

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO
REGIONAL MESTRADO E DOUTORADO
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO
REGIONAL**

Lídia Schwantes Hoss

**COMUNICAÇÃO PÚBLICA E SAÚDE: O PROCESSO PRODUTIVO E SUAS
MEDIAÇÕES NA COMUNICAÇÃO HOSPITALAR NA 13ª
COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL**

Santa Cruz do Sul
2017

Lídia Schwantes Hoss

**COMUNICAÇÃO PÚBLICA E SAÚDE: O PROCESSO PRODUTIVO E SUAS
MEDIAÇÕES NA COMUNICAÇÃO HOSPITALAR NA 13ª
COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional – Mestrado e Doutorado, Área de Concentração em Desenvolvimento Regional, Linha de Pesquisa em Organizações, Mercado e Desenvolvimento, Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Desenvolvimento Regional.

Orientadora: Profª. Dra. Ângela Cristina Trevisan Felippi

Santa Cruz do Sul

2017

H829c Hoss, Lídia Schwantes

Comunicação pública e saúde: o processo produtivo e suas mediações na comunicação hospitalar na 13ª coordenadoria regional de saúde do Rio Grande do Sul / Lídia Schwantes Hoss. – 2017.
152 f. : il. ; 30 cm.

Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Regional) –
Universidade de Santa Cruz do Sul. 2017.

Orientadora: Profª. Drª. Ângela Cristina Trevisan Felippi.

1. Comunicação na saúde pública. 2. Saúde pública. 3.
Desenvolvimento regional. I. Felippi, Ângela. II. Título.

CDD: 362.1

Bibliotecária responsável: Edi Focking - CRB 10/1197

Lídia Schwantes Hoss

**COMUNICAÇÃO PÚBLICA E SAÚDE: O PROCESSO PRODUTIVO E SUAS
MEDIAÇÕES NA COMUNICAÇÃO HOSPITALAR NA 13ª
COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL**

Esta Dissertação foi submetida ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional – Mestrado e Doutorado, Área de Concentração em Desenvolvimento Regional, Linha de Pesquisa em Organizações, Mercado e Desenvolvimento, Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Desenvolvimento Regional.

Dra. Ângela Cristina Trevisan Felippi
Professora Orientadora - UNISC

Dra. Mônica Franchi Carniello
Professora Examinadora - UNITAU

Dra. Rosane Bernadete Brochier Kist
Professora Examinadora - UNISC

Santa Cruz do Sul
2017

AGRADECIMENTOS

Aos meus familiares pelo apoio e incentivo, especialmente, para o meu marido Airton pela parceria ao longo do curso e da vida. Ao meu filho Lucas por todo seu carinho, compreensão e inspiração.

À minha orientadora pelo conhecimento, incentivo, generosidade e confiança neste trabalho.

Aos colegas do curso de Mestrado do PPGDR pela parceria. Levo as lembranças do nosso convívio com muito carinho e a amizade que criamos para a vida toda.

Aos professores do PPGDR pelo incentivo, conhecimento e orientação.

Aos meus amigos, de perto e de longe que sempre torceram por mim.

Aos hospitais e profissionais que colaboraram com esta pesquisa.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior (Capes) pela viabilização desta pesquisa através de bolsa de estudos.

RESUMO

Nesta dissertação se analisa o processo de produção da comunicação hospitalar. Compreende-se essa comunicação, dentro da cultura, como um processo e, assim, sensível a mediações. A partir da teoria das mediações de Jesús Martín-Barbero, focou-se nos momentos das lógicas de produção e dos produtos industriais do mapa das mediações culturais, com observância das mediações da institucionalidade e tecnicidade. Objetiva-se identificar, durante o estudo, as características ou não da concepção de comunicação pública presente na comunicação de quatro hospitais localizados no Vale do Rio Pardo, Rio Grande do Sul: Hospital Santa Cruz, Hospital Ana Nery, Hospital Regional do Vale do Rio Pardo e Hospital Vera Cruz. A pesquisa valeu-se dos estudos culturais, da teoria das mediações e o conceito de comunicação pública como referenciais teóricos. Utiliza-se, especialmente, de autores como Jesús Martín-Barbero, Pierre Zémor, Inezita Araújo, Telma Menicucci e Jorge Duarte. Este estudo qualitativo utilizou-se de questionário, entrevistas, pesquisa bibliográfica e documental como instrumentos de pesquisa. A partir da análise, verificou-se que a política de saúde pública se materializa de maneiras distintas no território, de acordo com as particularidades de cada região. O percurso permitiu identificar que os hospitais possuem um serviço de comunicação com políticas de comunicação instituídas, assessorias de imprensa atuantes e possuem canais de comunicação com a sociedade, sendo possível verificar a concepção de comunicação pública presente em escalas variadas.

Palavras-chave: saúde; hospital; comunicação pública; mediação, desenvolvimento regional.

ABSTRACT

This dissertation analyzes the process of production of hospital communication. This communication is understood within culture as a process and thus sensitive to mediations. Based on the mediation theory of Jesús Martín-Barbero, he focused on the moments of the production logics and the industrial products of the map of cultural mediations, observing the mediations of institutionality and technicity. The objective of this study was to identify the characteristics or not of the concept of public communication present in the communication of four hospitals located in the Rio Pardo Valley, Rio Grande do Sul: Santa Cruz Hospital, Ana Nery Hospital, Vale do Rio Regional Hospital Pardo and Vera Cruz Hospital. The research was based on cultural studies, the theory of mediations and the concept of public communication as theoretical references. It is especially used by authors such as Jesús Martín-Barbero, Pierre Zémor, Inezita Araújo, Telma Menicucci and Jorge Duarte. This qualitative study was used as a questionnaire, interviews, bibliographical and documentary research as research instruments. From the analysis, it was verified that the public health policy materializes in different ways in the territory, according to the particularities of each region. The course allowed to identify that the hospitals have a communication service with established communication policies, active press services and have channels of communication with society, being possible to verify the conception of public communication present in varied scales.

Keywords: health; hospital; public communication; mediation, regional development.

LISTA DE FIGURAS

Figura 01 – Coordenadorias regionais de saúde do Rio Grande do Sul	44
Figura 02 – Municípios e hospitais que integram a 13ª CRS.....	46
Figura 03 – Mapa das Mediações.....	56
Figura 04 – Ambiente de comunicação de interesse público.....	61
Figura 05 – Mapa Metodológico da pesquisa.....	80
Figura 06 – Veículos de comunicação nos municípios de Rio Pardo, Santa Cruz do Sul e Vera Cruz.....	85
Figura 07 – Site do HSC.....	108
Figura 08 – Página Facebook do HSC.....	109
Figura 09 – Página do Instagram do HSC.....	109
Figura 10 – Informativo HSC.....	110
Figura 11 – Site HAN.....	113
Figura 12 – Página do Facebook HAN.....	113
Figura 13 – Site HRVRP.....	115
Figura 14 – Página do Facebook do HRVRP.....	116
Figura 15 – Site HVC.....	119
Figura 16 – Coluna do HVC no Jornal Arauto.....	120

LISTA DE QUADROS

Quadro 01 – Relação de Hospitais em cada município, número de habitantes e leitos hospitalares.....	45
Quadro 02 – Estrutura de Comunicação e mídias usadas pelos hospitais da 13ªCRS.....	72
Quadro 03 – Identificação dos entrevistados.....	78
Quadro 04 – Relação de veículos de comunicação por município e abrangência.....	84
Quadro 05 – Ações de comunicação externa e interna dos hospitais.....	100
Quadro 06 – Canais de comunicação do HSC.....	105
Quadro 07 – Canais de comunicação do HAN.....	110
Quadro 08 – Canais de comunicação do HRVRP.....	114
Quadro 09 – Canais de comunicação do HVC.....	117
Quadro 10 – Principais pautas do primeiro semestre de 2016.....	123
Quadro 11 – Divulgação de prestação de contas e atendimentos.....	127

LISTA DE ABREVIATURAS

ABRASCO - Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

AIH - Autorização de Internação Hospitalar

AIS - Ações Integradas de Saúde

AMVARP - Associação dos Municípios do Vale do Rio Pardo

ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar

APESC - Associação Pró-Ensino em Santa Cruz do Sul

CAPs - Caixa de Aposentadoria e Pensões

CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CISVALE – Consórcio Intermunicipal de Serviços do Vale do Rio Pardo

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CONASSEMS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde Municipais

COREDE – Conselho Regional de Desenvolvimento

CRS – Coordenadoria Regional de Saúde

DNSP – Departamento Nacional de Saúde Pública

FAS – Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social

FBH – Fundação Brasileira de Hospitais

FHGV – Fundação Hospitalar Getúlio Vargas

HAN – Hospital Ana Nery

HRVRP – Hospital Regional do Vale do Rio Pardo

HSC – Hospital Santa Cruz

HVC – Hospital Vera Cruz

IAPs – Instituto de Aposentadoria e Pensão

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social

MS – Ministério da Saúde

NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOBS – Normas Operacionais Básicas
OMS – Organização Mundial de Saúde
ONU – Organização das Nações Unidas
OPAS – Organização Pan-americana da Saúde
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PGQP – Programa Gaúcho de Qualidade e Produtividade
PNAD – Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio
PIB – Produto Interno Bruto
PSF – Programa Saúde da Família
RBS TV – Rede Brasil Sul de Televisão
SIPAT – Semana Interna de Prevenção de Acidentes de trabalho
SNES – Serviço Nacional de Educação e Saúde
SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
UNISC – Universidade de Santa Cruz do Sul
UPA – Unidade de Pronto Atendimento
US – Unidades de Serviço

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	13
2	O HOSPITAL NO ÂMBITO DA SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA....	23
2.1	A formação das casas de saúde.....	23
2.2	Políticas de saúde pública no Brasil no contexto histórico.....	27
2.3	A saúde no Brasil a partir da criação do SUS.....	35
2.4	A comunicação e os princípios do SUS.....	38
2.5	A regionalização da saúde na 13ª Coordenadoria Regional de Saúde...	41
3	CULTURA, COMUNICAÇÃO E DESENVOLVIMENTO.....	48
3.1	Os Estudos Culturais.....	48
3.2	Aproximações com a teoria das mediações.....	53
3.3	Conceitos e abrangências da Comunicação Pública.....	59
3.3.1	Comunicação Pública e Cidadania.....	67
3.3.2	Comunicação e Informação.....	69
4	O PROCESSO PRODUTIVO DA COMUNICAÇÃO HOSPITALAR NA 13ªCRS.....	72
4.1	Estratégias Metodológicas.....	72
4.2	Entrevistas e pesquisa documental.....	77
4.3	Contextualização da Mídia Regional.....	81
4.4	Lógicas de Produção.....	86
4.5	Formatos Industriais.....	99
4.5.1	Canais de comunicação externa do HSC.....	105
4.5.2	Canais de comunicação externa do HAN.....	110
4.5.3	Canais de comunicação externa do HRVRP.....	114
4.5.4	Canais de comunicação externa do HVC.....	117
5	COMUNICAÇÃO PÚBLICA NOS HOSPITAIS DA 13ªCRS.....	122
5.1	Comunicação de Interesse Público.....	122
5.2	Divulgação de serviços.....	125
5.3	Transparência.....	126
5.4	Diálogo com o público.....	128

CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	132
REFERÊNCIAS.....	135
APÊNDICE A – Questionário Gestores de Comunicação 2015.....	144
APÊNDICE B – Roteiro de Entrevista dos Gestores Administrativos dos Hospitais.....	145
APÊNDICE C – Roteiro de Entrevista dos Gestores de Comunicação dos Hospitais.....	147
APÊNDICE D – Termo Livre Esclarecido.....	149
ANEXO A – Reportagem Jornal Gazeta do Sul.....	150

1 INTRODUÇÃO

Como contexto principal deste estudo coloca-se a comunicação dos hospitais com a sociedade, sua articulação com o setor da saúde e a região. Ao longo do tempo, atravessando diferentes contextos históricos e políticos, os campos profissional e acadêmico da saúde e comunicação¹ aproximaram seus vínculos. A prática da comunicação profissional pôde contribuir em diversas frentes para a melhoria da saúde da população com a divulgação de informações sobre doenças, prevenção, campanhas de vacinação, entre outros aspectos.

O campo da Comunicação na interseção com o Desenvolvimento Regional expõe um modo de refletir sobre as culturas e suas manifestações, inclusive comunicacionais, de articulá-las em contato com a dinâmica espacial dos territórios. A comunicação transita pelo desenvolvimento regional, detalhando trajetórias, processos e articulações entre cultura e comunicação construídas no cotidiano de uma sociedade que se globaliza, evidenciando, as diversas possibilidades na forma de experimentar o tempo e o espaço (FELIPPI e BRANDT, 2016).

As questões voltadas à saúde despertam grande interesse da sociedade e os hospitais, como um dos principais agentes de saúde, estão no centro das atenções e pressões de demandas públicas e privadas. O modelo de saúde brasileiro persiste *hospitalocêntrico* sendo caracterizado pela centralização do sistema na figura do médico e do hospital em detrimento do *redébásicocêntrico* com foco na rede básica (CARVALHO, FREIRE e VILAR, 2012; LÓPEZ, 2004).

É para o hospital que as pessoas se voltam em momentos cruciais da vida como o nascimento, diagnóstico de doenças, a busca da cura de doenças, alívio de dores e a morte. Além desse papel tão marcante na vida das pessoas é também um local de tensões que envolvem aspectos sociais, culturais, religiosos, políticos e econômicos.

¹ Partimos de uma definição formal e abrangente do que seja o campo acadêmico da comunicação: “um conjunto de instituições de nível superior destinado ao estudo e ao ensino da comunicação e onde se produz a teoria, a pesquisa e a formação universitária das profissões de comunicação. [...]o profissional, caracterizado por práticas de aplicação do conhecimento e que promove vínculos variados com o mercado de trabalho” (LOPES, 2001, p.48).

É um espaço onde interagem as instâncias governamentais, planos de saúde privados, entidades da sociedade civil, profissionais de saúde e pacientes. Neste ambiente, a comunicação se coloca como uma ferramenta estratégica para pensar e conduzir a gestão dos hospitais com seus diversos interlocutores. Comunicar-se de forma clara, transparente e ágil com os diversos públicos que interagem nos hospitais – interno e externo – tem grande relevância.

Para esta pesquisa estabelecemos o estudo da comunicação com foco no público externo aos hospitais pois diz respeito a vida do cidadão e da sociedade. A comunicação pública que está presente na sociedade e no âmbito hospitalar corrobora para o ambiente do desenvolvimento regional por meio do acesso à informação e a disseminação de conteúdos de interesse público. Para Amartya Sen, o desenvolvimento está relacionado com a “melhoria da vida que levamos e das liberdades que desfrutamos” (SEN, 2000, p.53).

Entende-se a comunicação externa, assim como Kunsch (2003), como sendo a forma as organizações e suas estruturas de comunicação social se organizam para viabilizar a comunicação com os seus diferentes públicos. Identificamos essa prática através da edição de publicações próprias como jornais, revistas, sites, participação em redes sociais, eventos, relacionamento com a imprensa, ou seja, canais de informação e diálogo com públicos externos aos hospitais.

A comunicação desenvolvida pelas instituições é voltada à sociedade, conforme Gaudêncio Torquato do Rego (1986) objetiva conquistar simpatia, credibilidade e confiança, para obter junto ao público, a influência na política social, tanto no campo empresarial, governamental, de imprensa, publicidade e lobby. Operacionalizar as demandas de comunicação externa é um desafio para as instituições que enfrentam dificuldades financeiras e, muitas vezes, não dispõe de profissionais habilitados e condições para tratar essas questões.

Nos concentramos na região de abrangência da 13ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS)², órgão ligado à Secretaria Estadual de Saúde, com sede regional

² É uma divisão administrativa estabelecida pelo estado do RS especificamente para a área da saúde. Outros segmentos como educação e agricultura possuem áreas de abrangência distintas. Os municípios que integram a 13ª CRS são: Candelária, Gramado Xavier, Herveiras, Mato Leitão, Pantano Grande, Passo do Sobrado, Rio Pardo, Santa Cruz do Sul, Sinimbu, Vale do Sol, Vale Verde, Venâncio Aires e Vera Cruz. Disponível em: http://www.saude.rs.gov.br/lista/170/13%C2%AA_CRS_%28Santa_Cruz_do_Sul%29. Acesso em: 17 jul.2015.

em Santa Cruz do Sul. Esta região abrange 13 municípios localizados no Vale do Rio Pardo³, Rio Grande do Sul, Brasil, e contempla uma população de aproximadamente de 327.158 mil habitantes conforme a CRS. O estado organizou a saúde em 19 Coordenadorias Regionais de Saúde, onde cada uma delas atua em um número determinado de municípios, sendo essa organização dos municípios usada apenas no segmento de saúde. O cargo de coordenador de cada região é político, sendo nomeado pelo Governador.

Para conhecer os hospitais da região, realizou-se um estudo exploratório em agosto de 2015 na fase de elaboração do projeto dessa dissertação. Todos os gestores de comunicação dos 9 hospitais foram contatados e responderam a um questionário por e-mail sobre a prática de comunicação voltada ao público externo, estrutura e canais de comunicação.

Constatou-se que os hospitais estão empenhados em comunicar-se com a sociedade, que investem em canais de comunicação para relacionar-se com os seus públicos. Também ficou evidenciado que os gestores reconhecem a importância e a necessidade de comunicar-se de maneira clara e eficiente com a sociedade.

A partir dessas informações, mapeou-se a estrutura e os canais de comunicação usados pelos hospitais para se comunicarem com a sociedade e assim determinou-se pelas instituições a serem estudadas de forma mais aprofundada num segundo momento em 2016. Para a seleção desses hospitais buscou-se instituições com características administrativas distintas, portes diferentes, referências médicas regionais⁴ e locais que nos permitisse conhecer a dinâmica da comunicação com a sociedade a partir de realidades e condições diversas.

³ O Vale do Rio Pardo é uma divisão administrativa elaborada pelo estado. Os municípios que integram o Vale do Rio Pardo são: Arroio do Tigre, Boqueirão do Leão, Candelária, Encruzilhada, Estrela Velha, General Câmara, Herveiras, Ibarama, Lagoa Bonita do Sul, Mato Leitão, Pantano Grande, Passa Sete, Passo do Sobrado, Rio Pardo, Santa Cruz do Sul, Segredo, Sinimbu, Sobradinho, Tunas, Vale do Sol, Vale Verde, Venâncio Aires e Vera Cruz. Disponível em: <<http://www.fee.rs.gov.br/perfil-socioeconomico/coredes/detalhe/?corede=Vale+do+Rio+Pardo>>. Acesso em: 06 out. 2016.

⁴ O SUS hierarquiza o sistema público de saúde em três níveis: baixa (unidades básicas de saúde), média (hospitais secundários e ambulatoriais de especialidades) e alta complexidade (hospitais terciários). O paciente é atendido nas unidades de saúde de um ou outro nível, conforme a necessidade e a complexidade de seu quadro clínico. Assim, pacientes de alta complexidade atendidos, por exemplo, em unidades básicas de saúde ou em hospitais secundários, podem ser encaminhados (referência) para hospitais de alta complexidade (hospitais terciários). Depois de ter sua necessidade atendida e seu quadro clínico estabilizado, o paciente é reencaminhado (contra-referência) para uma unidade de menor complexidade, para dar seguimento ao tratamento (CHERUBIM e SANTOS, 1997).

Entendeu-se que não era viável para o período da dissertação de mestrado contemplar todas as instituições e assim definiu-se por quatro: o Hospital Santa Cruz (HSC), de Santa Cruz do Sul, por ser o maior hospital da região e o único Hospital de Ensino. O Hospital Ana Nery (HAN), de Santa Cruz do Sul, por ser um hospital com atendimento regional e com forte vínculo com atendimento via convênios e privado. O Hospital Regional do Vale do Rio Pardo (HRVRP), de Rio Pardo, por ser o único da região a atender exclusivamente pelo SUS e Hospital Vera Cruz (HVC), de Vera Cruz, por ser de pequeno porte e com atendimento microrregional.

O Hospital Santa Cruz é o maior da região com 232 leitos. Em 2003 o Hospital foi adquirido pela Associação Pró-Ensino em Santa Cruz (Apesc), mantenedora da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), que desde 2006 oferece o curso superior de Medicina. Em 2012 conquistou o credenciamento como unidade de assistência em alta complexidade cardiovascular e a certificação definitiva como Hospital de Ensino, estágio mais elevado que uma casa de saúde deste gênero pode atingir. Quanto à natureza administrativa, é uma entidade filantrópica, sem fins lucrativos, reconhecida como de Utilidade Pública Federal, Estadual e Municipal. Atende SUS, convênios e particular.

O Hospital Ana Nery, também localizado em Santa Cruz do Sul, possui 90 leitos. É uma entidade filantrópica, sem fins lucrativos, reconhecida como de Utilidade Pública Federal, Estadual e Municipal. Atende SUS, convênios e particular. É referência regional em oncologia.

Outra instituição elencada na pesquisa foi o Hospital Regional do Vale do Rio Pardo, situado no município de Rio Pardo. Em 2014, a Fundação Hospitalar Getúlio Vargas, fundação de direito privado sem fins lucrativos, assumiu a gestão do hospital que é municipal, com atendimento regional.

Desde 2016, a gestão do hospital é compartilhada entre a FHGV e a Prefeitura. A casa de saúde possui 93 leitos e é o único da região a atender exclusivamente pelo SUS. É referência regional em traumatologia-ortopedia, saúde mental e urgência e emergência.

O quarto hospital pesquisado é o Hospital Vera Cruz, do município de Vera Cruz que disponibiliza 36 leitos. A Fundação de Saúde Dr. Jacob Blész, mantenedora do Hospital Vera Cruz, é uma entidade privada sem fins lucrativos, possui certificado de filantropia e é composta por 14 entidades representativas da comunidade de Vera

Cruz. A estrutura física do hospital é da Prefeitura que cedeu a área em comodato à Fundação de Saúde Dr. Jacob Blész. Atende SUS, convênios e particular.

O problema de pesquisa constitui-se a partir da compreensão da comunicação hospitalar como processo cultural sujeito a mediações. Considerando as lógicas de produção e os formatos industriais da comunicação externa dos hospitais da 13ª CRS, qual a concepção de comunicação que orienta essas práticas comunicativas? O objetivo geral do estudo busca analisar, a partir das lógicas de produção e dos formatos industriais, qual a concepção de comunicação que orienta as práticas da comunicação hospitalar.

A partir desse questionamento tem-se os objetivos específicos:

- Compreender o histórico de implantação dos canais de comunicação externa utilizados pelos hospitais.

- Identificar as lógicas de produção da comunicação hospitalar observando as mediações da institucionalidade e tecnicidade.

- Caracterizar os formatos industriais da comunicação hospitalar a partir da mediação da tecnicidade.

- Analisar a comunicação hospitalar, a partir do seu processo produtivo e seu conteúdo de comunicação, considerando a influência de questões políticas, de mercado e dos princípios norteadores da comunicação pública.

Essa pesquisa justifica-se pela importância da saúde para a sociedade e se coloca como observadora de uma política pública abrangente de interesse público. Importantes avanços foram conquistados a partir da Constituição de 1988, como o que garantiu o acesso universal à saúde no País. No entanto, o SUS enquanto política pública, se materializa com intensidade diferente nos territórios. Discutir aspectos que envolvem a comunicação no âmbito da saúde regional pode contribuir para uma reflexão sobre os caminhos de fortalecimento dessas práticas considerando as suas particularidades regionais.

Durante crise econômica dos anos de 2015 e 2016, a saúde tem sido alvo de cortes de orçamento e a sociedade está atenta aos reflexos dessas medidas para que não impliquem em perdas de direitos já conquistadas. A comunicação realizada pelos hospitais pode colaborar para a plena cidadania à medida que traz a público questões de ordem institucional, científica, de gestão, prevenção, inovações da saúde pública, e, que desta forma, possibilita o debate com a sociedade.

Nesse sentido, tanto no setor público, quanto no privado, estão instalados interesses e tensões econômicas e ideológicas. O cargo de secretário municipal de saúde, por exemplo, tem grande prestígio e, geralmente, essa secretaria detém um dos maiores orçamentos do município, sendo uma das pastas mais “disputadas”. A gestão eficiente da saúde, aliada a uma boa publicização, costuma render boa aceitação dos eleitores. A troca dos gestores a cada eleição no âmbito municipal, estadual e federal também interfere no setor. No âmbito dos hospitais a relação com os planos de saúde, profissionais de saúde, indústria farmacêutica e outros fornecedores também está imbricada de interesses que mobilizam diversas forças.

Em outro aspecto, a saúde é uma das dimensões que envolvem o desenvolvimento de uma região. Investimentos em saúde pública impactam no crescimento econômico seja com expectativa de vida, capital humano e redução da mortalidade infantil, entre outros. Saúde de qualidade é um fator de desenvolvimento econômico e social. “A saúde tem aparecido, crescentemente, como referência essencial para saber se realmente há progresso e, ao mesmo tempo, como um meio decisivo para sua obtenção” (SEN e KLIKSBURG, 2010, p.141).

A diversidade de agentes envolvidos na rede de atendimento do SUS e suas inter-relações nos municípios e região demonstram a sua importância para a sociedade por meio da saúde, da economia, da educação, do serviço social, entre outros aspectos. Assim, a comunicação se apresenta como fator de conexão entre os diversos agentes e discursos que interagem na saúde.

O SUS, de acordo com o Ministério da Saúde, é um dos maiores sistemas de saúde pública do mundo e abrange desde atendimentos ambulatoriais até transplantes de órgãos, distribuição de medicamentos e tratamento para o câncer. Conforme lembra Araújo e Cardoso (2007), os princípios que regem o SUS são a universalidade, equidade e integralidade. Os princípios organizativos são a descentralização, hierarquização e participação.

Para introduzirmos os conceitos importantes para este trabalho, iniciamos pela comunicação e saúde. A comunicação na área da saúde traz consigo aportes culturais que se refletem na comunicação desenvolvida no âmbito da saúde pública e privada. Para Araújo e Cardoso (2007), o campo da comunicação e saúde é constituído pelos elementos de cada campo separadamente, porém na sua interface. Assim, todo o aparato teórico-conceitual e metodológico da comunicação, então, adquire pertinência articulando e operando a interesses do campo da saúde.

O tema da saúde é presença constante na mídia como fonte de informação e também como sendo a própria notícia. O hospital como um agente importante dentro do sistema de saúde do país é uma voz que se articula através da comunicação.

A saúde é tema de interesse público e, como tal, a comunicação pública é um conceito pertinente para tratar essa comunicação. Adotam-se como referência para tratar comunicação pública, conceitos como cidadania, democratização, participação, diálogo e interesse público. Mais poder para a sociedade, menos para os governos; mais comunicação, menos divulgação; são as principais premissas.

Para Zémor (1995), a comunicação pública diz respeito ao fluxo de informação relacionado a temas de interesse coletivo. A existência de recursos públicos ou interesse público caracteriza a necessidade dessa comunicação. “Inclui tudo o que diz respeito ao aparato estatal, às ações governamentais, partidos políticos, terceiro setor e, em certas circunstâncias, ações privadas” (DUARTE, 2007, p.3).

Nos amparamos epistemologicamente nos Estudos Culturais e no conceito de cultura de Raymond Williams, que entende que a cultura é ordinária porque está em toda sociedade e em toda mente. A cultura está na maneira como o indivíduo trabalha, come, veste-se, relaciona-se, na maneira como as sociedades arranjam sua economia e nas organizações políticas.

Os Estudos Culturais estão consolidados, ao longo de muitas pesquisas, no campo da comunicação, cuja utilização, na maioria das vezes tem caráter qualitativo e empírico, operacionalizando o diálogo entre as estratégias de produção e o consumo cultural. Moraes (2011), citando Escosteguy e Jacks (2003), explica que as autoras definem os Estudos Culturais como uma *teoria social crítica*. Entende-se que os Estudos Culturais contemplam os aspectos globais dessa proposta como o estudo da cultura, comunicação, informação, saúde e comunicação pública desde os conceitos iniciais até o olhar crítico necessário para a investigação.

Os meios de produção e circulação cultural têm expandido seu alcance através das tecnologias de comunicação. Ao mesmo tempo, segundo Hall (1997), as indústrias culturais apoiadas na mídia sustentam circuitos globais de trocas econômicas, produção de bens, marketing e ideias. A expressão cunhada por Hall “centralidade da cultura” indica a forma como a cultura penetra em cada canto da vida social contemporânea. A mesma opinião é compartilhada por Martín-Barbero se referindo aos países da América Latina quando afirma que é “a centralidade

incontestável que hoje ocupam os meios de comunicação em nossos países” (MARTÍN-BARBERO, 2003, p.12).

Reconhece-se que a cultura e o desenvolvimento regional são termos relacionados. “A cidade, a região e o estado-nação constituem-se a partir de expressões e condições culturais, entendendo-se cultura como práticas de significação, permeadas por relações de poder” (FELIPPI e BRANDT, 2016, p.48). Conforme as autoras, as questões que dizem respeito à dimensão cultural do desenvolvimento regional são complexas e manifestam-se de diferentes formas nos territórios que é onde ocorre a materialização das especificidades culturais de um determinado grupo.

Essa pesquisa se caracteriza por um estudo de abordagem qualitativa. “Os métodos qualitativos enfatizam as especificidades de um fenômeno em termos de suas origens e de sua razão de ser” (HAGUETE, 2010, p.59). Para nos apropriarmos dos conteúdos pertinentes, durante os dois anos do curso de mestrado, fez-se uso de pesquisa bibliográfica, pesquisa documental e entrevistas.

Para o atendimento dos objetivos organizamos a metodologia de trabalho baseada na teoria das mediações, aqui tomada dentro dos estudos culturais, desenvolvido por Martín-Barbero (2003), como caminho metodológico desta dissertação. O autor aborda o processo de comunicação a partir da sua integralidade, sem etapas estanques, mas sim momentos relacionados e interligados, atravessados por mediações. Assim, entende-se que a comunicação das instituições hospitalares é um produto cultural e que esses processos comunicacionais podem ser estudados a partir do mapa das mediações.

A teoria das mediações proposta na década de 1980 e revisada por Martín-Barbero na década de 1990, expressa que os meios de comunicação não configuram o ser humano num receptor passivo e alheio à sua própria realidade. Os bens culturais e neles os midiáticos não instituem e delimitam uma relação unilateral entre um emissor dominante e um receptor dominado, pois entre esses dois pontos há uma forte troca de intenções na cadeia da comunicação. Isto é, os conteúdos culturais são responsáveis, juntamente com a vivência individual, pelos repertórios que cada sujeito possui para interpretar a realidade.

Na revisão da teoria das mediações, Martín-Barbero (2003), aprimora seu estudo e propõe um novo mapa das mediações do processo comunicativo contemplando as lógicas de produção, os formatos industriais, as competências de

recepção (consumo) e as matrizes culturais. Esses momentos do processo de comunicação estão mediados pela tecnicidade (situada entre as lógicas de produção e os formatos industriais), a ritualidade (entre os formatos industriais e as competências de recepção), a socialidade (entre as competências de recepção e as matrizes culturais) e a institucionalidade (entre as matrizes culturais e as lógicas de produção).

Com o mapa, o autor busca reconhecer que os meios de comunicação constituem hoje espaços-chave de condensação e intersecção de múltiplas redes de poder e de produção cultural, mas também, alertar ao mesmo tempo, contra o pensamento único que legitima a ideia de que a tecnologia é hoje o grande mediador entre as pessoas e o mundo, quando o que a tecnologia medeia hoje, de modo mais intenso e acelerado, é a transformação da sociedade em mercado.

Definiu-se por concentrar a pesquisa em dois momentos do mapa: nas lógicas de produção e nos formatos industriais. As lógicas de produção são as informações sobre a estrutura da comunicação nos hospitais, os profissionais e as políticas. Este momento é mediado pela institucionalidade e tecnicidade. Diversas institucionalidades estão presentes na comunicação hospitalar através de articulações com diversas esferas governamentais, sindicatos, imprensa, órgãos de saúde pública e privada que buscam discutir suas demandas. Já a tecnicidade dá conta dos aspectos técnicos da produção da comunicação como a inserção de novas tecnologias, por exemplo.

Os formatos industriais são as formas de disponibilizar as informações para a sociedade como jornais, revistas, sites e redes sociais. Neste momento do mapa, a tecnicidade está presente na mediação do processo. As competências de recepção (consumo) são abrangentes e não nos deteremos nela nesse momento, assim como nas matrizes culturais por entender que são complexas e não dispomos de tempo (de uma dissertação) para o estudo delas e suas respectivas mediações.

A análise da presença da concepção de comunicação pública se dá a partir de quatro categorias selecionadas dentre as propostas por Zémor (1995): interesse público, divulgação dos serviços oferecidos pelas instituições, transparência e diálogo com o cidadão. Por interesse público se busca entender se as instituições privilegiam assuntos de interesse da sociedade nas suas comunicações. Divulgação dos serviços oferecidos pelas instituições sob a ótica que o cidadão tenha conhecimento dos serviços disponíveis naquela instituição. A transparência como premissa relacionada com a divulgação de informações relacionadas à gestão dos recursos públicos e por

último o diálogo com o cidadão como forma de se estabelecer uma comunicação pública cidadã.

A dissertação divide-se em seis capítulos dedicados a refletir sobre saúde pública, a relação entre comunicação, cultura e desenvolvimento. Busca-se compreender a concepção da comunicação efetivada pelos hospitais em estudo percorrendo o mapa das mediações.

Após a introdução, o capítulo dois, intitulado O hospital no contexto da saúde pública brasileira, apresenta o surgimento das casas de saúde, as políticas de saúde pública no Brasil no contexto histórico, a criação do SUS, a comunicação a partir das premissas do SUS e a regionalização da saúde. O terceiro capítulo traz uma reflexão sobre comunicação, cultura, a teoria das mediações e o mapa das mediações proposto por Martín-Barbero (2003). Apresentam-se os conceitos de comunicação pública discutidos por autores como Zémor (1995) e Duarte (2007).

Já no quarto capítulo, estão descritos os procedimentos metodológicos da pesquisa e a apresentação da mídia regional relativa a região em estudo. Na sequência, inicia-se análise do processo produtivo da comunicação hospitalar, a partir das lógicas de produção e produtos industriais, propostos no mapa das mediações.

Na secção seguinte dedica-se a compreensão da concepção de comunicação presente na comunicação externa dos hospitais. A análise é feita a partir de quatro categorias: interesse público, divulgação dos serviços, transparência e diálogo com o público. Ao final, apresenta-se as considerações finais.

2 O HOSPITAL NO ÂMBITO DA SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA

Os hospitais são instituições centenárias e por muito tempo eram a única alternativa para se tratar problemas de saúde. Em muitas ocasiões a sociedade se mobilizou para reivindicar melhorias. Busca-se, inicialmente, introduzir a temática dos hospitais na saúde pública no Brasil e as políticas públicas de saúde no contexto histórico brasileiro. Na sequência aborda-se a comunicação do SUS e a regionalização da saúde na região da 13ª CRS.

2.1 A formação das casas de saúde

As longas navegações impuseram a necessidade da construção de enfermarias nos portos para atender os viajantes doentes que chegavam ao Brasil no século XVIII. Com estímulo da corte portuguesa surgiram no País as primeiras enfermarias junto aos colégios jesuítas, em que os próprios religiosos atendiam aos enfermos. Com o tempo esses recursos já não eram mais suficientes e começaram a ser criadas as sociedades-civis, as irmandades de misericórdia, que atuavam baseados em postulados religiosos. Assim foi aumentando a assistência hospitalar e se consolidando o nome de Santa Casa ou Hospital de Misericórdia, onde basicamente os pobres eram atendidos. Neste período surgiram também os primeiros hospitais militares e hospitais de isolamento para hansenianos.

Durante todo o século XIX não houve significativas modificações na assistência hospitalar. Entretanto, neste século, foram realizadas descobertas científicas que causaram grandes transformações na qualidade do atendimento médico como a necessidade de assepsia, a anestesia e os Raios-X. Instalam-se, nesse período, pequenos hospitais chamados de Casas de Saúde, de propriedade de médicos (LAPREGA e ROCHA, 2012).

A Segunda Grande Guerra Mundial foi um grande laboratório no desenvolvimento de novas técnicas para atendimento aos feridos, testagem de medicamentos e tecnologia nos hospitais do *front*. O hospital no pós-guerra viveu uma grande mudança. Aglutinou as tecnologias médicas e possibilitou a interdisciplinaridade na assistência. Tornou-se o centro dos sistemas de saúde (MORAES, 2005).

No Brasil no século XX, a partir da década de 1940, com o incremento da população urbana, há um crescente aumento da demanda por atendimentos de saúde. Há um acentuado processo de compra e construção de hospitais, ambulatórios e equipamentos por parte dos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs). Também foram construídos hospitais e sanatórios específicos para cada tipo de doença, e a adoção da terapia com penicilina.

A assistência hospitalar assume grande importância na prestação de serviços de saúde por volta de 1945, se consolidando, em menos de uma década, como elemento central deste sistema. Eram considerados hospitais as instituições que tinham mais de 25 leitos para doentes internos e designava-se clínica quando os estabelecimentos tinham menos de 25 leitos. “No censo de 1945 a palavra hospital entrou nas estatísticas pela primeira vez, inclusive fez-se uma tabela somente para os hospitais, onde se contabilizou 317 hospitais nas capitais ofertando 43.784 leitos” (MORAES, 2005, p.21).

A década de 1950 cristalizou o conceito de hospital que conhecemos hoje. A Organização Mundial de Saúde passou a disciplinar e orientar a atividade hospitalar e em 1957 estabeleceu o conceito de hospital como:

[...] estabelecimentos com pelo menos cinco leitos para a internação de pacientes que garantam um atendimento básico de diagnóstico e tratamento, com equipe clínica organizada e com prova de admissão e assistência permanente prestada por médicos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Conforme Perrone (1958) *apud* por Moraes (2005), o Departamento Nacional de Saúde, através de sua Divisão de Organização Hospitalar, definiu hospital como instituição destinada a internar, para diagnóstico e tratamento, as pessoas que necessitam de assistência médica diária e cuidados constantes de enfermagem. Conforme esta divisão, foram classificados como hospital todo estabelecimento de saúde com internação independentemente do número de leitos.

Para Moraes (2005), a centralização da assistência em torno do hospital cumpriu duplo papel. Primeiro o de possibilitar maior acesso à tecnologia aos profissionais de saúde, principalmente ao médico, e o segundo o de congregar os diversos especialistas em prol do paciente e sua cura. Na década de 1960 um hospital moderno deveria ter centro cirúrgico, congregar várias especialidades médicas, tecnologias médicas, ensino e pesquisa e organizado administrativamente. O hospital

se tornou uma das empresas mais difíceis de se administrar, tamanha a diversidade e complexidade de suas atividades produtivas.

Durante a década de 1960, desencadeia-se uma crise aguda no sistema de saúde em decorrência da urbanização acelerada, aumento dos custos da assistência à saúde em nível mundial em consequência dos avanços científicos e tecnológicos e “com a centralização do atendimento em nível hospitalar sob comando da iniciativa privada que se expande rapidamente e sem controle por parte do Estado” (LAPREGA e ROCHA, 2012, p.82).

Em 1966 foram extintos os IAPs e é criado o INPS em resposta a crise do setor sendo implantada uma política de privatização da assistência através do financiamento para a iniciativa privada. Em 1968, o Plano Nacional de Saúde “evidencia a opção política por um sistema de proteção social de filosofia meritocrática e expansão privada da assistência médica sob regulação do mercado” (ROCHA, 2012, p.20).

A preferência de contratação de serviços privados expressava-se não apenas nas dimensões da rede hospitalar, mas no perfil das internações e nos gastos da assistência. A maior parte das internações realizadas no país era financiada pela Previdência Social sendo comprada nos hospitais privados (MENICUCCI, 2007).

Um instrumento importante para concretizar essa política foi o financiamento público à hospitais privados por intermédio do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), criado pela lei 6.168 de 1974, como instrumento de apoio financeiro a programas e projetos de caráter social nas áreas da saúde, educação, trabalho, previdência e assistência social. Destes recursos, 70% deveriam ser usados para o setor público e 30%, no setor privado. Dados de 1977 indicam que na saúde essa proporção não foi respeitada. A entidade representativa dos hospitais, a Federação Brasileira dos Hospitais (FBH), pressionou o governo visando garantir o favorecimento do setor privado na aplicação do FAS. O resultado dessa pressão foi que esses empréstimos a juros baixos beneficiaram o setor privado, proporcionando impulso à remodelação e à ampliação dos hospitais da rede privada no eixo Rio-São Paulo (MENICUCCI, 2007).

O aumento de beneficiários, ampliação dos atendimentos e as dificuldades econômicas, convergiram para uma crise histórica no sistema. Esse cenário na assistência médica previdenciária atinge o auge em 1977, ano marcado por uma crise nos hospitais credenciados, que em razão do não-pagamento pelo INPS das contas

hospitalares, ameaçam entrar em greve e a recusar atendimento aos segurados. Nesse ano, o debate na imprensa é intenso: o INPS denuncia abusos de internações desnecessárias e hospitais reclamam de não-pagamentos, acusando a pretensão de privatização da medicina. “Após a ameaça de colapso, as dívidas foram em grande parte saldadas” (POSSAS, 1989, p.275).

Em julho de 1976, o INPS interrompeu a sua política de expansão de credenciamento da rede privada hospitalar. Ao mesmo tempo foi anunciada a criação no Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), que agregou vários órgãos com objetivo de aumentar a receita financeira (POSSAS, 1989).

Na década seguinte, acontece toda a mobilização pela redemocratização e em prol da Reforma Sanitária e a promulgação da nova Constituição Cidadã. No cenário hospitalar houve uma mudança radical de orientação, com racionalização da oferta e modernização da gestão. Avanços científicos e tecnológicos alcançados possibilitaram que parte dos procedimentos, até então realizados exclusivamente no interior do hospital, pudessem ser gradativamente deslocados para outros ambientes. Houve uma desconcentração da prestação de diversos serviços assistenciais e surgiram novas modalidades assistenciais, como o hospital-dia, a cirurgia ambulatorial, a assistência domiciliar ou mesmo de novos tipos de serviços de saúde, como os centros de enfermagem (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

O modelo neoliberal implantado no Brasil reduziu os recursos investidos nas políticas sociais. No entanto, manteve-se intacto o sistema de pagamento aos hospitais, que seguiam aumentando sua oferta de leitos, embora de forma menos acentuada, até 1992. Após esse período, teve início uma intensa descentralização do SUS através da municipalização, com crescimento da oferta de serviços que, na área hospitalar, se deu com o aumento do número de pequenos hospitais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Atualmente os hospitais são classificados como pequeno porte até 50 leitos, médio porte de 51 a 150 leitos, grandes de 151 a 500 leitos e acima de 500 de leitos considera-se o hospital de capacidade extra. Quanto ao perfil assistencial, podem ser hospital de clínicas básicas, hospital geral, hospital especializado, hospital de urgência, hospital universitário e de ensino e pesquisa. Com relação ao nível de complexidade das atividades prestadas pela unidade hospitalar estes podem ser atenção básica, de média ou de alta complexidade. O seu papel na rede de serviços

de saúde aparece como hospital local, regional, de referência estadual ou nacional. O controle administrativo pode ser como hospital público, privado, privado com fins lucrativos e privado sem fins lucrativos identificados também como beneficentes ou filantrópicos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Conforme o Conselho Nacional de Saúde (CNS) em janeiro de 2016 havia no Brasil 6.701 hospitais. Destes, 21% são municipais, 8% estaduais, 1% federal e 70% privados. Os dados do Conselho Nacional de Estabelecimentos de Saúde de agosto de 2016 apontam que no Rio Grande do Sul são 368 hospitais totalizando 7.329 leitos.

2.2 Políticas de saúde no Brasil no contexto histórico

Ao longo de sua trajetória, o sistema de saúde brasileiro incorpora as tendências políticas, sociais e econômicas de cada momento histórico. A evolução da política de saúde atendeu à ótica do capitalismo nacional, por sua vez, influenciado pelo capitalismo internacional. A saúde pública, no início do século XX, não constava como prioridade dentro do Estado, recebendo maior atenção apenas nos momentos de endemias ou epidemias que refletiam na área econômica ou social e que ameaçavam o modelo capitalista adotado.

Ainda no início do século XX, as epidemias representaram um grave entrave à economia cafeeira do Brasil. A política de estímulo à imigração promovida pelos grandes fazendeiros era prejudicada por doenças como febre amarela, varíola e peste.

Na medida em que a teoria microbiana tornou-se hegemônica e seus desdobramentos abriram perspectivas de enfrentamento eficaz das epidemias, discípulos de Pasteur no Brasil – tais como Adolfo Lutz, Emilio Ribas, Oswaldo Cruz e Vital Brasil – envolveram-se com a organização de instituições de saúde pública para combater essas doenças: o Instituto Soroterápico, em São Paulo, atualmente Instituto Butantã e o Instituto Soroterápico Federal, atualmente Fundação Oswaldo Cruz, no Rio de Janeiro.

Quando a febre amarela assolava o país, no início dos anos de 1900, funcionários do governo, na concepção de saúde daquele momento, percorriam a cidade desinfetando ruas e casas, interditando prédios, removendo doentes. Foram especialmente visados os cortiços, conjuntos de habitações anti-higiênicas onde se

aglomerava boa parte da população pobre. Muitas dessas construções foram condenados à demolição.

Em 1904, iniciou a luta contra à varíola feita por meio de vacinação obrigatória da população. Isso gerou protestos pedindo a extinção da obrigatoriedade da vacinação. A Revolta da Vacina foi um movimento popular gerado pelo acúmulo de insatisfações com o governo. A reforma urbana, a destruição de casas, a expulsão da população, as medidas sanitárias e, por fim, a obrigatoriedade da vacina levaram a população a levantar-se para dizer um basta. Conforme Carvalho (2002), o levante teve incentivadores nos políticos de oposição e no centro das classes operárias, mas nenhum líder exerceu qualquer controle sobre a ação popular.

Para fazer frente às campanhas higienistas e conseguir a adesão da população, foi criado em 1920, o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), que incluiu a propaganda e a educação sanitária no escopo do governo. Conforme Silva, Feitosa e Martinelli (2003) sanear, educar e higienizar compunham o ideário da época. As propostas higienistas tinham destaque no projeto de desenvolvimento social em construção sendo a “disseminação destes paradigmas objeto da propaganda oficial e das práticas pedagógicas através dos educadores sanitários” (SILVA, FEITOSA e MARTINELLI, 2003, p.63).

Neste período, no Brasil, surgiram as primeiras instituições previdenciárias por iniciativa estatal com participação de recursos públicos para os trabalhadores do setor privado, uma vez que já existiam algumas voltadas aos funcionários públicos, que são as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs). Além de aposentadorias e pensões a instituição oferecia acesso à serviços de saúde comprados de serviços privados. Esse período se caracterizou pela estreita relação entre a política de saúde estabelecida e o modelo econômico vigente e a clara dicotomia entre as ações de saúde pública e as ações de assistência médica.

Já na esfera internacional, foi fundada em 1902, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), com objetivo de melhorar as condições de saúde das Américas. Em 1945, foi criada a Organização das Nações Unidas (ONU), organização intergovernamental focada na cooperação internacional. Três anos depois foi instituída a Organização Mundial da Saúde, subordinada à ONU, com intuito de universalizar o conhecimento sobre saúde no mundo. O Brasil é país membro desde a fundação da ONU.

A Revolução de 30 marcou o fim da hegemonia política dos grupos ligados ao café e à pecuária, crescendo a influência das indústrias voltadas para o mercado interno e o aumento de capital. O polo da economia passa a ser os centros urbanos com grandes investimentos industriais. O crescimento da indústria se dá, em parte, às custas de precárias condições de trabalho, o que aumentou os problemas de saúde dos trabalhadores como: acidentes de trabalho, doenças profissionais, estresse, desnutrição, entre outras (AGUIAR, 2011).

Em 1933, o sistema previdenciário brasileiro passa por uma reformulação com a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), ligados ao Ministério do Trabalho, que sucederam e foram absorvendo as CAPs. Os efeitos da criação de sucessivas IAPs, de diferentes segmentos profissionais, que ofereciam cuidados médicos permitiram ampliação da assistência à saúde para um número maior de pessoas. Essas medidas adotadas visavam a manutenção da força de trabalho para atender a demanda industrial crescente (ARAÚJO e CARDOSO, 2007).

Já na década de 1940, o Presidente da República Getúlio Vargas criou o Ministério da Educação e Saúde Pública quando foram construídos hospitais e sanatórios específicos para cada tipo de doença, além da adoção da terapia com penicilina. O Presidente Vargas também instituiu, no mesmo período, o Serviço Nacional de Educação Sanitária (SNES) encarregado de produzir materiais educativos utilizados por uma rede de organizações e serviços veiculados pelos meios de comunicação. Essa política de saúde adotada reforça a dicotomia existente: as ações de caráter coletivo estavam sob a gestão do Ministério da Educação e Saúde com foco sanitarista campanhista, separadas das ações curativas e individuais, vinculadas aos IAPs (ARAÚJO e CARDOSO, 2007).

No segundo governo Vargas, em 1953, foi instituído o Ministério da Saúde, independente do Ministério da Educação, para fazer frente ao aumento da população urbana ocasionada pela vinda de trabalhadores para as indústrias e o incremento da demanda dos serviços de assistência médica. O novo ministério ficou com apenas um terço dos recursos alocados no Ministério da Educação. “Durante os 10 anos seguintes o Ministério da Saúde foi dirigido por 14 ministros diferentes, caracterizando-se pela transitoriedade de seus titulares como barganha política e prática clientelista de seus dirigentes” (AGUIAR, 2011, p.27).

Durante a década de 1950, o modelo de proteção social brasileiro apresentava duas linhas principais de atuação.

Uma delas é de natureza assistencial, tendo por objetivo atender os mais pobres, numa perspectiva caritativa baseada no trabalho voluntariado, estruturado de maneira pulverizada e descontínua. Trata-se de uma relação que não configura um direito social, mas tão somente medidas compensatórias. A outra linha é o modelo de seguro social, em que os beneficiários são aqueles que estão inseridos na estrutura produtiva, de acordo com as categorias profissionais. Os trabalhadores rurais, subempregados e desempregados ficavam à margem dos benefícios previdenciários (BAHIA, 2012, p.205).

Somente com a Lei Orgânica da Previdência Social, promulgada em 1960, a assistência médica passou a ser assumida como parte integrante da Previdência Social, sendo assegurada a todos os beneficiários. Através dessa lei o governo legitimou a prática já adotada por empresas que ofereciam serviços de saúde próprios para os empregados.

Durante o regime militar de 1964, cresce o investimento em infraestrutura para favorecer o processo de modernização e industrialização do país e são reduzidos os gastos sociais. No campo da saúde, implantou-se um sistema marcado pelo predomínio financeiro das instituições previdenciárias e por uma burocracia técnica que priorizava a mercantilização da saúde.

Em 1966, foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que acabava com o Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Servidores (IAPS) e unificava o sistema, com exceção do funcionalismo público, civil e militar, que ainda conservava seus próprios institutos. Aos poucos outros benefícios e segmentos de trabalhadores foram incorporados como seguro acidente de trabalho, Programa de Assistência ao Trabalhador Rural (Prorural), empregados domésticos e profissionais autônomos por meio de contribuições pagas diretamente ao INPS, subordinado ao Ministério do Trabalho e Previdência Social.

A população não beneficiária da Previdenciária Social poderia obter atendimentos à saúde em centros e postos de saúde, hospitais estaduais, municipais e em instituições filantrópicas (BAHIA, 2012). A característica básica da política de saúde seria reconhecida como a ênfase na medicina previdenciária, de cunho individual e assistencialista, centrada no atendimento hospitalar (MENICUCCI, 2007, p.68).

O significativo crescimento das coberturas da Previdência Social e o das demandas por assistência à saúde foram equacionados pelos incentivos à privatização da oferta de serviços e comercialização de planos privados de saúde. “No

início dos anos 70, o INPS se tornou o principal comprador e estimulador da organização da prática médica orientada pelo lucro” (BAHIA, 2012, p.208). A assistência médica financiada pela Previdência Social alcançou grande expansão em número de leitos e cobertura e em volume de recursos arrecadados. O sistema previdenciário foi desvinculado do Ministério do Trabalho em 1974 e passou a subordinação do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS).

Conforme Aguiar (2011), fazendo jus à essa política, ocorreu uma expansão de clínicas e hospitais privados construídos com recursos da previdência e de faculdades particulares de medicina com enfoque na medicina curativa – com ênfase em especialidades médicas e na sofisticação tecnológica, com consequente aumento do consumo de equipamentos médico-hospitalares e produtos farmacêuticos.

Os serviços credenciados, particularmente de hospitais, que correspondiam a mais de 80% dos estabelecimentos eram remunerados na base de Unidades de Serviço (US), tabela de preços por ato médico que define o montante de US por tratamento, cujos valores variavam de acordo com a densidade e complexidade tecnológica do ato médico, sendo o pagamento realizado pelo número de serviços. Essa forma de pagamento revelou-se um “fator incontrolável de corrupção e estímulo à produção de serviços hospitalares como forma de ampliar o faturamento, por meio da multiplicação e do desdobramento de atos médicos e da preferência por intervenções mais caras” (MENICUCCI, 2007, p.81).

Esse contexto foi decisivo para a crise do sistema vigente no fim dos anos de 1970:

[...] aprofunda-se a crise do modelo de saúde previdenciária favorecida pelo alto custo da assistência que é complexa, pouco resolutiva e insuficiente para a demanda; pela menor arrecadação financeira em tempos de crise econômica; e pelos desvios de recursos (AGUIAR, 2011, p.31).

Como forma de enfrentamento dessas questões surge a proposta das Ações Integradas de Saúde (AIS) e Autorização de Internação Hospitalar (AIH), pagando as internações hospitalares pelo custo histórico global do atendimento e não pela somatória dos gastos de cada ato médico realizado. Também houve incentivo a ampliação da rede pública, formalização de convênios com universidades, sindicatos, prefeituras e governos estaduais (MENICUCCI, 2007). “Através das AIS, alcançou-se

a adesão por convênios de 2.500 municípios em todos países, abrangendo formalmente 90% da população brasileira” (POSSAS, 1989, p.6).

A partir da Conferência de Alma Ata, ocorrida em 1978, no Cazaquistão na antiga URSS, começa a ser difundida no Brasil e na América Latina, com apoio da OMS e da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), o conceito de atenção primária à saúde e os princípios da medicina comunitária que pregava a desmedicalização⁵, o autocuidado da saúde, a participação da comunidade, entre outros aspectos. Carvalho (2002) ressalta que, tanto no campo teórico quanto no campo prático, as correntes da medicina preventiva e da medicina comunitária tentam romper com a tradição higienista e curativa dominante. O projeto para a saúde passa a ser a construção de um novo modelo que não se restrinja aos aspectos relacionados à enfermidade-cura, mas que abarque a prevenção, incorporando a “atenção simplificada à saúde e a participação comunitária” (CARVALHO, 2002, p. 100).

A ampliação de serviços e melhorias na saúde aconteciam, na maioria das vezes, como resposta das autoridades estaduais e municipais frente às reivindicações dos movimentos sociais⁶ e de saúde que foram se fortalecendo por via da organização em “diversos espaços como a academia, os sindicatos, comunidades e associações” (AGUIAR, 2011, p.34). Essas iniciativas foram embrionárias do projeto da Reforma Sanitária Brasileira.

As articulações para a Reforma Sanitária aconteceram ao longo dos anos 1970 e 1980 na perspectiva de reformulação do sistema de saúde que preconizava a criação de um sistema único de saúde. O movimento sanitário aglutinava sanitaristas comprometidos com as mudanças do sistema de saúde e diversos atores sociais como lideranças populares, trabalhadores, sindicatos, parlamentares de esquerda, intelectuais, estudantes de saúde e entidades como Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES) e Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO). A Reforma Sanitária:

⁵ Por medicalização, entende-se a tendência de suprir as carências de saúde da população com cuidados médicos com a medicalização da vida social, ou seja, a impregnação da sociedade pelas entidades médicas (MENICUCCI, 2007, p.73).

⁶ O Movimento de Saúde na cidade de São Paulo nasceu na região leste no final dos anos 70 e espalhou-se para outras regiões de maneira articulada. Era composta por moradores das periferias, maioria mulheres, que lutavam pela ampliação e qualidade dos serviços de saúde nos seus bairros, por saneamento básico, creches, educação e outras políticas públicas, consideradas como direitos de cidadania e dever do Estado. Esse movimento articulou-se aos demais, reforçando a luta pela Reforma Sanitária Brasileira (AGUIAR, 2011, p.34).

[...] preconizava a transformação na relação entre Estado e sociedade, com clara defesa da participação social de forma institucionalizada nos rumos da política de saúde e construção da cidadania. Tinha como ambição a universalização do direito à saúde, compreendida como qualidade de vida e um modelo de atenção com ênfase na integralidade (AGUIAR, 2011, p.36).

Em 1986 a 8ª Conferência Nacional de Saúde foi considerada como marco das mudanças da saúde no Brasil, sendo a primeira com participação e representação popular, antecedida por ampla mobilização em todo o território nacional. Contou com mais de 4.000 participantes em Brasília, e propôs não só uma reforma administrativa e financeira setorial, mas que a saúde fosse considerada como um direito universal e resultante das condições de vida e do acesso às políticas sociais.

A partir da conferência, saiu o movimento pela emenda popular, a primeira emenda constitucional que nasceu do movimento social. Esse é considerado o maior sucesso da reforma sanitária. [...] o resultado foi garantir na Constituição, por meio de emenda popular, que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, s.d.).

A força social e política desse movimento desdobrou-se na Comissão Nacional da Reforma Sanitária, composta pelos governos federal, estaduais e municipais, pelas instituições públicas e privadas de saúde, pelas entidades da sociedade e dos trabalhadores sindicalizados, com a atribuição de elaborar proposta de sistema público de saúde a ser debatida na Assembleia Nacional Constituinte.

Foi também criada a Plenária Nacional de Saúde que congregava todos os movimentos e entidades da sociedade civil, “com a finalidade de participar e exercer o controle social nos debates da proposta de saúde na Constituição” (SANTOS, 2012, p.9).

Em 1987 foi instaurado, depois de muitas articulações, através de uma política de integração entre os Ministérios da Saúde, da Previdência e Assistência Social e Secretarias Estaduais de Saúde, o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) que mais adiante seria o SUS.

Embora o direito à saúde já fosse amplamente reconhecido em diversos países, o Brasil só o reconheceu como direito social na Constituição de 1988 com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Após a promulgação da Constituição Federal, muitos dos seus artigos, inclusive os da saúde, foram aprovados pelo Congresso Nacional apenas em 1990. A Lei Orgânica da Saúde ou Lei 8.080, no artigo 2º define

que a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. Também institui que:

O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (AGUIAR, 2011, p.157).

Essa lei também define o SUS como conjunto de ações e serviços públicos de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público. A Constituição de 1988 definiu também que a saúde é livre à iniciativa privada e que serviços filantrópicos e privados poderiam complementar, quando necessário, a rede pública. Estabeleceu a proibição da participação de capitais ou empresas estrangeiras na assistência à saúde (ROCHA, 2012).

As diretrizes do SUS estabelecidas são a **universalidade** de acesso em todos os níveis de assistência; a **igualdade** na assistência à saúde quando somente razões relacionadas às necessidades diferenciadas de saúde devem orientar o acesso ao SUS; **integralidade** da assistência entendida como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade. Os princípios organizativos são a **descentralização político-administrativa** com ênfase na descentralização dos serviços para os municípios, regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde; e **participação** através da constituição dos conselhos de saúde e da realização das conferências de saúde (ARAÚJO e CARDOSO, 2007; ROCHA, 2012).

A **descentralização político-administrativa** como princípio organizativo define: a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde. Isso implica que governos estaduais e municipais tenham maior responsabilidade e autonomia para decidir e implementar ações e serviços de saúde. Esses dispositivos têm as seguintes implicações para o SUS como uma política de Estado:

1) a responsabilidade pela situação de saúde não é apenas setorial; 2) as políticas econômicas e sociais devem estar orientadas para a eliminação ou redução de riscos para a saúde; 3) integração das políticas de saúde com as demais políticas públicas; 4) a atuação das três esferas de governo no âmbito do SUS (IBAÑEZ e ALBUQUERQUE, 2012, p.116).

A participação social na saúde se dá prioritariamente através dos Conselhos de Saúde. Este órgão funciona em caráter permanente, é deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários. Atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos financeiros. A representação dos usuários deve ser paritária, 50% em relação ao conjunto dos demais segmentos (ROCHA, 2012).

2.3 A saúde no Brasil a partir da criação do SUS

A década de 1980 no Brasil é caracterizada pelo processo de democratização do país, que se traduziu na promulgação da nova Constituição em 1988. No campo da saúde a nova Carta trouxe importantes avanços ao consagrar o direito à saúde e ao definir princípios e diretrizes para orientar a política setorial. A inclusão da saúde como um direito de cidadania representou um grande passo por ser a primeira vez que aparece na história das constituições brasileiras e por encerrar o modelo excludente anterior, que garantia assistência à saúde apenas aos contribuintes da previdência social.

Após a promulgação da Constituição Federal, a conjuntura política neoliberal do presidente Fernando Collor acabou retardando o processo, que foi concluído em 1990, com a aprovação das Leis Orgânicas da Saúde. A Lei 8.080 dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde e ainda regula as ações, organização e o funcionamento dos serviços de saúde. A Lei 8.142 define a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros para a saúde (AGUIAR, 2011).

Concomitantemente aos esforços de viabilização da política recém-definida na Constituição, foi introduzido na agenda pública e aprovado pelo Congresso o tema da regulamentação governamental e controle dos planos privados de saúde. Se manteve essa dualidade existente entre a população usuária do SUS e os clientes de planos de saúde privados.

O sistema de saúde do Brasil, conforme Mendes (2001), é plural composto por três subsistemas: o público; o de desembolso direto; e o da assistência médica supletiva. Os dois últimos fazem parte da assistência médica privada, e o desembolso

direto refere-se àquela situação em que os indivíduos pagam diretamente os serviços utilizados e se vincula à medicina tipicamente liberal. A assistência supletiva, por sua vez, é composta por cinco modalidades assistenciais: medicina de grupo, seguro-saúde, cooperativas médicas, sistemas próprios de empresas e planos de administração.

A política neoliberal presente nos governos brasileiros desde os anos 1980, impôs ao Estado a redução do seu papel e como consequência a dificuldade da universalização do acesso à saúde (AGUIAR, 2011). Os governos do presidente Fernando Henrique Cardoso (1995 a 2003), consolidaram a reforma do estado e, por meio de mudanças constitucionais e legais, abriram caminho para a reestruturação da ordem econômica e do Estado. No âmbito interno da gestão pública, foi realizada uma reforma administrativa com objetivo de tornar a burocracia governamental mais flexível e eficiente com caráter de redução de custos. Essa postura teve grande impacto, principalmente sobre o financiamento do SUS que é alvo de muitas discussões desde a sua implantação com avanços e retrocessos.

Ao longo dos anos 1990 o Ministério da Saúde adotou como mecanismo regulador do processo de descentralização das ações e serviços de saúde a edição de Normas Operacionais Básicas (NOBs). Essas normas viabilizaram o aprimoramento nos mecanismos de gestão financeira e organizacional do sistema.

A gestão dos recursos orçamentários da saúde cabe ao gestor em cada esfera do governo, sob controle e fiscalização do Conselho de Saúde e com a prestação de contas ao poder legislativo. A Emenda Constitucional 29 de 2000 estabelece que os municípios devam destinar 15% de suas receitas e o estado 12% para o financiamento dos serviços de saúde, enquanto as despesas da União serão baseadas nos recursos utilizados no ano anterior acrescidos da variação nominal, anual do Produto Interno Bruto (PIB) (AGUIAR, 2011).

Na busca por melhorar a atenção básica, em 1996 foi divulgado oficialmente o Programa de Saúde da Família (PSF).

É um modelo de assistência à saúde que visa desenvolver ações de promoção e proteção à saúde do indivíduo, da família e da comunidade, utilizando o trabalho de equipes de saúde, responsáveis pelo atendimento na unidade local de saúde e na comunidade, no nível de atenção primária (AGUIAR, 2011, p. 119).

O PSF remonta criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991, como parte do processo de reforma do setor da saúde com intenção de aumentar a acessibilidade ao sistema de saúde e incrementar as ações de prevenção e promoção da saúde. O Ministério da Saúde, lançou o PSF como política nacional de atenção básica, com caráter organizativo e substitutivo, fazendo frente ao modelo tradicional de assistência primária baseada em profissionais médicos especialistas focais. A forte adesão dos municípios e a receptividade da população consolidou esse modelo que segue em vigor até a atualidade.

Para fazer frente às dificuldades burocráticas, de descentralização e qualificação da gestão, em 2006, o Ministério da Saúde (MS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) viabilizaram o Pacto pela Saúde que introduziu um conjunto de reformas institucionais do SUS com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão, visando alcançar maior eficiência e qualidade das respostas do SUS. Ao mesmo tempo, o Pacto pela Saúde redefiniu as responsabilidades de cada gestor em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social.

Entre as prioridades definidas figuravam a redução da mortalidade infantil e materna, o controle das doenças emergentes e endemias e a redução da mortalidade por câncer de colo de útero e da mama, entre outras. As formas de transferência dos recursos federais para estados e municípios também foram modificadas pelo Pacto pela Saúde, passando a ser integradas em cinco grandes blocos de financiamento: Atenção, Básica, Média e Alta Complexidade da Assistência, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica e Gestão do SUS.

Em 2011 a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), criou os Planos Diretores de Regionalização e de Investimentos e introduziu o conceito de redes assistenciais. Essa norma ampliou as responsabilidades dos municípios na atenção básica e trouxe avanços importantes na descentralização da saúde já em vigor.

No âmbito da saúde privada, para regulamentar o setor e defender os direitos dos consumidores de planos de saúde privados e seguradoras, foi criada em 2000 a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), vinculada ao Ministério da Saúde. Ela faz a regulação da saúde suplementar reforçando a dualidade do sistema de saúde do País. Desta forma o MS tem sob sua tutela o sistema público e privado de

saúde sendo que eles não são interligados. Segundo o IBGE (2013), neste ano, cerca de 27,9% dos brasileiros, mais de 200 milhões de pessoas, possuíam algum tipo de plano de saúde privado.

Conforme o Ministério da Saúde (2015), em 2014 o SUS realizou 4,1bilhão de atendimentos ambulatoriais, 1,4 bilhão de consultas médicas e 11,5milhão de internações demonstrando em números a atenção à saúde da população. Em 2016 o SUS completou 27 anos com avanços na saúde pública, considerando o período de vigência.

2.4 A comunicação e os princípios do SUS

No campo da saúde pública, a comunicação não se dissocia da noção de direito, é dirigida à cidadãos, objetiva o aperfeiçoamento de um sistema público de saúde em todas as suas dimensões e a participação efetiva das pessoas nessa construção. Os princípios doutrinários do SUS são a universalidade, equidade e a integralidade. O princípio da **universalidade** reflete o conceito fundador do SUS, que é o direito de acesso universal. A comunicação é fundamental para levar informações sobre o SUS para que as pessoas tenham conhecimento sobre o funcionamento e acesso ao Sistema de Saúde. Um importante documento está disposição dos cidadãos, que é a Carta dos Direitos dos Usuários do SUS. Essa carta foi elaborada pelo Ministério da Saúde em consenso com os governos estaduais, municipais e o CNS, sendo reeditada em várias ocasiões. Compõem o documento os direitos dos usuários, os seus deveres e as obrigações das esferas governamentais.

No âmbito da democratização da comunicação, na saúde se expressa pelo acesso ampliado e facilitado às informações necessárias para o exercício do controle social. Em outra perspectiva há a possibilidades das pessoas não serem apenas destinatárias de uma comunicação, mas interlocutores. Isto implica, de um lado, no acesso a meios, canais e espaços de fala e, de outro, na existência de canais e espaços de escuta.

O acesso à informação tem sido objeto de muitas iniciativas, embora a maioria esteja focada na transparência da gestão e utilize de recursos de informática, disponibilizados na internet. No entanto, isso conduz a outras questões como condições e exclusão de acesso. Alguns gestores acreditam que num futuro próximo a maioria da população terá acesso aos recursos da informática e desenvolverá uma

cultura digital. No entanto, “não é possível, atribuir às tecnologias a responsabilidade da democratização da informação, ignorando a reprodução das relações de poder que elas são palco e objeto” (ARAÚJO e CARDOSO, 2007, p.63).

O princípio da **equidade** aponta para diferenças, por exemplo, nas condições de vida e saúde, necessidades e possibilidades das pessoas e a importância de tratar diferentemente os desiguais, tendo como premissa a existência de uma sociedade desigual, aponta para estratégias redistributivas. A comunicação, nesta perspectiva, precisa estar ciente do contexto como condição para ser efetiva e também do lugar de onde se fala, estando ambos interligados. “Um aspecto importante na noção do contexto é o seu constante movimento e contínua transformação” (ARAÚJO e CARDOSO, 2007, p.65).

A noção de contexto afeta diretamente o acesso das pessoas às informações e a possibilidade de apropriação dos inúmeros produtos comunicacionais das instituições de saúde, sejam impressos, televisivos, radiofônicos ou veiculados em meios digitais.

“O acesso não está garantido pela oferta ou pela simples adequação de códigos a um perfil médio dos desejados receptores, mas pela articulação dos contextos de circulação e apropriação” (ARAÚJO e CARDOSO, 2007, p.66). A possibilidade de apropriação da comunicação é um parâmetro para a equidade.

Sob perspectiva da circulação das informações de forma equânime identifica-se um espaço de disputa pelo poder de falar e ser ouvido.

A realidade tem apontado que na maioria das vezes existe uma centralização e práticas autoritárias que facultam às instituições e aos profissionais de saúde o direito e o acesso à fala, restando a população o lugar de escuta (ARAÚJO e CARDOSO, 2007, p.67).

Assim, a equidade apresenta a comunicação e saúde o desafio de incentivar a redistribuição do poder de produzir e fazer circular ideias, de ser ouvido. Os lugares de interlocução são determinados pelos contextos.

Os debates em torno da **integralidade** na saúde mobilizam semelhanças com a comunicação em diversos aspectos. Uma delas é a oposição à fragmentação e desarticulação entre os níveis de atenção. No âmbito da comunicação, o princípio da integralidade prevê o trabalho de vários profissionais em conjunto nas unidades de saúde incluindo profissionais de comunicação.

Permite perceber um processo que contempla a formação dos sentidos sociais na sua inteireza, compreender a comunicação como espaço da produção social dos sentidos, no qual se verificam a produção, a circulação e a apropriação de bens simbólicos [...] que são ideias, opiniões, conhecimentos, sentimentos, etc. que se organizam em vários formatos e gêneros, como materiais impressos, audiovisuais, rádio e TV, computador, faixas de ruas [...] são simbólicos mas precisam de suportes materiais para circular. Estão, portanto, sujeitos às regras lógicas capitalistas de produção, circulação e consumo (ARAÚJO e CARDOSO, 2007, p.74).

Os princípios organizativos do SUS são a descentralização, hierarquização e participação. A **descentralização** acontece no sentido de desconcentração do poder. Apesar de avanços e conquistas, a comunicação segue na sua tradição de concentrar o poder de fala nas instituições (ARAÚJO e CARDOSO, 2007).

A centralização da comunicação se expressa na gestão dos recursos feita pelo Ministério da Saúde que detém a maior parte dos valores destinados à comunicação (ARAÚJO e CARDOSO, 2007). Nos municípios, onde se tem uma maior proximidade entre a população e os executores, os recursos são escassos. Isso traz duas consequências bem visíveis e comprometem o resultado final. Uma delas é que os recursos são voltados para fortalecer o modelo campanhista de saúde e de comunicação, produzindo de forma centralizada campanhas para veicular informações e orientações à população. A outra é que esse modelo desconsidera o contexto e faz a comunicação baseada em informações estatísticas para um país com enormes diferenças regionais como o Brasil.

Descentralizar a comunicação é uma experiência a ser construída e é um grande desafio por envolver dimensões da prática de gestão da saúde que estão naturalizadas como atribuição do aparelho do Estado. “ A comunicação está no cerne das relações de poder, sendo delas constitutiva, portanto, concentrar comunicação significa concentrar poder” (ARAÚJO e CARDOSO, 2007, p.77).

A **hierarquização** como a comunicação em diversos níveis condiz com a proposta de repassar recursos e apoiar tecnicamente os diversos níveis governamentais nas suas práticas comunicativas. Dessa maneira, a hierarquização, pode fortalecer o exercício dos demais princípios e diretrizes no âmbito da comunicação.

Como princípio organizativo do SUS a **participação** ou controle social como também chamada, recomenda que a sociedade seja ativa, principalmente através dos Conselhos de Saúde. A relação da comunicação com a diretriz da participação é ontológica, no sentido de que, “sem comunicação universal, equitativa, integral,

descentralizada e hierarquizada, dificilmente teremos uma participação como a desejada e vice-versa” (ARAÚJO e CARDOSO, 2007, p.83). Para as autoras, no dia a dia da população e dos profissionais de saúde é preciso buscar espaço para o diálogo e a construção de uma comunicação na qual outras vozes possam ser ouvidas.

O Ministério da Saúde disponibiliza canais de comunicação para a população acessar informações, tirar dúvidas, fazer críticas e sugestões. Alguns desses canais são o Portal do SUS, redes sociais como Facebook, Twitter, Instagram, Flickr e Youtube, o Disque SUS (telefone), Ouvidoria, entre outros.

2.5 A regionalização da saúde na 13ª Coordenadoria Regional de Saúde

A descentralização é um dos princípios organizativos do SUS, que pode ser entendido como uma redistribuição das responsabilidades quanto às ações e serviços de saúde entre os três níveis de governo: federal, estadual e municipal. Aos gestores nas três esferas cabem: “formular políticas e planejamento; financiar ações e serviços; realizar a regulação; e executar as ações e serviços de saúde” (AGUIAR, 2011, p.60).

A Lei 8.080/90 estabelece a descentralização político-administrativa, com ênfase na municipalização. Isso implica, além da gestão dos serviços públicos de saúde para os municípios, a transferência de poder decisório e responsabilidades sobre o conjunto de serviços. A descentralização não se expressa somente na municipalização, “devendo ser seguida de uma organização regionalizada e hierarquizada para maior integração da rede de serviços, levando-se em consideração as necessidades e realidades locais” (AGUIAR, 2011, p.71).

De acordo com essa legislação, no Capítulo I artigo 2º, a região de saúde é compreendida como:

[...] espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (IPEA, 2015, p.153).

A descentralização, com ênfase na municipalização da gestão dos serviços de saúde, constitui-se em uma mudança significativa do sistema de saúde. Sua defesa

pelo movimento da reforma sanitária brasileira, parte da premissa de que a realidade local é o determinante principal para o estabelecimento de políticas de saúde.

O território apresenta-se, por natureza, em várias escalas. Há, em cada escala, macro territórios. É neste âmbito, conforme Reis (2015), que ganha todo o sentido a ideia de promoção do *policentrismo* e dos princípios da *descentralização* que são próprias da lógica territorial. Há políticas que assumem qualidades territoriais na medida em que, nas suas origens e finalidades, “estabeleçam laços com os atores locais, estruturam e capacitem o território, desenvolvam o capital social e deem coerência a políticas tidas por setoriais” (REIS, 2015, p.115).

Como lembra Aguiar (2011), o princípio da hierarquização diz que o sistema de saúde deve organizar-se por níveis de atenção de complexidade crescente com fluxos assistenciais de modo a garantir assistência integral e resolutiva para a população. A rede regionalizada e hierarquizada possibilita um amplo conhecimento dos problemas de saúde da população daquela região, favorecendo ações de vigilância epidemiológica, sanitária, controle de vetores, educação em saúde, além de atenção ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de complexidade.

Além das restrições políticas e financeiras que marcaram a implantação do SUS, acrescenta-se também aquela imposta pela dimensão territorial com 8,5 milhões de quilômetros quadrados. Por território entende-se:

[...] a extensão apropriada e usada. Mas o sentido da palavra *territorialidade* como sinônimo de *pertencer a aquilo que nos pertence*[...] esse sentimento de exclusividade e limite ultrapassa a raça humana e prescinde a existência do Estado. Assim, essa ideia de territorialidade se estende aos próprios animais, como sinônimo de vivência e reprodução. Mas a territorialidade humana pressupõe também a preocupação com o destino, a construção do futuro, o que, entre os seres vivos é privilégio do homem. [...] O que interessa é então o território usado, sinônimo de espaço geográfico (SANTOS e SILVEIRA, 2003, p.19-20).

No Brasil, o direito universal à saúde não se efetiva igualmente em todos os lugares, pois o SUS se concretiza de maneira incompleta e seletiva no território, de modo geral, seguindo as tendências regionais de concentração e escassez populacional, econômica e das modernizações técnicas, científicas e informacionais, que caracterizam o meio geográfico (ALMEIDA, 2005).

Os lugares e regiões mais empobrecidos e menos atrativos para o grande capital, conforme Almeida (2005), são também aqueles que apresentam menor atratividade e capacidade de investimentos em saúde, maiores dificuldades de

atração e fixação de profissionais de saúde, menor capacidade de oferta assistencial pública e privada e maiores dificuldades relacionadas a gestão, ao financiamento e o planejamento do SUS.

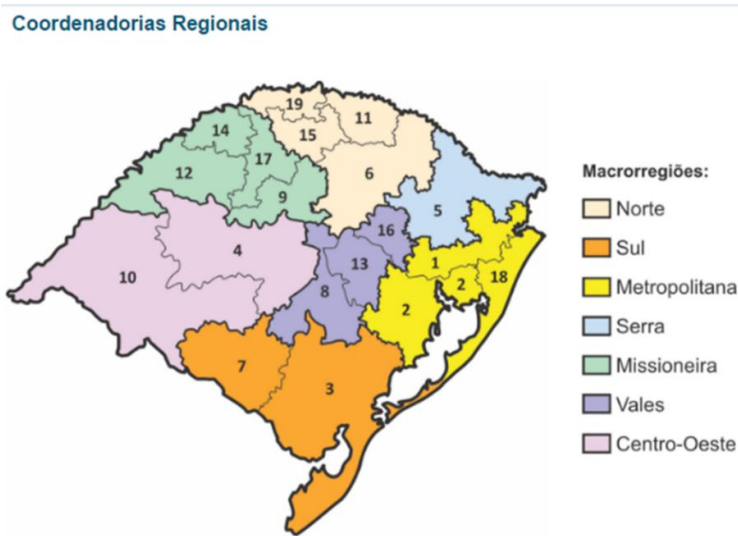
Apesar de constar como princípio organizativo do SUS, desde o princípio de sua construção, a estratégia da regionalização da saúde só começou a ser delineada nas diretrizes nacional a partir dos anos 2000 (ALBUQUERQUE, 2013). As dificuldades referentes à plena implantação da regionalização não podem ser apenas relacionadas às questões de financiamento do sistema, que sem dúvida, são um grande entrave. No entanto, “envolvem também a aquisição de direitos cidadãos que tem a ver com a luta pelo desenvolvimento do país e consolidação de um espaço de proteção social” (AGUIAR, 2011, p.150). Conforme pesquisa do IPEA (2015), o processo de regionalização do SUS encontra-se em curso e 436 regiões de saúde foram definidas até o final de 2013.

No Rio Grande do Sul, o Governo Estadual, por meio de seu Departamento de Assistência Hospitalar e Ambulatorial, define as redes de referência na atenção à saúde estabelecendo 19 regiões (Figura na página 44). Para as Coordenadorias Regionais de Saúde, conforme Fontoura (2011), o objetivo é o provimento de recursos financeiros para o desenvolvimento e manutenção das atividades administrativas, proporcionando suporte técnico e administrativo na descentralização das ações dos serviços. Promover, em conjunto com os Departamentos, as Assessorias e a Escola de Saúde Pública, o desenvolvimento de recursos humanos, visando a adequação das ações e serviços de saúde aos princípios do SUS. Acompanhar o desempenho dos serviços de assistência hospitalar e ambulatorial da rede pública e privada na região. Promover a articulação das Coordenadorias Regionais de Saúde no processo de regionalização, conforme o decreto nº 40.991.

A região da 13ª CRS conta com 9 hospitais que totalizam 826 leitos para uma população de 345.317 habitantes conforme a CRS. A proporção é de menos de um leito para cada mil habitantes, sendo que a OMS preconiza de 3 a 5 leitos para cada mil habitantes. No Brasil, a média é de 2,4 para cada mil habitantes. Conforme dados de 2016 do Conselho Nacional de Saúde, o Brasil possui 6.706 hospitais, destes 70% são privados ou filantrópicos. O Estado não tem estrutura própria para atender a população e contrata os serviços da rede complementar para suprir a demanda de saúde da população.

Quando os hospitais são mencionados como referência para determinadas especialidades médicas significa dizer que os pacientes dessa região que precisam de atendimento nessa área médica são direcionados pelo SUS para aquela instituição. Essa organização é coordenada pela 13ªCRS.

Figura 01 – Coordenadorias Regionais de Saúde do Rio Grande do Sul.



RELAÇÃO DOS MUNICÍPIOS POR COORDENADORIAS E REGIÕES

Coordenadorias Regionais de Saúde:

- 1ª CRS (Porto Alegre)
- 2ª CRS (Porto Alegre)
- 3ª CRS (Pelotas)
- 4ª CRS (Santa Maria)
- 5ª CRS (Caxias do Sul)
- 6ª CRS (Passo Fundo)
- 7ª CRS (Bagé)
- 8ª CRS (Cachoeira do Sul)
- 9ª CRS (Cruz Alta)
- 10ª CRS (Alegrete)
- 11ª CRS (Erechim)
- 12ª CRS (Santo Ângelo)
- 13ª CRS (Santa Cruz do Sul)
- 14ª CRS (Santa Rosa)
- 15ª CRS (Palmeira das Missões)
- 16ª CRS (Lajeado)
- 17ª CRS (Ijuí)
- 18ª CRS (Osório)
- 19ª CRS (Frederico Westphalen)

Fonte: Site da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/lista/104/Coordenadorias_Regionais>. Acesso em: 08 jan.2017.

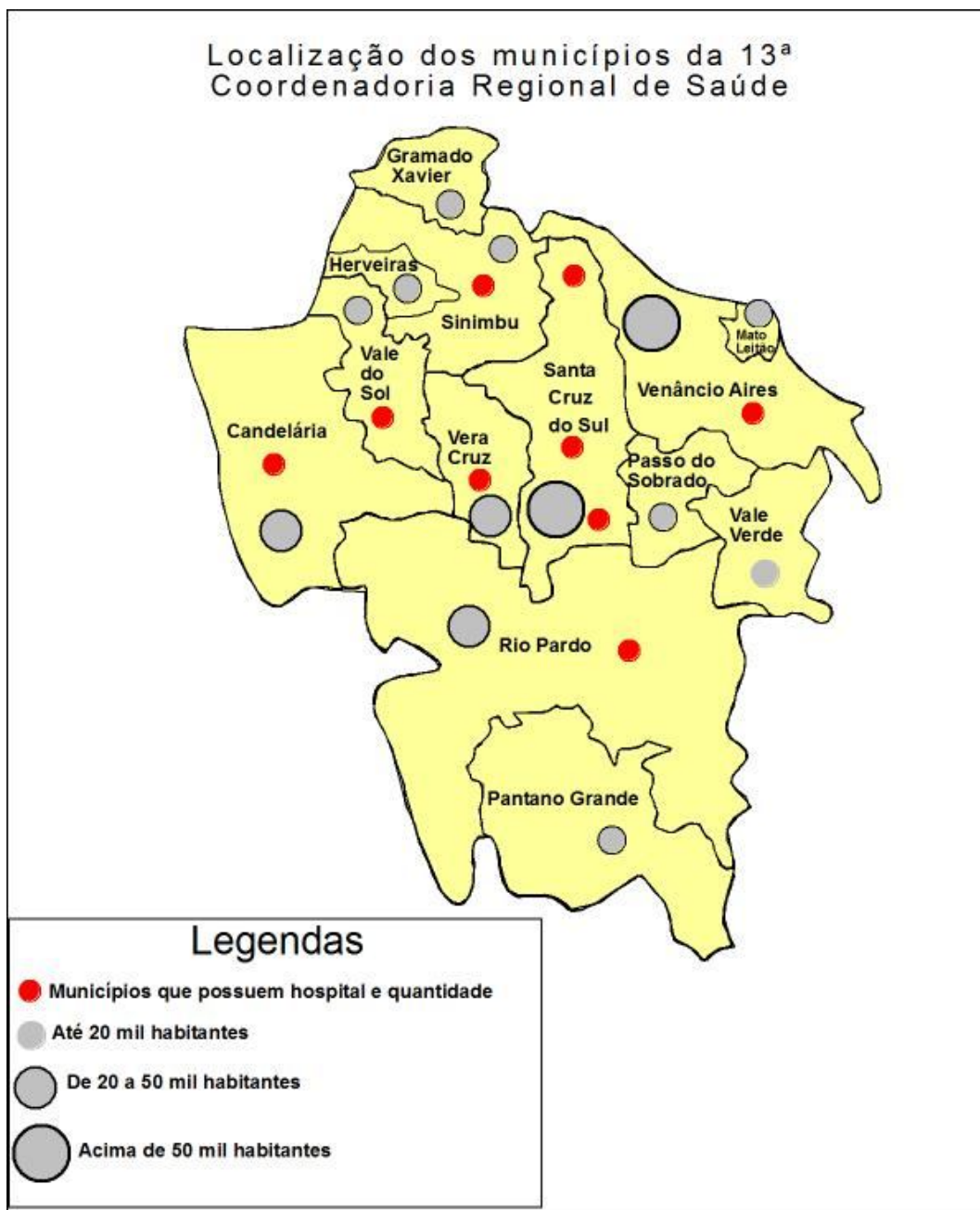
Quadro 01 – Hospitais dos municípios da 13ªCRS.

Hospitais da 13ªCRS	Abrangência	Município	Nº Habitantes	Nº Leitos
Sociedade Beneficente Hosp. Candelária	Regional	Candelária	31.476	105
Hosp. Regional do Vale Rio Pardo (100% SUS)	Regional	Rio Pardo	38.934	93
Hosp. Santa Cruz (Hosp. Ensino Unisc)	Regional	Santa Cruz do Sul	126.084	232
Hospital Ana Nery	Regional	Santa Cruz do Sul	-	90
Hosp. Benef. Monte Alverne (distrito)	Local	Santa Cruz do Sul	-	35
Hospital Beneficente Sinimbu	Local	Sinimbu	10.400	50
Hospital Beneficente Vale do Sol	Local	Vale do Sol	11.650	40
Hospital São Sebastião Mártir	Regional	Venâncio Aires	69.859	138
Hospital Vera Cruz	Regional	Vera Cruz	25.700	36
O município não possui hospital	-	Pantano Grande	9.932	-
O município não possui hospital	-	Passo do Sobrado	6.372	-
O município não possui hospital	-	Vale Verde	3.434	-
O município não possui hospital	-	Gramado Xavier	4.212	-
O município não possui hospital	-	Herveiras	3.063	-
O município não possui hospital	-	Mato Leitão	4.201	-
Total			345.317	819

Fonte: quadro elaborado pela autora a partir de informações coletadas durante a pesquisa em 2016.

A distribuição dos hospitais nos municípios não se dá de forma homogênea. O município de Santa Cruz do Sul concentra três hospitais e é um polo de referência para diversas especialidades médicas. Alguns municípios não possuem hospitais e a população precisa se deslocar para os municípios vizinhos em busca de atendimento conforme figura a seguir.

Figura 02 – Municípios e hospitais que integram a 13ª CRS.



Fonte: Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, 2010
Elaborado por Hoss, 2015

Não existe previsão de criação de novos hospitais ou abertura de mais leitos hospitalares na região. O Ministério da Saúde vem investindo nas Unidade de Pronto Atendimento (UPA). As UPAs são estruturas de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde e as portas de urgência hospitalares, que em conjunto com estas compõem uma rede organizada de Atenção às Urgências que funcionam

24 horas. Na região da 13ª CRS está em funcionamento uma UPA, em Santa Cruz do Sul, desde agosto de 2016.

Com os elementos apresentados, buscou-se compreender a construção histórica da saúde no Brasil, o papel dos hospitais na saúde pública, a comunicação no âmbito do SUS e os desafios que as particularidades do território brasileiro apresentam para a efetivação das políticas públicas de saúde nas regiões. Na área de abrangência da 13ª CRS os dados confirmam as particularidades e os desafios da atenção hospitalar para a população.

3 CULTURA, COMUNICAÇÃO E DESENVOLVIMENTO

A cultura está presente a todo momento nas nossas relações cotidianas, no trabalho e na sociedade. Raymond Williams (1958), criou a expressão “ a cultura é ordinária”, explicitando que a cultura é algo do cotidiano das pessoas. Compreende-se, dessa maneira, a comunicação como uma prática cultural da sociedade e assim segue sendo abordada nesse estudo.

A comunicação na interseção com o desenvolvimento regional reflete sobre as culturas e suas manifestações, inclusive comunicacionais, na maneira como se articulam no território. Dallabrida (2011), defende que na concepção de desenvolvimento, não só há uma relação entre economia, cultura e desenvolvimento como “a dimensão econômica e a cultura, são elementos constitutivos dos processos de desenvolvimento, somados às dimensões social, política, espacial, ecológica e tecnológica” (DALLABRIDA, 2011, p.297).

Pode-se compreender o desenvolvimento regional como um processo de “transformações econômicas, sociais e políticas, cuja dinâmica é originada de dentro para fora e por iniciativa própria desses sujeitos coletivos regionais, manifesta nas mudanças estruturais ou qualitativas que um processo de desenvolvimento sofre a partir de alterações endógenas”. (BECKER, 2003, p.62.) Os pesquisadores Bassan e Siedenberg (2003), sinalizam que o desenvolvimento passa a ser qualitativo, buscando, paralelamente ao aumento da produção, uma melhor distribuição de renda e maior qualidade de vida.

A comunicação estabelecida entre a sociedade e as instituições que estão inseridas no território é permeada por traços culturais e políticos. Busca-se compreender como os hospitais produzem e formatam sua comunicação para a sociedade diante dos desafios políticos, de mercado e dos princípios norteadores da comunicação pública.

3.1 Os Estudos Culturais

Os Estudos Culturais legitimam o estudo da cultura de massas para o entendimento das relações e atividades que envolvem a sociedade. Concebem o conceito de cultura como uma prática social, permeada por relações afetivas,

emoções, assim como por conceitos e ideias. Entre as formas culturais, compreendem o produto cultural de massa como objeto de pesquisa inserido no cotidiano, um objeto mediático, portador de sentidos, representações e significados. Abordam a cultura como um espaço de negociação, conflito, inovação e resistência delineadas por poder e suas relações sociais. Os estudos culturais também permitem estudos de gênero, raça e etnia, além de considerar a importância dos meios de comunicação como principais mediadores entre as diversas esferas da sociedade.

Os estudos culturais nascem a partir de insatisfações com o debate marxista, surgidas no movimento da New Left (Nova Esquerda) britânica, em meados da década de 1950. Conforme Zanforlin (2005) os estudiosos inseridos no movimento buscaram retrabalhar os conceitos marxistas sobre poder e exploração, classe social, questões econômicas, políticas e ideológicas, a partir de enfoques que foram pouco discutidos pelo marxismo como a cultura, a linguagem e o simbólico.

Escosteguy (2001), salienta que o coletivo de pesquisadores que originalmente caracterizou essa tradição, analisa as práticas culturais simultaneamente como formas materiais e simbólicas. Assim, a criação cultural se situa no espaço social e econômico, dentro do qual a atividade criativa é condicionada. Porém, os estudos culturais atribuem à cultura um papel que não é totalmente explicado pelas determinações da esfera econômica:

A relação entre marxismo e os estudos culturais inicia-se e desenvolve-se através da crítica de um certo reducionismo e economicismo daquela perspectiva, resultando na contestação do modelo base-superestrutura. A perspectiva marxista contribuiu para os estudos culturais no sentido de compreender a cultura na sua "autonomia relativa", isto é, ela não é dependente das relações econômicas, nem seu reflexo, mas tem influência e sofre consequências das relações político-econômicas. Existem várias forças determinantes - econômica, política e cultural - competindo e em conflito entre si, compondo aquela complexa unidade que é a sociedade (ESCOSTEGUY, 2001, p.4).

Raymond Williams, expoente dos estudos culturais, definia a cultura a partir de duas premissas. A primeira relaciona cultura “à soma das descrições disponíveis pelas quais as sociedades dão sentido e refletem as suas experiências comuns”, (HALL, 2003, p.134), que estaria presente nas obras literárias e na arte em geral. A segunda premissa defendida por Williams é entender que a cultura agrega tanto às vidas

ordinárias, quanto à produção artística, literária e poética pois carregam em si significados e valores formulados no coletivo, nas interações humanas.

Araújo (2004), expressa que Williams usa o termo cultura como “prática social” e “produção cultural”, ambos entendidos como “sistema de significações”. Segundo Williams (1989), citado por Araújo (2004, p.4):

[...] cultura é ordinária porque está em toda sociedade e em toda mente. Em todo lugar há sempre entre as pessoas um mundo a extrair e é nesse mundo, que está lá, que há o potencial, a verdadeira capacidade de luta pela vida, na experiência ordinária – a cultura.

O que Williams se propôs fazer, conforme Cevalco (2003), foi elaborar uma teoria materialista da cultura em óbvio contraponto com o materialismo histórico. “O trabalho de Williams vai expandir o conceito, seu campo de ação e sua capacidade cognitiva: a crítica da cultura como um modo de compreender e aferir a organização da vida em um determinado momento histórico” (CEVASCO, 2003, p. 50). O materialismo cultural significa entender a cultura em sua dimensão material, que a cultura, enquanto forma como o mundo é significado por uma coletividade, interfere nas práticas sociais, na concretude da vida. A forma como se faz política, ou ocorrem as trocas econômicas, é mediada pela cultura.

Para Felippi (2006), o materialismo cultural compreende que há produção e não só reprodução na esfera da cultura, sendo que essa produção sofre influência do modo de produção econômico, porém não é determinada por ele. Significa ainda transitar do papel do sujeito como reproduzidor da cultura para produtor de sentidos, de cultura. Muda a forma como a relação entre a infraestrutura e a superestrutura era vista no marxismo tradicional, da segunda sendo um reflexo da primeira. É o sujeito como ativo, negociador, produtor de sentidos.

Uma característica dos estudos culturais desde seu início foi o não engessamento numa narrativa única. Desde os pensadores que fizeram as primeiras reflexões, Raymond Williams, Richard Hoggart e Edward Palmer Thompson, até os grupos subsequentes não houve unanimidade. O projeto é plural e as origens do campo mostram isso. Estruturalismo e culturalismo influenciaram os estudos culturais, que não se definiram por um destes paradigmas, mas procuraram absorver questões importantes dos dois elementos e que pudessem contribuir para a reflexão. Por isso, a noção de cultura não é única (FELIPPI, 2006).

Os estudos sobre o que chama de subculturas de resistências, como a cultura popular da classe trabalhadora inglesa, iniciada por R. Hoggart e R. Williams e aprofundadas por Stuart Hall, fizeram com que os estudos culturais colocassem na sua agenda as questões críticas sobre política racial e questões de política cultural. Para Hall (2003), é no terreno da linguagem, representado por meio de textos, contextos, formações históricas e estudos de representação que se pode encontrar e trabalhar as tensões nascidas nessas problemáticas.

A importância crucial da linguagem e da metáfora linguística para *qualquer* estudo da cultura; a expansão da noção do texto e da textualidade, quer como fonte de significado, quer como aquilo que escapa e adia o significado; o reconhecimento da heterogeneidade e da multiplicidade dos significados, do esforço envolvido no encerramento arbitrário da semiose infinita para além do significado; o reconhecimento da textualidade e do poder cultural, da própria representação, como local de poder e de regulamentação; do simbólico como fonte de identidade (HALL, 2003, p.211).

Esse movimento de valorização da linguagem foi importante para reafirmar a concepção e engajamento político dos estudos culturais relacionados com os temas abordados sendo considerada uma teoria social crítica.

Williams propõe uma forma das tipologias constitutivas da cultura em três estratos: arcaico, emergente e residual para caracterizar as relações dinâmicas e contrastantes no interior de uma cultura. O arcaico é o que se reconhece plenamente como um elemento do passado para ser revivido de um modo conscientemente de um modo deliberado. O emergente significa os novos significados e valores, novas práticas e relações que se criam continuamente. O residual foi formado no passado, mas se encontra em atividade no processo cultural não só como um elemento do passado, mas como um elemento efetivo do presente (MARTÍN-BARBERO, 2003).

Hall (1997) faz uma diferenciação entre os aspectos substantivos e epistemológicos da cultura. Por substantivo entende-se o lugar da cultura na estrutura empírica real e na organização das atividades, instituições e relações culturais na sociedade, em qualquer momento particular. Por epistemológico refere-se à posição da cultura para transformar nossa compreensão, explicação e modelos teóricos do mundo.

No século XX, a cultura ampliou o seu espaço na sociedade e a globalização foi um fator determinante para isso. Para Hall (1997), a cultura tem assumido uma função importante na estrutura e organização da sociedade moderna, nos processos

de desenvolvimento do meio ambiente global e à disposição de seus recursos econômicos e materiais.

Hall (1997) explica que a cultura passou a ser entendida na sua dimensão material, que significa que, enquanto forma como o mundo é significado por uma coletividade, interfere nas práticas sociais, na concretude da vida. A forma como se faz política, ou ocorrem as trocas econômicas, é mediada pela cultura.

Os meios de produção e circulação cultural têm expandido seu alcance por meio das tecnologias de comunicação. Ao mesmo tempo, segundo Hall (1997), as indústrias culturais apoiadas na mídia sustentam circuitos globais de trocas econômicas, produção de bens, marketing e ideias. A expressão cunhada por Hall “centralidade da cultura” indica a forma como a cultura penetra em cada canto da vida social contemporânea. A mesma opinião é compartilhada por Martín-Barbero se referindo aos países da América Latina quando afirma que é “a centralidade incontestável que hoje ocupam os meios de comunicação em nossos países” (MARTÍN-BARBERO, 2003, p.12).

Nesta percepção, também conforme Martín-Barbero, os processos sociais estão demandando ajustes no objeto de estudo da comunicação e diálogo sobre a cultura transnacional, culturas populares, identidades, democracia, formação de novos sujeitos políticos e sociais, movimentos sociais que sinalizam para uma reconceitualização da cultura,

[...] que nos confronta com essa outra experiência cultural que é a popular, em sua existência múltipla e ativa não apenas na memória do passado, mas também na conflitividade e na criatividade atuais. Pensar os processos de comunicação neste sentido, a partir da cultura, significa deixar de pensá-los a partir das disciplinas e dos meios. Significa romper com a segurança proporcionada pela redução da problemática da comunicação à das tecnologias (MARTÍN-BARBERO, 2003, p.287).

Os estudos culturais permitem operacionalizar o diálogo entre as estratégias de produção e consumo cultural presentes na sociedade, com condições de analisar as especificidades de cada momento em particular, considerando sua perspectiva interdisciplinar. Sua matriz cultural marxista possibilita compreender as contradições presentes nos processos culturais e comunicacionais inseridos nos diversos segmentos da sociedade contemporânea.

Os processos comunicativos estabelecidos na área da saúde pública entre o Estado, instituições e a população podem ser compreendidos sob essa ótica, que

permite refletir sobre as tensões presentes nesse segmento, as lógicas mercantis e econômicas e o papel das instituições que operacionalizam as políticas públicas frente ao cidadão.

Em outra perspectiva, os estudos culturais também estão atentos às mediações presentes e sua influência, principalmente por meio dos meios de comunicação de massa, que disseminam produtos culturais imbuídos de questões políticas e ideológicas. Os estudos culturais assimilam a cultura popular, a comunicação do cotidiano, as tensões e discussões que pautam a mídia e refletem na vida cotidiana do cidadão. As escolhas feitas sobre a comunicação hospitalar são perpassadas em sua matriz por aspectos culturais, históricos, sociais e econômicos e, ao mesmo tempo, estão inseridas nas novas mídias proporcionadas pela internet.

Entre as características dos estudos culturais está a interdisciplinaridade. Busca compreender os processos sociais do mundo contemporâneo contemplando os atores sociais envolvidos na comunicação da vida cotidiana. Martín-Barbero (2003), está filiado aos estudos culturais e desenvolve a teoria das mediações nessa perspectiva.

3.2 Aproximações com a teoria das mediações

A complexidade de abordagens sobre os efeitos e o modo de recepção das mensagens veiculadas pelas mídias decorre da velocidade com que a sociedade se modificou a partir do século XX e a incorporação de novas tecnologias. A mudança do foco da análise das mídias até as mediações culturais é um dos condutores que configuram o modelo teórico-mediático da obra de Jesús Martín-Barbero, um dos principais nomes da escola latino-americana de comunicação.

O eixo do debate deve se deslocar dos meios para as mediações, isto é, para as articulações entre práticas de comunicação e movimentos sociais, para as diferentes temporalidades e para a pluralidades de matrizes culturais (MARTÍN-BARBERO, 2003, p.261).

Martín-Barbero (2008), trabalha com uma noção de cultura mais ampla e antropológica, que não se limita ao consumo de produtos, mas que abarque comportamentos, práticas cotidianas, crenças, valores que conduzem nossas vidas, memórias, narrativas de vida e arte. A ampliação da visão de comunicação proposta

por Martín-Barbero (2008) está fortemente ligada à noção de cultura como havendo uma interdependência entre elas.

A comunicação pode ser compreendida como o lugar de atualização, reprodução e também renovação da cultura. O ato comunicativo remete à cultura não como conteúdo a transmitir, a cultura atualizada e recriada continuamente nas diversas situações vividas no cotidiano pelas pessoas, compreendidas pelo autor como as mediações.

Martín-Barbero não se debruça sobre um conceito de mediação em seu livro *Dos meios às mediações*, no entanto sinaliza a complexa noção de mediação, em outras circunstâncias, como sendo lugares de produção de sentido para os sujeitos. Em entrevista à Revista Brasileira de Ciências da Comunicação, o autor comenta que se referem as mediações, a partir da vida cotidiana:

[...] o que eu comecei a chamar de mediações eram aqueles espaços, aquelas formas de comunicação que estavam entre a pessoa que ouvia o rádio e o que era dito no rádio. [...] Mediação significava que entre o estímulo e resposta há um espesso espaço de crenças, costumes, sonhos, medos, tudo o que configura a cultura cotidiana (MARTÍN-BARBERO, 2000, p.154).

Ele observou que os meios de comunicação não configuram o ser humano num receptor passivo e alheio à sua própria realidade, ou seja, os bens culturais e neles os midiáticos não instituem e delimitam uma relação unilateral entre um emissor dominante e um receptor dominado, pois entre esses dois pontos, há uma intensa troca na cadeia da comunicação. Isto é, os conteúdos culturais são responsáveis, juntamente com a vivência individual, pelos repertórios que cada sujeito possui para interpretar a realidade.

A concepção de cultura entendida dentro dos estudos culturais é absorvida por Martín-Barbero e está presente na sua proposição da teoria das mediações. Ele reforça a importância de compreender a natureza comunicativa da cultura. “[...] seu caráter produtor de significações e não mera circulação de informações [...] onde o receptor é também um produtor” (MARTÍN-BARBERO, 2003, p.287).

Na década de 1980, Martín-Barbero desenvolve o mapa noturno com intuito de:

[...] que sirva para questionar a dominação, produção e trabalho – mas a partir do outro lado: as brechas, o consumo e o prazer. Um mapa que não sirva para a fuga, e sim para o reconhecimento da situação a partir das mediações e dos sujeitos (MARTÍN-BARBERO, 2003, p.288).

Com a globalização e os diversos avanços tecnológicos que foram incorporados pela sociedade, principalmente nos meios de comunicação de massa na década de 1990, Martín-Barbero reelabora o seu protocolo analítico. Na revisão da teoria das mediações, ele aprimora seu estudo e propõe um novo mapa das mediações do processo comunicativo com novas mediações fazendo parte dele, “novas complexidades nas relações constitutivas entre comunicação, cultura e sociedade” (MARTÍN-BARBERO, 2003, p. 15), frutos de uma conjuntura que garante à comunicação um lugar estratégico na configuração de novos modelos de sociedade.

Conforme Ronsini (2010), converteu-se em um modelo teórico que inverteu o olhar antes direcionado às mediações sociais e culturais dos meios de comunicação para ver a cultura e as mediações a partir da comunicação. “Essa mudança significou a passagem de uma teoria de recepção para a proposta de uma teoria de comunicação” (LOPES, 2014, p.70).

Assim, o mapa é apresentado graficamente através de um circuito, que representa o processo de comunicação. Com o mapa o autor explica que busca:

[...] reconhecer que os meios de comunicação constituem hoje espaços-chave de condensação e intersecção de múltiplas redes de poder e de produção cultural, mas também, alertar ao mesmo tempo, contra o pensamento único que legitima a ideia de que a tecnologia é hoje o grande mediador entre as pessoas e o mundo, quando o que a tecnologia medeia hoje, de modo mais intenso e acelerado, é a transformação da sociedade em mercado, e deste em principal agenciador da mundialização (MARTÍN-BARBERO, 2003, p.20).

O esquema move-se sobre dois eixos: o diacrônico – entre Matrizes Culturais e Formatos Industriais – e o sincrônico – entre Lógicas de Produção e Competências de Recepção ou Consumo. A disposição cíclica, conforme Felippi (2006), busca representar a articulação entre os momentos do processo cultural e que a produção de sentido se dá, não em um ponto do processo, mas na articulação de suas instâncias. A relevância desse mapa, conforme Lopes (2014), está em reconhecer que a comunicação está mediando todas as formas de vida cultural e política da sociedade.

Figura 03 - Mapa das Mediações



Fonte: MARTÍN-BARBERO, Jesús. *Dos meios às mediações: comunicação, cultura e hegemonia*. Rio de Janeiro: UFRJ, 2003, p.16.

Nesta proposta de Martín-Barbero, as **matrizes culturais** não são marcos fixos, propriedades intrínsecas de um grupo, nem universos polarizados, mas um recurso sistematizador. Conforme Amaral (2004), não é uma forma de invocar o arcaico e sim explicitar o que porta hoje o residual. Não existe uma matriz cultural única. As matrizes culturais deste estudo combinam valores pessoais como a vida, saúde, cultura e tradição.

A **institucionalidade** é entendida como a mediação que diz respeito a regulação dos discursos, que dá conta das relações de poder dos grupos sociais, políticos e econômicos na instância da produção dos meios. A partir especialmente do Estado, garante a ordem instituída e, segundo Martín-Barbero, da parte dos cidadãos, busca defender seus direitos e fazer-se reconhecer. “Vista a partir da institucionalidade, a comunicação se converte em questão de meios, isto é, de produção de discursos públicos cuja hegemonia se encontra paradoxalmente do lado dos interesses privados” (MARTÍN-BARBERO, 2003, p.18). Se assiste à uma multiplicação de movimentos em busca de outras institucionalidades capazes de dar conta da busca da cidadania no plano da representação para o do reconhecimento instituinte.

A comunicação hospitalar reflete a institucionalização das políticas e das práticas desses hospitais na sua interação com as esferas governamentais e a sociedade. Também traz à tona as tensões presentes nessa relação entre o público e

privado, entre informação de utilidade pública e questões mercadológicas relativas ao local de onde estão inseridos. Se apoia nas questões caras ao cidadão como atendimento, humanização, tecnologia e campanhas de saúde. Sofre pressões das esferas governamentais relativas à programas prioritários, recursos, orçamento e prioridades.

Na sequência do mapa das mediações chegamos às **lógicas de produção**, que é quando se estuda o que estrutura a produção, o que deixa vestígios no formato e os modos como são significadas e recicladas as demandas oriundas dos públicos e seus diferentes usos. Busca-se as informações sobre os serviços de comunicação das instituições, profissionais envolvidos, estrutura disponível, políticas de comunicação, histórico da condução da comunicação, entre outros aspectos.

A **tecnicidade** é a mediação que está ligada à capacidade que os meios têm de inovar tecnicamente seus formatos, à sua competitividade tecnológica ou industrial. Martín-Barbero (2003) explica a importância da tecnicidade no contexto da globalização, que a converte em *conector universal do global*, — expressão de Milton Santos adotada pelo autor —, que se dá tanto na *Internet*, como na conversão entre os meios, como TV e telefone, entre outras formas. A tecnicidade explica o “[...] novo estatuto social da técnica, o restabelecimento do sentido do discurso e da práxis política, o novo estatuto da cultura e os avatares da estética” (MARTÍN-BARBERO, 2003, p. 19). Os hospitais incorporaram as tecnologias, fazendo uso delas em vários formatos, e a partir da disso, ampliaram as suas possibilidades e alcance da comunicação com a sociedade. No entanto, não se refere apenas as tecnologias das mídias digitais, mas aquela que melhor atende a necessidade da instituição.

Percorrendo o mapa, chega-se aos **formatos industriais**: o conteúdo comunicacional que se adapta aos discursos, gêneros, programas e grades. “[...] regulam a interação entre os espaços e tempos da vida cotidiana [...] que implica, da parte dos meios, uma certa capacidade de impor regras aos jogos entre significação e situação” (MARTÍN-BARBERO, 2003, p. 19). Os formatos industriais compreendemos como as mídias – formatos, gêneros como o jornalismo, publicidade e marketing – que estão sendo usadas pelos hospitais para efetivar a sua comunicação e também o seu conteúdo. Fazendo a ligação entre os formatos industriais com o momento das competências de recepção ou consumo do mapa de Martín-Barbero, há a mediação da **ritualidade** que remete ao nexos simbólico que sustenta toda comunicação: à sua ancoragem na memória, aos seus ritos e formas,

seus cenários de interação e repetição. “Em sua relação com os formatos industriais, as ritualidades constituem gramáticas da ação – do olhar, do escutar, do ler – que regulam a interação entre os espaços e os tempos da vida cotidiana e os espaços e tempos que conformam os meios” (MARTÍN-BARBAERO, 2003, p.19). São compreendidas como a maneira de acesso e consumo dos produtos de comunicação dos hospitais.

Completando o circuito estão as **competências de recepção** ou **consumo** que se ligam com a **matriz cultural** mediada pela **socialidade ou sociabilidade**. Ela também está presente entre a matriz cultural e as lógicas de produção. Ela é gerada na trama das relações cotidianas, sendo o local de ancoragem da *práxis comunicativa* resultado dos modos e usos coletivos da comunicação, isto é, de interpelação/constituição dos atores sociais e suas relações (hegemonia/contrahegemonia) com o poder. “Vista a partir da socialidade, a comunicação se revela uma questão de *fins* – da constituição do sentido e da construção e desconstrução da sociedade” (MARTÍN-BARBERO 2003, p. 18 -19). “[...] o que na socialidade se afirma é a multiplicidade de modos e sentidos nos quais a coletividade se faz e se recria, a polissemia da interação social” (MARTÍN-BARBERO, 2004, p.231). Diz respeito ao público que recebe a comunicação hospitalar seja através dos meios de comunicação comerciais ou das próprias instituições.

A proposição teórica de Jesús Martín-Barbero pode ser aplicada de modo que possa ser recortada para definir agendas investigativas diversas.

A defesa do recorte diz respeito à necessidade de teorias e metodologias específicas para apreender o processo de comunicação com foco em algum ou alguns de seus elementos sem que isso signifique desconsiderar teoricamente a questão do poder que perpassa todas as etapas do processo comunicativo, da produção ao consumo (RONSINI, 2010, p.5).

A proposta das mediações destaca o papel crucial da dimensão simbólica que está no centro da vida social. Além disso:

Trata-se de um protocolo analítico que permite analisar as especificidades de cada momento e elemento envolvidos no circuito comunicativo como um todo, sem predeterminar como as relações entre eles são constituídas e indicando, fundamentalmente, que os sentidos são produzidos em diversos momentos do circuito (FELIPPI e ESCOSTEGUY, 2013, p.22).

A teoria das mediações culturais colocou a academia latino-americana em destaque no cenário acadêmico internacional por seu reconhecido esforço multidisciplinar de enxergar o processo de comunicação a partir dos dispositivos socioculturais que influenciam o modo dos sujeitos envolvidos interpretarem o mundo.

Tendo definido os momentos e mediações do processo comunicativo a ser estudado na comunicação hospitalar: lógicas de produção e formatos industriais mediados pela institucionalidade e tecnicidade, que serão aprofundados no capítulo analítico da dissertação, a seguir discute-se a comunicação pública.

3.3 Conceitos e abrangências da comunicação pública

A partir da expressão comunicação pública, tem-se o entendimento que “diz respeito a um processo comunicativo que se instaura entre o Estado, o governo e a sociedade com objetivo de informar para a construção da cidadania” (BRANDÃO, 2012, p.9). O conceito ganhou espaço no Brasil a partir da tradução do livro *La communication publique* (1995), de Pierre Zémor, que passou a ser referência para o assunto no país. Zémor ressalta a necessidade de ouvir o cidadão, pois na sua concepção a “comunicação pública diz respeito à troca de informações e a partilha de informações de utilidade pública⁷, assim como à manutenção do liame social cuja responsabilidade é incumbência das instituições públicas” (ZÉMOR, 1995, p.1).

Zémor afirma que a legitimidade da comunicação pública se determina pela legitimidade do interesse geral ou público, razão pela qual acontece no espaço público, sob olhar do cidadão. Interesse público é um conceito de difícil definição. Faz referência ao “bem comum” ou ao “bem-estar de todos”, mas não há consenso sobre o que constitui o interesse público.

⁷ Na esfera federal da [administração pública](#), são ditas de utilidade pública as [sociedades civis](#), associações e fundações que receberam o referido título por assim o solicitarem, bem como por cumprir os requisitos da Lei nº 91 de 28 de agosto de 1935. Podem receber esse título as associações e fundações, legalmente constituídas no País, que promovam a educação ou exerçam atividade de pesquisa científica, cultura, artística ou filantrópica, de caráter geral ou indiscriminado, predominantemente. O título de Utilidade Pública Federal (UPF) é atribuído somente a [entidades sem fins lucrativos](#), em reconhecimento a serviços relevantes por elas prestados, de maneira desinteressada, à sociedade. No artigo 1º da Lei 91/1935, as pessoas jurídicas poderão obter o título de Utilidade Pública Federal, se "servirem desinteressadamente à coletividade" e se os cargos de sua diretoria, conselhos fiscais, deliberativos ou consultivos não forem remunerados. A utilidade pública pode ser federal, estadual e municipal (MARIN, 1996).

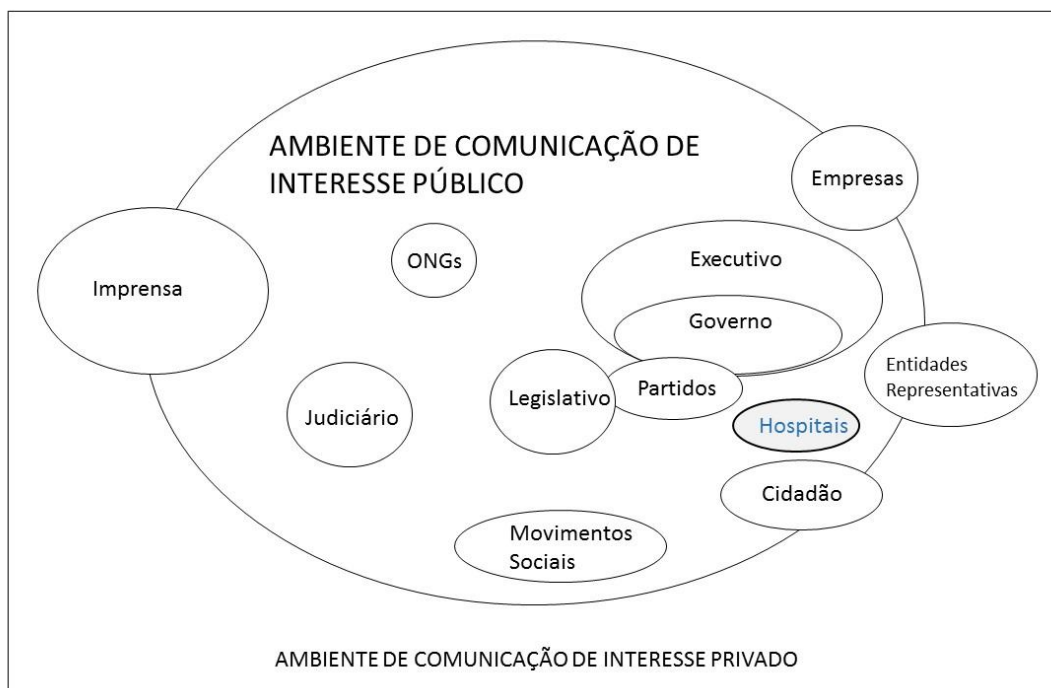
Para Zémor (1995), o interesse geral resulta de um compromisso de interesses entre os indivíduos e os grupos da sociedade que consentem em um contrato social, no qual se inscrevem leis, regulamentos e jurisprudência. Um compromisso assumido a partir de um debate, de negociações, frequentemente da relação de forças dos interesses em jogo não pode ser considerado como definitivamente adquirido. “O interesse geral está sempre aberto à controvérsia, assim como, ao recurso dos indivíduos ou das minorias frustradas por uma decisão pública” (ZÉMOR, 1995, p.1).

Faria (2012), argumenta que interesse público não existe em si, ou por si mesmo, mas trata-se de um emaranhado de interesses, de confrontos discursivos, ancorados nos processos sociais em curso com múltiplos atores e manifestações sociais envolvidas. Hohlfeldt (2011), lembra que a constituição do interesse público traduz uma grande e variada abrangência para incluir o maior número de interessados ou que venham se interessar por uma determinada ação ou decisão.

A comunicação pública acontece no espaço formado pelos fluxos de informação e de interação entre os agentes públicos e atores sociais em temas de interesse público e promove a viabilização do direito social coletivo e individual ao diálogo, à informação e à expressão.

O uso da comunicação pública está associado à busca de melhorar a vida das pessoas pela comunicação. “Praticar a comunicação pública implica assumir espírito público e privilegiar o interesse coletivo em detrimento de perspectivas pessoais e corporativas” (DUARTE, 2012, p.61).

Figura 04 – Ambiente de comunicação de interesse público.



Fonte: Modelo de campo da comunicação pública adaptado pela autora em 2016 a partir de Duarte (2007).

Na adaptação feita pela autora, acrescentou-se ao modelo de Duarte (2007), um novo sujeito, o hospital. A figura 04 demonstra os principais atores envolvidos na comunicação de interesse público e o hospital como uma instituição presente entre o cidadão e o Estado dentro da perspectiva da comunicação de interesse público.

De acordo com Zémor, a função da comunicação pública é a informação, mas ela deve ir além do mero processo informativo. O autor ressalta cinco categorias para identificar a comunicação pública (1995, p. 5):

1. Responder à obrigação que têm as instituições públicas de levar informação a seus públicos;
2. Estabelecer a relação e o diálogo de forma a desempenhar o papel que cabe aos poderes públicos, bem como para permitir que o serviço público atenda às necessidades do cidadão de maneira mais precisa;
3. Apresentar e promover cada um dos serviços oferecidos pela administração pública;

4. Tornar conhecidas as instituições a elas mesmas, tanto por meio da comunicação interna quanto da externa;

5. Desenvolver campanhas de informação e ações de comunicação de interesse geral.

A essas cinco categorias, o autor agrega também a da comunicação do debate público que acompanha as tomadas de decisão ou que pertencem à prática política.

Para Zémor (1995), as finalidades da comunicação pública não podem se dissociar das finalidades das instituições públicas, que são:

a) informar (levar ao conhecimento, prestar conta e valorizar); b) de ouvir as demandas, as expectativas, as interrogações e o debate público; c) de contribuir para assegurar a relação social (sentimento de pertencer ao coletivo, tomada de consciência do cidadão enquanto ator); d) e de acompanhar as mudanças, tanto as comportamentais quanto as da organização social (ZÉMOR, 1995, p. 1).

Ao abordar as competências da comunicação pública, Zémor (2012), faz uma divisão entre comunicação interna e externa. Entende por comunicação interna aquela do serviço público que contribui para a qualidade da ação e das condições de trabalho dos funcionários, para a sua mobilização e para estímulo das estruturas, com vistas a alcançar os objetivos do serviço público. Ela é necessária à boa comunicação externa pois assegura a transparência intrínseca aos procedimentos e instituições públicas.

Quanto à comunicação externa, Zémor (2012), define alguns parâmetros que considera primordiais, como sendo a comunicação que diz respeito à informação devida ao cidadão, na medida em que ele não pode desconhecer a lei, que diz respeito à prestação de contas das ações e atos públicos, da troca de informação praticada na relação entre usuários-cidadãos e os funcionários públicos. Também entende que a comunicação externa:

[...] que diz respeito à promoção, destinada a divulgar os serviços públicos oferecidos, à implantação de políticas públicas, bem como as causas humanitárias ou missões de interesse público. Ela não difere da comunicação empresarial utilizada pelo mercado, a não ser por suas modalidades e estilos. A comunicação de valorização das instituições públicas – institucionais e cívicas. Ela deve contribuir para o entendimento das regras do funcionamento coletivo da sociedade e, por vezes, se manifesta como gestão de comunicação de eventos (ZÉMOR, 2012, p.243).

Essa comunicação estabelecida propicia, por meio do diálogo e da negociação, a busca do consenso em prol do interesse da maioria (ZÉMOR, 2012). A

operacionalização dessa comunicação demanda invariavelmente uma opção política pela cidadania e pelo interesse público. No entanto, exige também a capacidade de viabilizar padrões adequados que promovam o acesso à informação e oportunidades de diálogo e participação.

Duarte (2012) defende que, para se tratar de comunicação pública, deve-se adotar conceitos como cidadania, democratização, participação, diálogo e interesse público. A existência de recursos públicos ou interesse público caracteriza a necessidade dessa comunicação. “Mais poder para a sociedade, menos para os governos; mais comunicação, menos divulgação; mais diálogo e participação, menos dirigismo” (DUARTE, 2007, p.3). A comunicação de interesse público busca abranger as ações e atividades que tem como endereço a sociedade independente de sua origem (pública ou privada).

É importante fazer uma diferenciação da comunicação pública para a comunicação institucional, comunicação governamental e comunicação política. Entende-se por **comunicação institucional** aquela que no composto organizacional,

É responsável direta [...] pela construção e formação de uma imagem e identidade corporativas fortes e positivas de uma organização. [...] está intrinsecamente ligada aos aspectos corporativos institucionais que explicitam o lado público das organizações, constrói uma personalidade creditiva organizacional e tem como proposta básica a influência político-social na sociedade onde está inserta (KUNSCH, 2003, p.164).

A comunicação institucional, na visão de Zémor (1995), é uma das funções assumidas pela comunicação pública e tem por objetivo mostrar ao público o papel da organização, afirmando sua identidade e sua imagem, prestando contas do conjunto de suas atividades e, de modo geral, permitindo o acompanhamento da política da instituição. Nas instituições públicas ele explica que a comunicação institucional é aplicada à divulgação do conjunto de registros, relação com os usuários ou, ainda, promoção de serviços que são o material de trabalho da assessoria de comunicação da instituição, devendo ser executada internamente e externamente.

A comunicação governamental é aquela praticada pelo governo, visando à prestação de contas, ao estímulo para o engajamento da população nas políticas adotadas e ao reconhecimento das ações promovidas no campo político, econômico e social, em suma provoca o debate público. “É uma forma legítima de um governo prestar contas e levar ao conhecimento da opinião pública os projetos, ações,

atividades e políticas que realiza e que são de interesse público” (BRANDÃO, 2003, p.6). No Brasil, em geral, os governos, em todas as esferas e poderes possuem, setores estabelecidos para atuar na comunicação governamental.

A comunicação política está relacionada diretamente aos processos eleitorais sendo praticada por candidatos e por partidos políticos, e dirigida aos seus eleitores. Seu ponto central é o das consultas eleitorais para escolha de representantes.

Estabelecer a fronteira entre comunicação política, governamental e pública é uma questão delicada, devendo-se para tanto levar em conta três aspectos. Conforme Monteiro (2012), fazendo referência ao pensamento de Zémor (1995), primeiramente, o fato de que o tempo de duração de uma instituição pública é mais longo do que o do exercício do poder por quem ocupa o cargo político ou um mandato eleitoral. Em segundo lugar, a perspectiva de que o cidadão é também eleitor. Por fim, a constatação de que é no âmbito do Legislativo que acontecem os debates públicos.

Embora haja uma tendência entre os autores e profissionais de comunicação de associar a comunicação pública àquela originada nos órgãos do governo, Silva (2003) observa que a comunicação pública é feita também por movimentos sociais e organizações do terceiro setor, e ainda, por empresas privadas cujas ações sociais,

[...] transcendem os limites dos negócios privados, para alcançar tanto o conjunto de cidadãos mais diretamente ligados a essas empresas e organizações (em ações de cidadania empresarial) quanto aos diversos segmentos da sociedade atingidos pela sua oferta de produtos, bens e serviços, com os quais mantêm o compromisso da responsabilidade social (SILVA, 2003, p.36).

Monteiro (2012) compartilha dessa concepção ao afirmar que importa que elas sejam portadoras do interesse coletivo, que elas coloquem o interesse público à frente do particular, esteja no mundo dos negócios ou no da política. Para Haswani (2011), a expressão remete ao Estado, porém a comunicação pública compreende processos diversos e faz interagir os atores públicos e também os privados, com o intuito de promover um processo de crescimento civil e social.

Paolo Mancini (2008) citado por Haswani (2011), sugere que a comunicação pública pode ser desenvolvida em organizações públicas, privadas ou semipúblicas objetivando a atuação em um campo de funções socialmente relevantes. Por instituições semipúblicas entende-se aquelas que são sujeitas ao direito privado mas intervêm continuamente sob argumentos de interesse público, o que, segundo Mancini

(2008), determina a inserção da comunicação destas instituições no âmbito de pública é a sua finalidade, ou seja, não visa utilidade econômica imediata.

Os hospitais da 13ª CRS, quanto à natureza administrativa, são organizações filantrópicas, sem fins lucrativos e reconhecidas como sendo de utilidade pública. Estas instituições, cumprindo a Lei da Filantropia⁸, disponibilizam 60% dos seus serviços para o SUS e buscam com o restante da sua capacidade instalada operar para diminuir o déficit proveniente dos atendimentos do SUS e assim adequar-se às exigências do mercado. As exceções são o Hospital Santa Cruz que é um Hospital de ensino mas também possui certificado de filantropia federal estadual e municipal e o Hospital Regional do Vale do Rio Pardo que é público.

Embora a responsabilidade constitucional de oferecer atendimento médico e zelar pela saúde de todos seja do setor público, este não possui estrutura para atender a todos e contrata serviços hospitalares dessas instituições. Esses hospitais prestam atendimentos de saúde aos cidadãos sendo remunerados pelo Estado, ao mesmo tempo, que recebem recursos de outras fontes pagadoras como planos de saúde privados, seguradoras, cooperativas médicas e pessoas que pagam individualmente por esses serviços (particular).

Está presente neste espaço um tensionamento entre o público e o privado, entre os princípios do SUS e do mercado, o que se reflete também na comunicação. Por atuarem em uma área imprescindível para a população como a saúde, ter certificado de entidade filantrópica, certificado de utilidade pública e receber verbas públicas, compreende-se que estão sujeitos à fiscalização governamental e da sociedade sendo coerente que atuem dentro dos preceitos da comunicação pública.

As informações que constituem a essência da comunicação pública, segundo Zémor (1995), só têm seus efeitos visíveis a longo prazo, uma vez que a relação entre

⁸ A Lei 12.101 de 27 de novembro de 2009 estabelece a certificação das entidades beneficentes de assistência social e a isenção de contribuições para a seguridade social serão concedidas às pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, reconhecidas como entidades beneficentes de assistência social com a finalidade de prestação de serviços nas áreas de assistência social, saúde ou educação. Para ser caracterizada como uma entidade filantrópica beneficente de assistência social, de acordo com o Conselho Nacional de Assistência Social, deverá atuar no sentido de: 1) proteger a família, a maternidade, a infância, a adolescência e a velhice; 2) amparar crianças e adolescentes carentes; 3) promover ações de prevenção, habilitação e reabilitação de pessoas portadoras de deficiências; 4) promover, gratuitamente, assistência educacional ou de saúde; 5) promover a integração ao mercado de trabalho; e 6) promover o atendimento e o assessoramento aos beneficiários da Lei Orgânica da Assistência Social e a defesa e garantia dos seus direitos. Informação disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/112101.htm>. Acesso em: 13 mai.2016.

emissor e receptor, pretendida por esse tipo de comunicação, requer um tempo maior para se consolidar, já que o seu objetivo, além de informar é qualificar o cidadão para exercer o seu poder de voz, de voto, de veto nas questões que dizem respeito à coletividade. Na comunicação pública o receptor é a um só tempo: cliente, consumidor, contribuinte, eleitor, voluntário, em suma: cidadão.

Duarte (2007), propõe o estabelecimento de quatro eixos centrais da comunicação pública, que indicam pré-requisitos para a ação de agentes e instituições que lidam com a comunicação de interesse público: transparência, acesso, interação e ouvidoria social. A transparência diz respeito a assumir compromisso com a atuação responsável no trato com as questões públicas, incluindo a oferta de informações, estímulo ao acesso, facilitação da fiscalização e a prestação de contas. Implica também a noção de assumir os valores éticos por todos os agentes públicos envolvidos.

O acesso facilitado às informações pela sociedade deve ser estimulado e orientado. A informação de interesse deve despertar a atenção, ser interpretada e apropriada pelo interessado em seus próprios termos, de maneira que seja transformada em capacidade para reflexão e ação. Implica, assim, não apenas o atendimento, mas de forma adequada às necessidades de cada segmento de público, uma organização pedagógica que inclui desde linguagem adaptada, até o uso de diversos formatos, mídias, fluxos, horários e processos que permitam a interação adequada.

A interação significa a criação, manutenção e fortalecimento de instrumentos de comunicação que viabilizem fluxos bilaterais ou multilaterais, que sejam respeitadas premissas para um diálogo equilibrado, simétrico, em que todos os envolvidos tenham igual direito e oportunidade de falar e ser ouvido. Trata-se de estabelecer uma pedagogia da interação com a criação de produtos, serviços, ambientes e situações que permitam estimular e viabilizar o acesso, a compreensão, cooperação, participação e crítica.

Por fim, a ouvidoria social que atua em prol do interesse em conhecer e compreender a opinião pública e os diversos segmentos que compõem é pressuposto para o atendimento às expectativas da sociedade. Adota diferentes formas de pesquisa como referência e exige habilidade de compreender motivações, propostas e critérios de satisfação e assumir compromisso de considerá-los como referência para a ação.

3.3.1 Comunicação pública e cidadania

Uma reflexão da expansão da comunicação pública no Brasil sinaliza para questões que foram importantes para o desenvolvimento do conceito com seu significado político ligado à informação para cidadania. Pode-se apontar as mudanças políticas e sociais que ocorreram na sociedade brasileira, bem como com a forma como se desenvolveu a própria atividade de comunicação nos últimos anos.

A cidadania não é uma definição estanque, mas um conceito histórico, o que significa que seu sentido varia no tempo e no espaço.

Ser cidadão é ter direito à vida, à liberdade, à propriedade, à igualdade perante a lei: é, em resumo, ter direitos civis. É também participar do destino da sociedade, votar, ser votado, ter direitos políticos. Os direitos civis e políticos não asseguram a democracia sem os direitos sociais, aqueles que garantem a participação do indivíduo na riqueza coletiva: o direito à educação, ao trabalho, ao salário justo, à saúde (PINSKY, 2003, p.9).

Conforme Carvalho (2002), tornou-se costume desdobrar a cidadania em direitos civis, políticos e sociais. O cidadão pleno seria aquele que fosse titular dos três direitos. Os direitos civis são os direitos fundamentais à vida, à liberdade, à propriedade, à igualdade perante a lei. Eles se desdobram na garantia de ir e vir, de escolher o trabalho, de manifestar o pensamento, de organizar-se, de ter respeitada a inviolabilidade do lar e da correspondência, de não ser condenado sem processo legal regular.

São direitos cuja garantia se baseia na existência de uma justiça independente, eficiente, barata e acessível a todos. São eles que garantem as relações civilizadas entre as pessoas e a própria existência da sociedade civil surgida com o desenvolvimento do capitalismo. Sua pedra de toque é a liberdade individual (CARVALHO, 2002, p.9).

Os direitos políticos se referem à participação do cidadão no governo da sociedade. Seu exercício é limitado à parcela da população e consiste na capacidade de fazer demonstrações políticas, de organizar partidos, de votar, de ser votado. Não pode haver direitos civis sem direitos políticos, o contrário não é viável. Sem os direitos civis, sobretudo a liberdade de opinião e organização, os direitos políticos, sobretudo o voto, podem existir formalmente mas ficam esvaziados de conteúdo e servem antes para justificar governos do que para representar cidadãos. “Os direitos políticos têm

como instituição principal os partidos e um parlamento livre e representativo. São eles que conferem legitimidade à organização política da sociedade. Sua essência é a ideia de autogoverno” (CARVALHO, 2002, p.9).

Os direitos sociais incluem o direito à educação, ao trabalho, ao salário justo, à saúde, à aposentadoria. A garantia de sua vigência depende da existência de uma eficiente máquina administrativa do Poder Executivo. Os direitos sociais permitem às sociedades politicamente organizadas reduzir os excessos de desigualdade produzidos pelo capitalismo e garantir um mínimo de bem-estar para todos. Conforme Carvalho (2002), a ideia central em que se baseiam é a da justiça social.

Para Rubim (2003), existe um descompasso social entre a definição formal de cidadania e a prática efetivamente realizada. Os maiores obstáculos, conforme Rubim, são a desigualdade social e a concentração do poder. Além disso, entende que é preciso atualizar o conceito tratando de assuntos como o direito à cidadania planetária e o direito à cidadania midiática – melhor entendida como o acesso, a circulação e a habitação do espaço midiático.

A comunicação pública pode trazer contribuições para a democratização das informações pois privilegia o interesse público em detrimento do mercadológico. No entanto, a concentração da mídia no Brasil é um aspecto que fragiliza a comunicação pública. “Discutir comunicação pública, nesse sentido, é um exercício de contra-hegemonia” (DUARTE, 2012, p.xiii).

No que se refere às mudanças na sociedade, a restauração da democracia despertou a necessidade de informação voltada para a construção da cidadania. A própria noção de cidadania começa a ser entendida de forma menos passiva e mais participativa, apreendida como o livre exercício de direitos e deveres, situação para a qual só se está preparado quando existem condições de informação e comunicação.

Como consequência de um panorama político favorável nas últimas décadas, conforme Brandão (2003), pode-se apontar as novas expressões e caminhos que a população encontrou em um país redemocratizado, descobrindo formas de vivência e convivência entre setores da sociedade,

[...] forçando o surgimento de empresas preocupadas com o diálogo com seus públicos, de instituições privadas e públicas mais atentas às reivindicações dos cidadãos e de organizações e associações diversas do Terceiro Setor que se tornaram uma força e um forte braço do poder nas democracias contemporâneas (BRANDÃO, 2003, p.11).

No final da década de 90, no meio acadêmico, já se começava a falar em Comunicação Pública com este enfoque voltado a cidadania mas não havia bibliografia adequada. O único livro que circulava entre um grupo de pesquisadores era o livro de Pierre Zémor, *La Communication Publique*, que foi traduzido por Elisabeth Brandão (DUARTE, 2012).

Para Brandão (2003), a divulgação do pensamento de Zémor na Capital Federal significou o compartilhamento de ideias e ideais entre um grupo de comunicadores que ocupava funções e cargos na área pública do País e também atuavam como professores universitários, o que permitiu que essa concepção fosse disseminada no meio acadêmico e nos órgãos públicos. “A forte influência das assessorias de comunicação nos órgãos governamentais colaborou ainda mais para a disseminação deste conceito de Comunicação Pública como informação para cidadania” (BRANDÃO, 2003, p.13).

A comunicação de interesse público no âmbito hospitalar, na região da 13ª CRS, foi incrementada em meados dos anos 2000, quando os hospitais foram aos poucos contratando profissionais de comunicação e estruturando os seus serviços e políticas próprias de comunicação. A conjuntura do País neste período, com aumento do acesso das pessoas às políticas de educação, de saúde e de informação, colaborou para a demanda por uma comunicação de interesse público.

A comunicação pública pode contribuir para o desenvolvimento regional através do acesso à informação proporcionado pelas instituições que colabora para o empoderamento dos cidadãos, que munidos de informações, têm melhores condições de reivindicar direitos e participar das instâncias de diálogo levando suas reivindicações e contribuições.

3.3.2 Comunicação pública e informação

A comunicação é uma importante ferramenta na vivência da cidadania, seja para viabilizar o acesso à informação, estimular os debates das questões públicas, disponibilizar canais de comunicação e facilitar a participação em esferas deliberativas. Entre os discursos e as práticas, seja na área pública ou privada, existem diferenças.

Dentre os vários espaços por onde transita a comunicação pública, é a mídia o mais valorizado pelas instituições. Ela estabelece um espaço público indispensável de informação e formação da opinião na democracia contemporânea. “A divulgação por meio da mídia é a visão jornalística da comunicação pública” (BRANDÃO, 2012, p.13).

Ali circulam informações consideradas importantes e interessantes para a formação da opinião do público sobre acontecimentos e problemáticas que fazem parte da agenda pública. Algumas dessas proposições são questões públicas como saúde, direitos da mulher, meio ambiente, formação de blocos econômicos e muitos outros que dizem respeito à coletividade e, em geral, envolvem tomadas de decisão, transitando, assim, da agenda pública para as midiáticas e políticas.

A mídia faz uma mediação entre as informações do Estado para o cidadão, não como filtro, mas de forma a tornar as informações mais acessíveis sob aspecto da linguagem. As informações das instituições públicas, levando em conta o seu volume considerável e sua tecnicidade, só são postos à disposição da sociedade, de maneira útil e eficaz, quando estão sob a forma de informações práticas, para serem usadas nos lares e nas empresas. Isso só é possível a partir do momento que o cidadão consegue ter pleno entendimento dessas informações.

Duarte (2007), defende que por seu compromisso com o interesse público e poder de ação, os governos devem ser os principais indutores da comunicação pública. Isso pode ser viabilizado assumindo o compromisso de promover uma gestão aberta, qualificando canais, meios e recursos que permitam a viabilização da comunicação de interesse público e o envolvimento de todos os interessados.

A informação pertence a todos, pois é um bem vital da sociedade, sendo o cidadão o autêntico titular do direito de informação. É dever do Estado dar condições para que os cidadãos possam se desenvolver. Um passo importante nesse sentido foi dado no Brasil com a implementação da Lei de Acesso às Informações Públicas 12.527/2011⁹,

⁹ Para garantir o acesso, a Lei, além de estipular procedimentos, normas e prazos, prevê a criação, em todos os órgãos e entidades do poder público, de um Serviço de Informações ao Cidadão. Deverá protocolar documentos e requerimentos de acesso à informação; orientar sobre os procedimentos de acesso, indicando data, local e modo em que será feita a consulta; informar sobre a tramitação de documento. São estabelecidos prazos para que sejam repassadas as informações ao solicitante. A resposta deve ser dada imediatamente, se estiver disponível, ou em até 20 dias, prorrogáveis por mais 10 dias. O pedido não precisa ser justificado, apenas conter a identificação do requerente e a especificação da informação solicitada o serviço de busca e fornecimento das informações é gratuito, salvo cópias de documentos. Nos casos em que a informação estiver sob algum tipo de sigilo previsto e m lei, é direito do requerente obter o inteiro teor da negativa de acesso quando a informação for parcialmente sigilosa, fica assegurado o acesso, por meio de certidão, extrato ou cópia, com a

em vigor desde 2012, que criou mecanismos que possibilitam, a qualquer pessoa, física ou jurídica, sem necessidade de apresentar motivo, o recebimento de informações públicas dos órgãos e entidades.

A Lei vale para os três Poderes da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, inclusive aos Tribunais de Conta e Ministério Público. Entidades privadas sem fins lucrativos também são obrigadas a dar publicidade a informações referentes ao recebimento e à destinação dos recursos públicos recebidos.

Esse movimento na direção de maior acesso e transparência das informações agrega aspectos relevantes para melhorar a qualidade das informações disponibilizadas para a população e estabelece o princípio de que o acesso é a regra e o sigilo a exceção, cabendo à Administração Pública atender às demandas de cidadãos. Reconhecido como um direito humano fundamental, o acesso à informação pública está inscrito em diversas convenções e tratados internacionais assinados pelo Brasil.

A informação sob a guarda do Estado é sempre considerada pública, devendo o acesso a ela ser restringido apenas em casos específicos. Isto significa que a informação produzida, guardada, organizada e gerenciada pelo Estado em nome da sociedade é um bem público. O acesso aos dados públicos – que compõem documentos, arquivos, estatísticas – constitui-se em um dos fundamentos para a consolidação da democracia, ao fortalecer a capacidade dos indivíduos de participar de modo efetivo da tomada de decisões que os afeta.

ocultação da parte sob sigilo. No caso de negativa de acesso a informações, o cidadão pode interpor recurso à autoridade hierarquicamente superior àquela que emitiu a decisão. Persistindo a negativa, o cidadão poderá recorrer ao Ministro de Estado da área ou, em caso de descumprimento de procedimentos e prazos da Lei 12.527, à CGU. Em última instância, caberá recurso à Comissão Mista de Reavaliação de Informações. Disponível em: <<http://www.acessoainformacao.gov.br/central-de-conteudo/publicacoes/arquivos/cartilhaacessoainformacao.pdf>>. Acesso em: 24 maio.2016.

4 O PROCESSO PRODUTIVO DA COMUNICAÇÃO HOSPITALAR NA 13ªCRS

Nesta etapa, nos dedicamos ao estudo do processo de produção da comunicação externa dos hospitais focados nas lógicas de produção e nos formatos industriais e suas mediações a partir de Martín-Barbero (2013). É importante salientar que as dimensões do mapa aqui trabalhadas são abordadas em um todo significativo. Embora haja uma ênfase da análise nas lógicas de produção e formatos industriais, elas não são estanques e os demais momentos do mapa e suas mediações se fazem presente de forma mais sucinta. Também detivemos um olhar à presença da concepção de comunicação pública na prática comunicacional dos hospitais.

Inicialmente, faz-se necessário, expor as estratégias metodológicas que conduziram a pesquisa e as informações sobre as entrevistas e a pesquisa documental. Para contextualizar os dados empíricos da pesquisa apresenta-se a mídia dos municípios onde estão sediados os hospitais: Santa Cruz do Sul, Vera Cruz e Rio Pardo. Os hospitais se relacionam de forma mais próxima com os veículos de comunicação do município onde estão localizados, que são também os de maior abrangência dessa região, mas também de forma esporádica com as mídias existentes nos outros municípios do entorno.

4.1. Estratégias metodológicas

O pesquisador que se insere nos estudos culturais deve guiar o seu trabalho pela “ideia de que pesquisar significa construir interpretações, certos modos de compreender o mundo, sempre historicamente localizados, subjetivos e relativos” (ESCOSTEGUY, 2010, p.59). Essa visão é norteadora para análise dos dados coletados e para construção dos resultados.

O presente trabalho se configura como um estudo qualitativo fazendo uso de pesquisa bibliográfica, documental e de entrevistas semiestruturadas para a coleta de informações nos anos de 2015 e 2016. Essa modalidade de entrevista, conforme Marconi e Lakatos (1999) permite explorar amplamente uma questão.

Para responder aos questionamentos propostos e atingir os objetivos deste trabalho, inicialmente foi feita uma pesquisa bibliográfica acerca dos temas comunicação e saúde, SUS, comunicação pública, cidadania, entre outros, com o intuito de levantar base teórica sobre os conceitos apresentados e aprofundá-los.

Esse estudo começou a ser desenhado em agosto de 2015 a partir de um levantamento exploratório que identificou 9 hospitais na 13ª CRS identificados no quadro 02. Os gestores de comunicação das instituições foram contatos e responderam um questionário (APÊNDICE A), enviado por e-mail sobre a prática de comunicação voltada ao público externo, estrutura e canais de comunicação dos hospitais.

Nesse momento constatou-se que os hospitais estão empenhados em comunicar-se com a sociedade, que investem em canais de comunicação para relacionar-se com os seus públicos, alguns contam com profissionais com formação na área para realizar esse trabalho. No quadro 02 é possível visualizar como são denominados os setores responsáveis pela comunicação e os canais de comunicação disponibilizados por cada instituição.

Quadro 02 – Estrutura de Comunicação e mídias usadas dos hospitais da 13ª CRS

Hospital	Nome do setor responsável pela Comunicação	Canais de comunicação
Hospital Candelária	Área Administrativa	Contato com a imprensa e Facebook
Hospital Regional do Vale do Rio Pardo	Assessoria de Comunicação	Assessoria de imprensa, Site, Facebook
Hospital Santa Cruz	Assessoria de Comunicação	Assessoria de imprensa, Site, Facebook, Twitter, Instagram, Flickr, Youtube, Jornal Institucional e participação em eventos
Hospital Ana Nery	Comunicação e Marketing	Assessoria de imprensa, Site, Facebook, Twitter, Instagram, Youtube, Jornal Institucional e participação em eventos
Hospital Monte Alverne	Área Administrativa	Contatos com a imprensa
Hospital Vale do Sol	Área Administrativa	Contatos com a imprensa, Facebook, participação em eventos
Hospital Venâncio Aires	Área Administrativa	Contatos com a imprensa, Site e Facebook
Hospital Vera Cruz	Desenvolvimento Humano	Assessoria de Imprensa, Site, Revista Institucional e participação em eventos
Hospital Sinimbu	Área Administrativa	Coluna mensal no jornal local

Fonte: elaborada pela autora a partir de dados coletados por questionário em agosto de 2015.

A partir dessas informações, mapeou-se a estrutura e os canais de comunicação usados pelos hospitais para se comunicarem com a sociedade e assim determinou-se pelas instituições a serem estudadas de forma mais aprofundada neste segundo momento em 2016. Entendeu-se que não era viável para o período da dissertação de mestrado contemplar o estudo detalhado de todas as instituições e assim definiu-se por quatro: o Hospital Santa Cruz (HSC), de Santa Cruz do Sul; Hospital Ana Nery (HAN), de Santa Cruz do Sul; Hospital Regional do Vale do Rio Pardo (HRVRP), de Rio Pardo e Hospital Vera Cruz (HVC), de Vera Cruz. Buscou-se instituições com características administrativas distintas, portes diferentes, referências médicas regionais e locais que nos permitisse conhecer a dinâmica da comunicação com a sociedade a partir de olhares diversos.

O Hospital Santa Cruz é o maior da região e o único Hospital de Ensino, o que carrega peculiaridades interessantes para a pesquisa como a grande circulação de estudantes da área de saúde na instituição e atenção diferenciada por parte do Ministério da Saúde e Educação. Foi fundado em 1908 pelas Irmãs Franciscanas que administraram a instituição até 2003 quando foi adquirido pela Apesc e passou por várias reformulações.

O Hospital Santa Cruz é referência em Alta Complexidade em Traumatologia/Ortopedia – cirurgias eletivas e de urgência para os municípios que compõem a 8ª CRS (sede Cachoeira do Sul) e 13ª CRS (sede Santa Cruz do Sul), gestantes de alto risco para a 13ª CRS e Centro de Referência em Alta Complexidade Cardiovascular. Desde janeiro de 2017, passou a ser também uma Unidade de Alta Complexidade em Terapia Nutricional Enteral e Parenteral, que presta assistência hospitalar para pacientes com risco nutricional ou desnutridos. A instituição diminuiu 20 leitos desde o levantamento realizado em agosto de 2015.

O Hospital possui um serviço de comunicação desde 2002, quando foi implantado por uma profissional de relações públicas. A partir de 2003, com a nova direção do Hospital, o setor passou a ser chamado de Assessoria de Comunicação e, desde 2011, é conduzido por um jornalista, sendo composto ainda, por uma publicitária e uma estagiária de relações públicas. O serviço responde ao diretor administrativo. As demandas de comunicação são todas executadas por essa equipe sem a terceirização de serviços.

O jornalista que é o Gestor de Comunicação coordena o setor realiza o trabalho de assessoria de imprensa e em conjunto com a equipe atende às mídias sociais da

instituição. Ele atua na instituição há cinco anos e possui MBA em Comunicação Empresarial. A equipe produz as fotos usadas nos materiais, faz a criação dos layouts e impressão de cartazes e folders utilizados dentro da instituição. Realiza o trabalho de fotografar os bebês recém-nascidos e publicar no site do Hospital mediante autorização dos pais. Esse trabalho é realizado pela estagiária e possui um grande volume, pois é o único hospital do município que realiza partos pelo SUS. Esse espaço do Site é um dos mais acessados. Em raras exceções é acionada a Assessoria de Comunicação da Unisc, que pertence à mantenedora Apesc, para alguma demanda extraordinária.

O Hospital Ana Nery é de médio porte sendo referência no tratamento oncológico para a região da 13ª CRS e municípios da 8ª e 2ª CRS. O Hospital Ana Nery, de Santa Cruz do Sul, foi fundado em 1955 pela Sociedade Caritativa Beneficente Ana Nery, entidade ligada a comunidade Evangélica do município. O objetivo era ampliar a oferta de serviços de saúde na região. Ao longo do tempo foi crescendo em estrutura, número de leitos e especialidades médicas.

Em 2016, em função da crise financeira dos hospitais, passou por uma reestruturação que incluiu a demissão de funcionários. No mesmo ano, assumiu a gestão da UPA de Santa Cruz e de um posto de saúde que funciona vinte e quatro horas. Aumentou 9 leitos do SUS desde o levantamento realizado em agosto de 2015. Em outubro divulgou, através de anúncio publicitário de página inteira, a parceria com uma casa geriátrica em Santa Cruz do Sul para a implantação de uma moradia assistida para idosos.

O Hospital tem um serviço de comunicação há 15 anos. Conta com uma relações públicas que está na instituição há quatro anos e uma administradora com especialização em gestão contábil e gestão da qualidade que atua há 6 anos. Ambas atuam de forma conjunta, sem uma coordenação, se reportando ao diretor executivo. Possuem um contrato mensal com uma agência de publicidade local para o desenvolvimento de materiais. A assessoria de comunicação é realizada pela profissional de relações públicas e as demais demandas são atendidas pelas duas profissionais. A equipe produz as fotos usadas nos materiais e faz a impressão de cartazes e folders, quando necessário, dentro da instituição. Realiza o trabalho de fotografar os bebês recém-nascidos e publicar no site do hospital mediante autorização dos pais.

Outra instituição selecionada para a pesquisa é o Hospital Regional do Vale do Rio Pardo, localizada no município de Rio Pardo. Está em funcionamento desde 1930 e esteve sob gestão da Irmandade de Caridade do Bom Senhor Jesus dos Passos. Desde 2014 a Fundação Hospitalar Getúlio Vargas, instituição pública de direito privado com sede em Sapucaia do Sul, foi contratada pelo município para assumir a gestão do hospital que passou a atender exclusivamente pelo SUS. A estrutura física da instituição pertence ao município.

Desde o início de 2016 a gestão do hospital é compartilhada entre a prefeitura e a FHGV. É referência para atendimentos de urgência e emergência, saúde mental e traumatologia para a 13ª CRS, com exceção desta última especialidade para os municípios de Santa Cruz do Sul e Venâncio Aires.

O serviço de comunicação do Hospital está centralizado em Sapucaia do Sul na região metropolitana de Porto Alegre, e conta com dois jornalistas, um publicitário e uma estagiária de publicidade e propaganda. O gestor de comunicação da FHGV é publicitário e está na Fundação há dois anos. Essa equipe é responsável pela comunicação do Hospital Regional do Vale do Rio Pardo e de todas as demais unidades sob gestão da FHGV¹⁰. O serviço responde ao Diretor Geral da FHGV. O site da FHGV possui um espaço onde são colocadas as fotos dos bebês que nascem em todas os hospitais da Fundação mas sem um trabalho sistêmico, é algo eventual quando as equipes locais enviam fotos.

O quarto hospital do estudo é o Hospital Vera Cruz, existe desde 1928, quando era denominado Hospital Teresa. Desde 1997 está sob gestão da Fundação de Saúde Dr. Jacob Blész. Está pleiteando a referência regional em retaguarda clínica, que recebe o paciente que realiza um procedimento em um hospital de referência e, após, é encaminhado para o hospital de retaguarda clínica para concluir a sua recuperação ou para doentes que precisam de cuidados paliativos.

O Hospital não dispõe de um setor específico para a comunicação. A Coordenadora de Desenvolvimento Humano, que tem formação em relações públicas, tem entre suas atribuições as demandas de comunicação interna e externa. Ela possui especialização em gestão de pessoas e trabalha na instituição há 16 anos.

¹⁰ Além do Hospital Regional do Vale do Rio Pardo a FHGV faz a gestão do Hospital Getúlio Vargas, Serviço de Pronto Atendimento e Serviço Móvel de Urgência (SAMU) de Sapucaia do Sul, Hospital de Tramandaí, Hospital de São José do Norte, Unidade de Pronto Atendimento de Pelotas, Viamão e Lajeado. Informação disponível em: <<http://www.fhgv.com.br/home/contatos/>>. Acesso em: 09 ago.2016.

Esse trabalho de comunicação está presente desde o ano 2000 e responde ao diretor administrativo. Realiza o trabalho de fotografar os bebês recém-nascidos e publicar no site do hospital mediante autorização dos pais.

Quanto ao perfil dos gestores administrativos dos hospitais, do HSC, HAN e HVC são homens, com curso superior, especialização em gestão empresarial ou gestão hospitalar e possuem 5 anos, 25 anos e 18 anos de experiência na área hospitalar, respectivamente. A gestora administrativa do HRVRP tem formação superior em logística e o curso de administração está em andamento. Ela atua há 20 anos no segmento hospitalar em vários cargos, sendo que como gestora administrativa há três anos.

4.2 Entrevistas e pesquisa documental

Para o estudo foram entrevistados os gestores administrativos e de comunicação dos hospitais por entender-se que esses profissionais, considerando a hierarquia do cargo, poderiam trazer as informações adequadas para a pesquisa. As oito entrevistas foram agendadas por e-mail ou telefone e sete realizadas pessoalmente e individualmente com uso de gravador de áudio nos meses de junho, julho e agosto de 2016. Com exceção da entrevista do Diretor Administrativo do Hospital Vera Cruz realizada por e-mail em função da indisponibilidade de agenda do entrevistado para encontro presencial (Apêndices B e C). Foram coletados os Termos de Consentimento Livre Esclarecido para todas as entrevistas (Apêndice D).

Para May (2004), a entrevista traz importantes compreensões, experiências e opiniões das pessoas que enriquecem a pesquisa social. O principal objetivo dessas entrevistas foi compreender a comunicação hospitalar, as mediações presentes nessa comunicação e também identificar a presença dos conceitos de comunicação pública.

Optou-se por identificar o nome das instituições e os cargos dos profissionais que concederam as entrevistas por entender que o conteúdo da entrevista representa o posicionamento da instituição que ele representa através do cargo que ocupa. Dessa forma estão identificadas da seguinte maneira:

Quadro 03 - Identificação dos entrevistados

Gestor HSC = Diretor Administrativo Hospital Santa Cruz	Comunicação HSC = Coordenador de Comunicação HSC
Gestor HAN = Diretor Executivo Hospital Ana Nery	Comunicação HAN = cargo de Analista HAN
Gestor HRVRP = Diretor Administrativo Hospital Regional do Vale do Rio Pardo	Comunicação HRVRP = Coordenador de Comunicação HRVRP
Gestor HVC = Diretor Administrativo Hospital Vera Cruz	Comunicação HVC = Coordenador de Desenvolvimento Humano

Fonte: Elaborado pela autora da pesquisa em 2016.

Utilizou-se a pesquisa documental para buscar subsídios para compreender a comunicação desses hospitais com acompanhamento de jornais locais e regionais, sites das instituições, jornais e revistas institucionais, releases e nas redes sociais dessas instituições. Esse acompanhamento, no entanto, não caracteriza análise de conteúdo. Minayo (1994), enfatiza que a seleção dos aspectos de interesse junto a fonte documental garante controle e domínio do conteúdo.

Para a interpretação dos dados coletados relativos à comunicação pública foram elencadas categorias de análise. De acordo com Ana Lúcia Romero Novelli, “para o caso de respostas abertas, é preciso criar um sistema de categorias que tenha a capacidade de agrupar de forma sintética todo o rol de expostas oferecidas” (NOVELLI, 2006, p.177). As categorias estabelecidas para análise se relacionam com o objeto de pesquisa a partir de Zémor (1995), para o qual a comunicação pública se configura a partir das premissas de: interesse público, divulgação dos serviços, transparência e diálogo com o público.

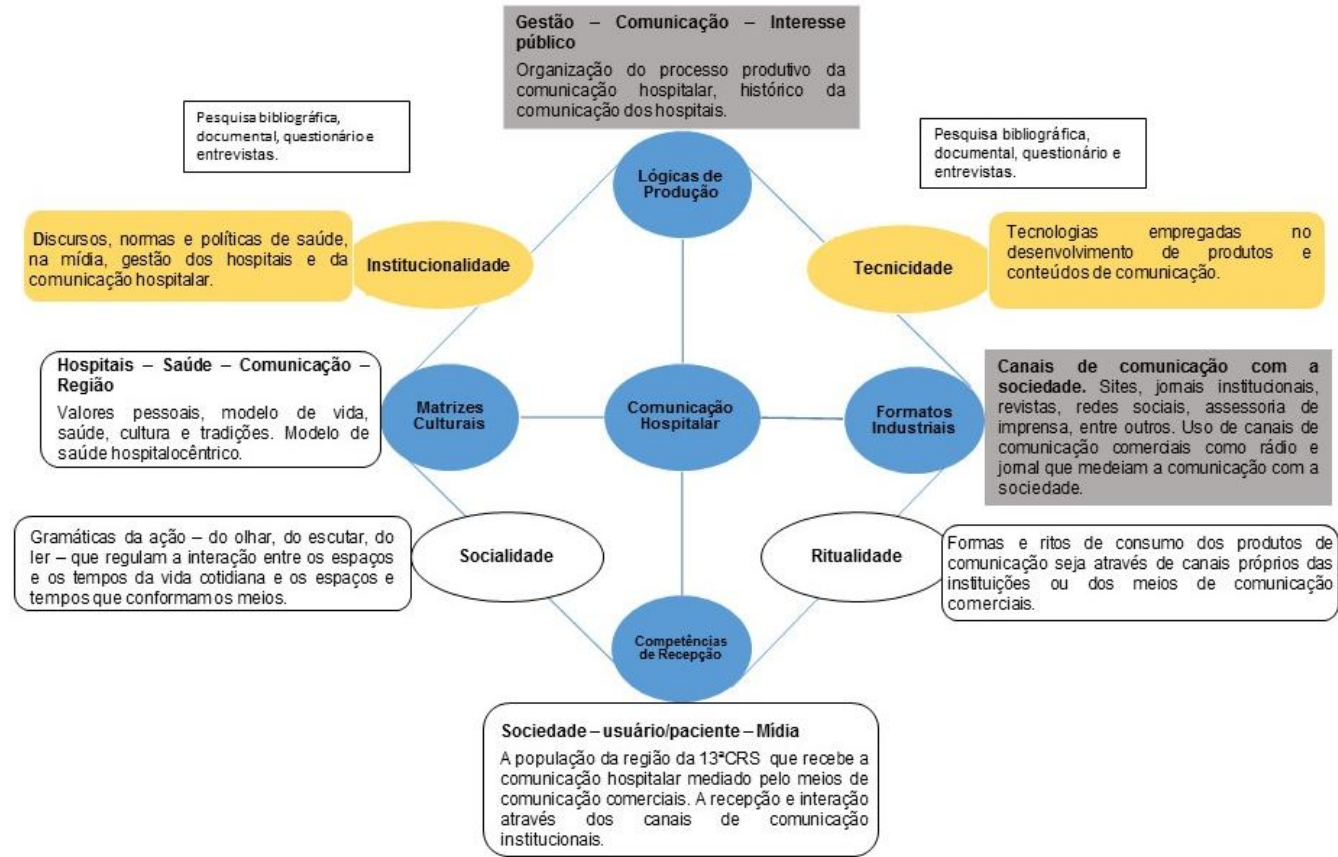
Fez-se uso da proposta teórico-metodológica de Martín-Barbero (2003), através do mapa das mediações para compreender as mediações presentes nas lógicas de produção e produtos industriais da comunicação hospitalar. Para compreender as lógicas de produção, buscaram-se as informações sobre os serviços de comunicação das instituições, profissionais envolvidos, estrutura disponível, políticas de comunicação, histórico da condução da comunicação, entre outros aspectos. Os Formatos Industriais compreendemos como as mídias e seus formatos, entre os gêneros como o jornalismo, publicidade e marketing – que estão sendo usadas pelos hospitais para efetivar a sua comunicação e também o que está presente no seu conteúdo.

A mediação da institucionalidade é entendida como sendo a que diz respeito a regulação dos discursos, que dá conta das relações de poder dos grupos sociais, políticos e econômicos na instância da produção dos meios. A institucionalidade do Estado está presente na saúde e nos hospitais através da legislação, normas e condutas que orientam o setor.

Já a tecnicidade é a mediação que está ligada à capacidade que os meios têm de inovar tecnicamente seus formatos, à sua competitividade tecnológica ou industrial. Ela é responsável por tornar visíveis todas as formas de inovações que permeiam o âmbito da produção, as quais irão afetar os seus discursos e formas, além dos modos de perceber e sentir os receptores (JACKS, 2008).

A figura 05 foi desenvolvida pela autora para indicar o caminho percorrido para compreender o processo produtivo da comunicação e suas mediações.

Figura 05 – Mapa metodológico da pesquisa



Fonte: Elaborado pela autora a partir de: MARTÍN-BARBERO, Jesús (2003).

4.3 Contextualização da mídia regional

A comunicação desenvolvida pelos hospitais tem forte interação com a mídia local e regional. Dessa forma trazemos uma breve apresentação da mídia dos municípios onde estão sediados os hospitais em estudo, Santa Cruz do Sul, Rio Pardo e Vera Cruz, como subsídio para compreender esse relacionamento com a mídia da região.

O município de Santa Cruz do Sul é o maior entre os que integram a 13ª CRS e também dos municípios do Vale do Rio Pardo, nomenclatura proposta pelo IBGE. É um polo regional na área econômica com a concentração de indústrias, comércio e diversos serviços especializados. O destaque econômico se dá a partir da concentração de indústrias multinacionais de tabaco (DORNELLES, 2015).

A maioria da população da Região estava concentrada na área urbana, notadamente, na sede dos municípios. Também foi possível verificar o aumento da população adulta e idosa em toda Região, bem como, a diminuição da população de jovens. O IDH, positivamente, aumentou em uma taxa de crescimento de 18,03%. E o município de Santa Cruz do Sul mostrou-se bastante atrativo para trabalhadores e estudantes, bem como um pólo regional educacional de significativa importância (DORNELLES, 2015, p.18).

Santa Cruz do Sul também é um polo regional na área da saúde pois abriga três hospitais, sendo dois de médio e um de grande porte, com atendimentos em âmbito regional, a UNISC onde são oferecidos 10 cursos superiores e dois técnicos na área da saúde¹¹, faculdades e instituições com cursos técnicos na área da saúde, clínicas e consultórios de várias especialidades médicas que atendem pacientes de vários municípios do entorno. O município abriga instituições de âmbito regional como o Consórcio Intermunicipal de Serviços (CISVALE)¹² que é multifuncional e tem entre

¹¹ Medicina, Enfermagem, Biomedicina, Nutrição, Fisioterapia, Psicologia, Odontologia, Farmácia, Educação Física e Serviço Social. Residência médica em Cirurgia Geral, Clínica Médica, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia, Medicina de Família e Comunidade. Cursos técnicos de Enfermagem e Radiologia. Informação disponível em: <<http://www.unisc.br/pt/cursos/todos-os-cursos#graduacao>>. Acesso em: 03 nov.2016.

¹² Na área da saúde administra o Centro Regional de Especialidades Médicas onde presta atendimentos de consultas médicas especializadas e de serviços auxiliares, diagnósticos e tratamentos de média e alta complexidade. O CISVALE foi criado em 2005 sendo um dos objetivos atender as demandas de saúde mais complexas na região para evitar o deslocamento para Porto Alegre. Informação disponível em: <<http://cisvalerp.com.br/>>. Acesso em: 03 nov.2016.

suas atribuições coordenar serviços de saúde, a Associação dos Municípios do Vale do Rio Pardo (AMVARP) e Conselho Regional de Desenvolvimento (COREDE).

O município sedia a mídia de abrangência regional e foi o pioneiro na implantação da imprensa nessa região. O jornal Kolonie, editado inicialmente em alemão surgiu em 1891, sendo em 1954 incorporado pelo Jornal Gazeta do Sul. A rádio Santa Cruz AM 550, passou a operar em 1946, a partir de Santa Cruz do Sul, com enfoque regional.

O pioneirismo do jornal Kolonie e depois Jornal Gazeta do Sul foi se consolidando ao longo do tempo com a expansão das mídias que atualmente integram o Grupo Gazeta de Comunicações. A sede principal do Grupo fica na área central da cidade, de onde opera com cobertura regional: o Jornal Gazeta do Sul, Portal Gaz, Editora Gazeta, Rádio Gazeta AM 1.180 e Rádio Gazeta FM 101.7. Em Rio Pardo atua com a Rádio Rio Pardo AM 790. Em Sobradinho está presente com o Jornal Gazeta da Serra e Rádio Gazeta FM Sobradinho 98.1 que atuam na região serrana do Vale do Rio Pardo.

A Igreja Católica por meio da Diocese de Santa Cruz do Sul opera com a Rádio Santa Cruz adquirida em 2002. A rádio atua em âmbito regional com forte penetração na área rural dos municípios do entorno. O Riovale Jornal circula em Santa Cruz do Sul com jornal impresso trissemanal há 40 anos. Outro jornal é O Estado Gaúcho, que defende, entre outras causas, a separação do Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Paraná do restante do País, sendo vendido nas bancas e divulgado através do Facebook sem periodicidade definida.

A UNISC conta com um canal de televisão que pode ser acompanhado na televisão a cabo Net pelo canal 15. No município também atua uma emissora de rádio comunitária. O jornal Correio do Povo, de circulação estadual, dispõe de um correspondente no município e que produz materiais no âmbito do Vale do Rio Pardo.

Em Santa Cruz do Sul também está presente a sucursal da RBS TV, pertencente ao Grupo Rede Brasil Sul¹³, afiliada da Rede Globo no Rio Grande do Sul e em Santa Catarina. A RBS TV Santa Cruz abrange os municípios do Vale do Rio

¹³ O Grupo RBS possui os jornais Zero Hora com circulação estadual, Diário Gaúcho com atuação na região metropolitana de Porto Alegre, Jornal O Pioneiro em Caxias do Sul e Diário de Santa Maria em Santa Maria. As rádios são: Gaúcha, Atlântida, Itapema FM, Farroupilha, CBN, CBN Diário e Rádio Rural. Informação disponível em: < <http://www.gruporbs.com.br/quem-somos/areas-de-atuacao/> >. Acesso em: 30 set. 2016.

Pardo, Vale do Taquari¹⁴ e o município de Cachoeira do Sul. A programação local está restrita ao programa Jornal do Almoço que vai ao ar de segunda-feira a sábado ao meio dia com poucos minutos de duração. Do mesmo Grupo, a Rádio Atlântida, também atua a partir de Santa Cruz do Sul, onde concentra a programação regional para o Vale do Rio Pardo e Taquari.

O Grupo Arauto, com sede em Vera Cruz, iniciou com Jornal Arauto em 1986 e expandiu sua atuação. Em 2011 inaugurou a Rádio Arauto, com rápida aceitação do público e, em setembro de 2016, lançou o Portal de notícias Arauto. A Rádio Arauto possui uma ampla área de alcance mas atua comercialmente em Vera Cruz e Santa Cruz do Sul. Já Rio Pardo possui um jornal local, o Jornal de Rio Pardo e duas rádios: a Rádio Mais FM e Rádio Rio Pardo, esta segunda que integra o Grupo Gazeta de Comunicações.

No quadro 04 é possível visualizar os veículos de comunicação que atuam nos três municípios onde estão sediados os hospitais em estudo. Esse levantamento reforça a posição de Santa Cruz do Sul como polo de mídia, assim como de saúde, para essa região.

¹⁴ O Vale do Taquari é composto pelos municípios: Anta Gorda, Arroio do Meio, Arvorezinha, Bom Retiro do Sul, Canudos do Vale, Capitão, Colinas, Coqueiro Baixo, Cruzeiro do Sul, Dois Lajeados, Doutor Ricardo, Encantado, Estrela, Fazenda Vila Nova, Forquetinha, Ilópolis, Imigrante, Lajeado, Marques de Souza, Muçum, Nova Brésia, Paverama, Poço das Antas, Pouso Novo, Progresso, Putinga, Relvado, Roca Sales, Santa Clara do Sul, Sério, Tabai, Taquari, Teutônia, Travesseiro, Vespasiano Corrêa e Westfália. Os municípios estão vinculados a 16ª CRS sediada em Lajeado. Informação disponível em: < <http://www.cicvaledotaquari.com.br/portal/index.php/cic-vt/o-vale-do-taquari/>>. Acesso em: 06 out.2016.

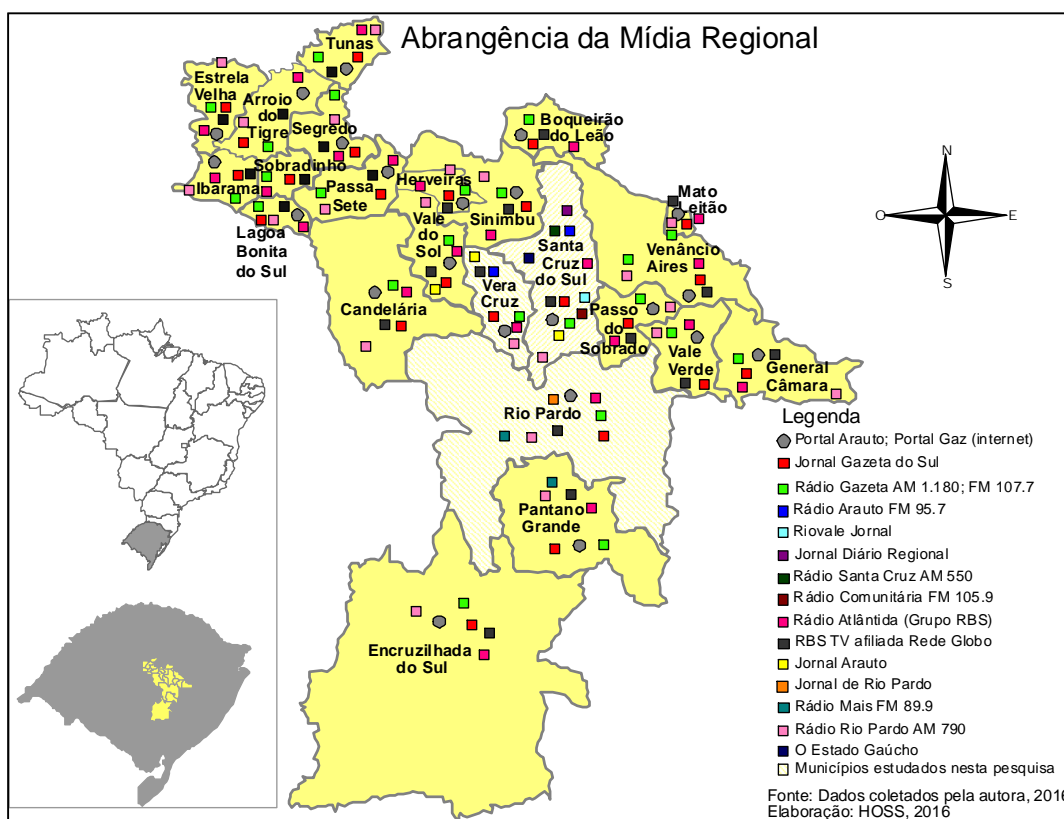
Quadro 04 - Relação de veículos de comunicação por município e abrangência

Município	Veículo	Abrangência
Santa Cruz do Sul	Jornal Gazeta do Sul	Vale do Rio Pardo
Santa Cruz do Sul	Rádio Gazeta AM 1.180	Vale do Rio Pardo
Santa Cruz do Sul	Rádio Gazeta FM 101.7	Vale do Rio Pardo
Santa Cruz do Sul	Portal Gaz	Internet
Santa Cruz do Sul	Riovale Jornal	Santa Cruz do Sul
Santa Cruz do Sul	O Estado Gaúcho	Santa Cruz do Sul
Santa Cruz do Sul	Rádio Santa Cruz AM 550	Vale do Rio Pardo
Santa Cruz do Sul	Rádio Comunitária FM 105.9	Santa Cruz do Sul
Santa Cruz do Sul	Rádio Atlântida (Grupo RBS)	Vale do Rio Pardo e Taquari.
Santa Cruz do Sul	RBS TV – afiliada Rede Globo	Vale do Rio Pardo, Taquari e região de Cachoeira do Sul.
Vera Cruz	Jornal Arauto	Vera Cruz, Santa Cruz do Sul e Vale do Sol.
Vera Cruz	Rádio Arauto FM 95.7	Santa Cruz e Vera Cruz.
Vera Cruz	Portal Arauto	Internet
Rio Pardo	Jornal de Rio Pardo	Rio Pardo
Rio Pardo	Rádio Mais FM 89.9	Rio Pardo e Pantano Grande.
Rio Pardo	Rádio Rio Pardo AM 790	Vale do Rio Pardo

Fonte: Informações coletadas e organizadas pela autora da pesquisa em outubro de 2016.

Apenas a RBS TV e Rádio Atlântida integram um conglomerado de mídia de maior porte, que inclui o Rio Grande do Sul e Santa Catarina, sendo que os demais veículos pertencem a empresas locais com atuação na região. Na figura 06 é possível visualizar a abrangência dos veículos de comunicação dos municípios onde estão sediados os hospitais em estudo. Além destes veículos, atuam no Vale do Rio Pardo, outras rádios e jornais em âmbito local ou nos municípios próximos.

Figura 06 – Veículos de comunicação dos municípios de Rio Pardo, Santa Cruz do Sul e Vera Cruz.



O Grupo Gazeta, principalmente, por meio do Jornal Gazeta do Sul, tem forte penetração na região pois circula em todos os 22 municípios do Vale do Rio Pardo com uma tiragem de 16 mil exemplares impressos nos dias de semana e 18 mil nos finais de semana além da versão eletrônica disponível via internet. O poder econômico do grupo, a centralidade da sua localização em Santa Cruz do Sul e a atuação em diversas mídias contribuem para a sua hegemonia (SCHUSTER, 2011).

A concentração da mídia regional em Santa Cruz do Sul também pode ser atribuída ao seu papel político e social nos 139 anos de existência. Na década de 1990, três distritos se emanciparam de Santa Cruz do Sul: Gramado Xavier, Sinimbu e Vale do Sol, mas o município permaneceu como centro de referência para a mídia, saúde e educação. Já município de Herveiras, emancipou-se de Sinimbu na mesma década e Passo do Sobrado do município de Rio Pardo.

Dos hospitais em estudo, três atendem pacientes de várias regiões, o que explica a atenção que dispendem e recebem dos veículos de comunicação de âmbito regional. Com essa apresentação da mídia desses municípios buscamos demonstrar

a centralidade de Santa Cruz do Sul como polo de mídia regional e também de serviços de saúde.

No Brasil, segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad) 2014, do IBGE: 97,1% dos domicílios possuíam televisão, sendo que destes, 36,2% com assinatura de canais pagos. No Rio Grande do Sul, 61,3% das casas estão conectadas a internet. Destes 61,4 conectam a internet a partir do celular.

De acordo com a Pesquisa da Mídia Brasileira 2015, da Secretaria de Comunicação Social da Presidência da República, o rádio está presente em 69,2% dos domicílios no Brasil. As FMs são as emissoras de rádio preferidas para 74% dos brasileiros, enquanto 14% declararam gostar mais das AMs. Apenas 7% dos brasileiros declararam que leem jornal diariamente e 21% leem uma vez por semana. Destes, 79% o fazem na versão impressa.

A distribuição da mídia no território se apresenta de forma diferenciada em cada região em razão das características de cada local. Essas peculiaridades também estão presentes nas lógicas de produção e formatos industriais do processo de produção da comunicação hospitalar.

4.4 Lógicas de produção

A compreensão do funcionamento das Lógicas de Produção mobiliza um tríptico questionamento conforme Martín-Barbero (2013) sobre a **estrutura empresarial** em suas dimensões econômicas, ideologias profissionais e rotinas produtivas; sobre sua **competência comunicativa** – capacidade de interagir com públicos, audiência, consumidores; e muito especialmente **competitividade tecnológica**: usos da tecnologia dos quais depende hoje em grande medida a capacidade de inovar nos formatos industriais.

Compreendemos as dimensões da **estrutura empresarial** ou institucional dos hospitais como a sua constituição enquanto empresa e o reflexo disso nas suas estruturas de comunicação. Os hospitais possuem grandes estruturas físicas para atender as necessidades da atividade, funcionários alocados em escalas de trabalho para atender nas 24 horas do dia e buscam se manter sustentáveis e inserir, na medida do possível, novas tecnologias e condições para atender a população.

As quatro instituições em estudo afirmam que buscam qualificar a gestão do hospital para melhorar os resultados operacionais. O HSC, HAN e HVC atuam com base nos seus planejamentos estratégicos. O HRVRP segue o plano da FHGV mas não possui um planejamento específico para o HRVRP. O HAN participa do Programa Gaúcho de Qualidade e Produtividade (PGQP) e desenvolve o Programa 5s. Todos os hospitais pesquisados possuem comissões internas para tratar temas como melhorias dos processos, segurança, entre outros.

Três hospitais deste estudo são entidades filantrópicas sem fins lucrativos então buscam equilibrar receitas e despesas para manter as instituições em funcionamento e também realizar os investimentos necessários para viabilizar a sua permanência no mercado (Gestor HAN). Já o HRVRP que é totalmente público, atua desta forma há três anos em Rio Pardo, não tem dívidas mas busca restaurar e modernizar a estrutura física e tecnológica que não recebia melhorias há muito tempo. Tem também o desafio de apresentar e convencer os cidadãos que um hospital público tem serviços qualificados (Gestor HRVRP).

A estrutura empresarial dos hospitais tem reflexos diretos na maneira como conduzem a comunicação institucional, a organização que utilizam e os recursos disponíveis. Nas entrevistas ficou evidenciado que, a crise política e econômica, especialmente no Rio Grande do Sul, iniciada em 2015, impactou os serviços de comunicação dos hospitais com a redução de profissionais, de canais de comunicação próprios e de ações de comunicação que demandam recursos financeiros. Apesar das dificuldades do momento, não consideram excluir o serviço de comunicação.

Já a **competência comunicativa** indicada por Martín-Barbero (2003), é o retrato da interação com os diversos públicos da instituição desde pacientes, funcionários, imprensa, poder público, sindicatos, entre outros. Os hospitais em estudo passaram a contar com o serviço de comunicação a partir de meados dos anos 2000. Destes, três contam com profissionais graduados em comunicação social na coordenação, sendo que três deles possuem título de especialização e mais de seis anos de experiência na área de comunicação e saúde.

A competência comunicativa pode ser reflexo da estrutura empresarial dos hospitais, pois as instituições que atendem pacientes no âmbito público e privado, possuem estruturas de comunicação há mais tempo e atribuem a esse setor a tarefa de dar visibilidade para suas atividades. O serviço ou setor de comunicação possui nomenclaturas diferentes conforme à instituição e um ponto em comum é que estão

posicionados no organograma das instituições ligados à direção. Possuem amplo acesso aos gestores e referem que isso é importante para a fluidez e bom resultado do trabalho.

A estrutura física dos setores de comunicação também está situada próxima a direção dos hospitais, ao lado ou pelo menos no mesmo andar. A disposição interna é similar em todos os locais, onde as equipes trabalham juntas em uma sala que lembra a disposição de mesas das redações de veículos de comunicação. No HVC a gestora trabalha em uma sala individual mas afirmou que em breve deve estar em uma sala ampla com os demais profissionais da área de recursos humanos.

Os serviços de comunicação fazem a gestão da comunicação dos hospitais quanto à comunicação interna que engloba funcionários, prestadores de serviços, pacientes, entre outros. Também são responsáveis pela comunicação externa como relacionamento com a imprensa, eventos e a gestão dos canais de comunicação. No HVC atende ainda a ouvidoria e recursos humanos e no HAN o Serviço de Relacionamento com o Cliente. Neste estudo nos detivemos apenas na comunicação externa a partir dos serviços de comunicação.

O serviço de comunicação dos hospitais dispõe apenas de um orçamento fixo para manter as suas atividades básicas e a cada nova necessidade, projeto ou ação precisa verificar a disponibilidade de recursos para a execução. As dificuldades vivenciadas no setor da saúde são apontadas como um forte entrave para o trabalho da comunicação que acaba sendo alvo da redução de recursos por parte das instituições. Essa situação também se reflete no planejamento da comunicação que, quando é realizado, dificilmente é implementado integralmente pois não existem recursos disponíveis.

As políticas de comunicação dos hospitais estão alinhadas com os planejamentos estratégicos das instituições. Os gestores de comunicação do HSC e HVC fazem referência a este plano estratégico como sendo o norteador do trabalho desenvolvido. O HAN afirma realizar um plano estratégico anual para a comunicação, mas excepcionalmente em função da crise econômica, em 2016 não foi elaborado. O HRVP, segue um plano geral da FHGV, mas não possui um planejamento individualizado para a instituição.

As diferentes políticas de comunicação das instituições podem ser observadas na forma de se referir ao público. Em um hospital os pacientes são chamados de

usuários e em outro de clientes. Em um local os funcionários são relacionados como colaboradores em outro de trabalhadores.

É unânime o reconhecimento da importância da comunicação para os hospitais por parte dos gestores administrativos.

Na minha avaliação é um serviço de extrema necessidade. Precisamos ter uma forma de nos comunicar com os diversos segmentos de comunicação seja escrita, falada, é muito importante pois ele consegue colocar dentro de uma linguagem que seja simples, adequada para nos relacionarmos com o público externo, principalmente os usuários, principalmente em momentos críticos (Gestor HSC).

Para o Gestor do HVC “a comunicação é muito importante, pois aproxima ou não as pessoas e trabalha a imagem da empresa na comunidade”. O Gestor do HAN define a comunicação como “fundamental”. Conforme a Gestora do HRVRP “é muito importante e é um trabalho que não para nunca”.

A competência comunicativa e o esforço da comunicação hospitalar também está em conquistar o apoio e reconhecimento da sociedade sobre a importância do trabalho dos hospitais e as dificuldades que enfrentam uma vez que trabalham com recursos públicos e recebem doações da comunidade. “As pessoas querem saber onde está sendo aplicado o recurso da saúde [...] a gente precisa sempre estar dando esse retorno. A gente não pode nunca quebrar esse vínculo pois o hospital precisa da participação da comunidade” (Comunicação HVC).

As entrevistas e a pesquisa documental revelaram que os três hospitais filantrópicos destacam em seus veículos de comunicação a busca por doações da comunidade, seja em dinheiro, alimentos, materiais ou serviço voluntário. A sociedade tem em sua prática cultural o auxílio às entidades filantrópicas e assistenciais desde a fundação desses hospitais que surgiram a partir de entidades religiosas ou de mobilizações das comunidades.

A sociedade acompanha as notícias relativa aos hospitais pelos canais de comunicação das instituições e também pela imprensa. A Gestora de Comunicação do HVC e o Gestor do HSC relatam que as pessoas que circulam no hospital, na condição de usuário ou visitante, afirmam ter conhecimento de fatos relativo ao hospital através do rádio, jornal e Site. Os hospitais demonstram preocupação em como a sociedade está percebendo a sua imagem e comunicação. A maioria das

iniciativas de comunicação é realizada por meio da mídia e não dirigidos à um público específico.

A rotina do serviço de comunicação é centrada na atuação do profissional de comunicação pois ele recebe as demandas e também é o principal articulador de pautas e ações. Os Gestores de Comunicação revelaram possuir autonomia para conduzir a maior parte das atividades da área, sendo os gestores das instituições informados, e em alguns casos, consultados sobre os procedimentos. Essa autonomia é apontada como resultado do longo tempo de atuação no segmento e ao relacionamento de confiança desenvolvido.

Os layouts para materiais como cartazes, faixas, selos e banners são desenvolvidos internamente pelas equipes de comunicação ou pelos fornecedores que farão a impressão dos mesmos. O HSC, que publica um jornal institucional, e o HVC uma revista, vendem anúncios publicitários nessas publicações para cobrir o custo da impressão.

Os gestores de comunicação afirmam que as demandas da imprensa são tratadas como prioridade em função da rotina específica desses veículos. Além das pautas proativas dos hospitais a imprensa também faz busca de informações. Os serviços de comunicação dedicam pouco tempo para avaliação e mensuração dos resultados alcançados. Um dos hospitais faz um compilado anual com informações sobre as atividades realizadas no ano anterior e disponibiliza para a direção do hospital. Outros relatam que acompanham parcialmente as informações divulgadas na imprensa sobre a instituição, focando em alguns veículos de maior interesse. Essa postura pode ser atribuída há vários fatores como o segmento que está inserido e equipes de trabalho enxutas, entre outros aspectos.

O foco das ações de comunicação, nos três hospitais filantrópicos, no momento das entrevistas realizadas para esta pesquisa, estava voltado para a divulgação dos serviços de saúde que os hospitais disponibilizam, como laboratório de análises clínicas, exames de imagem como raio x, ecografia, tomografia, endoscopia, entre outros. O objetivo é atrair pacientes de planos de saúde, pois é uma maneira de aumentar os ganhos dos hospitais.

Nós estamos trabalhando na comunicação para mudar a imagem da instituição. Nós queremos mudar uma marca que existe que o nosso hospital tem de que é um hospital SUS. Nós somos um hospital com alta resolutividade, que trabalha com alta complexidade, tem serviços de qualidade e atende convênios. A maneira que nós temos para nos comunicar

nesse momento é via imprensa. [...] a diretriz nesse momento é sempre utilizar os meios de comunicação de uma forma a estar induzindo a publicação sem custo, comunicação espontânea (Gestor HSC).

Em julho de 2016 os atendimentos aos pacientes no Hospital Santa Cruz foram 85% via SUS. O HAN atendeu no ano de 2015, em média, 68,44% dos pacientes pelo SUS. Já o HVC, atende em média, 85% dos pacientes pelos SUS todos os meses. Os valores defasados pagos pelo SUS aumentam o endividamento dos hospitais como é constantemente publicizado pela imprensa e reforçado pelas instituições. A realidade da maioria dos hospitais consiste no atendimento de pacientes pelos SUS, planos de saúde e pacientes que pagam por serviços de forma particular. Essa dualidade entre público e privado está presente no dia a dia dos hospitais que buscam o paciente de plano de saúde e privado/particular, por meio dos quais os procedimentos são melhor remunerados, para diminuir o déficit causado pelos valores pagos pelos procedimentos via SUS que não são reajustados há 20 anos e tiveram cortes de incentivos públicos. “Essas questões levam à problematização das dimensões políticas e econômicas que envolvem o par público-privado e, junto com este, os demais binômios existentes” (CALIXTRE e FILHO, 2014, p.614). O Estado-Nação não consegue prover a estrutura de saúde necessária integralmente então busca as instituições filantrópicas ou privadas para suprir a demanda da população.

Atendemos 85% via SUS. Esse volume de atendimento pelos SUS nós vamos buscar adequar. A legislação estabelece que nós devemos atender 60% dos pacientes via SUS. Nós estamos muito acima. Estamos trabalhando para ficar dentro do limite que a lei estabelece. Em 2015 reduzimos 14 leitos do SUS (Gestor HSC).

As dificuldades financeiras dos hospitais se acentuaram em 2016 com o atraso, por parte do Estado do Rio Grande do Sul, no pagamento de serviços já prestados. O HAN demitiu funcionários e houve atraso no pagamento de salários. No HVC também aconteceu atraso no pagamento dos salários, greve dos funcionários e atraso no pagamento de fornecedores. Em reportagem publicada no Jornal Gazeta do Sul, edição de 29 e 30 de outubro de 2016, o HSC admitiu um déficit no primeiro semestre de 2016 de R\$10 milhões, o HAN possui uma dívida acumulada nos últimos cinco anos de R\$15 milhões e o HVC tem uma dívida de R\$1,5 milhão (BORGES, 2016).

Para Martín-Barbero (2003), a institucionalidade afeta a regulação dos discursos tanto do Estado quanto dos cidadãos. O Estado busca a estabilidade para

a ordem constituída enquanto os cidadãos buscam defender seus interesses e fazerem-se reconhecer, reconstruindo o social permanentemente. Os diferentes regimes da institucionalidade estão presentes nas discussões que envolvem o SUS e tem a comunicação como aliada para discutir com o Sistema com a sociedade. “A comunicação é uma questão de meios, de produção de discursos públicos, cuja hegemonia encontra-se paradoxalmente do lado dos interesses privados” (MARTÍN-BARBERO, 2003, p.18).

Os três hospitais filantrópicos pesquisados integram a Federação das Santas Casas e Hospitais Benéficas, Religiosos e Filantrópicos do Rio Grande do Sul¹⁵ como forma de negociarem conjuntamente as suas demandas com o governo do Estado. A entidade tem realizado ações como protestos, colocação de cartazes e faixas nos hospitais para chamar a atenção da sociedade para as dificuldades dos hospitais e da saúde pública. A institucionalidade dos hospitais busca se fortalecer em um grupo para ser mais representativa frente ao Estado.

Em alguns momentos os hospitais são aliados, como nas mobilizações em busca de recursos, em outros, afloram questões concorrenciais em razão de posições mercadológicas, especialidades médicas e convênios. “A luta existe dentro das especialidades em que eu estou habilitado. Tu não mexe comigo, que eu não mexo contigo, é mais ou menos assim” (Gestor HSC). Cada instituição procura se qualificar e diferenciar para estar no mercado.

Queremos que as pessoas saiam daqui falando bem do Hospital. Por que percebemos que essa é uma maneira de nos mantermos no mercado. Se não trabalharmos forte isso os grandes nos engolem. Por que nós somos pequenos e não temos uma resolutividade para competir com os hospitais de ponta (Comunicação HVC).

A maneira de se colocar para o mercado e se diferenciar um dos outros, principalmente, para buscar atender pacientes de planos de saúde e outros que pagam por serviços de forma particular mobiliza as instituições no âmbito da comunicação. Buscam divulgar seus diferenciais tecnológicos e as comodidades de hotelaria como: quarto privativo com antessala, televisão por assinatura, micro-ondas,

¹⁵ A entidade representa 245 instituições hospitalares do RS, detentoras de mais de 75% do atendimento pelo SUS ao cidadão gaúcho. Em 197 municípios do Estado, existe apenas um hospital e este, é filantrópico. Informação disponível em: < <http://www.federacaors.org.br/contents/detail/4>>. Acesso em: 15 ago. 2016.

ar condicionado, internet grátis, salão de beleza e serviços de fotógrafo para o momento de nascimento dos bebês.

O hospital acabou vinculado como o depositário das práticas médicas hegemônicas que tem na medicina científica e tecnológica seu aspecto mais emblemático. Acaba criando no senso comum a imagem-objeto, mesmo que não intencionalmente, que põem a saúde pública em torno da relação medicina pobre para pobres, com poucas possibilidades de êxito, baixa resolutividade e dificuldade de acesso. Na outra ponta, está a medicina hegemônica, assistencial e curativa, ou seja, quase seu par oposto (CALIXTRE e FILHO, 2014, p.620).

Em uma outra perspectiva, o HRVRP busca por meio da comunicação, conscientizar a sociedade de que o SUS é viável e tem condições de oferecer um atendimento de qualidade e humanizado. Isso é necessário em função do estranhamento da população em relação à proposta de um hospital que atenda somente pelo SUS pois é o único da região com esta forma de atuação.

Queremos comunicar que somos um hospital 100% SUS e prestamos um serviço de qualidade. Hoje buscamos dizer para as pessoas que todas serão atendidas aqui independente de ter algum convênio ou não (Gestora HRVRP).

Os moradores do município de Rio Pardo que possuem planos de saúde privados são atendidos da mesma forma, porém pelo SUS. Caso queiram usar o convênio precisam buscar atendimento em outro município. As gestantes residentes em Rio Pardo que desejarem usar o plano de saúde no parto, por exemplo, devem se deslocar para os municípios vizinhos para o nascimento do bebê. Da mesma forma os médicos que atuam no HRVRP podem fazê-lo apenas pelo SUS. A força da institucionalidade do Estado se faz presente nessa forma de atuação da saúde pública que trouxe impactos para a população, médicos e os demais atores da rede pública.

O posicionamento dos hospitais nas relações com os demais agentes da saúde no âmbito da comunicação evidencia a postura dessa instituição e também os problemas presentes na organização do SUS (institucionalidades). Não existe, no âmbito da comunicação, uma cooperação entre os órgãos de saúde da região para tratar de temas de interesse da sociedade segundo os entrevistados.

Algumas situações que poderiam ser evitadas se houvesse uma comunicação alinhada. [...] o que tem ocorrido é que muitas vezes a gente entra para tentar esclarecer alguma situação depois que o tumulto está criado. Não existe essa parceria mas acho que seria interessante ter um

comitê local e trabalhar conjuntamente. Muitas vezes algumas informações que são divulgadas saem por iniciativa do hospital através da nossa assessoria de comunicação (Gestor HSC).

Na rede básica, os serviços de saúde estão organizados por equipes e orientados para o trabalho de multiprofissionais que estão alocados nos bairros e na área rural dos municípios. Segundo os Gestores Administrativos do HSC e HAN a comunicação entre a gestão da rede básica e os hospitais não é adequada.

O que acontece muitas vezes é que ficamos sabendo de algumas situações pelos meios de comunicação que poderiam ter chegado até nós antes para que a gente pudesse dar um retorno melhor para a nossa população. Em outros momentos a gente precisa correr atrás da informação para poder repassá-la para quem de direito. Acho que isso é um ponto que poderia ser melhorado em âmbito municipal e principalmente estadual (Gestor HAN).

Para Jacks (2008), a mediação da institucionalidade se apresenta nos discursos públicos carregados de interesses e poderes contraditórios mas que tendem à homogeneidade. Essa dificuldade de comunicação apontada pelos Gestores dos Hospitais também se evidencia nas relações com os governos que mudam a cada quatro anos e influenciam no andamento dos serviços e projetos da saúde pública conforme sua orientação político partidária.

Hoje há poucos programas fixos como a vacinação, por exemplo, já está institucionalizado a nível federal, estadual e municipal, mas outros mudam conforme a ideia de quem está assumindo. Deveria ter uma continuidade pois o resultado para a saúde da população seria muito melhor, muito mais eficaz e com certeza com menor custo (Gestor HAN).

A força da institucionalidade do Estado, nos âmbitos federal, estadual e municipal, está presente a todo momento na realidade e nas falas dos entrevistados. Como os hospitais são contratados pelo Estado, através dos governos estaduais e municipais para a prestação de serviços de saúde, que deve ser de 60% dos seus atendimentos, conforme a Lei da Filantropia, os hospitais precisam se adequar as normas e regras propostas pelo Estado. “Eles exigem muito e não pagam” (Comunicação HVC).

Assim como o Estado, a sociedade também tem uma estreita relação com a saúde e os hospitais. Essa relação traz traços culturais que se evidenciam na prática de realizar visitas aos familiares e amigos hospitalizados. A maioria das instituições disponibiliza dois horários de visita durante o dia nos turnos de manhã e tarde.

Os profissionais das casas de saúde buscam orientar a população sobre os cuidados ao acessar o hospital, que devem vir fazer visitas somente quando necessário, que o paciente precisa de repouso e quanto mais pessoas circulando maior o risco para o paciente. Nenhum hospital está livre de infecção. “As pessoas muitas vezes não entendem as restrições de visitas e aos riscos que se corre dentro do ambiente hospitalar” (Gestão HSC). A recepção e compreensão da informação sobre as visitas hospitalares é sobreposta pela matriz cultural dominante na comunidade que tem enraizada na sua cultura a importância de visitar familiares e amigos hospitalizados.

No cotidiano não se pode separar a experiência institucional e social. As mediações não acontecem de forma independente pois elas se dissolvem em um mesmo patamar simbólico. Em algumas situações pode ser observada a predominância de uma mediação sobre a outra num processo que aciona posicionamentos e discursos diversos dos sujeitos segundo as circunstâncias (CARDOSO, 2016).

As tentativas de mudanças nesse ritual de visitar pacientes internados nos hospitais despertam resistência das pessoas. Em Vera Cruz, há muitos anos o jornal e a rádio local divulgam, com autorização dos pacientes, a lista de pessoas internadas no hospital. Para diminuir a circulação de visitantes, em situações desnecessárias, o hospital decidiu interromper essa divulgação mas precisou voltar atrás. “Fomos tão pressionados e criticados pela comunidade que tivemos que voltar a fazer. Tem pessoas que escutam aquele horário do rádio para ouvir a relação de pacientes internados. Não queríamos mais fazer isso pois estimula as visitas” (Comunicação HVC).

A força dessa prática cultural se expressa através desse hábito enraizado na vida dessa comunidade. A reação do público que não aceita essa nova política comunicativa a ponto de reverter uma posição institucional reforça o pensamento de Martín-Barbero (2003), que entende que o receptor não é passivo diante das mensagens, mas também um produtor a partir do seu repertório individual.

A comunicação com a sociedade também exige um cuidado importante por parte dos hospitais e dos profissionais de saúde que é a linguagem. Ela precisa ser simples e direta para que todos compreendam. “Usamos material ilustrativo também pois, muitas vezes, as pessoas entendem melhor assim” (Comunicação HVC). Outro

ponto apontado é a dificuldade de comunicação entre médico e paciente que exige, em alguns casos, apoio do hospital.

Em outro extremo há pacientes que, diante desse cenário de amplo acesso as informações proporcionado pela internet (tecnicidade), vem com uma posição proativa e discute com o profissional de saúde sobre seu estado de saúde, exames e tratamentos pois buscou na internet dados sobre seus sintomas ou doenças. Essa possibilidade aberta pelo acesso à novas tecnologias para diversos fins impõe uma nova relação entre médico e paciente proporcionada pela tecnicidade “que opera como um *sensorium* que conecta as inovações com a experiência social. É um novo estatuto social da prática” (MARTÍN-BARBERO, 2003, p.39).

Essa postura impacta na relação entre os profissionais e pacientes que muitas vezes buscam apoio nos serviços de ouvidoria dos hospitais para resolver conflitos. A institucionalidade da Ouvidoria por meio da *práxis* comunicativa medeia a divergência que se estabelece em decorrência de dificuldades de comunicação ou ainda de percepções sociais e culturais antagônicas (MARTÍN-BARBERO, 2003).

Existe também uma imagem pré-concebida que as pessoas carregam de que quando buscam atendimento pelo SUS encontrarão dificuldades. Essa expectativa das pessoas sobre o que vão encontrar ao buscar atendimento de saúde pelo SUS pode ser atribuída à uma construção da realidade de cada indivíduo a partir da sua própria vivência e também da construção da realidade mediada pela mídia.

As mídias se destacam como uma instância ou institucionalidade, no interior de espaço público, que trabalha dotada de competências específicas e que é nomeada como um determinado dispositivo de construção de realidade. “Os meios de comunicação, em especial a televisão, retratam, muitas vezes, negativamente o SUS e, devido a sua abrangência, acaba influenciando as opiniões e conhecimento sobre saúde e doença” (SILVA e ROCHA, 2013, p.12). Esses relatos remetem a experiências residuais do passado quando o sistema de saúde ainda não era universal, ingerências e denúncias de corrupção.

Essa postura reativa das pessoas em um momento em que estão fragilizadas por uma doença colabora, em alguns casos, para momentos tensos nos hospitais e postos de atendimento. Acontece de algumas pessoas procurarem a imprensa para fazer denúncias sobre demora no atendimento e o tratamento oferecido pelos serviços de saúde.

Atendemos muitas reclamações de pessoas sobre demora para agendamento de cirurgias, o que não é responsabilidade do hospital. As vezes as pessoas reclamam da demora do atendimento considerando a ordem de urgência e emergência. As reclamações são pequenas se considerarmos o universo de atendimentos. Mas essa uma reclamação é problemática. Eu sempre falo, nós podemos atender 100 mil pessoas muito bem mas se tivermos problema em um atendimento ele repercute. Então essa pessoa vai reclamar nos jornais, na RBS TV, nas rádios. Então nesse momento é exigido o trabalho da assessoria de comunicação para tentar amenizar e fazer com que essa repercussão não seja negativa (Comunicação HSC).

Os usuários do SUS não tem, muitas vezes, conhecimento sobre a forma de organização do sistema de atendimento nas unidades de urgência e emergência que trabalha com o sistema de classificação de risco por cores¹⁶ gerando momentos de tensão.

Acho que falta orientação e educação sobre saúde para a população por parte dos órgãos públicos. Grande parte dos problemas se dá porque se busca resolver lá na ponta final do processo. As pessoas acabam buscando atendimento no hospital quando poderiam ser atendidas nos postos de saúde. 70% dos atendimentos do nosso serviço de urgência e emergência poderiam ser resolvidos no atendimento básico (Gestor HSC).

Essa situação se repete nos demais hospitais que possuem o serviço de urgência e emergência. O SUS é conhecido por seus problemas e desafios e uma grande parte se deve à forma como os processos comunicacionais se dão na prática do trabalho em saúde. “Os usuários não conhecem a rede de serviços do Sistema e são culpabilizados por lotarem emergências e hospitais” (SILVA e ROCHA, 2013, p.4).

A diretora do HRVRP afirma que atua em cooperação com o município, através da rede básica de saúde, para reverter essa situação que considera um grande desafio. O diálogo entre os atores da saúde pública é fundamental para mudar essa situação.

Temos bastante oportunidade de ter contato com profissionais da rede básica de saúde como os agentes de saúde, visitantes do PIM (Programa Primeira Infância Melhor), porque essas pessoas multiplicam a informação é um caminho importante (Comunicação HVC).

¹⁶ Após o atendimento inicial, o paciente é encaminhado para o consultório de enfermagem onde a classificação de risco é feita nos seguintes níveis: vermelho: prioridade zero – emergência, necessidade de atendimento imediato; amarelo: prioridade 1 – urgência atendimento o mais rápido possível; verde: prioridade 2 – prioridade não urgente; azul: prioridade 3 – consultas de baixa complexidade – atendimento de acordo com a hora de chegada. Informação disponível em:< <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento.pdf>>. Acesso em: 12 ago. 2016.

Os funcionários dos hospitais que atendem diretamente os pacientes recebem grande atenção da direção com ações voltadas à qualificação, valorização e motivação. “É uma tarefa diária muito difícil pois lidamos com pessoas em tratamento, angustiadas, que buscam uma solução que às vezes não temos conforme a gravidade da situação” (Comunicação HVC).

No seu dia a dia os hospitais se relacionam com diversos órgãos governamentais em várias esferas públicas e também empresas privadas de saúde e buscam equilibrar as partes para continuar atuando e atender os pacientes da sua cidade ou região. Esse delicado equilíbrio é constantemente tensionado por questões de ordem econômica, política, midiática, religiosa ou cultural. A comunicação com esses públicos é fundamental e os hospitais tem se apropriado de novas tecnologias para atender essas demandas.

A **competitividade tecnológica**, terceiro ponto do tripé apontada por Martín-Barbero (2003) dentro das lógicas de produção, é voltada à inovação, usos de tecnologias e a competência comunicativa. O uso das redes sociais e canais de comunicação gerados a partir da internet ampliam a comunicação das instituições e possibilitam novas abordagens em diversas escalas.

Se você não está se comunicando com as mídias sociais, está deixando uma parcela cada vez maior da população fora da conversa. Não se trata de mídia social contra imprensa convencional. Esses não são canais concorrentes. Trata-se de um processo cumulativo (SULLIVAN, 2012, p.51).

As redes sociais têm sido usadas pelas instituições na sua comunicação com a sociedade em alguns casos em maior escala e outros com ações mais pontuais. São ferramentas dinâmicas e de baixo custo de implantação e manutenção o que é favorável ao segmento em estudo. Elas representam uma comunicação direta com o público sem a mediação de um veículo de comunicação.

A competitividade tecnológica não se trata apenas das mídias digitais mas também dos meios mais adequados para cada contexto e necessidade. Ao mesmo tempo que as instituições são adeptas dessas novas mídias, as tradicionais como o rádio e jornais mantêm sua posição de destaque regional. O rádio, pela facilidade de acesso tem forte penetração na área rural dos municípios, sendo a tecnologia mais favorável para essa população. Quando a pauta exige uma ampla repercussão o

veículo preferencial dos hospitais é o jornal Gazeta do Sul que publica a informação e depois replica nas outras mídias do grupo que atua em âmbito regional. Por consequência o espaço publicitário do grupo é o mais caro da região.

Em alguns momentos do ano os hospitais realizam anúncios publicitários na mídia impressa. Isso tem acontecido cada vez com menos frequência por uma questão de custo. “Apenas em datas como dia da saúde ou dia do médico” (Comunicação HSC). Essa também foi a resposta do HAN e HVC. Já o HRVRP que afirma que não faz anúncios sendo que publica apenas editais legais obrigatórios.

Em julho e agosto de 2016, após a realização das entrevistas o HAN mudou a posição sobre os anúncios e realizou diversos anúncios publicitários no Jornal Gazeta do Sul sobre a inauguração de um posto de coleta do Laboratório de Análises Clínicas do Hospital no centro da cidade e também referente a uma rifa em benefício do Centro de Oncologia da Instituição. Em outubro de 2016 fez mídia externa com *busdoor* e *outdoors* em pontos da cidade de Santa Cruz do Sul divulgando o Laboratório de Análises clínicas do Hospital.

Dentro das lógicas de comunicação dos hospitais as redes sociais vêm ocupando cada vez mais espaço e com potencial para avançar. As novas tecnologias adotadas são traduzidas nos formatos industriais que cada instituição utiliza para se comunicar com o seu público e que serão abordadas a seguir.

4.5 Formatos industriais

Percorrendo o mapa, chega-se aos **formatos industriais**: discursos, gêneros, programas e grades, que “[...] regulam a interação entre os espaços e tempos da vida cotidiana [...] que implica, da parte dos meios, uma certa capacidade de impor regras aos jogos entre significação e situação” (MARTÍN-BARBERO, 2003, p. 19). Os formatos industriais compreendemos como o conteúdo é formatado para as mídias e transformado em textos jornalísticos, relatórios e post na internet, que estão sendo usadas pelos hospitais para efetivar a sua comunicação.


Todos os hospitais reforçam que buscam informar prioritariamente o público interno para, na sequência, divulgar as informações ou notícias para a sociedade. A Integração, mencionada na pesquisa, é um momento no ato de admissão do funcionário onde ele recebe as informações sobre o hospital, o seu funcionamento, práticas, políticas e sobre a comunicação da instituição. Conforme Duarte (2012),

cada funcionário da instituição é um agente responsável por ajudar o cidadão a saber das informações, ter acesso fácil e compreensão. É preciso dar habilidade e autonomia comunicativa para os agentes de comunicação interna ou interlocutores externos.

Os setores de comunicação do HAN e HVC atendem também as áreas de Qualidade e Ouvidoria, respectivamente. No HAN o setor de Qualidade responde pelo planejamento o estratégico do hospital, PGQP, indicadores internos, padronização de todos os materiais internos, protocolos de enfermagem, auditorias do Ministério da Saúde, Planos complementares, entre outros.

No quadro 05, apresenta-se os serviços de comunicação dos hospitais, quais são as suas atribuições e as atividades que relacionam como de comunicação externa e interna. O que temos descrito no âmbito da comunicação interna são os dados informados pelos entrevistados e que cabe à essas assessorias especificamente. A literatura da área entende como comunicação interna uma série de outras práticas presentes nos hospitais de transmissão de informações e processos de comunicação realizados por meio do setor de recepção, de reuniões internas e sistemas de sinalização interna como placas, cartazes e crachás. Vários meios de comunicação são usados para que o fluxo de comunicação interna seja adequado às necessidades dos hospitais mas que não estão sob a coordenação dos serviços de comunicação e por isso não são mencionadas.

Quadro 05 – Ações de comunicação externa e interna dos hospitais

Hospital	Nome do Setor	Atribuições	Comunicação externa	Comunicação interna
Hospital Santa Cruz 	Assessoria de Comunicação	Comunicação interna e externa	Assessoria de Imprensa, Site, página no Facebook, Twitter, Instagram, Flickr, Youtube, Jornal Institucional, Ouvidoria, Relatório Social,	Jornal Mural, página Facebook, reuniões, Integração no momento da admissão dos funcionários e Ouvidoria

			Eventos e Publicidade	
<p>Hospital Ana Nery</p> 	Comunicação	Comunicação externa, Endomarketing, Qualidade e Serviço de Relacionamento com o Cliente (SRC)	Assessoria de Imprensa, Site, Página no Facebook, Serviço de Relacionamento com o cliente, Relatório Social, Eventos e Publicidade	Jornal Mural, página no Facebook, Integração no momento da admissão dos funcionários, Jornal para funcionários, Reuniões e Intranet
<p>Hospital Regional do Vale do Rio Pardo</p> 	Assessoria de Comunicação	Comunicação interna e externa	Assessoria de Imprensa, Site, página no Facebook, Informativo Institucional, Ouvidoria e Eventos	Jornal Mural, página no Facebook, Integração no momento da admissão dos funcionários, Reuniões, Ouvidoria e Informativo semanal
<p>Hospital Vera Cruz</p> 	Desenvolvimento Humano	Comunicação interna/externa, Eventos, Ouvidoria e Desenvolvimento Humano	Assessoria de Imprensa, Site, Coluna Semanal no Jornal Arauto, Revista Institucional, Ouvidoria, Eventos, Publicidade, Manual do Acompanhante e Cartilha do Recém-nascido.	Jornal Mural, crachás, Integração no momento da admissão dos funcionários, Reuniões e Ouvidoria

Fonte: Elaborado pela autora da pesquisa.

A partir da implantação de serviços de comunicação nos hospitais foram sendo incorporadas ferramentas conforme a necessidade de cada instituição. O site foi adotado no início dos anos 2000 pelo HSC e HAN. O HVC aderiu mais tarde, em 2009. As instituições divulgam notícias, ações institucionais, orientações para pacientes, convênios, procedimentos, informações de contato, publicações, etc. A FHGV possui um site institucional, desde 2009, com uma aba para cada uma das unidades administradas pela instituição. O espaço reservado para o HRVRP contém apenas uma foto da fachada e informações básicas como endereço e telefone.

Seguindo as inovações e tendências das mídias sociais o Facebook alcançou um amplo espaço dentro dos serviços de comunicação. Dos três hospitais que possuem Páginas no Facebook, todos consideram essa mídia como a que consegue ter maior alcance junto aos seus públicos. Esse reconhecimento se deve por vários motivos, entre eles o baixo custo de manutenção e fácil gerenciamento da ferramenta. Ele é utilizado como ferramenta de comunicação tanto institucional, quanto para os conteúdos internos, como divulgação de informações sobre folha de pagamentos, dissídios e ações internas.

[...] antes, as vagas de emprego sempre eram divulgadas no jornal Gazeta do Sul e Riovale Jornal e sempre tinha aquele custo de 300 ou 400 reais cada um. Com o Facebook, a gente passou a divulgar a abertura dessas vagas de emprego no Facebook e o resultado é avassalador, não tem comparação. Tanto que a gente não anuncia mais em jornal pois se pelo jornal chegam 100 currículos para uma vaga por meio do Facebook já tivemos vagas que chegaram até 1mil currículos. A média é 500 ou 600. Sem precisar anunciar em jornal. Então é uma economia para o hospital e influenciou nos custos pois não tem custo manter uma página em uma rede social (Comunicação HSC).

A popularidade do Facebook no Brasil, com 99 milhões de usuários, e o tempo que as pessoas gastam nele diariamente, faz dele um importante canal de interação. Conforme Radwanick (2012), em dezembro de 2011 os visitantes brasileiros passaram em média 4,8 horas no site. “As pessoas querem se conectar com fontes de informação autênticas para que possam ficar bem informadas” (SULLIVAN, 2012, p.60).

Outro aspecto positivo do Facebook mencionado por três entrevistados é a possibilidade de se comunicar com a sociedade sem a mediação dos meios de comunicação. “Quando você envia um release para o jornal você fica na dependência do espaço e da vontade do editor” (Comunicação HSC). A tecnicidade é responsável

por tornar visível todas as formas de inovação que permeiam o âmbito da produção, as quais indubitavelmente irão afetar seus discursos e formas – sua gramática – além dos modos de sentir e perceber seus receptores (MARTÍN-BARBERO, 2002).

A sociedade civil brasileira se organiza cada vez mais para falar diretamente à opinião pública sem intermediários fazendo uso das redes sociais e mídias próprias coordenadas por profissionais de comunicação. Conforme Sant'Anna (2007), os produtos das assessorias de comunicação encontram excelente aceitação, por parte da mídia tradicional, pois além de apresentarem conteúdo satisfatório, por serem gratuitos, se mostram economicamente interessantes às estruturas reduzidas das redações jornalísticas tradicionais. Também sinaliza uma luta pelo espaço público e por se fazer ouvir através da mídia comercial.

Os hospitais são frequentemente procurados pela mídia que buscam informações sobre as instituições e também sobre assuntos ligados à saúde pública. A Assessoria de Imprensa¹⁷ possui um papel central nos hospitais sendo uma das principais atribuições das equipes. Alguns gestores se posicionam de forma defensiva ao falar do relacionamento com a imprensa.

Fazemos uma ação com os meios de comunicação evitando que tenhamos algum encaminhamento de forma inadequada. A gente procura trabalhar para que não seja exposta a instituição. A área da saúde é uma área muito crítica (Gestor HSC).

Essa postura em muitos momentos é compreensível considerando a dimensão que um fato pode tomar via imprensa e a repercussão para os envolvidos, ou ainda, experiências negativas do passado. A gestão de crise é uma tarefa recorrente dos profissionais de comunicação que atuam na área da saúde. Assuntos de gestão considerados internos¹⁸ podem chegar na imprensa e tomar outra dimensão a partir

¹⁷ A assessoria de imprensa tem como função principal estabelecer e manter contato com os jornalistas informando-os sobre as atividades de uma organização, controlar e analisar a informação veiculada e recolher o que vai ser publicado. Sus funções específicas incluem a preparação de sínteses sobre a instituição, sua história, objetivos, políticas de desenvolvimento, estrutura organizacional, posição que ocupa em seu setor, etc. Deverá dispor de relatórios, publicações e outros dados relevantes para jornalistas, bem como de fotografias e material audiovisual. Deve promover as ações da própria organização e adaptar a informação que o jornalista deseja ao que a empresa pretende transmitir, redigir os comunicados de imprensa e toda informação a ser veiculada. Cabe ainda à assessoria de imprensa organizar os diversos arquivos de imprensa e participar da elaboração de estratégias de comunicação da organização em todos os níveis em que ela opera (MOUTINHO, 2001, p.91-92).

¹⁸ Na edição do 20 de maio de 2015 o Jornal Gazeta publicou reportagem onde aborda a denúncia de um médico que estaria sendo impedido pela direção do HSC de atuar na instituição. O médico

da veiculação da notícia ou da reação da sociedade diante do ocorrido. São foco de potenciais danos à imagem da instituição. A crise de imagem constitui um conjunto de eventos “que pode atingir o patrimônio mais importante de qualquer entidade ou pessoa que tenha laços estreitos com o público: a credibilidade, a confiabilidade e a reputação” (ROSA, 2001, p.21.)

[...] pois na nossa área uma informação mal conduzida, mal trabalhada pode levar a um efeito inesperado ou indesejado. É preciso muito cuidado de tentar informar da melhor forma possível com o melhor resultado possível. Eu sempre procuro dar a importância que ela tem, pois depois de ocorrido o problema não adianta tentar corrigir com outros fatos (Gestor HAN).

Em outra perspectiva também é a forma de levar ao conhecimento da sociedade informações de interesse público através de um veículo de comunicação que consegue potencializar o alcance dessa mensagem. A institucionalidade da imprensa é muito forte pois ela informa, mobiliza, mas em outro viés também denuncia e expõe problemas.

Ao interagir com a dinâmica produtiva da mídia, as organizações queixam-se do viés conflitivo e negativo da notícia (FARIA, 2002). Os acontecimentos que viram notícias negativas têm uma ampla cobertura e as conquistas e iniciativas positivas não têm o mesmo espaço, é o comentário comum dos gestores de comunicação. “A imprensa regional nos procura quando a desgraça virou manchete. Daí a busca por notícias ruins é incansável. Mas para divulgar coisas boas não” (Comunicação HVC). Mesmo os profissionais com vários anos de experiência e cientes dos critérios dos fatos para serem notícia se frustram com essa posição. “Eu entendo, é a lógica do mercado” (Comunicação HVC).

Conforme Traquina (2005), os critérios de valor notícia são morte, notoriedade, proximidade, relevância, tempo, novidade, notabilidade, conflito e infração. Quando vários valores-notícia estão reunidos em um mesmo acontecimento, a sua possível divulgação é potencializada. A televisão aberta é pouco procurada para divulgar notícias pelas assessorias de comunicação dos hospitais pois os poucos minutos de programação local restringem as possibilidades de inserção.

também publicou um anúncio pago no mesmo Jornal denunciando a situação. No dia 21 de maio um paciente deste médico publica um texto no Espaço do Leitor do jornal Gazeta do Sul lamentando que o seu médico não esteja mais atendendo no HSC. Informação disponível na edição impressa do Jornal Gazeta do Sul, de 20 de maio.2015. p.05.

A Ouvidoria é considerada uma ferramenta de comunicação por todos os hospitais. No HAN e HVC, o serviço de comunicação coordena esse serviço. No HAN esse setor é chamado de Serviço de Relacionamento com o Cliente (SRC). Essa nomenclatura remete ao meio empresarial onde o cliente é a figura que adquire um produto ou serviço. Já no HSC a Ouvidoria é ligada a Ouvidoria da Apesc e a Ouvidoria do HRVRP responde à Ouvidoria da FHGV e ao Ministério da Saúde, sendo considerado um canal de comunicação, mas sem vínculo com o setor de comunicação.

As ouvidoras do HSC e HVC são profissionais de relações públicas, no HRVRP é coordenado por uma enfermeira e no HAN a funcionária possui ensino médio completo. No HSC, HAN e HVC existem urnas espalhadas pela instituição, nas quais as pessoas podem deixar comentários, críticas e sugestões. No HRVRP, as pessoas precisam se dirigir pessoalmente até a sala da Ouvidoria.

Desde 1988, as ouvidorias foram sendo gradativamente implantadas no país tendo se consolidado como uma instância de controle e participação social, destinada ao aprimoramento da gestão pública. O SUS mantém o Departamento de Ouvidoria-Geral ligado ao Ministério da Saúde desde 2003. Os hospitais filantrópicos e privados possuem ouvidorias independentes.

4.5.1 Canais de comunicação externa do HSC

No quadro 06 apresentam-se os canais de comunicação com foco no público externo do HSC e indicados pelos gestores nas entrevistas.

Quadro 06 – Canais de comunicação do HSC

Canal de comunicação	Função	Conteúdo	Seguidores Tiragem Periodicidade Público	Início
Site	Divulgar informações institucionais, serviços, fortalecer a imagem do hospital e ter contato com a sociedade.	Notícias, fotos, vídeos e relatórios da instituição. Disponibiliza informações como telefones de contato, procedimentos disponíveis e	Atualizado sempre que necessário. Público interno e externo	2003

		orientações para pacientes e visitantes.		
E-mail	Canal de Comunicação com o Hospital	Informações institucionais.	Público externo	-
Facebook	Divulgar informações institucionais e de ações internas com os funcionários, vagas de trabalho, fortalecer a imagem do hospital e interagir com a sociedade.	Notícias institucionais, divulgação de informações, publicação de fotos de atividades internas, vagas de trabalho, post de homenagens e dicas de saúde.	10.500 seguidores. Postagens frequentes. Público interno e externo.	2012
Release, fotos e vídeos	Divulgação de notícias institucionais para a imprensa.	Notícias institucionais	Produção e envio sempre que necessário. Público externo.	2002
Twitter	Divulgar informações institucionais. Compartilhar informações da área da saúde. Estar inserido nas redes sociais.	Informações institucionais.	5 mil seguidores. Público interno e externo.	2011
Instagram	Divulgar fotos institucionais e fortalecer a imagem do hospital através dessa mídia. Estar inserido nas redes sociais.	Publicar fotos institucionais.	Publicação quando necessário. Público interno e externo.	2015
Flickr	Divulgar fotos institucionais.	Fotos institucionais.	Quando necessário	2011
Youtube	Divulgar vídeos relacionados com a instituição.	Vídeos relacionados com a instituição.	Quando necessário	2011
Jornal Institucional	Divulgar notícias institucionais.	Notícias institucionais.	Trimestral 2 mil exemplares	2011

Ouvidoria	Canal de comunicação e mediação entre a instituição e os usuários.	Demandas e comentários das pessoas que interagem na instituição. Pesquisa de Satisfação com os pacientes.	Diariamente	2003
-----------	--	---	-------------	------

Fonte: Elaborado pela autora da pesquisa em 2016.

Quanto ao conteúdo dos canais de comunicação voltados ao público externo identificou-se, no primeiro semestre de 2016, principalmente notícias institucionais produzidas e enviadas para a mídia e que são replicadas no Site e na página no Facebook do Hospital. Também são realizadas postagens exclusivas para a página no Facebook sobre dicas de saúde, atividades dos estudantes de saúde que atuam no hospital, treinamentos das equipes, doações recebidas, campanhas de saúde realizadas, anúncios de vaga de trabalho na instituição, etc.

O Jornal institucional teve duas edições no primeiro trimestre. Entre as principais pautas estão: a participação de profissionais em congressos, 10 anos do Centro de Diagnóstico por Imagem, encontro de gestantes, atividades do dia da mulher, formatura da primeira turma de residentes multiprofissional, palestra técnica sobre cirurgia, plano de gerenciamento de resíduos do HSC, a Sipat, 18 meses da atuação da equipe de cirurgia cardíaca, realização da semana de humanização, treinamento para médicas residentes em pediatria, ato público em defesa da saúde, conscientização sobre doação de órgãos, menino faz desenhos em agradecimento aos profissionais da pediatria e evento beneficente em favor do hospital.

A assessoria de imprensa é feita em âmbito regional pelo HSC. “Como o Hospital é regional procuramos divulgar para todos os municípios para os quais ele é referência” (Comunicação HSC). O serviço também é responsável pelo boletim médico, ou seja, quando a imprensa busca informações sobre o estado de saúde de algum paciente internado, o serviço de comunicação faz a busca de informações e a autorização para divulgá-las com os médicos e familiares. “É muito comum em caso de acidentes ou internação de pessoas públicas. A assessoria de imprensa centraliza essa demanda pois implica em muito cuidado e responsabilidade com as informações” (Comunicação HSC).

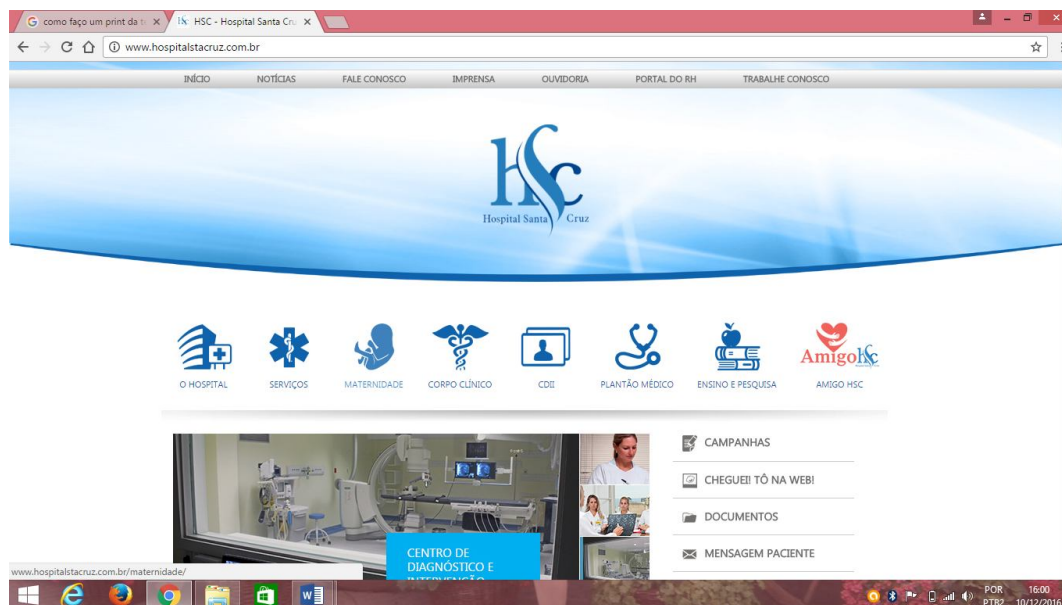
O Gestor administrativo e o de comunicação do HSC entendem que a Página no Facebook é canal de comunicação que melhor atende a instituição no momento. Eles atribuem essa posição pela agilidade, alcance, possibilidade de interação direta

e baixo custo da ferramenta. Essa afirmação dos gestores contrasta com o número de seguidores da página do HSC no Facebook que era de 10.500 pessoas em junho de 2016 e, em comparação com a abrangência das demais mídias, não representa tanto vigor mesmo quando considerados os compartilhamentos dos *posts*. O conteúdo mescla pautas com informações de interesse interno e externo.

As possibilidades de comunicação que os meios digitais permitem têm concentrado os esforços comunicacionais dos hospitais, no entanto, os meios tradicionais continuam sendo acionados. Realiza a clipagem, que é o acompanhamento diário da mídia, parcial com foco na mídia impressa.

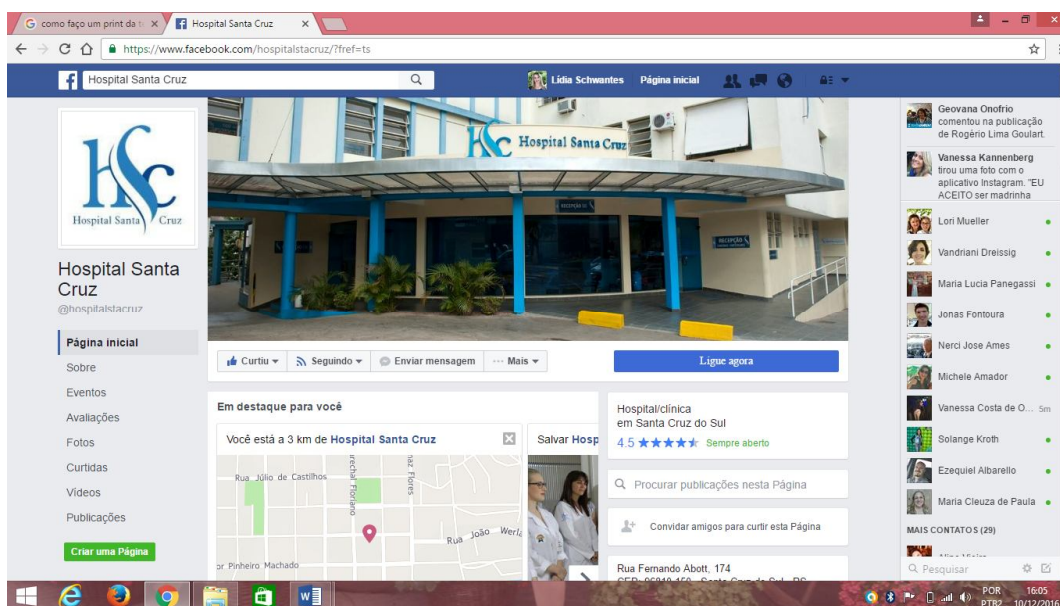
Seguem figuras que ilustram alguns dos canais de comunicação externa do Hospital Santa Cruz.

Figura 07 – Site do Hospital Santa Cruz



Fonte: Disponível em: <www.hospitalstacruz.com.br>. Acesso em: 12 dez. 2016.

Figura 08 – Página do Facebook do Hospital Santa Cruz



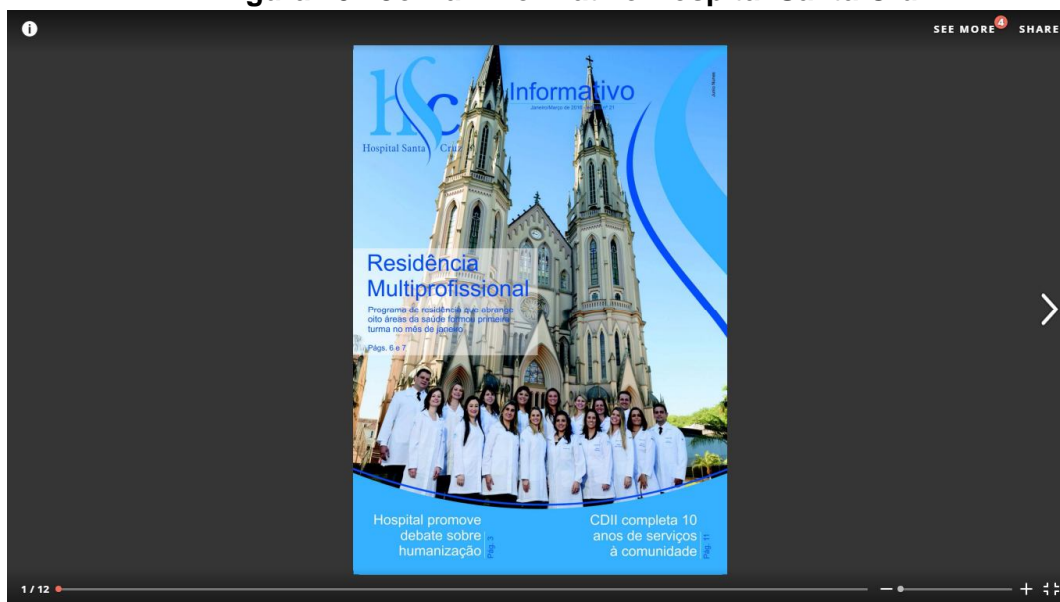
Fonte: Disponível em: <<https://www.facebook.com/hospitalstacruz/?fref=ts>>. Acesso em: 12 dez. 2016.

Figura 09– Instagram do Hospital Santa Cruz



Fonte: Disponível em: <<https://www.instagram.com/p/BNfZTUFBor6/?taken-at=225499630&hl=pt-br>>. Acesso em: 12 dez. 2016.

Figura 10 - Jornal Informativo Hospital Santa Cruz



Fonte: Jornal Informativo HSC. Disponível em: <https://issuu.com/ac_hsc/docs/informativo_hsc21>.

Acesso em: 12 dez. 2016.

4.5.2 Canais de comunicação externa do HAN

A seguir apresentam-se os canais de comunicação externa do HAN indicados pelos gestores nas entrevistas.

Quadro 07 – Canais de comunicação do HAN

Canal de Comunicação	Função	Conteúdo	Seguidores Tiragem Periodicidade Público	Início
Site	Divulgar informações institucionais, serviços, fortalecer a imagem do hospital e ter contato com a sociedade.	Notícias, fotos, vídeos e relatórios da instituição. Disponibiliza informações úteis como telefones de contato, procedimentos disponíveis e orientações para pacientes e visitantes.	Atualizado sempre que necessário. Público interno e externo.	2000
E-mail	Canal de comunicação com o Hospital	Informações institucionais.	Público externo	-

Facebook	Divulgar informações institucionais e de ações internas com os funcionários, vagas de trabalho, fortalecer a imagem do hospital e interagir com a sociedade.	Notícias institucionais, divulgação de informações voltadas para o público interno, publicação de fotos de atividades internas, vagas de trabalho, post de homenagens e dicas de saúde.	6.256 seguidores. Público interno e externo.	2011
Release, fotos e vídeos	Divulgação de notícias institucionais para a imprensa.	Notícias institucionais sobre o hospital para a imprensa.	Sempre que necessário. Público interno e externo.	2001
Serviço de Relacionamento com o Cliente (SRC)	Canal de comunicação e mediação entre a instituição e os usuários.	Demandas e comentários das pessoas que interagem na instituição. Pesquisa de Satisfação com os pacientes.	Diariamente. Público interno e externo.	2004

Fonte: Elaborado pela autora da pesquisa em 2016.

Quanto ao conteúdo dos canais de comunicação voltados ao público externo identificou-se, no primeiro semestre de 2016, principalmente notícias institucionais produzidas e enviadas para a mídia e que são replicadas no site e na página no Facebook do Hospital. Em dezembro de 2016 o site apresentava informações desatualizadas temporalmente. Ao abrir o site surge uma tela menor com propaganda do Laboratório de Análises Clínicas do HAN. São realizadas postagens exclusivas para a página no Facebook com dicas de saúde, treinamentos das equipes, atividades dos funcionários, doações recebidas, campanhas de saúde realizadas, anúncios de vaga de trabalho na instituição, etc. O conteúdo mescla pautas com informações de interesse interno e externo.

O HAN, concentra a divulgação de notícias pela assessoria de comunicação na mídia do município e, esporadicamente, para os municípios mais próximos, como Vera Cruz e Venâncio Aires. A assessoria de comunicação foca os esforços no Grupo Gazeta que atua em âmbito regional, por meio de algumas mídias, e acaba reproduzindo as informações em outros municípios. No entanto, a publicação de notícias em uma única mídia de abrangência regional não caracteriza uma

comunicação voltada para a região. A Gestão de Comunicação afirma que os pacientes do hospital que residem em outras regiões recebem as informações necessárias por meio do sistema de saúde e quando estão dentro instituição no momento do atendimento. “As pessoas que tiverem interesse podem acessar o Site do Hospital” (Gestão de Comunicação HAN). O hospital atende pacientes em âmbito regional e, no entanto, os esforços de comunicação se concentram basicamente em Santa Cruz do Sul.

Segundo o Gestor Administrativo do HAN, a instituição diminuiu as mídias em que estão atuando em 2016 para se adequar à redução da equipe efetuada em função da crise econômica, quando passou de cinco para dois funcionários. A direção do Hospital optou por interromper o Twitter, o Instagram e o jornal institucional Ana Nery em Foco. As mídias sociais, mesmo tendo baixo custo de manutenção, requerem profissionais habilitados e atuando constantemente para funcionar de forma dinâmica. “ Não é só ter, é preciso interagir e monitorar” (Gestão de Comunicação HAN).

O Jornal institucional Ana Nery em Foco era viabilizado a partir da venda de anúncios publicitários que cobriam o valor da impressão, mas com a redução da equipe não possível dar prosseguimento a publicação conforme os entrevistados.

A Gestão de Comunicação considera o Facebook como a mídia que mais atende às necessidades da instituição para se relacionar com o público externo pela agilidade, permite a publicação de textos e fotos, possibilidade de interação com público e baixo custo de manutenção. Em julho de 2016 contava com 6.256 seguidores na página do Facebook. Já o Gestor Administrativo entende que o rádio tem o maior alcance e repercussão principalmente na área rural do município.

O serviço de comunicação não realiza clipagem para acompanhamento das publicações da instituição na mídia. As conclusões sobre a mídia que atende às necessidades do hospital são feitas a partir da vivência dos gestores.

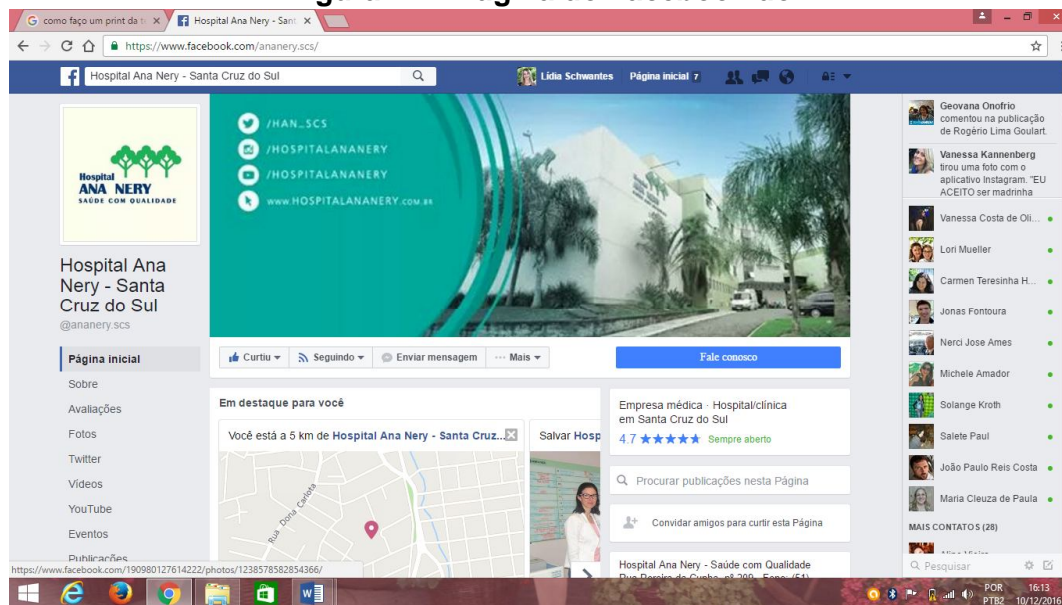
A seguir figuras de alguns produtos de comunicação externa do HAN.

Figura 11 – Site do HAN



Fonte: Disponível em: <www.hospitalanery.com.br>. Acesso em: 12 dez. 2016.

Figura 12 – Página do Facebook do HAN



Fonte: Fonte: Disponível em: <<https://www.facebook.com/ananery.scs/?fref=ts>>. Acesso em: 12 dez. 2016.

4.5.3 Canais de comunicação externa do HRVRP

A seguir apresentam-se os canais de comunicação externa usados no HRVRP relacionados pelos entrevistados.

Quadro 08 – Canais de comunicação do HRVRP

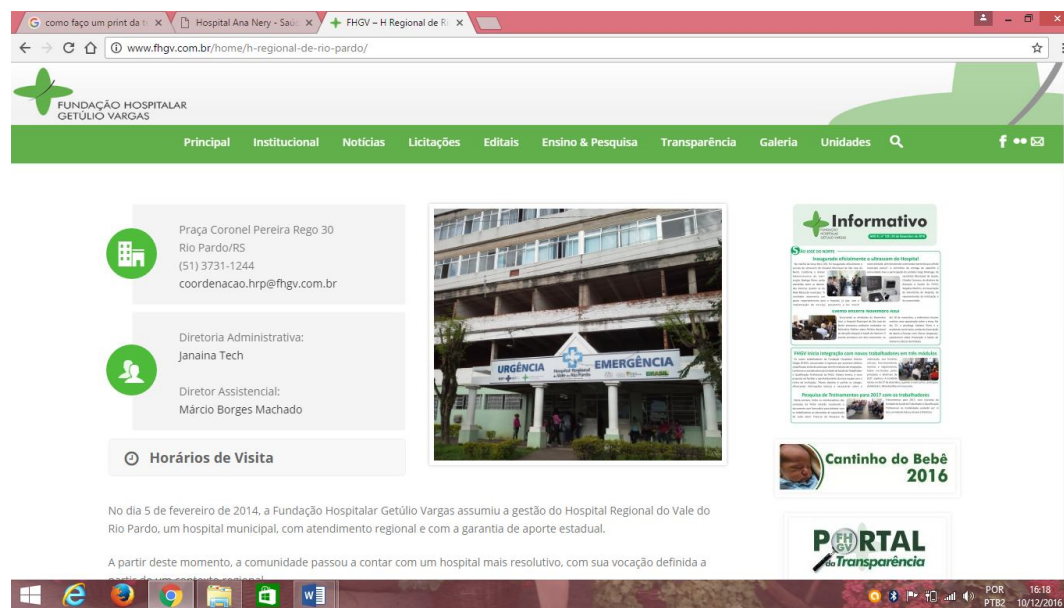
Canal de Comunicação	Função	Conteúdo	Seguidores Tiragem Periodicidade Público	Início
Site geral da FHGV	Divulgar informações institucionais, serviços, fortalecer a imagem do hospital e ter contato com a sociedade.	Notícias, fotos, vídeos e relatórios da instituição. Disponibiliza informações úteis como telefones de contato, procedimentos disponíveis e orientações para pacientes e visitantes.	Atualizado sempre que necessário. Público interno e externo.	2010
E-mail	Canal de Comunicação com o Hospital	Informações institucionais.	Público Externo	-
Facebook	Divulgar informações institucionais e de ações internas com os funcionários, fortalecer a imagem do hospital e interagir com a sociedade.	Publicação de notícias institucionais, divulgação de informações voltadas para o público interno, publicação de fotos de atividades internas, post de homenagens e dicas de saúde.	6.761 seguidores em agosto de 2016. Público interno e externo.	2012
Release, fotos e vídeos	Divulgação de notícias institucionais para a imprensa.	Divulgação de notícias institucionais sobre o hospital para a imprensa.	Sempre que necessário.	2009
Informativo FHGV	Informações institucionais e com	Informações institucionais,	Semanal.	2008

	foco nos funcionários.	atividades das unidades e informações voltadas aos funcionários.	Funcionários e 800 contatos externos.	
--	------------------------	--	---------------------------------------	--

Fonte: Elaborado pela autora da pesquisa em 2016.

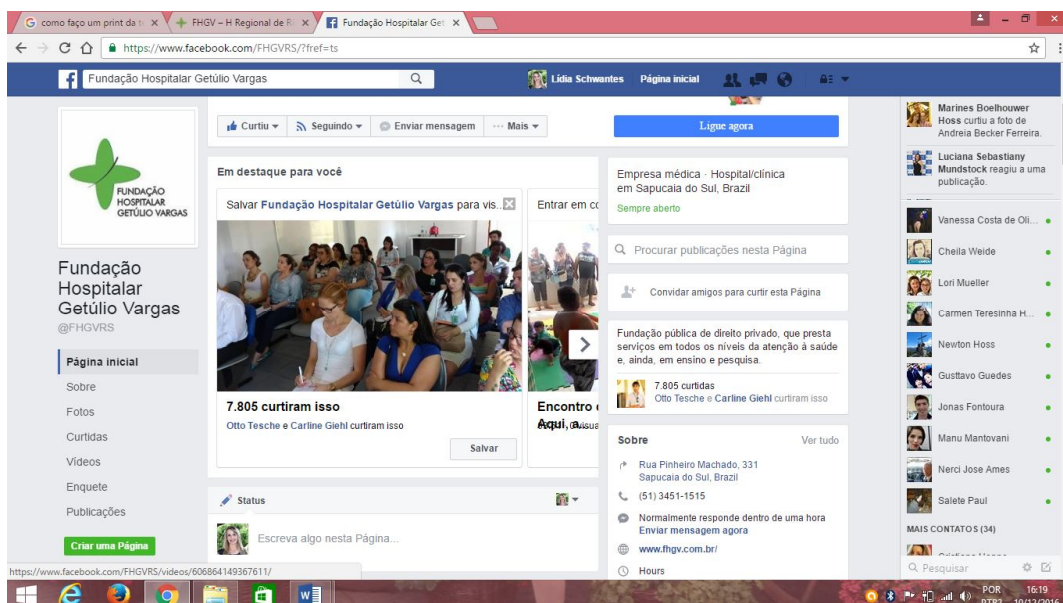
Segue abaixo figuras de alguns produtos de comunicação do HRVRP.

Figura 13 – Site do HRVRP



Fonte: Disponível em: < <http://www.fhgv.com.br/home/h-regional-de-rio-pardo/>>. Acesso em: 12 dez. 2016.

Figura 14 – Página do Facebook do HRVRP



Fonte: Disponível em: <<https://www.facebook.com/FHGVRs/?fref=ts>>. Acesso em: 12 dez. 2016.

Quanto ao conteúdo dos canais de comunicação voltados ao público externo identificou-se, no primeiro semestre de 2016, principalmente notícias institucionais produzidas e enviadas para a mídia e que são replicadas na página do Facebook do Hospital. Especificamente sobre o HRVRP as notícias se concentraram em: novo contrato da gestão compartilhada em Rio Pardo, início da operação do novo tomógrafo digital, Pelo amigo – Pets podem visitar os pacientes – unidade de Saúde Animal, Processo seletivo de novos trabalhadores e inauguração de novos serviços e equipamentos. O Informativo Semanal tem enfoque mais interno, mesmo sendo distribuído externamente, e replica, na maioria das vezes, informações já postadas na página do Facebook.

O serviço de comunicação do HRVRP está em Sapucaia do Sul, sede da FHGV. A Assessoria de Imprensa da Prefeitura de Rio Pardo trabalha em parceria com o Hospital para a divulgação de informações pois compartilham a gestão da instituição. A divulgação de notícias para a mídia é realizada para todos os municípios para os quais a instituição é referência.

Pela proximidade e relacionamento com os funcionários que atuam em Rio Pardo, a mídia do município, com frequência, busca informações diretamente no Hospital com a Gestora Administrativa. Essa prática é vista com naturalidade pois já

existe um relacionamento construído com a mídia. “Em caso de dúvidas ou situações mais delicadas, somos acionados” (Comunicação FHGV).

A Gestora Administrativa do Hospital considera o rádio o veículo mais relevante para a comunicação externa do hospital, especialmente no município de Rio Pardo. Para o Gestor de Comunicação, o Facebook é o meio mais eficiente, mesmo o hospital não tendo um espaço exclusivo.

O hospital possui muitas possibilidades de incremento da comunicação com a sociedade. A mudanças recentes no modelo de gestão do hospital para um formato público pode ser um diferencial no tratamento dado à comunicação ou não. O serviço de comunicação da FHGV está distante da realidade local e é acionado quando a gestora administrativa identifica um tema que pode ser notícia. O espaço no site e na página do Facebook é restrito. Realizam uma clipagem parcial da mídia impressa.

4.5.4 Canais de comunicação externa do HVC

A seguir apresenta-se os canais de comunicação com foco no público externo do HVC relacionados pelos entrevistados.

Quadro 09 – Canais de comunicação do HVC

Canal de Comunicação	Função	Conteúdo	Seguidores Tiragem Periodicidade Público	Início
Site	Divulgar informações institucionais, serviços, fortalecer a imagem do hospital e ter contato com a sociedade.	Notícias, fotos e relatórios da instituição. Disponibiliza informações úteis como telefones de contato, procedimentos disponíveis e orientações para pacientes e visitantes.	Atualizado sempre que necessário. Público interno e externo.	2009

E-mail	Canal de comunicação com o Hospital	Informações institucionais.	Público Externo	-
Release, fotos e vídeos	Divulgação de notícias para a imprensa.	Divulgação de notícias sobre o hospital para a imprensa.	Sempre que necessário.	2000
Ouvidoria	Canal de comunicação e mediação entre a instituição e os usuários.	Demandas e comentários das pessoas que interagem na instituição. Pesquisa de satisfação com os pacientes.	Diariamente. Público interno e externo.	2004
Coluna no Jornal Arauto	Divulgar notícias institucionais.	Informações institucionais	Semanal. Público externo.	2012
Revista Institucional	Divulgar notícias institucionais	Informações institucionais	4 mil unidades A cada 2 anos Público interno e externo.	2014

Fonte: Elaborado pela autora da pesquisa em 2016.

Quanto ao conteúdo dos canais de comunicação voltados ao público externo identificou-se, no primeiro semestre de 2016, principalmente notícias institucionais produzidas e enviadas para a mídia e que são replicadas no site e também na coluna no Jornal Arauto. As pautas são: a situação financeira do hospital, dificuldade dos hospitais filantrópicos do RS, hospital busca referência regional, campanha de doação de alimentos. Em 2016 a revista institucional do Hospital não foi produzida.

O Hospital Vera Cruz possui um estreito relacionamento com o Grupo Arauto. O Hospital possui uma coluna semanal sem custo, há cinco anos, no Jornal Arauto, que circula em Vera Cruz e Vale do Sol. “A presença semanal nesse veículo traz um importante ganho de imagem e apoio para a instituição” (Comunicação HVC). A coluna traz notícias curtas sobre doações recebidas, equipamentos adquiridos, mudanças na rotina do Hospital que diz respeito ao público externo, eventos, dicas de saúde, entre outros temas.

O Hospital, dentre os pesquisados, é o único que não tem página no Facebook e nem planos de implantá-lo, pois considera que não teria penetração com o seu

público e condições de fazer o acompanhamento necessário. Essa perspectiva considera o conhecimento da instituição quanto a recepção e ritualidades de consumo de informações do público do hospital o que é fundamental para a eficácia da comunicação. Os Gestores Administrativo e de Comunicação concordam que a coluna no Jornal Arauto, seguida do rádio são meios mais eficientes para se comunicar com a sociedade. O serviço de comunicação também não realiza clipagem.


Seguem figuras de alguns produtos de comunicação do HVC.

Figura 15 – Site do HVC



Fonte: Disponível em: <<http://www.hospitalveracruz.net/pages/>>. Acesso em: 12 dez. 2016.

Figura 16 – Coluna do HVC no Jornal Arauto



HVC Informa Cintia Genehr
hvc@viavate.com.br

MOBILIZAÇÃO REALIZADA PELOS FUNCIONÁRIOS

É importante informar a comunidade que a organizada e justa mobilização realizada pelos funcionários do Hospital Vera Cruz teve apenas repercussão local, ou seja, até o momento, o Estado não realizou nenhum pagamento em atraso à instituição. A greve dos funcionários, que contou com a sensibilização da administração da Fundação de Saúde, SindiSaúde, lideranças políticas, comunitárias e imprensa, foi encerrada na última sexta-feira, pois o Hospital Vera Cruz, através do contrato com a Prefeitura, se comprometeu a realizar o pagamento da folha de pagamento do mês de outubro e uma parcela do 13º salário. Novamente o HVC assume riscos e realiza solicitação de empréstimo, comprometendo ainda mais a saúde financeira da instituição, sendo que é o próprio Estado que tem valores a pagar para a casa de saúde por serviços que o hospital já prestou.

AGRADECIMENTO

Sem citar nomes, para não correr o risco de esquecer de mencionar alguém, todos nós, colaboradores do hospital, agradecemos as manifestações de carinho e solidariedade transmitidos pela comunidade nos dias de paralisação. Sentimos o quanto as pessoas defendem a casa de saúde e os serviços que são prestados, bem como o descontentamento de muitas com o momento vivenciado no país.

DOAÇÕES

| O Hospital Vera Cruz agradece aos 64 quilos de alimentos doados pelo CTG Candeeiro da Amizade. A doação foi realizada através da vera-cruzense Andréia Sehnem.

| Também agradecemos a doação de 19 quilos de alimentos realizada pela família de Odacir Winck.

PEDÁGIO

Nesta quarta-feira, dia 7 de dezembro, das 8h30min às 19h30min, os colaboradores do Hospital Vera Cruz, voluntariamente, realizarão pedágio comunitário em prol do Hospital Vera Cruz, nas principais ruas da cidade. O pedágio também contará com o apoio da Brigada Militar, Departamento Municipal do Trânsito, Comunidade Luterana da Esquina Koelzer e Interact. Contamos novamente com o respeito e apoio da comunidade.

AGAFARMA

Com o objetivo de colaborar com o Hospital Vera Cruz neste momento delicado, a direção da Farmácia Agafarma, de Vera Cruz (matriz e filial) está desenvolvendo campanha em prol da casa de saúde. O cliente, ao realizar a compra de um produto da marca Agafarma, receberá R\$ 2, que serão depositados numa urna identificada com o logotipo do HVC, no momento da compra. Este valor será revertido ao hospital. Desde já agradecemos a iniciativa das vera-cruzenses Letícia e Vânia Rech, e desejamos sucesso nesta ação, que demonstra o comprometimento para com o hospital.

ENTÃO É NATAL...

Os pacientes internados, colaboradores e médicos foram presenteados com a apresentação de Corais, que ao cantarem nos transmitiram lindas mensagens de renovação, fé e espírito de Natal. Nosso muito obrigado ao Coral da Escola Particular Anchieta e ao Grupo de Canto da 3ª Idade, Alegria de Viver.

Fonte: Jornal Arauto, edição 06.12.2016. Disponível em:

<http://admv2.sizing.com.br/projetos/arauto/images/PagMat/Pag048062/P%C3%A1gina_06.pdf>.

Acesso em: 12 dez. 2016.

Os hospitais mantêm vários canais de comunicação e se utilizam de diversos formatos industriais para atender às demandas de comunicação de um público heterogêneo que se relaciona com as instituições e, na medida do possível, prevendo a compreensão das práticas culturais e sociais de cada local. As mídias digitais são apontadas pela maioria como as mais eficientes no momento.

Os entrevistados mencionaram durante as entrevistas o impacto da crise financeira na saúde pública, nos hospitais e como esse cenário fragiliza a estrutura, os projetos e as ações de comunicação. Os hospitais vêm alertando a sociedade sobre esses problemas e a possibilidade de, em um futuro próximo, ter restrições de operação por falta de recursos financeiros. Esse alerta tem acontecido através da mídia local e regional por meio de releases e entrevistas dos gestores dos hospitais. Os hospitais organizaram em 2016, manifestações como caminhadas, abraço simbólico do hospital (prédio), colocação de faixas e cartazes de protesto nas instituições. Essas ações também têm a cobertura da mídia comercial local e regional além da divulgação dos canais próprios das instituições.

A mídia dos municípios e da região onde os hospitais estão inseridos tem realizado a cobertura jornalística das dificuldades dos hospitais e da saúde pública em geral através de reportagens cotidianas e com pautas especiais mais longas. O Jornal Gazeta do Sul, por exemplo, realizou uma reportagem especial em outubro de 2016 com chamada de capa de página inteira e duas páginas internas coloridas, com fotos e infográficos retratando a situação dos hospitais da região (ANEXO D). A pauta das dificuldades da saúde pública também tem sido recorrente nos veículos de comunicação de abrangência estadual e nacional.

Na seção seguinte buscamos identificar se as práticas comunicacionais dos hospitais contemplam a concepção de comunicação pública. Essa análise parte das entrevistas, análise documental das publicações dos hospitais e da mídia comercial em 2016.

5 COMUNICAÇÃO PÚBLICA

Para identificar a presença da concepção de comunicação pública neste estudo elencamos quatro categorias a partir da obra de Zémor (1995): interesse público, divulgação dos serviços, transparência e diálogo com o público. O interesse público é o tema de interesse imediato e de uma grande parte dos cidadãos. A saúde pública e os assuntos relacionados a ela são reconhecidamente de interesse público. A divulgação de serviços é uma obrigação dos órgãos públicos e instituições que atuam em conjunto para esclarecer os cidadãos dos seus direitos e deveres.

A transparência na gestão e na comunicação das ações decorrentes dela são um ponto importante da comunicação pública. O diálogo com o a sociedade a partir das possibilidades de interação com o cidadão e troca de informações explicitam a posição de receptividade para contribuições e críticas.

Procuramos relacionar as informações sobre a comunicação externa dos quatro hospitais a partir da visão integrada que o mapa das mediações culturais de Martín-Barbero (2003) propõe e as mediações da institucionalidade e tecnicidade com as categorias propostas por Zémor (1995) para compreender se a comunicação dos hospitais tem a concepção de comunicação pública.

5.1 Comunicação de interesse público

Quando questionados sobre o interesse público na sua forma de comunicação todos os entrevistados entendem que está presente na comunicação hospitalar. O tema saúde por si só já desperta a atenção do público e da imprensa como um assunto de interesse comum. “É uma pauta natural é de interesse público” (Comunicação HSC). O jornalismo perpassa o conceito de interesse público e assim se legitima, mas não se esgota nele. “O interesse público não tem raiz jornalística, é da esfera social” (ROSSIGNOLLI, ASSÊNCIO e CORDENONSI, 2013, p.4)




A mídia comercial parece ser a via preferencial dos hospitais para divulgarem assuntos que estão em evidencia no momento, como crise na saúde pública e o atraso no recebimento de recursos governamentais. A escolha pela mídia parte do pressuposto que a pauta interessa à sociedade e assim terá espaço na mídia. É, para os entrevistados, uma maneira de levar a informação para um grande número de pessoas simultaneamente, chamar a atenção do governo para o qual as

reivindicações são direcionadas e mobilizar a sociedade. “Cientes do caráter público daquilo que é noticiado pela imprensa, as forças representativas e participativas investem tempo e esforços para promover acontecimentos em notícias e para tornar pública a sua versão do fato” (MONTEIRO, p.43, 2012).

Também é preciso considerar o esforço dos assessores de comunicação dos hospitais em trabalhar as pautas de forma que se tornem atrativas para os veículos de comunicação com valor-notícia relevantes, fotos e entrevistados acessíveis. “Quanto maior o atendimento aos critérios de noticiabilidade a notícia apresentar, mais próxima ela estará de atingir o conceito de interesse público” (ROSSIGNOLLI; ASSÊNCIO e CORDENONSI, 2013, p.5). As notícias direcionadas para as mídias são publicadas também nos canais de comunicação próprios.

Questionou-se os hospitais sobre quais as cinco principais pautas efetuadas no primeiro semestre de 2016 na mídia comercial e em canais próprios. No quadro 10 é possível observar que algumas pautas são comuns a todos como crise na saúde, atraso no repasse de recursos públicos e divulgação de serviços de saúde. Já outras são específicas de cada instituição.

Quadro 10 – Principais pautas do primeiro semestre de 2016.

<p>Hospital Santa Cruz</p> 	<p>Aniversário do HSC, crise dos hospitais, atraso no repasse dos recursos do governo do Estado, Amigo do HSC (Programa de Fidelidade), 10 anos do Centro de Diagnóstico por Imagem.</p>
<p>Hospital Ana Nery</p> 	<p>Inauguração do Posto de coleta do Laboratório de Análises Clínicas do Hospital Ana Nery no centro da cidade, Inauguração da UPA, Crise financeira dos Hospitais, Gripe H1N1, Rifa beneficente em prol do Hospital.</p>
<p>Hospital Regional do Vale do Rio Pardo</p> 	<p>Novo contrato da gestão compartilhada em Rio Pardo, chegada e início da operação do novo tomógrafo digital, Pelo amigo – Pets podem visitar os pacientes – unidade de Saúde Animal, Processo seletivo de novos trabalhadores e inauguração de novos serviços e equipamentos.</p>
<p>Hospital Vera Cruz</p>	<p>Situação financeira do hospital, dificuldade dos hospitais filantrópicos do RS, necessidade do Hospital de ter alguma</p>



referência regional em algum serviço para aumentar a receita, pressão sobre o hospital para aumentar a estrutura física para ter uma referência regional, campanha de doação de alimentos.

Elaborado pela autora da pesquisa.

Os temas elencados acima pelos gestores de comunicação retratam as principais preocupações mencionadas pelos gestores administrativos nas entrevistas atestando o discurso de uso estratégico da comunicação como forma de mobilização da sociedade e governos para alcançar o planejamento das instituições. Os gestores administrativos dos hospitais filantrópicos entendem que a viabilização financeira dos hospitais é um tema de interesse público, considerando que se as instituições não conseguirem se manter a sociedade vai sofrer as consequências, uma vez que a região da 13ªCRS possui apenas um hospital público.

O foco das pautas é a situação financeira e ao mesmo tempo a divulgação de novos equipamentos e serviços. Os dois temas soam contraditórias quando, um dia a notícia é a falta de recursos e no outro a aquisição de equipamentos e inauguração de serviços. A dinâmica do segmento da saúde exige que os assessores de comunicação consigam deixar bem claro as fontes de recursos e condições que viabilizaram essas aquisições.

Por meio da recorrente divulgação pela imprensa de notícias sobre as dificuldades financeiras dos hospitais, a sociedade fica sensibilizada pelo apelo das instituições por apoio financeiro por meio de eventos, rifas, pedidos de doação e pressão sobre os governantes. “As fontes institucionais agem intencionalmente para ocupar espaço na mídia, tornar-se visíveis e, assim, satisfazer as suas necessidades organizacionais” (MONTEIRO, 2002, p.159).

Para além do interesse público desses temas, também está intrínseca a busca por reforçar a imagem institucional diante da sociedade, a divulgação de serviços que buscam dar ciência para as pessoas dos recursos humanos e tecnológicos que a instituição dispõe. Além do interesse público também está presente o interesse comercial de ter essa informação disseminada. A linha entre interesse público e privado é tênue e em alguns momentos parece se misturar.

Sob este arco de tensões, a saúde, é vista tanto como um campo de práticas de saúde quanto como um setor de produção e consumo de bens e serviços. “Essa duplicidade constitui um espaço real de ação e disputa de projetos de diferentes

estratos sociais por eles gerados e/ou a eles dirigidos” (CALIXTRE e FILHO, 2015, p.613). Os autores apontam ainda, que cada um deles vai produzindo no senso comum uma opinião pública, de base dicotômica, em favor do predomínio de um ou de outro modo de prestar assistência ou de cuidar da vida dos indivíduos e dos grupos.

5.2 Divulgação de serviços

Promover a compreensão sobre o funcionamento do SUS, os locais de atendimento, os procedimentos, as normas, entre outros aspectos, é uma obrigação do gestor do SUS. Os hospitais como integrantes do sistema público de saúde também atuam nesse sentido quando vão a público divulgar informações de interesse público.

Internamente os hospitais agem a todo momento neste sentido compartilhando informações com os usuários e seus familiares sobre procedimentos, locais de atendimentos, especialidades médicas e orientações de assistência social. Também buscam divulgar para o público externo suas iniciativas e serviços.

A dualidade entre o público e privado, no caso dos hospitais em estudo, fica evidenciada na divulgação dos serviços disponíveis pelas instituições. Os hospitais, com intuito de se diferenciar um dos outros e atrair os pacientes para que venham realizar seus exames ou procedimentos, através de planos de saúde ou pagando diretamente, em determinado hospital, investem em formas de publicizar suas operações.

Divulgam que possuem resolutividade e tecnologias de ponta à disposição da sociedade, que desta forma, não precisa de deslocar para grandes centros na busca por estes recursos. Essa lógica mercadológica existe segundo o gestor administrativo do HSC, quando afirma que uma parcela da sociedade com alto poder aquisitivo, acredita que os melhores recursos estão disponíveis apenas em grandes centros urbanos. Essa divulgação cumpre um duplo papel e pode se colocar como uma divulgação de interesse público e privado simultaneamente.

Ao divulgarem a adesão a novos procedimentos e medicamentos os hospitais querem ser reconhecidos como os pioneiros no uso dessa tecnologia na região reforçando sua imagem institucional. Essas notícias por sua características de valor-notícia como o “novo”, costumam ter espaço privilegiado na imprensa. No entanto, quando essas inovações contemplam apenas pacientes de plano de saúde ou que

são pagos de forma particular, o interesse público esbarra em outros propósitos. Qual o interesse que move a divulgação dessa informação para a sociedade? Comunicar que possui uma nova tecnologia para tratar uma doença? Induzir as pessoas a pagar pelo tratamento melhor e mais moderno? Pressionar as autoridades para inserir esse procedimento, que só ele possui na região, no rol de procedimentos do SUS? Oferecer um diferencial para os pacientes privados? O cidadão desavisado pode compreender como uma informação de interesse público quando existem intrínsecas várias motivações.

Nos sites dos hospitais estão fotos das melhores acomodações e facilidades que os hospitais oferecem. No entanto, a maioria dos pacientes é atendida pelo SUS em espaços aquém dos proporcionados de forma privada ou por meio dos planos de saúde. Essa postura na divulgação dos serviços disponíveis deixa a comunicação dúbia pois aquela imagem é a realidade da minoria dos pacientes atendidos.

A divulgação, por parte dos hospitais, em canais próprios e na mídia comercial, de serviços de interesse público como doação sangue, doação de órgãos, informações sobre prevenção ao câncer e outras doenças tem acontecido pontualmente em datas alusivas à esta ou aquela enfermidade. Essa lógica mercadológica estabelecida atende às duas partes – hospitais e imprensa – que conseguem nessas oportunidades espaços para essas notícias.

A publicização dos serviços oferecidos pelas entidades tem um papel importante na vida das pessoas levando informações que podem impactar na sua condição de vida e de saúde. A responsabilidade na gestão e divulgação das informações, em especial na saúde pública, é fundamental para atender os interesses públicos. Há espaço para avanços em uma comunicação pública mais voltada à humanização do sistema de saúde, de boas práticas de gestão, condições de saúde e que não esteja, constantemente, com os holofotes sobre a situação econômica.

5.3 Transparência

Em 2011 o governo brasileiro instituiu a Lei nº 12.527 de Acesso à Informação¹⁹ que dispõe sobre os procedimentos a serem observados pela União, Estados, Distrito

¹⁹ Art. 3º Os procedimentos previstos nesta Lei destinam-se a assegurar o direito fundamental de acesso à informação e devem ser executados em conformidade com os princípios básicos da administração pública e com as seguintes diretrizes: I - observância da publicidade como preceito

Federal e Municípios, com o fim de garantir o acesso a informações públicas. Essa lei também se aplica, às entidades privadas sem fins lucrativos que recebam, para realização de ações de interesse público, recursos públicos diretamente do orçamento ou mediante subvenções sociais, contrato de gestão, termo de parceria, convênios, acordo, ajustes ou outros instrumentos congêneres. A publicidade a que estão submetidas essas entidades mencionadas refere-se a parcela dos recursos públicos recebidos e a sua destinação, sem prejuízo das prestações de contas a que estejam legalmente obrigadas.

Quando os dados públicos estão sob domínio público, as instituições públicas devem prestar contas de suas atividades conduzidas em nome do interesse geral (ZÉMOR, 2012). Os hospitais prestam contas para os órgãos dos quais recebem recursos públicos. A sociedade tem acesso às informações nos meios digitais onde os hospitais disponibilizam os dados conforme quadro 11 e podem fazer a solicitação para as instituições se desejarem.

Quadro 11 – Divulgação de prestação de contas e atendimentos.

HSC	O site disponibiliza alguns números operacionais ligados aos atendimentos dos últimos três anos (exceto 2016) no ícone Nossos Números como número de pacientes atendidos, leitos, internações por clínicas, alimentação, entre outros. O Balanço Social está inserido dentro do Balanço da Apesc (não está no site do hospital apenas no site da Apesc) e é enviado para os órgãos fiscalizadores.
HAN	No site está disponível o Relatório Social (última publicação 2014) e ele também é enviado para os órgãos fiscalizadores.
HRVRP	O site da Fundação possui o Portal da Transparência onde publica mensalmente receitas e despesas (os dados sobre o HRVRP são de julho/agosto de 2016). Apresenta os resultados do hospital para a Comissão de avaliação do contrato de serviços formado por representantes da Prefeitura de Rio Pardo, Conselho Municipal de Saúde, 13ªCRS e da FHGV. A Prefeitura de Rio Pardo também divulga essas informações por seus canais de comunicação.

geral e do sigilo como exceção; II - divulgação de informações de interesse público, independentemente de solicitações; III - utilização de meios de comunicação viabilizados pela tecnologia da informação; IV - fomento ao desenvolvimento da cultura de transparência na administração pública; V - desenvolvimento do controle social da administração pública. Art. 8º É dever dos órgãos e entidades públicas promover, independentemente de requerimentos, a divulgação em local de fácil acesso, no âmbito de suas competências, de informações de interesse coletivo ou geral por eles produzidas ou custodiadas. Informação disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12527.htm>. Acesso em: 05 jan.2017.

HVC	O site possui uma um ícone chamado Transparência e neste local estão disponíveis os relatórios contábeis (até julho 2016) e demonstrativos anuais (de 1998 até 2014). Realiza reuniões mensais com os gestores da Fundação Dr. Jacob Blész e uma reunião anual de prestação de contas aberta à comunidade e aos órgãos competentes. No site disponibiliza também o valor da remuneração dos funcionários e fluxo de caixa mensal.
------------	---

Elaborado pela autora da pesquisa.

Os meios digitais são os preferidos das instituições pela agilidade e custo de disponibilização e manutenção. No entanto, é perceptível a dificuldade em manter as informações atualizadas sendo que em alguns casos a defasagem chega a dois anos. Essa forma de divulgação esbarra nas condições de acesso à internet da população.

É importante observar que não é do dia a dia da maioria da população a interpretação de balanços financeiros, sendo fundamental atenção a linguagem empregada. A acessibilidade das informações depende também da simplicidade das condições de uso dos dados em especial a linguagem utilizada. A linguagem do agente público precisa estar atenta às preocupações e com a cultura do usuário (ZÉMOR, 2012).

Para além da transparência relativa ao uso dos recursos públicos e gestão a postura da instituição quanto aos atores sociais também reflete essa premissa. Os hospitais em estudo se mostraram receptivos para participar dessa pesquisa, recebem visitas técnicas de estudantes e outros órgãos, relatam bom relacionamento com a mídia e instituições da sociedade.

Durante o auge da Gripe H1N1, no inverno de 2016, o HSC disponibilizou um *link* específico no site do Hospital, onde atualizava diariamente informações sobre o número de pacientes além de informações de prevenção. Esse movimento de dar transparência sobre os números de um problema de saúde pública que estava preocupando a população demonstra, nesse caso, comprometimento com a transparência e diálogo.

5.4. Diálogo com o público

Os hospitais disponibilizam diversas formas para as pessoas dialogarem com a instituição como redes sociais, e-mail, telefone, ouvidoria, pontos de atendimento ao público nos hospitais e eventos na comunidade. Neste estudo focamos na

comunicação externa com a sociedade através dos canais de comunicação gerenciados pelo serviço de comunicação.

O Facebook segundo a maioria dos entrevistados é a forma mais usada pela facilidade e agilidade do contato sendo usado para tirar dúvidas diversas sobre horários, endereços, procedimentos, entre outros pontos. “A comunicação pública ou de interesse público não pode ser transgênica, mas plural, social e culturalmente diversa” (BUENO, p. 150, 2012).

Os hospitais organizam ou participam como convidados de feiras de saúde onde prestam serviços básicos de saúde e também divulgam informações sobre saúde. O HSC organiza mensalmente um curso para gestantes onde disponibiliza profissionais de saúde para realizarem palestras para as gestantes sobre o parto, cuidados com o bebê e visita às instalações da maternidade. “Tem um retorno bem positivo para a imagem do hospital. É um momento bem legal de contato do hospital com os futuros pais” (Comunicação HSC). Também realiza ações em datas como dia da saúde, outubro rosa e novembro azul como verificação da pressão arterial, palestras e distribuições de folhetos informativos.

O HAN disponibiliza um programa denominado Grupo de Educação e Saúde. São pessoas da comunidade que participam de encontros uma vez por mês no hospital e recebem informações sobre saúde como hipertensão, diabetes, câncer, entre outros. Mantêm o Programa de Prevenção ao Câncer (PPC), que consiste em um ônibus adaptado como consultório que vai até comunidades da zona rural de Santa Cruz do Sul com uma equipe multidisciplinar fazer o trabalho de prevenção de câncer feminino. Esse programa acontece em parceria com a Prefeitura de Santa Cruz do Sul.

Também realiza ações em datas específicas como: campanha de prevenção ao câncer de pele, *Outubro rosa* e *Novembro azul* com ações de prevenção ao câncer de mama e próstata. As campanhas são divulgadas na imprensa através de releases e em canais de comunicação próprios convidando pessoas interessadas a ir até o hospital onde são ofertados exames, consultas e espaço para palestras.

Participa de feiras de saúde, SIPATs de empresas oferecendo palestras e serviços de saúde (verificação de pressão arterial) e Projeto Social do Hospital no Bairro Santo Antônio do Sul onde o Hospital realiza atendimentos básicos e orientações duas vezes por semana para mulheres e crianças. Desde 2012 participa

da Oktoberfest²⁰ de Santa Cruz do Sul com um estande institucional onde divulga os serviços do Hospital e também comercializa produtos com a marca da campanha Pela Vida²¹ que busca arrecadar doações para o serviço de oncologia da instituição. Essas ações têm intrínsecas questões de marketing e captação de recursos, no entanto, não deixam de ser um momento que possibilita interação e diálogo.

A FHGV possui uma agenda anual de eventos sendo que cada instituição que integra a Fundação fica livre para aderir ou não. O HRVRP participou algumas feiras de saúde organizadas pela Prefeitura de Rio Pardo e em 2015 fez uma ação de divulgação de informações sobre o câncer de mama no Outubro Rosa em frente ao Hospital.

O HVC participa de eventos na comunidade como feiras de saúde, em escolas e SIPATs de empresas, onde leva informações através de profissionais de saúde. Também busca articular ações em conjunto com outras instituições e possui forte vínculo com a comunidade da zona rural:

Temos uma parceria com os grupos das mulheres rurais. Aqui em Vera Cruz são 16 grupos de diferentes localidades do interior. Como se dá essa parceria: esses grupos e as lideranças colaboram na busca por doações para o hospital, elas fazem um estudo anual nas suas comunidades sobre o que aquela comunidade está achando da saúde no município, do hospital, o que pode ser melhorado, apontam falhas, e de outros segmentos também. Elas nos apresentam essas informações e nós utilizamos no nosso planejamento estratégico por que é uma informação que vem pronta, segmentada por localidade. Em contrapartida nós levamos profissionais para palestras de saúde sobre sexualidade feminina, violência doméstica, depressão, nutrição, câncer de pele, verificação de pressão. Recentemente todos os grupos se reuniram em uma palestra motivacional com a presença de mais de 400 pessoas que tratou sobre a importância das famílias e nós participamos. Somos o único hospital da cidade (Gestor de Comunicação HVC).

Os eventos estão bem presentes e recebem bastante atenção das equipes de comunicação. O evento busca manter, elevar ou recuperar o conceito de uma organização junto ao seu público de interesse (Cesca, 1997). É forma de se aproximar

²⁰ A Oktoberfest foi criada no ano de 1984 e reeditada anualmente desde então sempre orientada pela criatividade dos organizadores para simbolizar os costumes germânicos. Simultaneamente acontece uma feira de negócios com exposições e venda de produtos diversos. Informação disponível em: < <http://repositorio.unisc.br/jspui/bitstream/11624/665/1/DanubiaSehn.pdf>>. Acesso em: 07 out.2016.

²¹ A Campanha consiste na venda de produtos com a marca Pela Vida, como bolsas, camisetas, guarda-chuvas e cadeiras, onde o valor arrecadado é destinado para a finalização da construção de um ambulatório para o setor de oncologia do Hospital. Informação disponível em:< <http://www.hananery.com.br/Captacao/default.asp?ids=33>>. Acesso em: 07 out. 2016.

da sociedade e também conseguir mídia espontânea pois os eventos contam, geralmente, com a cobertura da imprensa.

As ouvidorias são um canal de comunicação bastante utilizado pelos pacientes e familiares quando estão dentro das instituições para fazer reclamações, críticas, sugestões e elogios. Os hospitais realizam pesquisas de satisfação com os usuários dos hospitais e utilizam esse indicador como parâmetro das suas atividades.

A manifestação dos pacientes também acontece através de anúncios nos jornais com notas de agradecimento pelo atendimento e serviços prestados pelos hospitais e profissionais de saúde. O relacionamento face a face dentro dos hospitais entre pacientes, familiares, profissionais de saúde e o Sistema de Saúde tem fortes componentes de comunicação pública pois esse relacionamento interpessoal, carrega traços de uma linguagem adequada, franqueza, transparência e diálogo.

É preciso reconhecer os avanços acontecidos nos últimos 20 anos na comunicação hospitalar em vários sentidos, desde a implantação de serviços de comunicação até os vários canais de comunicação disponíveis na atualidade. A vivência dos preceitos de comunicação pública vem amadurecendo nas instituições e na sociedade com margem para uma maior qualificação.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio desta dissertação buscou-se problematizar o processo produtivo da comunicação hospitalar a partir da compreensão de que se trata de um processo cultural sujeito a mediações. Nos detivemos nas lógicas de produção e os formatos industriais da comunicação externa dos hospitais e as mediações da institucionalidade e tecnicidade. Buscamos compreender se a concepção de comunicação pública está presente nas práticas comunicativas dos hospitais.

Para o atendimento dos objetivos propostos nos apropriamos do mapa-metodológico de Martín-Barbero (2003) para conduzir a pesquisa. Elencou-se quatro hospitais dentro da área de abrangência da 13ª CRS com distintas características institucionais para realizar a pesquisa de campo: Hospital Santa Cruz, Hospital Ana Nery, Hospital Regional do Vale do Rio Pardo e Hospital Vera Cruz. Para essa pesquisa qualitativa utilizou-se de pesquisa bibliográfica, documental, questionário e entrevistas.

Acredita-se que o itinerário cumprido não conseguiu esgotar o objeto, nem poderia ser essa a intenção de uma pesquisa social, uma vez que os fenômenos sociais são extremamente complexos, assim como, as possibilidades de abordá-lo. No entanto, foi possível uma ampla visão da comunicação hospitalar e as mediações presentes nos momentos do mapa das mediações comunicativas da cultura que foram estudados e também no todo pois eles não são estanques e as mediações se apresentam e se entrecruzam em vários momentos. O enfoque voltado mais para as mediações do que os meios (MARTÍN-BARBERO, 2003).

O estudo identificou que os hospitais possuem um setor de comunicação instituído, com respaldo dos gestores, administram diversos canais de comunicação, se relacionam com a mídia e a sociedade onde estão inseridos. As particularidades da saúde pública brasileira estão presentes a todo momento nas práticas comunicacionais adotadas pelos hospitais desde dificuldades financeiras e a persistência do modelo *hospitalocêntrico*.

A prática cultural da sociedade na qual os hospitais estão inseridos se manifesta quando inovações ou normas se chocam com hábitos enraizados na cultura local. A tradição das comunidades de auxiliar as entidades filantrópicas e sociais está presente de forma evidente no auxílio financeiro que as comunidades aportam nos hospitais e no ritual de visitar parentes e amigos internados.

As lógicas de produção, presentes na comunicação dos hospitais, trouxe a visão de instituições que lutam para se manter funcionando com a prestação de serviços de qualidade e resolutividade. A comunicação é considerada estratégica para comunicar-se de forma adequada com vários públicos dessas instituições como governos, mídia, profissionais de saúde e a sociedade na luta pela sobrevivência das instituições e melhora na situação da saúde pública. A mediação da institucionalidade está evidenciada pela presença do Estado através de políticas e normas de saúde.

O estudo dos formatos industriais da comunicação hospitalar revelou que os serviços de comunicação atuam com diversos canais de comunicação sendo que os meios digitais possuem ampla adesão. A tecnicidade representada pela inovação dos meios e também por suas plataformas de acesso estão incorporadas à rotina do segmento. A adesão dos hospitais às mídias digitais segue uma tendência comunicacional presente no país e no mundo. No entanto, os veículos tradicionais como o rádio e o jornal possuem forte alcance junto a sociedade regional.

Os serviços de comunicação priorizam um trabalho voltado à comunicação massiva, por meio da mídia, justificados por eles pela falta de recursos humanos e financeiros para um trabalho mais direcionado ou ampliado. Apesar dessas dificuldades de ordem econômica as instituições conseguem manter vários canais de comunicação próprios com a sociedade que tem interagido por meio desses espaços.

Ao mesmo tempo que se comunicam voltados para a realidade da saúde pública também estão presentes pautas e ações com viés mercadológico da área privada. Essa dualidade se mostrou em vários momentos da pesquisa e é justificada pela atuação, da maioria dos hospitais, nesses dois polos. As instituições buscam através dos atendimentos de pacientes de planos de saúde e privados equilibrar o déficit financeiro gerado pelo setor público. Então, as pautas abordam aspectos relacionados a normas e procedimentos do SUS e também sobre o serviço de gastronomia da cozinha do hospital. As práticas comunicacionais adotadas pelos hospitais, reforça a dualidade público/privado e também o modelo *hospitalocêntrico*.

A concepção de comunicação pública está presente em vários aspectos levantados durante a pesquisa a partir das categorias estudadas com mais pertinência em alguns pontos como o diálogo com a sociedade. O interesse público da informação é considerado por Zémor (1995) o foco principal da comunicação pública. As pautas sobre saúde pública têm atenção da mídia e, na grande maioria das vezes, têm foco no interesse público.

A interação social dos hospitais em eventos que divulgam informações e serviços de saúde são um importante espaço para o diálogo com a sociedade. A presença e funcionamento das ouvidorias dentro das instituições demonstra preocupação, disposição para o diálogo e busca de soluções para as demandas levantadas pelos usuários atendendo os pressupostos elaborados por Zémor (1995).

A transparência de informações de gestão tem espaço para aprimoramento pois estão disponíveis, quase que exclusivamente, em formatos digitais e estão com dados desatualizados. Para acessar as informações é preciso percorrer vários ícones até chegar nas informações. A linguagem dos dados disponibilizados também é rebuscada e os números e tabelas exigem habilidades específicas para compreensão.

Os hospitais deste estudo com abrangência local e regional, desde pequeno até grande porte, compreendem a importância do papel da comunicação na sua atividade e, mesmo diante de dificuldades de toda ordem, mantêm e buscam aprimorar a sua comunicação com a sociedade. A comunicação mescla aspectos da comunicação pública com tópicos publicitários e com lógicas mercadológicas. Esse contexto nos indica que se pode avançar na direção de uma comunicação que atenda plenamente os preceitos da saúde pública sem interferir nas demandas privadas.

O mapa teórico-metodológico proposto por Martín-Barbero (2003), permitiu, de forma holística, percorrer o processo de comunicação dos hospitais no seu todo significativo. Nos focamos nos momentos das lógicas de produção e produtos industriais que revelam que os hospitais estão organizados para se relacionar com os seus públicos através de canais de comunicação próprios e da mídia comercial. Essas relações são mediadas pela institucionalidade e tecnicidade. A institucionalidade do hospital é bastante presente na sociedade e o Estado, através de políticas públicas de saúde, atua de forma constante. A mediação da tecnicidade está evidenciada através do apelo das redes sociais junto aos hospitais e também de forma marcante pelas mídias tradicionais como o rádio e o jornal impresso.

Para finalizar, é preciso reconhecer que as instituições hospitalares contribuem para a qualificação da saúde na região da 13^oCRS a partir de suas atividades e investimentos que se refletem nas condições de acesso à saúde da população. O desenvolvimento de condições para uma saúde pública de qualidade também corrobora para o desenvolvimento da região a partir da qualidade de vida da população.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, Zenaide Neto. *SUS: antecedentes, percurso, perspectivas e desafios*. São Paulo: Martinari, 2011.
- ALBUQUERQUE, Mariana V. de. *O enfoque regional na política de saúde brasileira (2001-2011): diretrizes nacionais e o processo de regionalização nos estados brasileiros*. 2013. 289f. Tese (Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo) Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013. Disponível em:<http://www.resbr.net.br/wp-content/uploads/historico/ALBUQUERQUE_MV_TESE_FMUSP_2013.pdf>. Acesso em: 04 abr.2016.
- ALMEIDA, Eliza P. de. *Uso do Território Brasileiro e os Serviços de Saúde no Período Técnico-Científico-Informacional*. 2005.313f. Tese. Faculdade de Filosofia Ciências e Letras. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005. Disponível em:<<http://www.geografia.fflch.usp.br/publicacoes/Geosp/Geosp18/teses%20e%20Disserta%C3%A7%C3%B5es.pdf>>. Acesso em: 04 abr.2016.
- AMARAL, Márcia Franz. *Lugares de Fala do leitor do Diário Gaúcho*. 2004. 289f. Tese (Programa de Pós-Graduação em Comunicação e Informação) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.
- ARAÚJO, I.; CARDOSO, J. M. *Comunicação e Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.
- ARAÚJO, Inesita. *Comunicação e Saúde*. In: MARTINS, Carla. *Educação e Saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.p.101-124.
- ARAÚJO, Sônia M. da S. *Cultura e educação: uma reflexão com base em Raymond Williams*. In: *GT Movimentos Sociais e Educação nº3* (2004).
- ARAUUTO. Site do Jornal. Disponível em:<<http://www.jornalarauto.com.br/Pages/>>. Acesso em: 29 set. 2016.
- ASSOCIAÇÃO DOS MUNICÍPIOS DO CENTRO SERRA. Apresenta informações gerais sobre a instituição. Disponível em:<<http://www.amcserra.com.br/site/>>. Acesso em: 13 out.2016.
- BAHIA, Ligia. *A política de saúde no Brasil*. In: ROCHA, Juan S. Y. (Org). *Manual de saúde pública e saúde coletiva no Brasil*. São Paulo: Editora Atheneu, 2012.p.201-218.
- BASSAN, D. S.; SIEDENBERG, D.R. *Desenvolver buscando a redução das desigualdades*. In: BECKER, D.F.; WITTMANN, M. L. (Org). *Desenvolvimento regional: abordagens interdisciplinares*. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2003. p.137-153.

BECKER, D.F.; WITTMANN, M. L. (Org). Desenvolvimento regional: abordagens interdisciplinares. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2003.

BRANDÃO, Elizabeth Pazito. *Usos e Significados do Conceito de Comunicação Pública*. 2003. Disponível em: <<http://www.portcom.intercom.org.br/pdfs/38942022201012711408495905478367291786.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2016.

_____. Conceito de comunicação pública. In: DUARTE, Jorge (Org). *Comunicação Pública: Estado, Mercado, Sociedade e Interesse Público*. São Paulo: Editora Atlas, 2012. p.1-33.

_____. Comunicação Pública. In: XXI CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS DA COMUNICAÇÃO. Recife, setembro de 1998. In: ENAP – Escola Nacional de Administração Pública. *Curso de Comunicação Pública*. Apostila. Junho e julho de 2005.

BRASIL. Lei 12.527, de 18 de dezembro de 2011. Lei da Transparência. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12527.htm>. Acesso em: 14 dez.2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Cadernos Humaniza SUS Atenção Hospitalar*. 2011. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizasus_atencao_hospitalar.pdf>. Acesso em: 04 abr.2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Dimensionamento do número de leitos e tipologia hospitalar: o desafio de fazer as perguntas certas e de construir suas respostas*. 2012. Disponível em:<http://rbce.org.br/wp-content/uploads/2014/10/59_Barbosa_Z_Tipologia_Hospitalar_LIGRESS_2012.pdf>. Acesso em: 01 abri.2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Conselho Nacional de Saúde*. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/webpacto/index.htm>>. Acesso em: 31 mar.2016.

_____. *Conselho Nacional de Saúde*. Disponível em:<http://www.cns.org.br/links/DADOS_DO_SETOR.htm>. Acesso em: 13 out. 2016 e 05 jan.2017.

_____. 8ª Conferência Nacional de Saúde,1986, Brasília. *Anais 8ª Conferência Nacional de Saúde*, Brasília, 1986. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. 430p.

_____. *Portal Brasil*. Disponível em:<<http://www.brasil.gov.br/saude/2015/06/grandes-numeros-do-sus/view>>. Acesso em: 01 abri.2016.

_____. Disponível em:<
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento.pdf>>. Acesso em: 12 ago.
2016.

BRASIL. Secretaria de Comunicação Social da Presidência da República. Pesquisa Brasileira de Mídia 2015. Disponível em:<<http://www.secom.gov.br/atuacao/pesquisa/lista-de-pesquisas-quantitativas-e-qualitativas-de-contratos-atuais/pesquisa-brasileira-de-midia-pbm-2015.pdf>>. Acesso em: 05 jan.2017.

BUENO, Wilson C. Comunicação, iniciativa privada e interesse público. In: DUARTE, Jorge (Org). *Comunicação Pública: estado, mercado, sociedade e interesse público*. São Paulo: Editora Atlas, 2012. p.134-153.

BORGES, Natany. *RX dos hospitais: com as finanças na UTI*. Gazeta do Sul, Santa Cruz do Sul, 29 e 30 out.2016. Reportagem Especial, p.34-35.

CALIXTRE, A.; FILHO, N. *Cátedras para o desenvolvimento: patronos do Brasil*. Rio de Janeiro: Ipea, 2014.

CARDOSO, Letícia C.M. *As mediações no Bumba meu Boi no Maranhão: uma proposta metodológica de estudo das culturas populares*. 2016.268f. Tese (Programa de Pós-Graduação em Comunicação Social) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.

CARVALHO, José M. *A construção da cidadania no Brasil*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

CARVALHO, D. W.; FREIRE, M. T. M.; VILAR, G. *Comunicação e saúde: humanização, significado e ação comunicativa*. *Organicom*, n.16/17, p.92-108, 2012.

CESCA, Cleuza G. *Organização de eventos: manual para planejamento e execução*. São Paulo: Summus, 1997.

CEVASCO, Maria Elisa. *Dez lições sobre estudos culturais*. São Paulo: Boitempo Editorial, 2003.

CHERUBIN, N.; SANTOS, N. *Administração Hospitalar: fundamentos*. São Paulo: CEDAS, 1997.

DALLABRIDA, Valdir R. Economia, cultura e Desenvolvimento: uma primeira aproximação sobre as origens teóricas da abordagem do tema. *Revista Brasileira de Gestão e Desenvolvimento Regional*. Taubaté, v. 7, p. 282-299, mai-ago.2011.

DORNELLES, Mizaél. Dinâmicas territoriais na região de Santa Cruz do Sul – RS. In: VII SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE DESENVOLVIMENTO REGIONAL, 2015, Santa Cruz do Sul. Anais Disponível em:<<http://online.unisc.br/acadnet/anais/index.php/sidr/article/view/13367>>. Acesso em: 03 nov.2016.

DUARTE, Jorge. *Comunicação Pública*. São Paulo, Atlas, 2007. Disponível em:< <http://www.jforni.jor.br>>. Acesso em: 14 abr.2016.

DUARTE, Jorge (Org). *Comunicação Pública: estado, mercado, sociedade e interesse público*. São Paulo: Editora Atlas, 2012.

ESCOSTEGUY, Ana C. D. *Os Estudos Culturais*. Porto Alegre: Faneccos, 2001.

FARIA, Armando M. de. Imprensa e interesse público. In: DUARTE, Jorge (Org). *Comunicação Pública: estado, mercado, sociedade e interesse público*. São Paulo: Editora Atlas, 2012. p.174-179.

FARIA, Armando M. de. Imprensa e organizações. In: DUARTE, Jorge (Org). *Assessoria de Imprensa e relacionamento com a mídia*. São Paulo: Atlas, 2002.p. 161-166.

FEDERAÇÃO DAS SANTAS CASAS E HOSPITAIS BENEFICENTES, RELIGIOSOS E FILANTRÓPICOS DO RS. Apresenta informações gerais sobre a instituição. Disponível em: <http://www.federacaors.org.br/contents/detail/4>. Acesso em: 15 ago.2016.

FELIPPI, Ângela C. T. *Jornalismo e identidade cultural construção da identidade gaúcha em Zero Hora*. 2006.177f. Tese (Programa de Pós-Graduação em Comunicação Social). Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.

FELIPPI, Ângela.; BRANDT, Grazielle. *Aproximações entre Estudos Culturais e Desenvolvimento Regional: uma proposta teórico-metodológica para estudar a comunicação na interdisciplinaridade*. Revista Brasileira de Gestão e Desenvolvimento Regional, Taubaté, SP, v.12, n.4, p.44-63, dez.2016.

FELIPPI, Ângela.; ESCOSTEGUY, Ana Carolina. *Jornalismo e estudos culturais: a contribuição de Jesús Martín-Barbero*. Revista Rumores: São Paulo, v.7, n.14, julho-dezembro 2013.

FONTOURA, Vanderlei T. *Redes organizacionais como alternativa para a gestão hospitalar: estudo de caso da associação dos hospitais do Vale do Rio Pardo*. 2011. 129f.Dissertação. (Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional – Mestrado e Doutorado) – Universidade de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul. 2011.

FUNDAÇÃO HOSPITALAR GETÚLIO VARGAS. Apresenta informações gerais sobre a instituição. Disponível em:< <http://www.fhgv.com.br/home/>>. Acesso em: 12 out. 2016.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Reforma Sanitária. Disponível em:<<http://bvsarouca.icict.fiocruz.br/sanitarista05.html>>. Acesso em: 15 fev.2016.

GAZETA DO SUL. Apresenta informações gerais sobre a instituição. Disponível em:< <http://gaz.com.br/>>. Acesso em: 29 set.2016.

_____. Santa Cruz do Sul: Grupo Gazeta de Comunicações. Diário. Edição Imprensa de 20 maio.2015. p.05.

HALL, Stuart. A centralidade da cultura: notas sobre as revoluções culturais do nosso tempo. *Educação & realidade* 22.2, p. 15-46, 1997.

HALL, Stuart. Da Diáspora: Identidades e mediações culturais. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2003.

HASWANI, Mariângela F. Comunicação Pública 360 graus e a garantia de direitos. In: KUNSCH, Margarida M. K. *Comunicação pública, sociedade e cidadania*. São Caetano do Sul: Difusão Editora, 2011.p.81-97.

HOHLFELDT, Antônio. Comunicação de interesse público entre o estado, o mercado e a sociedade. In: KUNSCH, Margarida M. K. *Comunicação pública, sociedade e cidadania*. São Caetano do Sul: Difusão Editora, 2011.p.229-241.

HOSPITAL ANA NERY. Apresenta informações gerais sobre a instituição. Disponível em:< <http://www.hospitalananery.com.br/>>. Acesso em: 12 out. 2016.

HOSPITAL SANTA CRUZ. Apresenta informações gerais sobre a instituição. Disponível em:< <http://www.hospitalstacruz.com.br/>>. Acesso em: 12 out. 2016.

HOSPITAL VERA CRUZ. Apresenta informações gerais sobre a instituição. Disponível em:< <http://www.hospitalveracruz.net/pages/>>. Acesso em: 12 out.2016.

IBAÑEZ, N.; ALBUQUERQUE, M. O SUS estrutura e organização. In: ROCHA, Juan S. Y. (Org). *Manual de saúde pública e saúde coletiva no Brasil*. São Paulo: Editora Atheneu, 2012.p.113 – 127.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Disponível em:<<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pns/2013/>>. Acesso em: 31 mar.2016.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Disponível em:< http://www.ibge.gov.br/estadosat/temas.php?sigla=rs&tema=pnad_internet_celular_2015 >. Acesso em: 24 dez.2016.

IPEA. INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. Políticas Sociais: acompanhamento e análise. 2015. Disponível em:< http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=25812&Itemid=9>. Acesso em: 17 jul.2015.

JACKS, Nilda (Coord.). *Meios e audiências: a emergência dos estudos de recepção no Brasil*. Porto Alegre: Sulina, 2008.

JORNAL DE RIO PARDO. Apresenta informações gerais sobre a instituição. Disponível em:< <http://jornalderiopardo.com.br/>> Acesso em: 27 set.2016.

KUNSCH, Margarida M. K. *Planejamento de relações públicas na comunicação integrada*. São Paulo: Summus, 2003.

LAPREGA, M.; ROCHA, J. Assistência Hospitalar. In: ROCHA, Juan S. Y. (Org). *Manual de saúde pública e saúde coletiva no Brasil*. São Paulo: Editora Atheneu, 2012.p.77 – 90.

LÓPEZ, Elaine Machado. *Uma revisão do papel dos hospitais de pequeno porte no Sistema Único de Saúde (SUS)*. 2004, 131f. Dissertação (Programa de Mestrado Profissional da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Osvaldo Cruz/Ministério da Saúde). Brasília, 2004.

LOPES, Maria I. V. de. *Mediação e Recepção: algumas conexões teóricas metodológicas nos estudos latino-americanos de comunicação*. Revista Matrizes. São Paulo.v.8.n1.jan/jun.2014.p.65-80.

MARCONI, M A. de; LAKATOS, E.V. *Técnicas de Pesquisa*. São Paulo: Editora Atlas, 1999.

MARIN, Eriberto.F. *Entidade de utilidade pública: efeitos jurídicos de sua declaração*. Rev.Fac.Dir.UFG, v19/20, n.1, p.39-46. Jan/dez 1995/96.

MARTÍN-BARBERO, Jesús. *Dos meios às mediações*. Rio de Janeiro: UFRJ, 2003.

_____. Comunicação e mediações culturais. (Entrevista concedida a Cláudia Barcellos. *Revista Brasileira de Ciências da Comunicação. Diálogos Midiológicos*.vol.6.ano XXIII.n.1, janeiro/junho de 2000.p.151-163.

_____. Medios Y culturas em el espacio latino-americano. *Revista Iberoamericana*. Berlim/Madrid, v.2, n.6, p.89-106, 2002.

MAY, Tim. *Pesquisa Social: questões, métodos e processos*. São Paulo: Artmed, 2004.

MENDES, Eugênio. V. *Os grandes dilemas do SUS: tomo II*. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2001.

MENICUCCI, Telma. *Público e Privado na Política de Assistência à Saúde no Brasil: atores, processos e trajetória*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org). *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes, 1994.

MONTEIRO, Graça F. A singularidade da comunicação pública. In: DUARTE, Jorge (Org). *Comunicação Pública: estado, mercado, sociedade e interesse público*. São Paulo: Editora Atlas, 2012. p.34-46.

MORAES, Ana Luiza Coiro. *Epistemologia dos Estudos Culturais: da dialética ao materialismo cultural*. In: XX ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM COMUNICAÇÃO, 2011, Porto Alegre.

MORAES, Margarete F. *Algumas Considerações sobre a História dos Hospitais Privados no Rio de Janeiro: o caso Clínica São Vicente*. 2005, 119f. Dissertação (Pós-Graduação em História das Ciências da Saúde da Fundação Oswaldo Cruz). Rio de Janeiro, 2005.

MOUTINHO, Ana V. *Dicionário de relações públicas*. Porto: Campo das Letras, 2001.

NOVELLI, Ana L.R. Pesquisa de Opinião. In: DUARTE, J.; BARROS, A. (Org). *Métodos e Técnicas de Pesquisa em Comunicação*. São Paulo: Editora Atlas, 2006. p.164-178.

PINSKY, J.; PINSKY, C. B. *História da cidadania*. São Paulo: Contexto, 2003.

PORTAL DO VALE DO TAQUARI. Apresenta informações gerais sobre a instituição Disponível em:< <http://www.cicvaledotaquari.com.br/portal/index.php/cic-vt/o-vale-do-taquari/>>. Acesso em: 06 out.2016.

POSSAS, Cristina. *Saúde e trabalho: a crise da previdência social*. São Paulo: Editora Hucitec, 1989.

RADWANICK, S. Atividade nas redes sociais aumentou no Brasil ano passado impulsionada pelo crescimento do Facebook. 2012. Disponível em:<http://www.comscore.com/por/Insights/Press_Releases/2012/3/Brazil_s_Social_Networking_Activity_Accelerates_in_the_Past_Year>. Acesso em: 24 dez. 2016.

REDE BRASIL SUL. Apresenta informações gerais sobre a instituição. Disponível em:< <http://www.gruporbs.com.br/quem-somos/areas-de-atuacao/>>. Acesso em: 30 set. 2016.

REGO, Gaudêncio T. do. *Comunicação empresarial, comunicação institucional: conceitos, estratégias, sistemas, estrutura, planejamento e técnicas*. São Paulo: Summus, 1986.

REIS, José. Território e políticas do território: a interpretação e a ação. *Revista Portuguesa de Geografia*, Lisboa, n.100, p.107-122, 2015.

ROCHA, Juan S. Y. (Org). *Manual de Saúde Pública & Saúde Coletiva no Brasil*. São Paulo: Editora Atheneu, 2012.

RONSINI, Veneza M. *A perspectiva das mediações de Jesús Martín-Barbero* (ou como sujar as mãos na cozinha da pesquisa empírica de recepção). In: XIX ENCONTRO DA COMPÓS. Rio de Janeiro, junho de 2010.

ROSA, Mário. *A síndrome de Aquiles: como lidar com crises de imagem*. São Paulo: Editora Gente, 2001.

ROSSIGNOLLI, C.; ASSÊNCIO, C.; CORDENONSI, A. *Interesse público e critério de noticiabilidade: um estudo sobre o programa de tv Folha*. In: XVIII Congresso de Ciências da Comunicação na região Sudeste, 2013, Bauru, São Paulo. Disponível em: <<http://portalintercom.org.br/anais/sudeste2013/resumos/R38-0617-1.pdf>>. Acesso em: 14 dez.2016.

RUBIM, Antonio A. C. Cidadania, comunicação e cultura. In: PERUZZO, C.M.K.; DE ALMEIDA, F.F (Org). *Comunicação para a cidadania*. São Paulo: Intercom; Salvador: Uneb, 2003.v.17. (Coleção Intercom de Comunicação).

SANT'ANNA, Francisco. *Mídia das Fontes: o difusor do jornalismo corporativo*. 2007. Disponível em: <<http://www.bocc.ubi.pt/pag/santanna-francisco-midia-fontes.pdf>>. Acesso em: 04. out. 2016.

SANTOS, M.; SILVEIRA, M.P. *O Brasil. Território e sociedade no início do século XXI*. Rio de Janeiro/São Paulo, Record, 2003.

SANTOS, Nelson. R. *SUS, Política Pública de Estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte, o direito sanitário, a governabilidade e a busca de saídas*. Rio de Janeiro: CEBES, 2012.

SEHN, Danúbia C. *A contribuição da Oktoberfest para o discurso identitário germânico de Santa Cruz do Sul*. 2009. 150f. Santa Cruz do Sul: Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional – Mestrado e Doutorado) Universidade de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul, 2009.

SEN, A.; KLIKSBURG, B. *As pessoas em primeiro lugar*. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

SEN, AMARTYA. *O desenvolvimento como liberdade*. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

SILVA, J.; FEITOSA, S.; MARTINELLI, T. *Educação popular e comunicação em saúde: buscando as interfaces?*. In: SILVA, J.; BORDIN, R. (Org). *Máquinas de sentido: processos comunicacionais em saúde*. Porto Alegre: Dacasa Editora, 2003. p.63-72.

SILVA, Luiz M. da. *Comunicação Pública: estado, governo e sociedade*. Brasília: Casas das Musas, 2003.

SILVA, V. C da ; ROCHA, C.M.F. *A comunicação em saúde no Sistema Único de Saúde: uma revisão de literatura*. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/97638/000921305.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 10 out.2016.

SISTEMAS E TECNOLOGIAS. *Informações para pesquisa acadêmica*. Mensagem recebida por <emili@gazetadosul.com.br> em 07 out.2016.

SULLIVAN, Marquerite. *Uma assessoria de imprensa responsável na era digital*. Bureau de Programas de Informações Internacionais – Departamento de Estado dos Estados Unidos. 2012.

SCHUSTER, Patrícia. *Braços Cruzados: o discurso do jornal Gazeta do Sul sobre o movimento grevista na década de 1980*. 2011.199f. Santa Cruz do Sul: Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional – Mestrado e Doutorado) Universidade de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul, 2011.

TRAQUINA, Nelson. *Teorias do Jornalismo*. Volume1. Florianópolis: Insular, 2005.

WILLIAMS, Raymond. *Culture is ordinary*. In: GRAY, Ann; MCGUIGAN, Jim. (orgs). *Studyine culture*. London: Arnold, 1993, p. 5-14.

ZANFORLIN, Sofia. *Rupturas possíveis: representação e cotidiano na série Os assumidos*. São Paulo: Annablume, 2005.

ZÉMOR, Pierre. *La communication publique*. Puf, Col. Que sais-je? Capítulo 1: o campo da comunicação pública. Paris, 1995. Tradução resumida: Elisabeth Brandão. Disponível em:
<http://www.ucb.br/comsocial/mba/ComunicacaoPublicaPierreZemor_traducao.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2016.

ZÉMOR, Pierre. *As formas da comunicação pública*. In: DUARTE, Jorge (Org). *Comunicação Pública: estado, mercado, sociedade e interesse público*. São Paulo: Editora Atlas, 2012. p.214-245.

APÊNDICE A – Questionário Gestores de Comunicação 2015**Comunicação e Saúde**

Nome:

Cargo:

Nome do Hospital:

- 1- O Hospital possui um setor ou pessoa responsável pela comunicação?
- 2- Como é o nome desse setor/serviço?
- 3- Há quanto tempo existe esse setor/serviço?
- 4- Como está estruturado esse serviço/setor? Quantos profissionais? Qual a formação deles?
- 5- Quais os canais de comunicação que são utilizados para a comunicação externa?
- 6- Qual é o mais eficiente na sua opinião?
- 7- Existe um planejamento para a atuação da comunicação?
- 8- Existe um orçamento anual exclusivo para comunicação?
- 9- No organograma do Hospital onde está situado o setor/serviço de comunicação?
- 10- Qual o número de funcionários do Hospital?
- 11- Qual o número de leitos do Hospital?

APÊNDICE B – Roteiro de Entrevista dos Gestores Administrativos dos Hospitais

Nome:

Nome do Hospital:

Cargo no Hospital:

Escolaridade/Formação:

Há quanto tempo trabalha no Hospital:

Há quanto tempo neste cargo:

1. Como se chama o setor responsável pela comunicação?
2. Há quanto tempo existe no setor de comunicação no Hospital?
3. Quais profissionais atuam na Comunicação? (formação e há quanto tempo).
4. Terceirizam serviços de comunicação? Se sim, quais?
5. Onde o serviço de comunicação está no organograma da instituição?
6. Existe orçamento específico para a área?
7. Existe um planejamento anual/semestral para a comunicação do hospital?
8. Quais são as diretrizes da comunicação do Hospital?
9. De que maneira se dá a comunicação com a sociedade?
10. Quais os canais de comunicação do Hospital? Mencionar todos. (mídias, periodicidade/tiragem, público alvo, meios digitais - números de seguidores, etc.)
11. Por que estes são os canais utilizados e há quanto tempo?
12. Quais públicos o hospital considera prioritários para a sua comunicação externa?
13. Como é o relacionamento com a imprensa?
14. O envio de notícias para a imprensa é feito em âmbito local ou regional? Porquê?
15. Quais são as cinco principais pautas (temas) tratadas pela AI até o momento em 2016?
16. Como se dá o processo de produção (fluxos) desses produtos de comunicação?
17. O Hospital realiza anúncios publicitários? Se a resposta da questão anterior for sim como e quando isso acontece?
18. De que forma o público externo interage com a comunicação feita pelo hospital?
19. Além dos canais de comunicação quais são as outras formas que o cidadão/usuário pode usar para se comunicar com a instituição?
20. O Hospital disponibiliza informações para o cidadão através de cursos, palestras ou seminários? Se sim, quais?

22. Existe alguma especificidade na comunicação da instituição por ela ser uma entidade pública? Qual?
23. Como é realizada a avaliação/mensuração dos resultados da comunicação externa?
24. De que forma o hospital comunica para o público externo os temas da transparência de gestão de recursos públicos e acesso às informações públicas considerando, por exemplo, a Lei da Transparência?
25. O hospital possui serviço de ouvidoria ou órgão similar? Quais as principais demandas dos cidadãos nesse serviço?
26. Na sua opinião, qual é o meio de comunicação mais eficiente para o relacionamento com o público externo? Porquê?
27. Você considera a comunicação de interesse público (informações de utilidade pública) presente na comunicação realizada pela instituição? Por quê?
28. Quais os principais desafios da comunicação hospitalar?

APÊNDICE C – Roteiro de Entrevista dos Gestores de Comunicação dos Hospitais

Nome:

Hospital:

Cargo no Hospital:

Escolaridade/Formação:

Há quanto tempo trabalha no Hospital:

Há quanto tempo trabalha nesta função:

1. Qual o número de Leitos?
2. Quantos funcionários a instituição possui?
3. É referência regional para alguma especialidade? Se sim, quais e para quais CRS?
4. Quanto a parte administrativa como está organizada a administração/direção do hospital?
5. Como está organizado o serviço de comunicação do Hospital?
6. Qual a importância, na sua opinião, da comunicação para o Hospital?
7. Quais são as diretrizes da comunicação interna e externa do Hospital?
8. Quais os canais de comunicação da instituição?
9. De que maneira se dá a comunicação com a sociedade?
11. Na sua opinião quais são os canais de comunicação mais eficientes? Por quê?
12. Existe trabalho de cooperação no âmbito da comunicação entre o hospital e órgãos governamentais? Se a resposta for sim, quais? Com que objetivo?
13. O Hospital participa da divulgação de informações de saúde organizadas pelo SUS? Se a resposta for sim, quais?
14. O Hospital participa da divulgação de informações de saúde organizadas por outras instituições? Se a resposta for sim, quais? Com que objetivo?
15. De que forma as mudanças no governo a cada eleição e as respectivas propostas para a saúde pública afetam o Hospital no âmbito da comunicação?
16. Como se dá a relação concorrencial entre os hospitais da região da 13ª CRS?
17. De que forma o hospital comunica para o público externo os temas da transparência de gestão de recursos públicos e acesso às informações públicas?
18. O Hospital disponibiliza informações para o cidadão através de cursos, palestras ou seminários?
19. Qual o investimento que o Hospital faz anualmente no serviço de comunicação?

20. Existe alguma especificidade na comunicação da instituição por ela ser uma entidade pública? Qual?

21. Você considera a comunicação de interesse público (utilidade pública) presente na comunicação realizada pelo Hospital? Por quê?

22. Quais os principais desafios da comunicação hospitalar?

APÊNDICE D - Termo Livre Esclarecido

- I - Esta pesquisa busca compreender a comunicação hospitalar da região da 13ª CRS com a sociedade. Este estudo contempla a comunicação pública e as mediações presentes na comunicação nos hospitais.
- II - A técnica desta pesquisa consiste em uma entrevista guiada por um roteiro previamente elaborado contendo questões que vão direcionar a entrevista, sendo que o entrevistado terá total liberdade para manifestar suas opiniões. A entrevista será gravada através de equipamento adequado para fins de transcrição e análise.
- III - Esta pesquisa não possui riscos ao entrevistado, sendo que se algum item do roteiro causar desconforto ao entrevistado, este não necessitará ser abordado.
- IV - Estas informações podem servir de ponto de partida para novos estudos e/ou para contribuir para o aprimoramento das práticas adotadas na comunicação hospitalar.
- V - Esta pesquisa recebe incentivos financeiros da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES através de bolsa de estudos.

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que autorizo a minha participação nesta pesquisa, pois fui informado(a), de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, dos procedimentos, dos riscos, desconfortos e benefícios, todos acima listados.

Fui, igualmente, informado:

- da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida à cerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa;
- da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isto me traga prejuízo;
- de que será identificada apenas a instituição e o cargo do entrevistado sendo o nome da pessoa mantido em sigilo;
- as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados a presente pesquisa;
- do compromisso de proporcionar informação atualizada obtida durante o estudo, ainda que esta possa afetar a minha vontade em continuar participando;

O Pesquisador Responsável por esta pesquisa é Lídia Schwantes Hoss, telefone (51) 98179-8268.

O presente documento foi assinado em duas vias de igual teor, ficando uma com o voluntário da pesquisa ou seu representante legal e outra com o pesquisador responsável.

Nome e assinatura do entrevistado: _____ Data

Nome e assinatura do entrevistador: _____ Data

ANEXO A – Reportagem Jornal Gazeta do Sul

magazine
Um papo com o melhor escritor da atualidade
O britânico Ian McEwan fala de *Enclausurado*, sua nova obra. **Suplemento**

ELEIÇÕES
Gaúchos voltam às urnas em quatro cidades
Porto Alegre, Caxias, Canoas e Santa Maria têm segundo turno. **Página 16**

ECONOMIA
Empresa terá entreposto em Santa Cruz
ESB, que produz tripas naturais, vai se instalar em Pinheiral. **Página 19**

SERVITORE
Ação dá resposta a ataques contra policiais militares
Operação especial buscou autores de tiros contra soldados. **Página 30**

www.gaz.com.br

Gazeta do Sul

SANTA CRUZ DO SUL | ANO 72 | Nº 237 | R\$ 3,00 | SÁBADO E DOMINGO, 29 E 30 DE OUTUBRO DE 2016

HOSPITAIS

Com recursos a conta-gotas

Atrasos de repasses do Estado, cortes de incentivos e uma defasagem de 20 anos na tabela SUS estão entre os fatores que deixaram os hospitais da região com as finanças em frangalhos. Tentando amenizar a agonia financeira, gestores apelam para medidas que vão de processos judiciais contra a União a rifas e brechós beneficentes. Veja o mapa da crise nas páginas 34 e 35.



GIRO PELA REGIÃO

Hospital Beneficente Vale do Sol

Desde que o governo começou a apresentar dificuldades de gestão, cerca de R\$ 200 mil deixaram de ser repassados à instituição por conta da suspensão do Incentivo de Cofinanciamento da Assistência Hospitalar (PIES-IHOSP). Sem dinheiro para dar início à reforma do bloco cirúrgico interditado ainda no início de junho, a instituição retinha os pacientes para outros municípios. Estamos perdendo serviços e, com isso, deixando de receber receita aqui dentro", comenta o diretor Marco Aurélio Machado. A solução está sendo apelar para rifas e demais ações realizadas junto à comunidade. Somente na última mobilização foram arrecadados R\$ 50 mil. O montante foi destinado às obras do bloco que, agora, tem previsão de conclusão no fim do mês.

Hospital Beneficente Sinimbu

O corte de gastos vem sendo uma prática comum no Hospital Beneficente Sinimbu. Isso porque os recursos do Programa Samsu estão atrasados. São R\$ 140 mil que a instituição deixou de receber nos últimos meses. Para contornar a crise, segundo a diretora Rosani Kanitz, o caixa do hospital interrompeu o pagamento do vale-alimentação aos funcionários há cinco meses. "Também tivemos que cortar a ajuda de 50% no plano de saúde do efetivo". Hoje, os recursos que mantêm o hospital são provenientes do SUS (com tabela defasada) e incentivos do Samsu, além de contrato com a Prefeitura para os serviços de plantão, urgência e emergência. Rosani reforça que, apesar das dificuldades, a folha de pagamento dos funcionários está em dia.

Hospital Doutor Anuar Elias Aesse

Com dívida de R\$ 170 mil, a instituição também prioriza, ao longo do ano, rifas, jantares e até bingos para angariar verbas e abater o débito. Segundo o gestor administrativo Alessandro Pereira Weber, empresários do município também têm se sensibilizado com a causa por meio de doações. "Até agora, mantivemos todos os serviços e não precisamos reduzir o quadro de funcionários. O cenário só foi possível graças à comunidade, que se solidarizou com a situação do hospital", conclui.

Hospital Monte Alverne

É um dos únicos que ainda não acumulam dívidas. Entretanto, já sente o aperto da crise. De acordo com a diretora administrativa Rosângela Mees Gass, está difícil fechar as contas no fim do mês sem atrasar o pagamento de funcionários ou fornecedores. Ações internas como economia em medicamentos e materiais já estão sendo aplicadas. "Nós lutamos com todas as forças para seguir sem prejudicar os pacientes. O lado positivo é que a comunidade nos apoia com doação de alimentos entre outras campanhas", complementa. Atualmente o Estado deve à instituição R\$ 50 mil oriundos de um programa de otorrinolaringologia.

Hospital Santa Rosa de Lima

Segundo a diretora administrativa do hospital, Madalena Paes, o déficit em 2015 já atinge R\$ 75 mil. A direção não encontra outra solução além de atrasar o pagamento de fornecedores e até mesmo funcionários. "Em função dos custos, também não fazemos mais cirurgias eletivas", complementa.

Hospital Beneficente Candelária

Em Candelária, o total a receber do Estado - R\$ 2 milhões - não só cobriria a dívida atual (R\$ 800 mil), como ainda iria auxiliar na aplicação de mais investimentos dentro do hospital. Para garantir o pagamento de recursos, a direção optou pela via judicial. "O Estado agora deve nos pagar em dez parcelas parte da dívida", explica o diretor administrativo, Aristides Feistler. Até que o pagamento aconteça, a direção pensa para deixar em dia os salários de funcionários e médicos. "Além disso, sentimos que não há qualquer condição de qualificar o serviço, nem oferecer atualização no atendimento. É um retrocesso".

Hospital Vera Cruz

A dívida do hospital alcança R\$ 1,5 milhão. Conforme o diretor administrativo, Gilson Carlos Jaeger, em decorrência da dificuldade para deixar as contas em dia, fornecedores e profissionais da saúde recebem pagamentos com atraso. Hoje, o valor que o Estado precisa repassar à instituição é de R\$ 220 mil, proveniente de incentivos do Samsu. "Esse valor já foi maior". Mesmo assim, Jaeger afirma que o cenário é preocupante. "Não temos mais de onde tirar. Se recebêssemos em dia, seria bem mais tranquilo trabalhar", complementa.

Hospital Regional do Vale do Rio Pardo

Dos 13 hospitais consultados, é o único que não apresenta problemas financeiros. O motivo é o contrato de gestão, assumido pelo município em 5 de fevereiro de 2014. De hospital filantrópico passou a regional e, hoje, atende 11 municípios do Vale do Rio Pardo. Boa parte dos recursos são provenientes da Prefeitura. Estado e governo federal apenas auxiliam. "Recebemos um valor fixo por mês do Estado e uma parcela da União. Essas verbas são repassadas mensalmente para o fundo municipal de saúde", explica a diretora administrativa Janailma Tesche Corrente. Para gerir os recursos, o município contratou a Fundação Getúlio Vargas, responsável pelos relatórios financeiros. Conforme a diretora, a instituição hoje realiza cerca de 6,4 mil consultas por mês e também é referência em traumatologia e porta-aberta em urgência e emergência.

Hospital São Sebastião Mártir

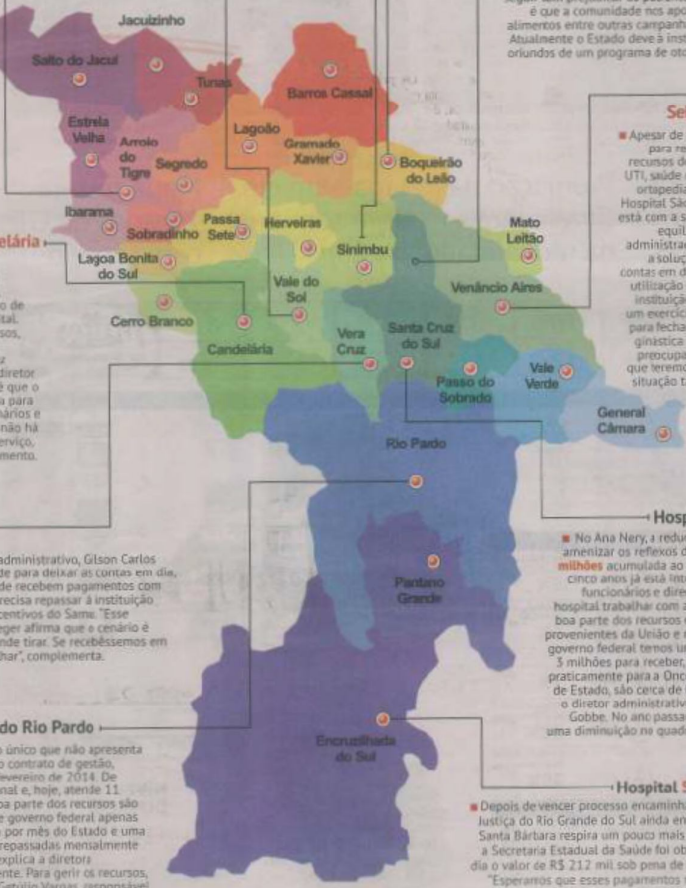
Apesar de ter R\$ 1,4 milhão para receber do Estado - recursos de incentivos sobre UTI, saúde mental, traumatologia, entre outros -, o Hospital São Sebastião Mártir está com uma situação financeira equilibrada. Segundo o administrador Jonas Kunrath, a solução para manter as contas em dia está calcada na utilização das economias da instituição. "Todos os dias é um exercício novo que se faz para fechar as contas. É uma ginástica interna. O que me preocupa é que não parece que teremos um contorno da situação tão cedo", comenta.

Hospital Ana Nery

No Ana Nery, a redução de custos para amenizar os reflexos da dívida de R\$ 15 milhões acumulada ao longo dos últimos cinco anos já está intrínseca à rotina de funcionários e direção. Pelo fato de o hospital trabalhar com alta complexidade, boa parte dos recursos encaminhados são provenientes da União e não do Estado. "Do governo federal temos um montante de R\$ 3 milhões para receber, recurso destinado praticamente para a Oncologia. Já em nível de Estado, são cerca de R\$ 650 mil", conta o diretor administrativo Gilberto Antônio Gobbe. No ano passado, também houve uma diminuição no quadro de funcionários.

Hospital Santa Bárbara

Depois de vencer processo encaminhado ao Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul ainda em junho, o Hospital Santa Bárbara respira um pouco mais aliviado. É porque a Secretaria Estadual da Saúde foi obrigada a pagar em dia o valor de R\$ 212 mil sob pena de bloqueio de caixa. "Esperamos que esses pagamentos realmente venham em dia". A vitória, porém, não extinguiu por completo a dívida e, de acordo com o administrador do HSB, Celso Teixeira, o Estado ainda deve R\$ 400 mil à instituição, provenientes de incentivos atrasados.



Gazeta do Sul

Raio-X dos hospitais

Com as finanças na

UTI

Natany Borges

natany@gaz.com.br

A situação financeira dos hospitais gaúchos pede socorro. São demissões, honorários atrasados, redução de atendimentos e dívidas que aumentam a cada mês. Segundo uma pesquisa divulgada ainda em agosto pela Federação das Santas Casas e Hospitais Beneficentes, Religiosos e Filantrópicos do RS, 91% das 245 instituições de saúde espalhadas pelo Estado têm contas a pagar. O resultado dessa crise de custeio é o acúmulo de uma

dívida que passa de **R\$ 1,6 bilhão**, valor fracionado em débitos com fornecedores e bancos, além de atrasos no pagamento de salários e tributos.

Na região do Vale do Rio Pardo, o cenário se repete. Os principais motivos para tamanha crise, alegam os administradores, é a falta de repasses de recursos estaduais em composição com a defasagem de 20 anos da tabela SUS. Isso sem falar da suspensão do Incentivo de Cofinanciamento da Assistência Hospitalar (Ihosp) desde 2015. Das 13 instituições procuradas para esta reportagem, 12 estão sentindo as consequências do desequilíbrio na área da Saúde. Um dos principais exemplos disso é o

Hospital Santa Cruz (HSC), que acumula déficit de R\$ 10 milhões desde o início do ano. "Faz dois anos que estamos em processo de adequar estruturas e reduzir atendimentos. Nossa situação está à beira de um colapso", desabafa o diretor administrativo do HSC, Egardo Orlando Kuentzer.

Outra instituição que sente os reflexos da crise é o Hospital Beneficente

Vale do Sol. Como alternativa para arrecadar recursos, a casa de saúde tem promovido rifa, brechós e pedágio solidário. Cansados de esperar por uma ação mais efetiva do Estado e União para equilibrar as contas, as direções dos hospitais arregaçam as mangas, trabalham duro e fazem verdadeiros malabarismos para buscar alternativas que contornem ou ao menos amenizem o cenário.

Foto: E. Costa/Arquivo de Imagens/CS

Junto com outros hospitais, o HSC busca na Justiça Federal reverter o desequilíbrio financeiro dos contratos



Situação do Hospital Santa Cruz é uma das piores

O Hospital Santa Cruz (HSC) realiza 36 mil procedimentos SUS por mês e não recebe recursos suficientes para sua manutenção. Conforme o diretor administrativo, Egardo Orlando Kuentzer, um recurso complementar à tabela de preços de procedimentos do SUS, no valor de R\$ 360 mil/mês, deixou de ser repassado desde janeiro de 2015. Em comparação com as demais instituições, o HSC apresenta o caso mais preocupante. Somente no primeiro se-

meestre, o déficit acumulado foi de **R\$ 10 milhões**. Na tentativa de buscar ajuda, o HSC, juntamente com outros seis hospitais, de Porto Alegre, Ijuí, Lajeado, Caxias do Sul e Pelotas, ingressou com um processo na Justiça Federal em 15 de agosto, apontando o desequilíbrio financeiro de contratos. "Esta ação foi coordenada por um grupo de advogados que agora aguarda resposta da Justiça."

Outra ação do HSC é a mobilização pela aprovação do Pro-

jeto de Lei 744, de 2015. De autoria do senador José Serra, a PL prevê um programa de crédito especial, com juros diferenciados, visando a superação da crise financeira que atravessam. "Estamos tentando sensibilizar senadores e governo federal para que aprovelem esse documento. Se a tabela SUS está defasada há 20 anos, nada mais justo, afinal, do que o governo oferecer essa contrapartida para os hospitais trabalharem com mais folga", afirma.

PEC 241 é motivo de apreensão

Conforme Egardo Kuentzer, outra pauta que vem preocupando os hospitais é a PEC 241, que congela as despesas do governo federal por até 20 anos. Já aprovado pela Câmara, o projeto está no Senado. Na prática, ele determina uma diminuição considerável de investimentos em áreas básicas, como educação e saúde. "Nós não somos contra ações que busquem contornar a crise. O problema é a forma como este projeto está colocado. Não podem tirar verba de quem já não tem condições para mais nada. Precisam buscar recursos onde existe desperdício." Kuentzer observa que a situação se agrava ainda mais porque a população que acessa o SUS está aumentando. "Com a recessão, as empresas estão buscando readequar os gastos e, para não demitir, diminuem benefícios, como os planos de saúde. Automaticamente, essa população vem para o SUS."