíveis de mensuração quanto à adoção das medidas.

Os 470 itens avaliados foram divididos em três grupos: propostas não implementadas, parcialmente implementadas e totalmente implementadas. A análise de Pieranti (2020) mostrou que 40 (8,25%) das 470 propostas avaliadas foram totalmente implementadas em um período de 10 anos subsequentes à realização da conferência. Outras 121 (25,74%) proposições foram parcialmente implementadas. No cômputo geral das medidas totalmente e parcialmente implementadas, chegou-se a 34,25%, cerca de 1/3 do que foi recomendado.

Entende-se que a metodologia adotada [...] não permitiu afirmar se foram “poucas” ou “muitas” as propostas implementadas. Para fazer esse juízo de valor, seria necessário buscar referências para a comparação [...] Várias delas [...] não dependiam sequer de novas leis. Poderiam ter sido fruto de portarias dos próprios órgãos ou de políticas públicas. Eventualmente sequer demandariam recursos públicos (Pieranti, 2020, p. 99).

Como exemplos de propostas implementadas o autor cita: “[...] manter o processo de governança da Internet no Brasil como modelo multissetorial e democrático, garantindo assim a participação da sociedade” e a abertura de “[...] editais para habilitação para novas rádios comunitárias [...]” (Pieranti, 2020, p. 94).

Entre as medidas parcialmente adotadas, o autor indica a implementação de canais televisivos “[...] do poder executivo, da cultura, da educação e da cidadania, previstos com a criação do Sistema Brasileiro de Televisão Digital [...]” (Pieranti, 2020, p. 93).

Os canais da Cultura, da Educação e da Cidadania foram regulamentados, projetos de gestão foram formulados pelos órgãos responsáveis e canais mantidos pelo Poder Executivo (NBr, TV Escola e Canal Saúde) começaram a ser transmitidos, nas maiores capitais do país, pela TV aberta, fruto do uso do recurso da multiprogramação em parceria com a TV Brasil. No entanto, parte dos canais mencionados na proposta não chegou a ser implementada, e o modelo de veiculação dos já existentes não foi expandido para outras cidades (Pieranti, 2020, p. 93).

O fomento à produção de conteúdo em nível nacional e regional também foi classificado como parcialmente implementado, por meio de ações da Agência Nacional do Cinema (Ancine), do Ministério da Cultura e da Empresa Brasil de Comunicação (EBC), entre outros órgãos públicos. “No entanto, não houve uma regra comum a todas essas iniciativas que objetivasse a garantia do pluralismo [...]” nessa produção (Pieranti, 2020, p. 93).

Pieranti (2020) avaliou que, embora não seja possível afirmar que houve muito ou pouco aproveitamento das propostas da 1ª Confecom, o percentual de 34,25% de propostas parcialmente ou totalmente implementadas ficou aquém do que era esperado pelos envolvidos na conferência.

Com base nas informações de Paulino e Ramos (2020) e Pieranti (2020) é possível inferir que, em boa parte, as propostas, incluindo a Política Nacional de Comunicação, podem ter sido alvo de negligência por parte do governo federal, desvalorização, influências contrárias do mercado ou tudo isso junto.

Cabe ressaltar que, além das recomendações da 1ª Confecom, a criação ou modernização das políticas de radiodifusão e telecomunicações é respaldada pela produção científica de universidades e pelo Fórum Nacional pela Democratização da Comunicação (FNDC), que, desde a década de 1990, se organizou em torno da defesa da democratização dos meios de comunicação.

O segundo fórum destacado neste trecho é a 1ª Conferência Nacional Livre de Comunicação em Saúde (1ª CNLCS), realizada em Brasília (DF), em 2017. Esta conferência teve como objetivo “Discutir a democratização do acesso da população às informações sobre

saúde” (CNS, 2017, p. 5). O debate ocorreu em torno dos “desafios da comunicação em saúde, o papel da comunicação na defesa da informação em saúde e a informação em saúde como direito” em um contexto em que tanto a legislação quanto as políticas de comunicação levam ao oligopólio privado do setor, a problemas de acesso à internet, à falta de políticas públicas para o acesso à radiodifusão comunitária e à hostilidade da imprensa em relação à rede pública de saúde (CNS, 2017, p. 15). “É preciso lutar por espaços de comunicação para que o SUS se fortaleça, pois se a comunicação não se tornar democrática, o SUS não avança também. A comunicação é um direito [...]. É algo estruturante para a saúde” (CNS, 2017, p. 16). Entre os encaminhamentos da 1ª CNLCS, foi proposto:

Criar uma política de comunicação do SUS e não para o SUS, que contemple os princípios do Sistema, que abarque a universalidade e a equidade, utilizando estratégias variadas e adequadas aos diferentes públicos e território; ser dinâmica, flexível, contemplar a formação e a capacitação profissional, promover a intersetorialidade, incluir o combate ao racismo, ao sexismo e à homofobia, com os usuários sendo protagonistas da comunicação (CNS, 2017, p. 23 e 24).

O relatório contempla propostas trazidas Pelo Fórum Nacional pela Democratização da Comunicação em “Defesa de uma comunicação pautada nos princípios do SUS, como universalidade, equidade, integralidade, descentralização e participação, assegurando processos de produção de informação e conteúdo [...]”, além da “Defesa da democratização dos meios de comunicação de massa no Brasil, com o fomento à diversidade e pluralidade de vozes na mídia e a adoção de um marco regulatório que garanta a efetividade do exercício do direito à comunicação no país”. O Fórum também defendeu a “[...] comunicação pública e, em especial, da retomada do caráter público da Empresa Brasil de Comunicação (EBC)” (CNS, 2017, p. 29).

Considerando as propostas destacadas acima, verifica-se sintonia entre as recomendações da 1ª CNLCS com princípios do SUS e de comunicação pública, fornecendo subsídios para o debate sobre a criação de uma política comunicacional voltada para a saúde pública.

Capítulo IV

Avaliação do controle social sobre o tema da comunicação nas Conferências Nacionais de Saúde e a elaboração de uma política de comunicação para o SUS

4.1 - Organização temática

Neste capítulo, serão apresentadas as contribuições das fontes-chave, por meio de uma organização temática, abrangendo cinco tópicos: 1) Comunicação e o controle social; 2) Comunicação no SUS; 3) Importância de uma política de comunicação; 4) O governo e a pauta da comunicação pública; e 5) Desafios da comunicação no âmbito do SUS.

4.2 - Comunicação e o controle social

Com base nas informações pesquisadas nos relatórios das conferências e coletadas junto às fontes-chave, é possível afirmar que a comunicação tem espaço na pauta do controle social, uma vez que o assunto integra as discussões tanto no âmbito das Conferências Nacionais de Saúde quanto do Conselho Nacional de Saúde. No entanto, em termos de relevância do tema nas conferências, houve uma variação ao longo do tempo, com momentos de maior interesse e outros em que o assunto declinou, fato confirmado nos relatórios e entrevistas.

De acordo com as informações da fonte-chave 5 (2023), a 12ª CNS teve bastante relevância no histórico das conferências, assim como teve a 8ª edição. Na avaliação dessa fonte-chave, depois da realização de uma série de conferências protocolares, esses fóruns assumiram um outro perfil, que os levaram ao patamar de processo participativo, com a presença de movimentos sociais nas discussões. Para ele, a 12ª conferência fechou um ciclo de edições muito voltadas para a implementação e estruturação do SUS, nas quais os focos eram mais relacionados a como organizar e legitimar o sistema. Passada essa fase, a 12ª CNS representou uma guinada, com grande participação social, com discussões que colocaram o SUS como um patrimônio de todos os brasileiros, como uma política transversal e intersetorial, valorizando os campos da comunicação e da informação, que tiveram um eixo exclusivo para o debate naquela edição.

Na avaliação da fonte-chave 5 (2023), a 12ª CNS representou o resultado do processo de maturação das conferências até aquele momento, portanto desde o final dos anos 1980 até o início dos anos 2000. Esse processo de amadurecimento abrangeu a própria formulação do SUS e a discussão sobre a regionalização e a municipalização da saúde no País, bem como a vivência de diversas experiências de participação social e o enfrentamento à resistência de gestores da saúde à presença do controle social nessa política pública. Dessa forma, houve um movimento ascendente ao longo dos anos, sendo, portanto, um amadurecimento de processos, de atores envolvidos e de resultados das experiências vivenciadas até ali.

Com base na avaliação da fonte-chave 5 (2023), é possível inferir que a 12ª teve uma expressão importante, mas que não necessariamente possa ser vinculada exclusivamente à entrada de Luiz Inácio Lula da Silva na presidência da República, embora tenha sido um fato relevante, uma vez que se esperava uma maior abertura e fortalecimento do controle social, portanto algo que estava no campo das expectativas naquele momento político.

De acordo com a fonte-chave 5 (2023), curiosamente, naquela época, falava-se de crise de representatividade dos movimentos sociais e de organizações da sociedade civil, tais como sindicatos, associação de moradores, categorias profissionais, entre outras. Ainda assim, o Movimento dos Trabalhadores Rurais sem Terra (MST) apresentava-se como uma forte representação social. Mas, neste cenário, também surgiam outras formas de organização, que poderiam ser chamadas de movimentos identitários, trazendo uma visão de que a discussão não era só uma questão de disputa de classe, mas também de um debate que abrangia outras desigualdades, como a de gênero e raça. Dessa forma, organizações coletivas que estavam emergindo tiveram espaço no ciclo de conferências iniciado com a 12ª, que reforçou a luta pela ampliação de direitos, para além do direito à saúde, incluindo o tema da comunicação.

Então, outros movimentos, formas de organização coletivas, também estavam emergindo e tiveram muito espaço nesse ciclo entre a 12ª e a 15ª. A 15ª é quase um coroamento disso e início do outro ciclo, que é de desorganização, desconstrução, ataque a direitos [...] (Fonte-chave 5, 2023, informação verbal).

Para esta fonte, há um ponto-chave sobre a discussão relacionada à comunicação nas conferências, que é o fato de não haver tradição do exercício do direito à comunicação

pública no Brasil, onde a comunicação geralmente expressa vícios antigos, com raízes na Era Vargas, de propaganda de Estado e de governo, portanto uma ruptura difícil de se fazer, mas também porque ela é absorvida pelo filtro do modelo hegemônico privado. Desse modo, em muitos casos, as propostas aprovadas nas conferências expressaram o desejo de divulgar e transmitir informações sobre o SUS, como, por exemplo, informar quais serviços a sociedade encontra na rede pública de saúde e como o sistema funciona. Havia proposições que reivindicavam espaços na televisão comercial para falar sobre o SUS e que defendiam a criação de uma TV aberta para tratar exclusivamente sobre saúde. Solicitavam também a obrigatoriedade de divulgação da rede pública de saúde nos veículos de comunicação. Portanto, as propostas estavam conectadas a uma abordagem em que a comunicação é produzida a partir de uma visão informacional, sendo tratada como instrumento de divulgação, algo que era perceptível nas discussões de grupo, conforme apontou a fonte-chave 5 (2023). Nesse sentido, essa fonte considerou a discussão superficial, resultando em propostas frágeis, pontuais e consensuais, até porque não mudavam nem o pensamento e nem as práticas tradicionais. Com base nas informações fornecidas pela fonte, conclui-se que parte das proposições das conferências era basicamente no sentido de divulgar e defender o SUS, mas sem trazer questionamentos substantivos em relação ao que consiste a comunicação no campo da saúde.

Também havia propostas que relacionavam os campos da comunicação com os da informação e da educação, como se fosse um pacote de temas afins. De acordo com a fonte-chave 5 (2023), havia pontos de conexão com o que se entende como comunicação pública, como a publicização de dados, a transparência e a prestação de contas, mas sem uma percepção da comunicação como um direito. As propostas também traziam a ideia de públicos (público-alvo), mas dentro de paradigma de uma comunicação “sobre” e “para” o outro, e não numa perspectiva que contemplasse a relação “com” ou “pelo” outro.

Portanto, de acordo com a fonte-chave 5 (2023), com relação à concordância entre as propostas sobre comunicação aprovadas nas conferências e os princípios da comunicação pública, de um modo geral, “Elas não estavam em sintonia, mas tinham alguns pontos. No central, na potência delas, não” (Fonte-chave 5, 2023, informação verbal). Confirmando este depoimento, a fonte-chave 4 (2023) também afirmou que as propostas sobre comunicação aprovadas nas conferências estavam pouco sintonizadas com os princípios de comunicação pública. Esse cenário indica para a necessidade de implementação de mudanças na forma

como o tema é tratado nas conferências, conforme apontou a fonte. Para ela, a comunicação tem um valor enorme, mas a abordagem necessita ser modernizada no campo do controle social como uma forma de se contrapor à comunicação implementada por alas políticas da direita conservadora no Brasil. Com relação à discussão sobre comunicação nas conferências, essa fonte apontou que as/os delegadas/os não têm a percepção da importância da comunicação, de como ela se dá de fato. “O papel político mesmo da comunicação, muitos não conseguem entender” (Fonte-chave 4, 2023, informação verbal).

De acordo com a fonte-chave 1 (2022), a comunicação deve ser priorizada como item de planejamento estratégico do Conselho Nacional de Saúde, entidade que fortaleceu internamente o componente de comunicação durante a pandemia de covid-19. Durante o depoimento, a fonte-chave 1 (2022) relacionou a priorização da pauta de comunicação para a 16ª CNS à realização da 1ª Conferência Nacional Livre de Comunicação em Saúde (1ª CNLCS), em 2017, apontando também que essa conferência livre foi resultado das deliberações da 15ª CNS, não sendo realizada ao acaso ou dissociada de um processo histórico. No entanto, essa movimentação ocorreu em um período de turbulência política no País, sendo atravessada pelo processo de *impeachment* de Dilma Rousseff, iniciado em dezembro de 2015 e finalizado em agosto de 2016 (Senado Federal, 2016).

Com base nas informações prestadas pela fonte-chave 1 (2022), é possível afirmar que o cenário político daquele momento impediu avanços das pautas do controle social, entre elas a da comunicação, que vinha em uma escala ascendente. Desse modo, a discussão sobre a comunicação foi afetada: “[...] se nós não tivéssemos tido um golpe nesse país e um governo de extrema direita assumindo o comando, nós poderíamos ter na 16ª um avanço ainda maior, porque a gente vinha nesse crescente” (Fonte-chave 1, 2022, informação verbal).

De fato, a análise do relatório da 16ª Conferência Nacional de Saúde mostrou que esta edição foi a que apresentou menos propostas relacionadas ao tema quando comparada com as quatro conferências anteriores, indicando que, de fato, a pauta não avançou naquele momento político, sendo uma das edições em que a comunicação esteve em baixa.

Já na avaliação da fonte-chave 3 (2022), o tema da comunicação não foi tratado com destaque nas conferências das quais ele participou. Mas, por outro lado, sempre esteve presente, conforme aponta na fala abaixo:

[...] eu não me lembro de nenhuma conferência que eu tenha participado que a pauta comunicação fosse a principal, estivesse como um item temático inicial. E, todavia, em todas as conferências e em todos os itens, de algum modo, fala-se de comunicação” (Fonte-chave 3, 2022, informação verbal).

Conforme as informações fornecidas durante a entrevista em profundidade, a fonte-chave 3 (2022) afirmou ter participado da 8ª (1986), da 9ª (1992), da 10ª (1996) e da 13ª (2007) edições das conferências.

Com base nas informações deste tópico da organização temática, percebe-se que, de modo geral, o tema da comunicação oscilou no período avaliado, ora tratado com mais espaço, ora com menos atenção, mais sempre presente na pauta. Os dados indicam a necessidade do controle social aprofundar a discussão sobre o tema da comunicação, de modo a alinhar entendimentos relacionados ao assunto, potencializando o debate no âmbito dos movimentos sociais, considerando a comunicação como peça política. As informações indicaram também que interferências do campo político podem afetar esse debate, o que reforça ainda mais a necessidade de fortalecimento do tratamento dado ao tópico da comunicação nas conferências.

4.3 - Comunicação no SUS

A análise das falas das fontes-chave de representantes do controle social participantes desta pesquisa apontaram para alguns problemas da comunicação no SUS, tais como a verticalidade das ações, o viés informacional e transferencial, a falta de reconhecimento do papel estratégico das equipes e profissionais da área de comunicação, o uso de linguagem técnica e a presença do discurso biomédico. Para a fonte-chave 3 (2022):

Em geral, o que acaba acontecendo, é que a comunicação é muito verticalizada. [...] Ela acontece, de algum modo, mas não há uma formulação. Salvo as iniciativas de propagação de um projeto, de uma programa, de uma pesquisa [...] e a divulgação de realizações (Fonte-chave 3, 2022, informação verbal).

Basicamente, esse posicionamento remete à questão do uso tradicional da comunicação, que, na visão de outra fonte, “É muito defasada, tem que ter uma modernização” (Fonte-chave 4, 2023, informação verbal). Na avaliação da fonte-chave 4

(2023), a comunicação no âmbito do SUS precisa ser mais ágil, moderna e atender à necessidade de dar respostas mais imediatas, especialmente quando se trata de combater a disseminação de desinformação. Destacou também a necessidade de o governo traduzir as informações oficialmente veiculadas, o que se conecta à defesa do uso de linguagem simples, de fácil compreensão, na relação dos órgãos e instituições de Estado com os seus públicos, como prevê os princípios de comunicação pública.

Com base nas informações da fonte-chave 4 (2023), inferimos que, para ela, a comunicação pública no SUS é prejudicada pela forma como o Estado estrutura e mantém serviços, utilizando-se de convênios e contratos com terceiros, que não publicizam problemas. Desse modo, haveria a necessidade de maior transparência e acesso à informação no trato dos assuntos do SUS.

Mantendo sintonia com os posicionamentos destacados anteriormente neste tópico, a fonte-chave 5 (2023) apontou que a comunicação no âmbito dos estados mudou pouco, mantendo uma tradição de marketing político, vinculada à gestão de governadores, prefeitos e secretários de saúde, sendo utilizada, ainda, com interesses político-pessoais.

[...] a comunicação, mesmo no SUS, ela sempre foi feita como uma propaganda de governo. [...] essa é uma das tradições da comunicação, é uma tradição de assessoria de comunicação pra fazer o marketing institucional, marketing pessoal e voltada também para responder à imprensa de forma defensiva” (Fonte-chave 5, 2023, informação verbal).

Além dessas duas características (uso da comunicação como marketing político e para se defender da imprensa), a fonte-chave 5 (2023) aponta uma terceira, que é a utilização campanhista da comunicação na saúde, com ações pontuais sobre doenças, medidas e programas de governo. Neste ponto, seria necessário que a área de comunicação assumisse mais valores do campo da saúde do que da publicidade.

Em relação a esse viés da comunicação, que é o das campanhas de saúde, a questão do profissional ela é subsumida porque são agências de propaganda que fazem as campanhas de saúde. Então, a questão da formação profissional ou da aderência profissional [...] importa pouco porque as agências [...] têm uma vinculação muito maior com os ocupantes dos cargos de governo. Geralmente, as campanhas estão ligadas ao ministro, ao secretário, ao próprio governo de estado, do município ou à União. Então, é muito difícil que elas incorporem valores da saúde e não pratiquem os valores de [...] mercado de publicidade” (Fonte-chave 5, 2023, informação verbal).

Portanto, de acordo com a fonte-chave 5 (2023), no campo da saúde pública, geralmente recorre-se aos profissionais e empresas de comunicação para a realização de ações cujos principais focos são as campanhas, o marketing e o atendimento e/ou assessoria de imprensa. Dessa forma, há a inserção de grandes empresas nas assessorias de comunicação no governo federal, incluindo o Ministério da Saúde, cujos contratos vigentes em 2023, tendo a Assessoria Especial de Comunicação Social (Ascom) como unidade gestora, totalizam um valor estimado de R\$ 903.671.731,24¹⁶.

Na avaliação da fonte-chave 5 (2023), há uma outra vertente da comunicação, que é a interna, que também é insuficiente, por ser voltada para formação ou uma normatização, feita de forma verticalizada e pouco dialógica.

Ainda sobre a inserção de profissionais de comunicação na área da saúde, a fonte-chave 5 (2023) afirmou que “O comunicador [...] não é uma pessoa com um status de poder dentro da estrutura. Ele, por exemplo, não é pensado como mais um gestor ou mais um dirigente, ele geralmente é pensado como um assessor [...]” (Fonte-chave 5, 2023, informação verbal).

Com base no ponto de vista colocado pela fonte-chave 5 (2023), o cargo de assessor pode ser compreendido como uma função auxiliar, sem grande poder de enfrentamento técnico e político dentro das instituições. Portanto, mesmo que a/o profissional de comunicação tenha uma melhor formação e maior aderência aos princípios do SUS e da comunicação e saúde, ela/ele não é uma figura de poder dentro da estrutura, em um campo atravessado por disputas políticas.

Uma outra questão trazida no levantamento de informações a partir de entrevistas em profundidade é a barreira do discurso técnico. De acordo com a fonte-chave 2 (2022), desde 2003 (primeiro mandato de Lula) até o final da gestão da ex-presidenta Dilma Rousseff (2016), houve uma preocupação de que o governo democrático estabelecesse uma comunicação com a sociedade. No entanto, ela afirma que, no campo da saúde, existe uma hegemonia do discurso médico, enquanto produtor do conhecimento. Isto leva a questões

¹⁶ O valor resulta da soma das quantias descritas em seis diferentes contratos com diversas empresas de comunicação, do ano de 2023, conforme informações disponíveis na áreas de “Contratos Ascom” do portal do Ministério da Saúde. A informação sobre a disponibilização dos dados na referida área do portal foi enviada pela Ascom, como parte da resposta a uma solicitação registrada via Plataforma “Fala.BR”, sob o protocolo NUP nº 25072.044259/2023-44. Observa-se que na referida área do portal também há informações dos anos de 2017, 2021 e 2022. Optou-se pela captura somente dos dados de 2023, de modo a apenas dar um exemplo de uma quantia anual.

sobre, por exemplo, a centralização da autoridade da fala. Para essa fonte-chave, não é possível discutir comunicação sem que seja feita uma reflexão sobre esses aspectos.

[...] eu não consigo discutir comunicação sem pensar essa produção do conhecimento em saúde porque você comunica um conhecimento. E quem é que produz esse conhecimento? Há uma predominância muito grande do conhecimento técnico-científico-biomédico. É isso que determina muitas vezes as estruturas do Ministério da Saúde. Por isso que muitas vezes quem fala em saúde pública ou com autoridade sanitária é o ministro da Saúde (Fonte-chave 2, 2022, informação verbal).

Para a fonte-chave 2 (2022), as ciências médicas se afirmam no campo científico negando saberes e práticas populares desde o início do século XX.

A medicina, ela vem de um paradigma científico, epistemológico, ou seja, de um campo de conhecimento, que, pra se afirmar no Brasil, ela nega absolutamente os saberes e as práticas populares. E toda política de saúde construída pelo Ministério da Saúde a partir da década de 50 do século XX, é uma perspectiva também verticalizada. A relação Estado-sociedade, saúde-população, ela é vertical, ela é uma relação de poder [...] (Fonte-chave 2, 2022, informação verbal).

Desse modo, o discurso biomédico presente no SUS implica em uma prática prescritiva, que não dialoga com a população e suas necessidades. Ao contrário, essa prática produz uma comunicação de comandos, especialmente em situação de risco, indo no sentido de:

[...] dizer o que a população tem que fazer para que ela não adoça. [...] tanto é que todas as grandes campanhas sanitárias até hoje têm essa abordagem. Então, vamos ensinar a população a combater determinadas epidemias ou pandemias pra que a população não adoça. A gente viu isso na própria covid-19, ainda na época de hoje, uma ação muito prescritiva: use máscara, use álcool gel, faça *lockdown*, higienize os alimentos ou ambiente e não transmita o vírus (Fonte-chave 2, 2022, informação verbal).

De acordo com a fonte-chave 2 (2022), a perspectiva da saúde coletiva se contrapõe a esse modelo biomédico, propondo-se a reconhecer saberes e práticas populares.

[...] ela também muda a concepção pra analisar determinantes sociais da saúde, como o processo saúde-doença, e ela abre para que a gente pense todos os processos de saúde pra melhorar a qualidade de vida, mas também

para emancipar o sujeito, [...] e a comunicação poderia ajudar efetivamente pra se alcançar esse propósito (Fonte-chave 2, 2022, informação verbal).

Na avaliação da fonte-chave 2 (2022), embora a saúde coletiva esteja imbuída dos princípios e valores emancipatórios, ela não consegue alcançá-los porque continua muito no campo acadêmico e científico, sem se popularizar.

Eu acho que o campo da saúde coletiva precisa avançar. Na saúde pública, o que predomina ainda é o modelo biomédico, onde o conhecimento das classes populares, e muitas vezes o conhecimento das ciências humanas e sociais, não são valorizados ou ficam muito distanciados da sua importância. O modelo biomédico pouco conversa com as ciências humanas e sociais. Já a saúde coletiva, ela é imbricada com as [ciências] sociais e humanas, e o componente da educação em saúde tá nesse campo científico, do conhecimento (Fonte-chave 2, 2022, informação verbal).

Desse modo, percebe-se que avanços no campo da comunicação e saúde dependem também de mudanças no próprio modelo de saúde que o País quer ver implementado. Por todos os aspectos apresentados, para fazer um contraponto ao modelo de comunicação centrado no conhecimento biomédico, a fonte-chave 2 (2022) defende a valorização do conhecimento popular e o debate sobre a ecologia de saberes.

[...] o conhecimento técnico-científico ele é importante, mas o conhecimento popular também é. O conhecimento popular, principalmente das pessoas do território. [...] A comunicação é diálogo, e, como diálogo, você tem que reconhecer o conhecimento que o outro tem. É uma troca. E, pra mim, a ecologia de saberes ela ajuda o profissional a valorizar o conhecimento que aquele sujeito tem da sua realidade, da sua necessidade de saúde, pra construir um outro conhecimento (Fonte-chave 2, 2022, informação verbal).

Para sintonizarmos minimamente com a ecologia dos saberes, de modo a estabelecer um diálogo e um entendimento relacionado à defesa feita pela fonte-chave 2 (2022), recorreremos aos esclarecimentos de Santos (2010), para quem:

Sendo infinita, a pluralidade de saberes existentes no mundo é inatingível enquanto tal, já que cada saber só dá conta dela parcialmente, a partir da sua perspectiva específica. Mas, por outro lado, como cada saber só existe nessa pluralidade infinita de saberes, nenhum deles pode compreender-se a si próprio sem se referir aos outros saberes. O saber só existe como pluralidade de saberes [...] (Santos, 2010, p. 14).

Em suma, esse discurso prescritivo e biomédico se confronta com a necessidade de instituir uma comunicação pública que coloca a centralidade do processo no cidadão, tanto pela garantia de direito à informação e à expressão quanto do respeito às necessidades da população, estímulo à participação no governo e diálogo direto com a sociedade, sendo um direito e um bem de todos, além de ser um empenho para melhorar a vida da população através da forma de comunicar-se. Praticar comunicação pública implica assumir espírito público e privilegiar o interesse coletivo em detrimento de perspectivas pessoais e políticas.

Em sintonia com este pensamento, a fonte-chave 3 (2022) aponta desigualdade na valorização de conhecimentos e a necessidade de despolarizar o debate.

[...] me parece que há uma certa valorização desigual do conhecimento técnico da biologia aplicada ao tratamento do sofrimento das pessoas do que da tecnologia, do conhecimento técnico de como tratar a comunicação. Todos acham que são comunicadores. [...] Todos nós precisamos tornar alguma coisa que nós sabemos comum a outros do nosso relacionamento. Mas, com uma desigualdade muito grande na nossa sociedade, falam-se línguas que parecem a mesma, mas elas têm uma significação diferente. E essa significação não deve ser destruída ou uma destruir a outra. [...] Tem que interpenetrar conhecimentos e compartilhar de modo a tornar o entendimento da realidade complexa comum a todos, o mais possível, e não colonizar o outro com nossos saberes específicos (Fonte-chave 3, 2022, informação verbal).

O exercício de uma comunicação diferenciada no SUS implica, ainda, a prática da comunicação como direito e a utilização de meios para concretizá-la. Com relação a isso, destaca-se uma das falas da fonte-chave 4 (2023), que chamou a atenção para as ouvidorias como instrumento de comunicação a ser utilizado pela sociedade.

A gente tem uma população que não tem esse exercício de direitos, que todo mundo deveria ter. [...] E outra coisa, elas não conseguem entender a importância da ouvidoria, a importância da ligação deles para uma ouvidoria. Eles acham que não adianta. E adianta. Pode dar não dar resposta que você gostaria, mas você vai ter uma resposta. Isso é comunicação, que precisa ser tocada, que precisa chegar lá na base (Fonte-chave 4, 2023, informação verbal).

Para esta fonte, é necessário dar importância ao papel da comunicação, entender que quem tem informação detém poder, e que o acesso à comunicação é um direito.

Com base nas informações sobre este tópico, parece-nos inevitável a necessidade do fortalecimento da discussão sobre formas de romper com a hegemonia do discurso

biomédico na saúde, buscando formas legítimas de interação e comunicação com a população, considerando seus grupos, segmentos e características, que, de fato, estabeleçam o diálogo “com” e “entre” os indivíduos, mantendo uma relação com a dimensão particular da saúde, mas também com o coletivo, garantido o direito constitucional do direito à saúde como dever do Estado e o direito humano à comunicação.

Esta posto ao SUS o desafio de absorver e entender que a comunicação pública se compõe de ações informativas, consultas de opinião e práticas de interlocução, em qualquer âmbito, postas em marcha por meio do emprego de recursos públicos, mediante processos decisórios transparentes, inclusivos e abertos ao acompanhamento, críticas e apelações da sociedade civil. A comunicação pública existe para promover o bem comum e o interesse público, sem incorrer, ainda que indiretamente, na promoção pessoal, partidária, religiosa ou econômica de qualquer pessoa, grupo, família, empresa ou igreja.

4.4 - Importância de uma política de comunicação

De modo geral, as fontes-chave consideram importante a discussão sobre o tema da comunicação no campo da saúde pública e reconhecem que a criação de uma política de comunicação pública representaria um aporte às ações em prol da melhoria do SUS, mas apontaram também alguns entraves nesse debate.

De acordo com as informações da fonte-chave 2 (2023¹⁷), que exerceu a função de conselheira nacional de saúde em 1999 e entre 2007 até 2015, o Ministério da Saúde mantinha a prática de divulgar como ação de governo as medidas aprovadas no Conselho Nacional de Saúde ou pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), instância que reúne representantes dos três níveis de gestão do SUS – União, Unidades Federadas (estados e Distrito Federal) e municípios. Na visão dela, esta era a “política de comunicação” da Pasta, focada na divulgação das ações ministeriais. “Não tinha muito presente uma estratégia de comunicação direcionada para os trabalhadores em serviço ou mesmo para os usuários [...]” (Fonte-chave 2, 2023, informação verbal). No entanto, ao longo dos anos, essa perspectiva foi sendo alterada a partir da discussão de políticas de equidade, conforme relatou a fonte.

¹⁷ Em 2023, houve novo contato com a fonte-chave 2 para complementação de informações da entrevista realizada em 2022. Essa complementação foi feita por meio da troca de áudios e de mensagens via *WhatsApp*.

No meu ponto de vista, essa visão se altera à medida que o conselho nacional, que o Ministério da Saúde e que a CIT vão formulando e pactuando políticas de equidade, à medida que é necessário ao Ministério da Saúde reconhecer a diversidade de sujeitos, reconhecer as diferenças de sujeitos usuários do sistema e mirar na necessidade de diminuir as inequidades em saúde e avançar numa perspectiva de igualdade. Então, quando se aprova a política de saúde da população negra; da população do campo, da floresta e das águas; a política nacional de saúde integral das populações LGBTQIA+; ciganos; populações em situação de rua; essas políticas de equidade [...] passaram a exigir outras estratégias de comunicação do próprio ministério ou dos vários níveis de gestão (Fonte-chave 2, 2023, informação verbal).

Essas estratégias envolveram e impactaram na participação social no âmbito do Ministério da Saúde, com a criação, em 2003, da Secretaria de Gestão Participativa. Em 2006, esta unidade foi reestruturada, passando a se chamar Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP)¹⁸. Na avaliação da fonte-chave 2 (2023), a SGEP, por trabalhar com as políticas de equidade, tinha uma preocupação maior com a linguagem e com a comunicação articulada com a promoção em saúde e equidade junto às populações e segmentos com histórico de dominação, de opressão, de discriminação e de preconceito na sociedade brasileira.

Para a fonte-chave 2 (2023), as políticas de equidade coroaram um processo de mudança na comunicação, mas que vinha desde os anos de 1970, com o surgimento da saúde coletiva, da educação popular em saúde e da promoção em saúde. Essas políticas exigem do Estado e dos governos uma outra relação com a sociedade: “[...] as políticas de equidade em saúde imprimem ou exigem mudanças dos paradigmas no modo de fazer saúde e comunicação em saúde junto às populações” (Fonte-chave 2, 2023, informação textual).

No entanto, na avaliação da fonte-chave 2 (2023), embora a comunicação seja tratada de forma transversal e que tenha havido mudanças a partir de políticas de equidade, conforme a percepção da entrevistada, para ela não há uma estratégia de comunicação do Ministério da Saúde que operacionalizasse a implementação de ações, deixando muito a desejar.

As campanhas de vacinação e de enfrentamento às epidemias de dengue, chikungunya, malária e a pandemia covid 19 são exemplos clássicos da

¹⁸ Secretaria extinta pelo Decreto 9.795, de maio de 2019, portanto nos primeiros meses do governo Jair Bolsonaro.

concepção e estratégia de comunicação do Ministério da Saúde para com a população. Uma abordagem verticalizada e de prescrição de comportamentos a serem seguidos pela população. Não havia a preocupação com a consciência sanitária coletiva e o autocuidado com autonomia do indivíduo (Fonte-chave 2, 2023, informação textual).

Na visão da fonte-chave 2 (2023), a comunicação no campo da saúde deve ser analisada de forma articulada às políticas de educação. Embora historicamente, desde anos de 1960, a educação em saúde fosse arbitrária e verticalizada, servindo para apoiar a ideologia higienista de saúde, houve uma mudança de paradigma com o surgimento da educação popular em saúde e da saúde coletiva, que nasceram como uma alternativa à crise da saúde pública, segundo a fonte. Com isso, a saúde coletiva e a educação em saúde passaram a incidir sobre o território e os determinantes sociais de saúde, com a utilização de metodologias de diálogo e de participação comunitária para a construção de soluções de problemas de saúde, horizontalizando a relação com a população e ampliando a concepção de saúde, conforme apontou a entrevistada.

Para a fonte-chave 1 (2022), uma política de comunicação deve ser democrática e considerar o direito à comunicação como parte do próprio direito à saúde e à cidadania.

Toda a comunicação, toda política pública e uma comunicação para o Sistema Único de Saúde, têm que ser radicalmente democráticas. [...] Esse direito à comunicação é o direito à saúde e à cidadania. Como pra gente o conceito de saúde ele não é só ausência da doença, é as pessoas terem direito pleno ao lazer, à cultura, à educação, à habitação, ao saneamento, a comunicação também é um direito (Fonte-chave 1, 2022, informação verbal).

Para a fonte-chave 1 (2022), a comunicação e a defesa do SUS precisam andar juntas. Inevitavelmente, essa comunicação deve se conectar aos princípios e diretrizes do SUS, conforme apontam Araújo e Cardoso (2007). E essa conexão é percebida no posicionamento das pessoas entrevistadas. Em seu depoimento, a fonte-chave 3 (2022) defendeu:

Primeiro que a política pública tem que ser universal, qualquer que seja ela. Tem que ser acessível a todo cidadão de uma comunidade, de um município, de uma cidade, de um estado e de uma união federal, como é o caso do Brasil. Segundo é que ela deve primar pela verdade dos fatos e evitar cair na manipulação e construção de convencimentos equivocados sobre a realidade (Fonte-chave 3, 2022, informação verbal).

Conforme apontou a fonte-chave 3 (2022), atualmente a desinformação sobre saúde representa um desafio. Por isto, existe uma preocupação de que as informações disseminadas na área da saúde devam ser fidedignas aos fatos, com o combate a crenças dogmatizadoras que bloqueiam os indivíduos ao acesso à informação, e que, de fato, estimule a reflexão e a tomada de decisão por parte de cidadãos e cidadãs. O entrevistado também considera que, na saúde pública, a comunicação é voltada para divulgação de resultados, nos moldes fornecidos pelo marketing comercial, podendo representar um entrave à formulação de uma política.

Assim como a fonte-chave 3 (2022), a fonte-chave 2 também demonstrou preocupação em relação à desinformação no campo da saúde. De acordo com a entrevistada, uma política de comunicação pública contribuiria para reduzir as *fake news*. Também poderia contribuir na redução da judicialização da saúde, que abrange os processos judiciais envolvendo a exigência de que o SUS forneça tratamentos e procedimentos de saúde, que ocorrem porque a/o usuária/o não consegue ter sua demanda atendida ou por não haver um entendimento ou conhecimento sobre a oferta de serviços. Além disso, seria importante ter uma política que contribuísse para que a sociedade compreendesse a natureza do SUS como política universal, equânime e integral, além de fazer frente à pauta negativa da imprensa hegemônica.

De acordo com a fonte-chave 2 (2022), a falta de avanço da proposta de uma política de comunicação pública tem vínculo com o tipo de poder em exercício. Ela afirmou também que as políticas propostas por uma conferência só são implementadas se houver sintonia com a agenda do governo. A entrevistada apontou, por exemplo, que uma política de comunicação poderia ser um elemento-chave para comunicar-se com a população no momento de reconstrução do Ministério da Saúde no novo governo de Luiz Inácio Lula da Silva – essas informações foram obtidas antes da posse, efetivada em janeiro de 2023. Para ela, a Pasta tem que ter estratégias de diálogo com a sociedade, uma vez que “Comunicar-se com o controle social não é o suficiente, [...] você vai se comunicar [...] com segmentos organizados da sociedade [...]. Você tem que ter estratégia de dialogar com [...] as classes populares... [...]” (Fonte-chave 2, 2022, informação verbal).

Para além do campo da saúde, a fonte-chave 1 (2022) acredita que a comunicação tem um papel na reconstrução do País e dos processos democráticos após o governo de Jair Bolsonaro (2019 a 2022), havendo um reconhecimento da importância da realização de

conferências livres de comunicação e saúde, bem como da promoção da articulação de pessoas interessadas no assunto, de modo a concretizar essas ações.

Quem viu a nossa tragédia e os crimes que foram cometidos nesse último período contra a vida das pessoas, contra a democracia e contra o próprio SUS, sabe da estratégia que a comunicação cumpre na reconstrução e na construção de um novo País pra nós (Fonte-chave 1, 2022, informação verbal).

No entanto, em uma de suas ponderações, a fonte-chave 1 (2022) apontou que há dificuldades de implementação de uma política de comunicação no próprio âmbito do Conselho Nacional de Saúde, sendo um desafio ainda maior extrapolar a discussão sobre uma política dessa natureza para o SUS.

Para a fonte-chave 4 (2023), a implementação de ações de comunicação não é algo simples de lidar e requer vários olhares. Com base nas informações prestadas, infere-se que as estratégias não devem ser homogêneas, elas devem variar dependendo do público, programas ou políticas de saúde específicas, como a da atenção primária à saúde, que consiste no primeiro nível de atenção à saúde no SUS, explorando o assunto a partir dos diversos papéis desse nível de atendimento. No caso do racismo, essa questão exige formação e capacitação de pessoas do campo da saúde, além dos profissionais que trabalham em estabelecimentos de saúde, e até mesmo dos usuários, para que haja o entendimento sobre o tratamento adequado às pessoas negras que buscam os serviços e como lidar com situações discriminatórias envolvendo os trabalhadores da saúde ou a/o cidadã/cidadão. O mesmo se aplica, por exemplo, à população LGBTQIAPN+ ou a grupos populacionais com doenças crônicas, como as neoplasias.

Quem trabalha num hospital de câncer, ele tem que ter uma outra política voltada para esse hospital, para essas pessoas que estão ali no sofrimento [...]. E não só elas, são elas e os parentes, ela e os familiares. Então, você vê como o trabalho de comunicação é muito sério e variado. Você não pode ter um pacote de comunicação. [...] As campanhas têm que ser diferenciadas, são vários olhares. Quando você for discutir hanseníase, você tem que discutir a hanseníase hoje, aonde ela está, em que lugares ela está. Então, a campanha que vai pra região Norte, aonde tem muitos casos de hanseníase, tem que ter um chamamento muito maior do que no Sul, que tem poucos casos. [...] Então, comunicação é muito difícil, e se coloca comunicação como uma coisa muito fácil. [...] É um desafio (Fonte-chave 4, 2023, informação verbal).

A fonte-chave 5 (2023) apontou que a estruturação, a formulação e a implementação de uma política de comunicação pública voltada para o SUS deve ser ancorada na legislação, nos princípios e nas diretrizes do sistema, abrangendo a universalidade, a equidade e a utilização de estratégias variadas e adequadas aos diferentes interlocutores e territórios existentes no País. E que priorize modelos dialógicos que favoreçam o protagonismo dos indivíduos. Também considera importante a inclusão dessa pauta no Plano Nacional de Saúde (PNS), que orienta a implementação de políticas do Ministério da Saúde, consolidando a proposta como uma política de Estado. Esta recomendação integra o documento da 2ª Conferência Nacional de Comunicação e Saúde (2ª CNCS), realizada no primeiro semestre de 2023 como uma das conferências livres temáticas que antecederam a 17ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida no início de julho de 2023, em Brasília (DF).

Conforme apontou a fonte-chave 5 (2023), a questão da elaboração de uma política de comunicação voltada para o SUS vem sendo tratada ao longo do tempo pelo controle social, algo que também pode ser verificado nos relatórios das Conferências Nacionais de Saúde.

[...] com enunciados diferentes, ela vem sendo demandada há muito tempo. Isso em conferência nacional. Se a gente considerar outras conferências e outros eventos da saúde, aí a gente pode dizer que, com certeza, tem bastante tempo que isso é proposto. [...] Então, [...] está num patamar de dívida. [...] o direito à comunicação é um direito de todos e deve ser garantido pelo Estado (Fonte-chave 5, 2023, informação verbal).

Para esta fonte-chave, não há participação social e direito à saúde sem direito à comunicação. Na visão dele, a discussão sobre uma política de comunicação pública voltada para o SUS deveria ter a mesma relevância que outras grandes questões, como a do financiamento, a do trabalho, a da gestão e das discussões contra a privatização da saúde pública.

[...] a lacuna da comunicação é do tamanho da lacuna da força de trabalho permanente, pública, do financiamento adequado e do tamanho da necessidade de um SUS público, 100% público. [...] Essa grande política de comunicação, com o viés da comunicação pública e princípios de comunicação e saúde, é tão importante quanto esses grandes gargalos [...] (Fonte-chave 5, 2023, informação verbal).

Com base nos posicionamentos das pessoas entrevistadas, é possível afirmar que, de fato, o controle social e o Estado brasileiro devem investir mais no debate da comunicação no campo da saúde e na elaboração de uma política de comunicação voltada para o SUS com base nos princípios do próprio sistema, da comunicação pública e da comunicação e saúde.

4.5 – O governo e a pauta da comunicação pública

Como qualquer outra ação, o avanço da pauta sobre a elaboração de uma política de comunicação pública voltada para o SUS depende do governo dar prioridade ao assunto, conforme sinalizou a fonte-chave 2 (2022), algo que não se concretizou até o momento, mesmo com o investimento das conferências nesse tema.

Se nos primeiros mandatos de Lula e na gestão Dilma não houve uma movimentação política para a implementação de uma política de comunicação pública voltada para o SUS, a situação foi ainda mais desfavorável ou inexistente nas gestões de Temer e de Bolsonaro. Sobre este tópico, a fonte-chave 1 (2022) afirmou ser óbvio que os governos a partir de 2016 não tivessem interesse em debater, dialogar e construir ações com a sociedade de forma participativa. Para ele, os governos que assumiram não tiveram “[...] interesse nenhum em executar política nenhuma. Principalmente, as políticas que são construídas de forma democrática, como a partir de uma conferência” (Fonte-chave 1, 2022, informação verbal).

Mas a elaboração de tal política depende também da articulação e da mobilização de forças da sociedade em torno do tema, em especial do controle social. Para a fonte-chave 1 (2022), novas perspectivas devem ser construídas e o Conselho Nacional de Saúde pode ajudar a avançar no debate sobre uma política de comunicação pública voltada para o SUS.

Neste tópico, a referência ao domínio do discurso biomédico na saúde se faz presente novamente como um dos entraves ao avanço da discussão sobre uma política de comunicação pública voltada para o SUS, uma vez que sua hegemonia reflete na linguagem e no tipo de comunicação realizada entre os agentes envolvidos na rede de saúde pública, incluindo as/os usuárias/os, gestores, profissionais de saúde e prestadores de serviços.

O saber técnico-científico ele é hegemônico, ele é verticalizado e é uma relação de poder, que desqualifica o conhecimento que o outro sujeito tem. E aí você não muda o modelo de atenção à saúde e não você não implementa essas políticas que podem fazer diferença, como a política de comunicação em saúde (Fonte-chave 2, 2022, informação verbal).

Conforme já apontado pela fonte-chave 3 (2022), há forte relação entre a concepção do governo sobre comunicação e estratégias de marketing. E, no que se refere à elaboração e à implementação de uma política de comunicação pública voltada para o SUS, como expressão da adesão do governo à proposta, ele acredita que essa concepção possa ser um fator de impedimento à tal formulação. Para ele, existe uma prática cristalizada na sociedade de divulgar o que se faz e considerar que isso é comunicação.

Não deixa de ser, mas, em geral, é uma comunicação de esclarecimentos e informações apenas do programa, da unidade que foi aberta, da reforma que foi feita, da mudança de algum procedimento [...]. Não trata da interrelação entre a cultura técnico-científica e a cultura popular. A gente precisa verter a linguagem no que desejamos que a população domine e que a população deseja que nós disponibilizemos com equidade, que dizer com equilíbrio. [...] Então, talvez a formulação não aconteça principalmente porque se preenche esse espaço e há financiamento pra comunicação com essas iniciativas de informação. Informação não é tudo, comunicação não é só informação. É tornar comum a interpretação que fazemos da realidade entre pessoas em situações diferentes dentro da sociedade, de modo a construir os consensos possíveis e explicitar os contraditórios que permanecem (Fonte-chave 3, 2022, informação verbal).

Mudanças e transformações no campo da comunicação voltada para o SUS dependem, ainda, de alterações na percepção sobre o tema e sua importância. Para a fonte-chave 5 (2023), o Ministério da Saúde, o governo, a sociedade e os participantes das conferências nunca tiveram uma visão de comunicação diferente da tradicional. Portanto, ao tratar dessa pauta os segmentos não tinham em mente uma formulação que levasse em conta os próprios princípios do SUS, da comunicação pública e de comunicação e saúde. Para ele, isto esteve ausente nas Conferências Nacionais de Saúde.

Sobre a falta de implementação da política, a fonte-chave 5 (2023) afirmou que não era uma prioridade de governo, e nem que tal iniciativa fosse baseada nos princípios de comunicação pública. “Mas, de fato, como teoricamente o que é decidido na conferência deve ser implementado, tem aí uma não implementação [...]” (Fonte-chave 5, 2023, informação verbal). A fonte também afirmou que, além da criação de uma política de comunicação envolver uma questão de poder, também há despreparo nos quadros do governo para a execução e implementação dessa política, além da ameaça que isso representaria aos poderes da tradição e dos negócios das empresas de comunicação que

atuam junto ao governo. Portanto, tratar de uma política ancorada em princípios de comunicação pública deslocaria estruturas acomodadas, significando a quebra de um tabu.

Tem o tabu da carreira única ou da força de trabalho, tabu da gestão 100% pública, o tabu do financiamento adequado, tem o tabu da comunicação [...]. Se ela é totalmente diferente do que vem sendo feito, ela mexe com tudo, ela mexe com as estruturas acomodadas de conhecimento e de poder (Fonte-chave 5, 2023, informação verbal).

Numa visão otimista, a fonte-chave 5 (2023) acredita que a transformação da comunicação no campo da saúde pública virá com o aumento e o fortalecimento da participação social e da intensificação da democracia participativa, uma vez que essa mudança não virá pelas atuais estruturas de poder.

4.6 - Desafios da comunicação no âmbito do SUS

Com base nas informações coletadas junto às fontes-chave, identificam-se pelo menos quatro grupos de desafios relacionados ao debate sobre comunicação, de modo geral, e política de comunicação, de forma específica, no âmbito do controle social e do SUS.

Um dos desafios identificados neste estudo diz respeito à necessidade de maior apropriação e incorporação ao debate de princípios de comunicação pública, de comunicação e saúde e dos princípios do próprio SUS, de modo a dar mais profundidade à discussão sobre comunicação como direito e como componente do direito à saúde, em sentido amplo.

Nota-se que essa incorporação pode dar robustez às propostas discutidas por membros do controle social e favorecer uma formulação mais condizente com propósitos emancipatórios de estímulo ao diálogo, à cidadania, ao exercício da democracia, ao fortalecimento da participação social e à defesa e à garantia de direitos.

Embora estes tópicos possam ser identificados nos relatórios, evidenciando o esforço do controle social na discussão de pautas de comunicação de maneira comprometida com o SUS e com a sociedade, a avaliação do conjunto de informações apontam numa direção de uma incorporação mais clara dos princípios citados acima.

Como segundo item, identifica-se a necessidade de uma discussão sobre comunicação para além da propaganda e/ou publicidade, superando o modelo baseado em estratégias de marketing, na mera transferência de informação, calcada numa lógica

verticalizada e de convencimento da população, com forte apelo campanhista. Este segundo ponto se articula com o anterior no sentido de que uma reformulação da discussão sobre o debate sobre comunicação no âmbito do controle social e das conferências pode ser a base para a mudança de paradigma do modelo de comunicação vigente para um outro, de caráter dialógico, embora essa transformação não possa ser realizada de forma imediata, carecendo de maturação ao longo do tempo.

Essas transformações podem dar um suporte à discussão sobre o terceiro ponto identificado nas falas de fontes-chave, que seria uma reavaliação em relação à hegemonia do discurso biomédico no SUS, no sentido de romper com barreiras impostas por esse modelo discursivo, uma vez que essa matriz interfere no tipo de comunicação que se estabelece com as/os usuárias/os e a sociedade em geral. Isto porque esse modelo biomédico emana de uma concepção técnica e vertical, resultando em uma comunicação mandatória, sem que se estabeleça um diálogo com as partes envolvidas, sendo a população e suas representações excluídas de processos de discussão sobre sua própria saúde e sobre as políticas de saúde que impactam a vida das pessoas nos territórios.

Uma quarta e última questão, complementar às anteriores, diz respeito à capacidade do controle social obter a adesão do governo federal, mais especificamente do Ministério da Saúde, à proposta de criação de uma política de comunicação pública voltada para o SUS. Portanto, trata-se de um desafio que se firma no campo político-governamental propriamente dito. Pensado nas Conferências Nacionais de Saúde, uma mudança de paradigma sobre a discussão de comunicação pode influenciar no posicionamento político do conjunto de atores que compõem o controle social nesses fóruns, e fora deles também, de modo a reforçar um movimento em prol da comunicação pública no SUS, com possíveis impactos na elaboração do Plano Nacional de Saúde (PNS) do Ministério da Saúde, o que pode resultar na adesão do governo federal à discussão sobre tal política em conjunto com o Conselho Nacional de Saúde e demais esferas de gestão do SUS.

Considerações finais

Buscando compreender e responder se as propostas de criação de uma política de comunicação para o SUS, encontradas nos últimos cinco relatórios das Conferências Nacionais de Saúde, abrangendo o período de 2003 a 2019 (12^a até 16^a edição), foram baseadas em princípios da comunicação pública, encontramos elementos que apontaram para a existência da conexão entre as recomendações e as premissas da ABCPública (2021) que guiaram a análise, conforme estabelecido nos procedimentos metodológicos desta investigação. No entanto, o estudo indica que essa conexão é percebida de forma subjacente nos tópicos avaliados.

Embora este achado não comprometa a intencionalidade do controle social de promover melhorias na comunicação praticada no âmbito do SUS, na nossa avaliação faz-se necessário que as conferências estabeleçam uma ancoragem mais clara em princípios de comunicação pública ao discutir e propor ações para o campo da comunicação, de modo a dar unidade ao debate, permitindo um melhor direcionamento político das recomendações sobre a temática, considerando também as diretrizes e os princípios que regem a política de saúde pública brasileira, bem como o conhecimento constituído sobre o campo da comunicação e saúde no Brasil.

Ressalta-se que a construção e o entendimento de conceitos de comunicação pública, de comunicação e saúde e da comunicação como direito resultam de processos dialéticos, podendo ser incorporados pelo controle social ao longo do tempo. Considera-se que no período avaliado no estudo (2003 a 2019) já havia uma produção significativa sobre esses conceitos. Portanto, embora não seja possível identificar exatamente se o controle social teve oportunidade de apropriar-se dessas expressões, seus significados e interpretações, algo que demandaria um amplo estudo que permitisse essa análise, é possível afirmar que no período das conferências analisadas (12^a até a 16^a edição) a discussão dos conceitos em questão estava posta.

Desse modo, com relação à comunicação pública, o Guia da ABCPública (2021) pode ser considerado uma expressão do debate sobre a temática no Brasil. Portanto, não se trata de um assunto desconhecido, sendo passível de ter sido pautado nas conferências. A relevância desses conceitos e sua utilização com mais centralidade pelo controle social na

área da saúde pública também podem surgir como reflexo ou expressão de demandas da sociedade, do meio acadêmico e de diversos segmentos organizados.

A adoção de princípios de comunicação pública como norteadores do debate sobre uma política de comunicação no âmbito das conferências é ainda mais essencial considerando o fato de que o SUS constitui-se em uma das políticas sociais de Estado mais importantes do País, formulada para o atendimento universal da demanda de saúde da população, o que, em 2023, representa 203 milhões de habitantes (IBGE, 2023). Além disso, trata-se de um sistema de gestão tripartite, formado pela União, Unidades Federadas (estados e DF) e municípios, no qual estes entes possuem responsabilidades compartilhadas, mas também autonomia nas decisões, o que aumenta o grau de complexidade da discussão sobre novas políticas, mas que também pode favorecer uma ampla articulação nacional, a depender dos interesses de governos e dos gestores da saúde. Por meio dos conselhos de saúde, o debate abrange, ainda, as/os usuárias/os, profissionais de saúde e empresas prestadoras de serviço.

Desse modo, a criação de uma política de comunicação pública voltada aos interesses do SUS abarca toda essa gama de interlocutores, o que, certamente, exige uma articulação bastante complexa, considerando os diversos olhares e interesses envolvidos. No caso do controle social, sua participação no campo da política de saúde pública possui um sólido histórico de debate que resulta em diversas propostas aprovadas nas Conferências Nacionais de Saúde, fóruns nos quais a pauta da comunicação teve relevância incontestável nas últimas três décadas, com exceção da 16ª edição, realizada em 2019, durante o governo de Jair Bolsonaro. Portanto, o interesse do controle social e das conferências no debate sobre propostas destinadas à melhoria da comunicação no SUS está claramente expresso nas recomendações registradas nos relatórios analisados neste estudo, bem como em documentos de edições anteriores, incluindo proposições para a criação de uma política de comunicação voltada para o SUS.

Conforme demonstrado na análise das propostas sobre política de comunicação, sob o prisma dos princípios de comunicação pública, há uma preponderância de recomendações sintonizadas com a garantia de acesso amplo à informação no período avaliado. Os dados mostram que a identificação deste princípio em maior frequência do que outros relaciona-se com propostas que visam, em boa parte, ações de divulgação de informações, indicando um modelo de comunicação transferencial, de caráter tradicional.

Este diagnóstico indica que as ações de divulgação de informações são tratadas como o resultado desejado dos processos comunicacionais implementados no âmbito do SUS, ou seja, como meta, algo que exige uma reflexão do controle social sobre as finalidades pretendidas na discussão sobre comunicação. É necessário estar sempre atento ao debate sobre medidas que possam articular o uso de meios plurais de interação com a sociedade, de forma inovadora, a partir da escuta das demandas de cidadãs e cidadãos. Devem ser valorizados princípios de comunicação pública que ampliem o foco no cidadão e na escuta das demandas da sociedade, uma vez que estes princípios podem ser considerados como pilares de uma política de comunicação pública democrática e emancipatória.

A avaliação também apontou que os princípios de comunicação pública referentes ao estímulo à participação e à promoção dos direitos e da democracia são identificados, porém com menos frequência nas propostas do que o princípio que prevê o acesso amplo à informação. Também foi detectada a necessidade de aprofundamento da discussão sobre o princípio do combate à desinformação, algo que chama a atenção para a urgência da inclusão desse tópico nos debates do controle social no âmbito do SUS, assim como a discussão do princípio que visa “garantir a impessoalidade” na comunicação de Estado.

Portanto, recomenda-se um realinhamento quanto à discussão sobre ações que objetivam apenas a divulgação de informações e a incorporação dos 12 princípios de comunicação pública preconizados pela ABCPública como suporte para o debate realizado antes, durante e após as conferências. Esta incorporação pode contribuir na construção de uma matriz de comunicação dialógica, sintonizada com interesses sociais e de cidadãs e cidadãos, que são os focos da comunicação pública, reforçando propostas já aprovadas nas conferências, mas também na consolidação de um posicionamento político do controle social em relação à comunicação no SUS.

Este posicionamento pode dar mais centralidade e/ou de unidade das propostas para criação da política de comunicação, eliminando ou diminuindo a concorrência de ideias colocadas em várias vertentes, direcionando esforços e canalizando forças para a concretização de resultados. Desse modo, o debate sobre o tema pode ser melhor definido. É recomendável que uma política de comunicação pública voltada para o SUS seja capaz de abarcar demandas já colocadas em pauta pelas conferências. Assim como indicado no estudo, essa mudança pode fortalecer o controle social quanto à criação dessa política, uma

vez que as conferências de saúde são o principal fórum de participação social para a discussão e aprovação de propostas desse porte.

Conforme aponta a pesquisa, de modo geral, as fontes-chave consideram importante a discussão sobre o tema da comunicação no campo da saúde pública e reconhecem que a criação de uma política de comunicação pública representaria um aporte às ações em prol da melhoria do SUS. Os depoimentos obtidos junto a fontes-chave confirmam a necessidade do controle social apropriar-se dos princípios de comunicação pública nas conferências de saúde, superando paradigmas da comunicação tradicional e hegemônica. De acordo com os dados obtidos, conclui-se que a comunicação pode contribuir para a valorização de saberes populares e do uso de linguagem simples como contrapontos à hegemonia do discurso vertical, técnico e biomédico no SUS.

Estas questões estão no bojo dos desafios a serem superados, resumidos em quatro tópicos. Um deles diz respeito à necessidade de maior apropriação e incorporação ao debate de princípios de comunicação pública, de comunicação e saúde e dos princípios do próprio SUS, de modo a dar mais profundidade à discussão sobre comunicação como direito e como componente do direito à saúde, em sentido amplo. Esse debate pode fortalecer propostas e favorecer uma formulação mais condizente com as perspectivas emancipatórias da comunicação pública. O segundo desafio consiste na necessidade de superação do entendimento da comunicação como mera propaganda e/ou publicidade, superando o modelo baseado em estratégias de marketing. Trata-se de considerar a comunicação para além das campanhas e da mera transferência de informação. O terceiro item tem relação com a hegemonia do discurso biomédico no SUS, exigindo a superação de barreiras impostas por um modelo discursivo técnico e verticalizado, resultando em uma comunicação mandatória, sem diálogo entre os interlocutores. O quarto desafio diz respeito à capacidade do controle social obter a adesão do governo federal, mais especificamente do Ministério da Saúde, à proposta de criação de uma política de comunicação pública voltada para o SUS. Portanto, trata-se de um desafio que se firma no campo político-governamental propriamente dito.

Há de se considerar também a necessidade de valorização dos profissionais de comunicação nos espaços políticos, de gestão e de decisão no âmbito do SUS, com respeito e reconhecimento das competências dos comunicadores. Deve haver o entendimento de que a área de comunicação é equivalente a qualquer outra unidade técnica das instituições de saúde, devendo estar presente no nascedouro das políticas, programas e ações de saúde, de

forma estruturante. A comunicação não pode ser vista apenas de modo reducionista, como a área que providencia a divulgação de ações das instituições. As equipes de comunicadores devem integrar a discussão sobre as políticas públicas de modo contributivo, atuando com base nos princípios de comunicação pública e assegurando que suas instituições cumpram com o dever constitucional junto à sociedade da garantia do direito à comunicação.

Consideramos que mudanças de paradigma na discussão de comunicação podem influenciar no posicionamento político do conjunto de atores e de interlocutores que compõem o controle social, de modo a reforçar um movimento em prol de uma política de comunicação pública no SUS, bem como influenciar na inclusão dessa pauta no Plano Nacional de Saúde (PNS) do Ministério da Saúde.

Portanto, a defesa da comunicação pública como política pode fortalecer um posicionamento que expresse a exigência de que o Estado assuma a responsabilidade perante o controle social de investir na discussão de uma política compromissada com os interesses da sociedade como forma de superar práticas que denotam o uso instrumental da comunicação.

Considerando esse cenário, é desejável que o Conselho Nacional de Saúde assuma a liderança desse debate, tendo em mente que a base deve ser mobilizada para essa discussão, evitando um movimento verticalizado.

Por fim, recomenda-se o investimento em outras pesquisas que possam agregar ainda mais informações sobre temas que envolvam a relação entre o controle social, a comunicação pública, a comunicação e saúde e as possibilidades de elaboração e implementação de políticas públicas a partir das contribuições das Conferências Nacionais de Saúde.

REFERÊNCIAS

ADAMS, J. R. B.; PFEIFER, M. O Estado ampliado de Gramsci. **Revista Mosaico Social**, ano 3, dez. n. 3, p. 240-248, 2009.

ARAÚJO, I. S. Mercado Simbólico: um modelo de comunicação para políticas públicas. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v. 8, n. 14, p.165-77, set. 2003/fev.2004. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/icse/a/mXPrpPYcQxGMCJZ3jN9CHGB/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 jul. 2022.

ARAÚJO, I. S. de; CARDOSO, J. M. **Comunicação e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007, 152 p.

ARAÚJO, I. S. de; CARDOSO, J. M. Comunicação e saúde. *In: Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. 2009. Disponível em:
<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/comsau.html>. Acesso em: 29 mar. 2023.

ARAÚJO, I. S. de; CARDOSO, J. M.; MURTINHO, R. A COMUNICAÇÃO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: CENÁRIOS E TENDÊNCIAS. **Revista Latinoamericana de Ciencias de la Comunicación**, p. 104-115, 2011. Disponível em:
<https://saudeamanha.fiocruz.br/wp-content/uploads/2017/03/A-Comunicac%CC%A7a%CC%83o-no-sistema-de-Sau%CC%81de-cena%CC%81rios-e-tende%CC%82ncias.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2022.

AGÊNCIA DE NOTÍCIAS DOS DIREITOS DA INFÂNCIA – ANDI. **Acesso à informação e controle social das políticas públicas**. Brasília, DF: ANDI; Artigo 19, 2009. 132 p.

BARCELOS, T. N.; MUNIZ, L. N.; DANTAS, D. M.; COTRIM JUNIOR, D. F.; CAVALCANTE, J. R.; FAERSTEIN, E. Análise de fake news veiculadas durante a pandemia de COVID-19 no Brasil. **Rev. Panam Salud Publica**. 2021; 45:e65. Disponível em:
<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53907/v45e652021.pdf?sequence=1&isAllo wed=y>. Acesso em: 21 out. 2022.

BEHRING, E. **Fundo público, valor e política social**. São Paulo: Cortez Editora, 2021.

BOBBIO, N. **O conceito de sociedade civil**. Tradução: Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro, Edições Graal, 1982. 77 p.

BOBBIO, N.; MATTEUCCI, N. M.; PASQUINO, G. **Dicionário de política**. Tradução: CARMEN C.; VARRIALE *et al.*; coord. João Ferreira. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 11. ed., v. 1. p. 10-17, 1998.

BOURDIEU, P. **O Poder Simbólico**. Tradução: Fernando Tomaz. 13. ed., Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2010.

BRAGA, J. L. A prática da pesquisa em comunicação: abordagem metodológica como tomada de decisões. **Revista da Associação Nacional dos Programas de Pós-Graduação em Comunicação E-Compós**, v. 14, n. 1, p. 1-33, jan./abr. 2011. Disponível em: <https://www.e-compos.org.br/e-compos/article/view/665/503>. Acesso em: 20 jul. 2022.

BRANDÃO, E. P. Conceito de comunicação pública. *In*: DUARTE, Jorge (org.). **Comunicação pública: estado, mercado, sociedade e interesse público**. São Paulo: Atlas, 2007. p. 1-33.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 378**, de 13 de janeiro de 1937. Dá nova, organização ao Ministério da Educação e Saúde Pública. Brasília, DF: Presidência da República, 1937. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1930-1949/10378.htm. Acesso em: 1 set. 2022.

BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E SAÚDE. **1ª Conferência Nacional de Saúde**. Relatório final. Rio de Janeiro, 1941.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Relatório oficial apresentado à 3ª Conferência Nacional de Saúde**. Rio de Janeiro, 1963.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Anais da 4ª Conferência Nacional de Saúde**. Rio de Janeiro, 1967.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **5ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 1975.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Relatório final da 6ª - Conferência Nacional de Saúde**. Relatório final. Brasília, 1977.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **7ª Conferência Nacional de Saúde - Extensão das Ações de Saúde Através dos Serviços Básicos**. Anais. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 24 a 28 de março de 1980.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **8ª Conferência Nacional de Saúde**. Relatório final. Brasília, DF, 1986.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 5 maio 2022.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: DF, 1990a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 9 abr. 2022.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 8.142**, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as

transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília: DF, 1990b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm. Acesso em: 9 abr. 2022.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **9ª Conferência Nacional de Saúde** – Municipalização é o caminho. Relatório final. Brasília, DF, 1993.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **10ª Conferência Nacional de Saúde**. Relatório final. Brasília, 1998.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **11ª Conferência Nacional de Saúde** – O Brasil falando como quer ser tratado. Relatório final. Brasília, 2001.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **12ª Conferência Nacional de Saúde** – Conferência Sergio Arouca. Saúde um direito de todos e um dever do Estado – A saúde que temos, o SUS que queremos. Relatório final. Brasília, 2004.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **A Construção do SUS**: Histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo. Brasília, 2006.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **13ª Conferência Nacional de Saúde** – Saúde e Qualidade de Vida, Políticas de Estado e Desenvolvimento. Relatório Final. Brasília, 2008.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **14ª Conferência Nacional de Saúde**. Todos usam o SUS! SUS na Seguridade Social, Política Pública e Patrimônio do Povo Brasileiro. Relatório Final. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 589**, de 20 de maio de 2015. Institui a Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS). Diário Oficial da União, Brasília: DF, 2015. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0589_20_05_2015.html. Acesso em: 10 jul. 2022.

BRASIL. Regulação de Exames e Consultas. **GOV.BR**, 11 mar. 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/servicos-estaduais/regulacao-de-exames-e-consultas-1>. Acesso em: 5 nov. 2023.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 11.098**, de 20 de junho de 2022. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Saúde e remaneja e transforma cargos em comissão e funções de confiança. Diário Oficial da União (D.O.U), ed. 115, Seção 1, p. 3, 2022. Disponível em: <https://www.in.gov.br/em/web/dou/-/decreto-n-11.098-de-20-de-junho-de-2022-408904817>. Acesso em: 10 ago. 2022.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 11.371**, de 1º de janeiro de 2023. Revoga o Decreto nº 9.759, de 11 de abril de 2019, que extingue e estabelece diretrizes, regras e limitações para colegiados da administração pública federal. Brasília, DF: Presidência da República, 2023a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2023-2026/2023/Decreto/D11371.htm#art1. Acesso em: 9 jun. 2023.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 11.358**, de 1º de janeiro de 2023. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Saúde e remaneja cargos em comissão e funções de confiança, 2023b. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2023-2026/2023/decreto/D11358.htm. Acesso em: 12 ago. 2023.

BRASIL. Contratos Ascom. **GOV.BR**, 2023c. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/licitacoes-e-contratos/contratos-ascom>. Acesso em: 09 set. 2023.

BRAVO, M. I. S. Política de Saúde no Brasil. *In*: MOTA, A. E.; BRAVO, M. I. S.; UCHÔA, R.; NOGUEIRA, V.; MARSIGLIA, R.; GOMES, L.; TEIXEIRA, M. (orgs.). **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. 4. ed., São Paulo: Editora Cortez, 2018.

CARDOSO, J. M. Comunicação e Saúde: uma ideia e cinco desafios para ampliar a participação e o controle social. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. **Seminário de comunicação, informação e informática em saúde**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: https://bvssp.icict.fiocruz.br/pdf/26031_seminario_comunicacao_informacao.pdf. Acesso em: 4 abr. 2023.

CARDOSO, J. M.; ROCHA, R. L. Interfaces e desafios comunicacionais do Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 2, n. 6, p. 1.871-1.879, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/pTXBdCDZGJGbpX93xQd3gGK/?lang=pt>. Acesso em: 10 jul. 2022.

CHAUÍ, M.; NOGUEIRA, M. A. O pensamento político e a redemocratização do Brasil. **Lua Nova**, São Paulo, v. 71, p. 173-228, 2007.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). **As Conferências Nacionais de Saúde: evolução e perspectivas**. Brasília, DF: CONASS, 2009. 100 p.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). **Campanha Nacional em Defesa do SUS e Fortalecimento do Controle Social é lançada em Brasília**. 2013. Disponível em: <https://www.conass.org.br/campanha-nacional-em-defesa-do-sus-e-fortalecimento-do-controle-social-e-lancada-em-brasilia/>. Acesso em: 10 set. 2023.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). **Resolução nº 507**, de 16 de março de 2016. Publicar as propostas, diretrizes e moções aprovadas pelas Delegadas e Delegados na 15ª Conferência Nacional de Saúde, com vistas a garantir-lhes ampla publicidade até que seja consolidado o Relatório Final. Brasília, DF: CNS, 2016. Não paginado.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). **Relatório** - 1ª Conferência Nacional Livre de Comunicação em Saúde. 2017. Brasília: DF: CNS, 2017.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). **Composição**. 2018. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/composicao-cns>. Acesso em: 21 ago. 2023.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). **Relatório da 16ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, DF: CNS, 2019.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). **CNS pede que parlamentares revisem emenda constitucional que congelou recursos do SUS**. 2021. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/2159-cns-pede-que-parlamentares-revisem-emenda-constitucional-que-congelou-recursos-do-sus>. Acesso em: 22 set. 2023.

COSTA, A. Maria; VIEIRA, N. **Democracia participativa e controle social em saúde**. Temas fundamentais da reforma sanitária. Rio de Janeiro: CEBES, 2012. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4372708/mod_resource/content/1/8Democracia-Participativa-e-Controle-Social-em-Sa%C3%BAde.pdf. Acesso em 5 set. 2022.

CPMF. **SENADO FEDERAL**, 2023. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/entenda-o-assunto/cpmf>. Acesso em: 20 fev. 2023.

DA REDAÇÃO. Impeachment de Dilma Rousseff marca ano de 2016 no Congresso e no Brasil. **SENADO FEDERAL**, 28 dez. 2016. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2016/12/28/impeachment-de-dilma-rousseff-marca-ano-de-2016-no-congresso-e-no-brasil>. Acesso em: 20 fev. 2023.

DARDOT, P.; LAVAL, C. **A nova razão do mundo**: ensaio sobre a sociedade neoliberal. Tradução: Mariana Echalar. São Paulo: Boitempo, 2016.

DEL BIANCO, N. R.; ESCH, C. E.; PINHEIRO, E. B. B. Estratégias da Empresa Brasil de Comunicação para enfrentar o desafio da convergência. **Revista Rádio-Leituras**, Mariana-MG, v. 8, n. 1, p. 158-176, jan./jun., 2017.

DORNELAS, R.; SOUSA, M. F.; MENDONÇA, A. V. M. Informação, educação e comunicação em saúde: análise das concepções dos coordenadores das campanhas de voz no distrito federal. **Revista CEFAC**, v. 16, n. 1, mar. 2014.

DUARTE, J. Entrevista em profundidade. *In*: DUARTE, J.; BARROS, A. **Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação**. São Paulo: Atlas, 2005, p. 62-83.

DUARTE, J. Instrumentos de comunicação pública. *In*: DUARTE, J. (org.). **Comunicação Pública**: Estado, Mercado, Sociedade e Interesse Público. São Paulo: Editora Atlas S.A., 2007, p. 59-71.

DUARTE, J. Sobre a emergência do(s) conceito(s) de Comunicação Pública. *In*: KUNSCH, M. M. K. (org.). **Comunicação Pública, Sociedade e Cidadania**. São Caetano do Sul: Difusão Editora, 2011, p. 121-134.

ESCOREL, S. **Reviravolta na saúde**: origem e articulação do movimento sanitário [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999, 208 p. ISBN 978-85-7541-361-6.

FIGARO, R. A triangulação metodológica em pesquisas sobre a Comunicação no mundo do trabalho. **Revista Fronteiras** - estudos midiáticos, Rio Grande do Sul, v. 16, n. 2, p. 124-131, maio/ago. 2014. Disponível em: <http://revistas.unisinos.br/index.php/fronteiras/article/view/fem.2014.162.06/4196>. Acesso em: 18 jul. 2022.

FIGUEIREDO, K. A. **Comunicação Pública e Assistência Social**: um estudo sobre os processos comunicativos nos Centros de Referência de Assistência Social/Cras. Orientadora: Nélia Del Bianco. 204 f. 2016. Tese (Doutorado em Comunicação) - Faculdade de Comunicação, Universidade de Brasília, Brasília, 2016.

FIGUEIREDO, K. A. **O/A assistente social e os processos comunicativos**: por uma contra-hegemonia dos subalternos. 18 de set. 2018. Apresentação em Power Point.

FLICK, U. **Introdução à Pesquisa Qualitativa**. Tradução de Joice Elias Costa. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. 405 p.

FONTE-CHAVE 1. Depoimento. [Entrevista cedida a] Ubirajara Rodrigues dos Santos. **Videoconferência no Zoom**, dez. 2022.

FONTE-CHAVE 2. Depoimento. [Entrevista cedida a] Ubirajara Rodrigues dos Santos. **Videoconferência no Zoom**, dez. 2022. Complementação por WhatsApp, 2023.

FONTE-CHAVE 3. Depoimento. [Entrevista cedida a] Ubirajara Rodrigues dos Santos. **Videoconferência no Zoom**, dez.2022; Complementação por meio de entrevista presencial, jul. 2023.

FONTE-CHAVE 4. Depoimento. [Entrevista cedida a] Ubirajara Rodrigues dos Santos. **Videoconferência no Zoom**, jul. 2023.

FONTE-CHAVE 5. Depoimento. [Entrevista cedida a] Ubirajara Rodrigues dos Santos. **Videoconferência no Zoom**, jul. 2023.

FOUCAULT, M. **Nascimento da biopolítica**: Curso no Collège de France (1978-1979). Tradução: Eduardo Brandão. Revisão da tradução: Claudia Berliner. São Paulo: Martins Pontes, 2008.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Organização, Introdução e revisão técnica: Roberto Machado. 11. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2021.

FREIRE, P. **Extensão ou comunicação?** Tradução de Rosisca Darcy de Oliveira. 8. ed. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra, 1983, v. 24 (Coleção O Mundo, Hoje).

FRENTE Pela Vida lança campanha “O Brasil precisa do SUS” na próxima terça-feira (15). **ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ECONOMIA DA SAÚDE (ABRES)**, 11 dez.

2020. Disponível em: <https://abresbrasil.org.br/frente-pela-vida-lanca-campanha-o-brasil-precisa-do-sus-na-proxima-terca-feira-15/>. Acesso em: 10 dez. 2023.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. **Cronologia Histórica da Saúde Pública**. Disponível em: [Cronologia Histórica da Saúde Pública - Fundação Nacional de Saúde \(funasa.gov.br\)](https://funasa.gov.br). Acesso em: 30 ago. 2022.

GASPAROTTO, G. P.; GROSSI, P. K.; VIEIRA, M. S. O ideário neoliberal: a submissão das políticas sociais aos interesses econômicos. **Seminário Internacional Demandas Sociais e Políticas Públicas**, 2014.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOMES, V. L. C.; BELINOT, V. Neoliberalismo e Pós-Democracia: o percurso brasileiro rumo ao (neo)facismo. In: REBUÁ, E; COSTA, R.; GOMES, R. L. R; CHABALGOITY, D. (Orgs). **(Neo)Facismos e Educação**: Reflexões críticas sobre o avanço conservador no Brasil. Rio de Janeiro: Mórula Editorial, 2020, p. 286-306.

GOULART, F. Dilemas da participação social em saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 84, p. 18-32, jan./mar. 2010. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/4063/406341770003.pdf>. Acesso em: 29 de abr. 2022.

GRAMSCI, A. **Cadernos do Cárcere, volume 2**. Os intelectuais. O princípio educativo. Jornalismo. Tradução: Carlos Nelson Coutinho. 3. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2004a.

GRAMSCI, A. **Cadernos do Cárcere, volume 3**. Maquiavel – Notas sobre o Estado e a política. Tradução: Luiz Sérgio Henriques, Marco Aurélio Nogueira, Carlos Nelson Coutinho & baby livros Inc. 8. ed., Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2004b.

GUIA de comunicação pública. Organização: Armando Medeiros, Lilian Chirnev. Brasília: Associação Brasileira de Comunicação Pública, 2021. Disponível em: https://abcpublica.org.br/wp-content/uploads/2021/10/Guia_de_Comunicac%CC%A7a%CC%83o_Pu%CC%81blica.pdf. Acesso em: 10 jul. 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Cidades e Estados**. Rio de Janeiro, 2023. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados>. Acesso em: 8 abr. 2023.

KOÇOUSKI, M. Comunicação pública: construindo um conceito. In: MATOS, H. (org). **Comunicação pública**: interlocuções, interlocutores e perspectivas. São Paulo: ECA/USP, 2012. 411 p. Disponível em: <https://www.eca.usp.br/sites/default/files/2021-05/ciencias%20da%20comunicacao.%20e-books.%20comunica%C3%A7%C3%A3o%20publica.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2022.

KUNSCH, M. M. K. Comunicação pública: direitos de cidadania, fundamentos e práticas. In: MATOS, H. (org.). **Comunicação pública**: interlocuções, interlocutores e

perspectivas. São Paulo: ECA/USP, 2012. 411 p. Disponível em: <https://www.eca.usp.br/sites/default/files/2021-05/ciencias%20da%20comunicacao.%20e-books.%20%20comunica%C3%A7%C3%A3o%20publica.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2022.

LIMA, N. T.; FONSECA, C. M. O.; HOCHMAN, G. A Saúde na Construção do Estado Nacional no Brasil: Reforma Sanitária em Perspectiva Histórica. *In*: LIMA, N. T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F. C.; SUÁREZ, J. M. **Saúde e Democracia: História e Perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005, p. 27-59.

MAINIERI, T.; RIBEIRO, E. M. A. O. A comunicação pública como processo para o exercício da cidadania: o papel das mídias sociais na sociedade democrática. **ORGANICOM**, v. 8, n. 14, 2011.

MAINIERI, T.; ROSA, E. C. F. Comunicação pública, cidadania e democracia: algumas reflexões. **Revista Comunicação Midiática**, v. 7, n. 1, p. 192-206, jan./abr. 2012. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/234065216.pdf>. Acesso em: 5 ago. 2022.

MASTRODI, J.; AVELAR, A. E. C. O conceito de cidadania a partir da obra de T. H. Marshall: conquista e concessão. **Cadernos de Direito**, Campinas, v. 17, n. 33, p. 3-27, jul./dez. 2017. ISSN Eletrônico: 2238-1228.

MATTOS, M. B. GOVERNO BOLSONARO: NEOFASCISMO E AUTOCRACIA BURGUESA NO BRASIL. **INSTITUTO PORTUGUÊS DE RELAÇÕES INTERNACIONAIS**, v. 73, p. 25-39, mar. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.23906/ri2022.73a03>. Acesso em: 13 out. 2023.

MÁXIMO, W. Bolsonaro edita MP e decreto para definir atividades essenciais. **AGÊNCIA BRASIL**, 21 mar. 2020. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2020-03/bolsonaro-edita-mp-e-decreto-para-definir-atividades-essenciais>. Acesso em: 10 ago. 2023.

MELO, C.; CABRAL, S. Pandemias e comunicação: uma avaliação experimental. **REVISTA DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA**. Rio de Janeiro, v. 54, n. 4, p. 735-757, jul./ago. 2020. Disponível em: <https://hml-bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/81883/78092>. Acesso em: 20 nov. 2022.

MIN. Gustavo Capanema (1959-1961). Museu do Tribunal de Contas da União. **TCU**, 2023. Disponível em: <https://portal.tcu.gov.br/centro-cultural-tcu/museu-do-tribunal-de-contas-da-uniao/tcu-a-evolucao-do-controle/min-gustavo-capanema-1959-1961.htm>. Acesso em 15 ago. 2022.

MINAYO, M. C. de S.; SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239-262, jul./set. 1993.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. O que significa ter saúde. **GOV.BR**, 7 ago. 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-brasil/eu-quero-me->

exercitar/noticias/2021/o-que-significa-ter-saude#:~:text=Seguindo%20essa%20linha%20mais%20abrangente,com%20a%20defini%C3%A7%C3%A3o%20de%20sa%C3%BAde. Acesso em: 12 fev. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Maior sistema público de saúde do mundo, SUS completa 31 anos. **GOV.BR**, 21 set. 2021. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/noticia/maior-sistema-publico-de-saude-do-mundo-sus-completa-31-anos>. Acesso em: 25 jul. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Sistema Único de Saúde: Estrutura, princípios e como funciona. **GOV.BR**, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sus>. Acesso em: 12 jun. 2022.

MINISTÉRIO DAS COMUNICAÇÕES. **Caderno da 1ª CONFECOM** - Conferência Nacional de Comunicação. Brasília, 10 jun. 2010. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/participacao/images/pdfs/conferencias/Comunicacao/relatorio_deliberacoes_1_conferencia_comunicacao.pdf. Acesso em: 30 jun. 2022.

MIOLA, E.; MARQUES, F. P. J. Comunicação pública do Ministério da Saúde no Facebook: uma análise das campanhas contra o *Aedes aegypti* no 'verão do Zika'. **Reciis - Rev. Eletron. Comum. Inf. Inov. Saúde**. Fiocruz, jan./mar., v. 14, n. 1, p. 34-50, 2020. Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1802/2339>. Acesso em: 2 maio 2022.

MORAES, H. S. I.; VASCONCELLOS, M. M. Política nacional de Informação, Informática e Comunicação em Saúde: um pacto a ser construído. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 69, enero-abril, p. 86-98, 2005. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/4063/406345217011.pdf>. Acesso em: 4 mar. 2022.

MOREIRA, S. V. Análise documental como método e como técnica. In: DUARTE, J.; BARROS, A. **Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação**. São Paulo: Atlas, 2005. p. 269-279.

MOTTA, J. R. **Comunicação pública e campanhas nacionais de vacinação em contexto de midiaticização**: as estratégias comunicacionais do Ministério da Saúde na crise da cobertura vacinal de 2018. Orientadora: Profa. Dra. Nélia Rodrigues Del Bianco. 2020. 322 f. Dissertação (Mestrado em Comunicação) – Programa de Pós-graduação em Comunicação da Faculdade de Informação e Comunicação da Universidade Federal de Goiás, 2020.

NOVELLI, A. L. C. R. O papel institucional da Comunicação Pública para o sucesso da governança. **ORGANICOM**, v. 3, n. 4, 2006. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/organicom/article/view/138912>. Acesso em: 15 ago. 2023.

OLIVEIRA JÚNIOR, G. C. de. O conceito de hegemonia em Gramsci: possibilidades de compreensão a partir da educação. **ORG & DEMO**, Marília, v. 21, n. 2, p. 159-174, Jul./Dez., 2020

OLIVEIRA, M. L. P. de; COLPO, C. D. Comunicação organizacional e desinformação: uma reflexão sobre comunicação pública no Brasil durante a pandemia da covid-19. **ORGANICOM**, [S. l.], v. 18, n. 37, p. 49-61, 2021. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/organicom/article/view/187930>. Acesso em: 22 nov. 2022.

OLIVEIRA, V. de C. A comunicação midiática e o Sistema Único de Saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 4, n. 7, 2000. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/Zfd4VCQRpC5mVqSdqXj3Rm/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 3 maio 2022.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**, 18 set. 2020. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/91601-declara%C3%A7%C3%A3o-universal-dos-direitos-humanos>. Acesso em: 9 jun. 2023.

ORGANIZAÇÃO PARA A COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO (OCDE). Avaliação da OCDE sobre Telecomunicações e Radiodifusão no Brasil 2020. **OECD Publishing**, Paris, 26 out. 2020.

PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. 356 p. ISBN 978-85-7541-359-3.

PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v 23, n. 6, p. 1723-1728, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Qg7SJFjWPjvdQjvnRzxS6Mg/>. Acesso em: 10 jan. 2023.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p.15-35, jan./mar. 2014.

PAULINO, F. O.; RAMOS, M. C. Apresentação. *In*: RAMOS, M. C.; PAULINO, F. O.; VALENTE, J.; URUPÁ, M.; CARVALHO, M. M. **Conferência Nacional de Comunicação**. 10 anos depois: velhos e novos desafios das políticas de comunicação no Brasil. São Cristóvão: ULEPICC-Brasil, 2020. Disponível em: <https://app.rios.org.br/index.php/s/p7EQwS8bDf9eJFb>. Acesso em: 12 ago. 2022.

PIERANTI, O. P. Confecom, 10 anos depois: um debate necessário sobre a implementação das propostas aprovadas. *In*: RAMOS, M. C.; PAULINO, F. O.; VALENTE, J.; URUPÁ, M.; CARVALHO, M. M. **Conferência Nacional de Comunicação**. 10 anos depois: velhos e novos desafios das políticas de comunicação no Brasil. São Cristóvão: ULEPICC-Brasil, 2020. Disponível em: <https://app.rios.org.br/index.php/s/p7EQwS8bDf9eJFb>. Acesso em: 12 ago. 2022.

PITTA, A. M. da R. Comunicação, democracia e promoção da saúde: buscando uma abordagem teórico-conceitual. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 28, n. 67, p. 176-183, maio/ago. 2004. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/494/Pitta_Comunicacao%20democracia_2004.pdf?sequence=3&isAllowed=y. Acesso em: 10 maio 2022.

PITTA, A. M. da R.; MAGAJEWSKI, F. R. L. Políticas nacionais de comunicação em tempos de convergência tecnológica: uma aproximação ao estudo de caso da saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 4, n. 7, 2000. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/fX4dWX6hsK97xJmX4hg5K4h/abstract/?lang=en>. Acesso em: 5 maio 2022.

PRADO, L. T. **Estrutura e evolução da Internet no Brasil**: subsídios à análise econômica - 1996 a 2009. Orientador: Anita Kon. 2011. 101 f. Dissertação (Mestrado em Economia Política) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2011.

QUEIROZ, F. CRISE POLÍTICA NO GOVERNO DILMA ROUSSEFF: UMA ANÁLISE A PARTIR DO CONFLITO DE CLASSES. **CSONline** - Revista Eletrônica de Ciências Sociais, Juiz de Fora, n. 27, p. 136-153, 2018.

QUEVEDO, J. P. de; INÁCIO, M.; WIECZORKIEWICZ, A. M.; INVERNIZZI, N. A política de vacinação contra o HPV no Brasil: a comunicação pública oficial e midiática face à emergência de controvérsias. **Revista Tecnologia e Sociedade**. Curitiba, v. 12, n. 24, p. 1-26, 2016. Disponível em: <https://periodicos.utfpr.edu.br/rts/article/view/3206/2622>. Acesso em: 18 maio 2022.

RAMOS, M. C. COMUNICAÇÃO, DIREITOS SOCIAIS E POLÍTICAS PÚBLICAS. In: MARQUES DE MELO, J.; SATHLER, L. **Direitos à Comunicação na Sociedade da Informação**. São Bernardo do Campo, SP: Umesp, 2005.

RAMOS, M. C.; PAULINO, F. O.; VALENTE, J.; URUPÁ, M.; CARVALHO, M. M. de. Conferência Nacional de Comunicação, 10 anos depois: velhos e novos desafios das políticas de comunicação no Brasil. Brasília, DF: **LaPCom**, 2020. Disponível em <https://app.rios.org.br/index.php/s/p7EQwS8bDf9eJFb>. Acesso em: 9 set. 2022.

REIS, C. R.; PAIM, J. S. A saúde nos períodos dos governos Dilma Rousseff (2011-2016). **DIVULGAÇÃO EM SAÚDE PARA DEBATE**, Rio de Janeiro, n. 58, p. 101-114, jul. 2018.

RICARDI, L. M.; SHIMIZU, H. E.; SANTOS, L. M. P. As Conferências Nacionais de Saúde e o processo de planejamento do Ministério da Saúde. **Saúde em Debate**, v. 41, n. 3, p. 155-170, 3 sep. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/n8nWQr8mZqfFXNQSPfzXNfy/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 23 jul. 2022.

ROMAR, A. A. C. **Estudo descritivo da área de comunicação**: estrutura e principais cenários das secretarias estaduais de saúde. Orientadora: Profa. Dra. Ana Valéria Machado Mendonça. 2014. 130 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília, 2014.

SALVADOR, E. **Fundo público e seguridade social no Brasil**. São Paulo: Cortez Editora, 2010.

SALVADOR, E. Fundo Público. *In*: IVO, A. B. L (coord.) KRAYCHETE, E.; VITALE, D.; MERCURI, C.; BORGES, A.; SENES, S. **DICIONÁRIO TEMÁTICO DESENVOLVIMENTO E QUESTÃO SOCIAL**: 110 Problemáticas e Contemporâneas. 2. ed. São Paulo: Annablume Editora Comunicação; Brasília: CNPQ, 2020, p. 326-332.

SANTOS, B. de S. A filosofia à venda, a douda ignorância e a aposta de Pascal. **OpenEdition Journals**, 2010. Disponível em: <https://journals.openedition.org/rccs/691>. Acesso em: 05 dez. 2022.

SANTOS, N. R. dos. SUS 30 anos: o início, a caminhada e o rumo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p.1729-1736, 2018.

SANTOS, M. O. S. dos; PEIXINHO, B. C.; CAVALCANTI, A. M. C.; SILVA, L. G. F. da; SILVA, L. I. M. da; LINS, D. O. A.; GURGEL, A. do M. Estratégias de comunicação adotadas pela gestão do Sistema Único de Saúde durante a pandemia de Covid-19 – Brasil. **Interface**, Botucatu, v. 25, supl. 1, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.200785>. Acesso em: 25 jun. 2022.

SARDINHA, A. C. Comunicação, controle social das políticas públicas e os desafios para a Comunicação Pública nos conselhos gestores de saúde. **E-com**, v. 5, n. 1, 2012. Disponível em: <https://revistas.unibh.br/ecom/issue/view/61>. Acesso em: 10 jul. 2022.

SAYD, J. D.; JUNIOR, L. V.; VELANDIA, I. C. Recursos humanos nas Conferências Nacionais de Saúde (1941 a 1992). **Physis: Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 165-195, 1998.

SELLTIZ; WRIGHTSMAN; COOK. **Métodos de Pesquisa nas Relações Sociais**. São Paulo: EPU, 1967.

SILVA, A. X. A REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA EM DEBATE. **V Jornada Internacional de Políticas Públicas**, 23-26 ago. 2011.

SOUSA, R. R. de. **Construindo o SUS**: A lógica do financiamento e o processo de divisão de responsabilidades entre as esferas de governo. Orientadora: Profa. Célia Pierantoni. 2002. 102 f. Dissertação (Mestrado em Gestão de Sistemas de Saúde) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/monografia_construindo_sus.pdf. Acesso em: 5 set. 2022.

SOUSA, J.; GERALDES, E.; PAULINO, F. O. A participação das assessorias de comunicação do GDF na aplicação da Lei de Acesso à Informação. **Matrizes**, Universidade de São Paulo, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 159-173, 2016. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/1430/143045335010.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2022.

SOUZA, G.; SOARES, M. G. M. Contrarreformas e Recuo Civilizatório: Um Breve Balanço Do Governo Temer. **Ser Social**, Brasília, v. 21, n. 44, jan./jun. 2019.

STEVANIM, L. F.; MURTINHO, R. **Direito à Comunicação e Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2021.

UNIVERSAL Declaration of Human Rights - Portuguese. UNITED NATIONS, 2023. Disponível em: <https://www.ohchr.org/en/human-rights/universal-declaration/translations/portuguese?LangID=por>. Acesso em: 9 jul. 2023.

VIACAVA, F.; OLIVEIRA, R. A. D. de; CARVALHO, C. C.; LAGUARDIA, J.; BELLIDO, J. G. SUS: oferta, acesso e uso de serviços de saúde nos últimos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, 2018. ISBN:1751-1762.

WEBER, M. H. A perversa narrativa presidencial e a comunicação pública. *In*: SAMPAIO, R.; SARMENTO, R.; CHAGAS, V. (org.) **Comunicação e política no contexto da pandemia**: breves reflexões. A perversa narrativa presidencial e a comunicação pública. Curitiba: Compolítica/Carvalho Comunicação, 2021. 134 p. Disponível em: http://compolitica.org/novo/wp-content/uploads/2021/04/Comunicacao-e-politica-no-contexto-da-pandemia_EbookCompolitica.pdf. Acesso em: 30 ago. 2022.

WERNECK, G. L.; CARVALHO, M. S. A pandemia de COVID-19 no Brasil: crônica de uma crise sanitária anunciada. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 5, 8 de maio de 2020. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csp/2020.v36n5/e00068820/pt>. Acesso em: 15 out. 2021.

ZÉMOR, P. **La Communication Publizque**. Paris, 1995. Tradução resumida do livro da Profa. Dra. Elizabeth Brandão. Disponível em: <https://comunicacaopublicaufes.files.wordpress.com/2011/12/comunicacaopublica-pierrezemor-traducao.pdf>. Acesso em: 30 jul. 2022.

ZÉMOR, P. Como anda a comunicação pública? **Revista do Serviço Público**, Brasília v. 60, n. 2, p. 189-195, abr./jun. 2009. Disponível em: <https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/1594/1/Como%20anda%20a%20comunica%C3%A7%C3%A3o%20p%C3%BAblica.pdf>. Acesso em: 8 ago. 2022.

Apêndice

Roteiro de entrevista utilizado na pesquisa.



Universidade de Brasília (UnB)
Faculdade de Comunicação
Programa de Pós-Graduação em Comunicação

Perguntas:

- 1) Por favor, a/o Sra./Sr. poderia se identificar com o nome completo, nome da instituição à qual é vinculada e prestar uma breve descrição da suas atuais atividades profissionais? Se possível, fale brevemente também sobre sua atuação no campo da saúde pública.
- 2) Prosseguindo, qual é ou foi seu envolvimento com as Conferências Nacionais de Saúde (CNS)? Quando e como ocorreu (ou ocorre) a sua participação nesta atividade?
- 3) Como descreveria o contexto histórico das conferências das quais a/o Sra./Sr. participou? Qual era o momento social e político? Caso a participação abranja um longo período, por favor, pode fazer uma contextualização considerando as transformações ocorridas ao longo do tempo?

- 4) Qual era conceito de saúde em discussão na época? Esse conceito sofreu alterações ao longo do tempo das Conferências Nacionais de Saúde (CNS)? É possível agrupar esses conceitos por décadas ou por períodos definidos?
- 5) Qual é a sua avaliação sobre a participação das Conferências Nacionais de Saúde (CNS) no âmbito da discussão sobre política de comunicação para o SUS?
- 6) Como a/o Sra./Sr. avalia a importância da comunicação para o SUS, sendo esta uma importante política social de Estado? Na sua opinião, quais princípios devem reger a comunicação pública no âmbito do Estado?
- 7) Esses princípios foram contemplados pelas conferências na discussão de propostas para uma política de comunicação para o SUS?
- 8) Quais são/foram os principais atores nessa discussão no âmbito das conferências ao longo do tempo ou no período em que a Sra. participou dessas atividades? Qual o papel do controle social nesse debate?
- 9) Por diversas vezes, as conferências recomendaram a criação de uma política de comunicação para o SUS. Ao que a/o Sra./Sr. atribui a falta de adesão do governo federal, em especial do Ministério da Saúde, às propostas das conferências para a criação de uma política de comunicação para o SUS?
- 10) Por fim, qual é sua opinião sobre a elaboração e implementação de uma política de comunicação pública no âmbito do SUS?