

Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz
Centro de Informação Científica e Tecnológica – CICT
Especialização em Comunicação e Saúde

Adla Marques

**PLANO DE COMUNICAÇÃO DO PROJETO DE INVESTIMENTOS
PARA A QUALIFICAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE –
QUALISUS**

BRASÍLIA
2007

ADLA MARQUES

**PLANO DE COMUNICAÇÃO DO PROJETO DE INVESTIMENTOS
PARA A QUALIFICAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE –
QUALISUS**

Plano apresentado como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Comunicação e Saúde, pelo curso de Pós-Graduação em Comunicação e Saúde do Núcleo de Ensino e Pesquisa em Comunicação e Saúde, Centro de Informação Científica e Tecnológica da Fundação Oswaldo Cruz.

Orientadora: Profª Janine Cardoso.

BRASÍLIA

2007

Marques, Adla

Plano de Comunicação do Projeto de Investimentos para a Qualificação do Sistema Único de Saúde – Qualisus / Adla Marques. -- Brasília, 2007.

88 f.: il.

Orientadora: Janine Cardoso

Plano de Comunicação (Especialização) – Fiocruz / Centro de Informação Científica e Tecnológica / Especialização em Comunicação e Saúde, 2007.

1. Comunicação. 2. Investimentos em saúde. 3. Saúde coletiva.
I. Cardoso, Janine. II. Fundação Oswaldo Cruz, Centro de Informação Científica e Tecnológica. III. Título.

ADLA MARQUES

**PLANO DE COMUNICAÇÃO DO PROJETO DE INVESTIMENTOS PARA A
QUALIFICAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – QUALISUS**

Este plano foi julgado adequado para a obtenção do título de Especialista em Comunicação e Saúde e aprovado pelo Programa de Comunicação e Saúde do Núcleo de Ensino e Pesquisa em Comunicação e Saúde, Centro de Informação Científica e Tecnológica da Fundação Oswaldo Cruz, Brasília-DF.

Área de concentração: Comunicação em Saúde

Brasília, ____ de _____ de 2007.

Prof^a. Janine Cardoso
Fundação Oswaldo Cruz
Orientadora

Prof.
Fundação Oswaldo Cruz
Examinador

Prof.
Fundação Oswaldo Cruz
Examinador

SUMÁRIO

LISTA DE ILUSTRAÇÕES E QUADROS	5
LISTA DE SIGLAS	6
APRESENTAÇÃO.....	8
1 MARCO TEÓRICO.....	10
2 MARCO INSTITUCIONAL	29
3 PROBLEMA DE COMUNICAÇÃO	33
4 OBJETIVOS	38
4.1 OBJETIVO GERAL	39
4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	39
5 PARTICIPANTES	40
5.1 DESTINATÁRIOS	40
5.2 PARCEIROS	44
6. REDE DE PRODUÇÃO DOS SENTIDOS.....	45
7 CONTEÚDO	49
7.1 VISÃO SOBRE INVESTIMENTOS EM SAÚDE.....	49
7.2 VISÃO PRELIMINAR SOBRE O PROJETO QUALISUS.....	50
7.3 VISÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO QUALISUS.....	50
8 RECURSOS	52
8.1 RECURSOS FINANCEIROS	52
8.2 RECURSOS MATERIAIS.....	52
8.4 RECURSOS HUMANOS.....	53

9 ESTRATÉGIAS	54
9.1 ESTRATÉGIA DE PARTICIPAÇÃO EQUÍTATIVA.....	56
9.1.1 AÇÃO DE CRIAÇÃO E ELABORAÇÃO DE MATERIAIS	57
9.1.2 AÇÃO DE ARTICULAÇÃO INTERNA.....	57
9.1.3 AÇÃO DE ARTICULAÇÃO VISANDO À MÍDIA	58
9.1.4 AÇÃO DE ARTICULAÇÃO VISANDO A PARCERIAS	58
9.2 ESTRATÉGIA DE TRANSPARÊNCIA	58
9.2.1 AÇÃO DE CRIAÇÃO E ELABORAÇÃO DE MATERIAIS	59
9.2.2 AÇÃO DE ARTICULAÇÃO INTERNA.....	59
9.2.3 AÇÃO DE ARTICULAÇÃO VISANDO À MÍDIA	60
9.2.4 AÇÃO DE ARTICULAÇÃO VISANDO A PARCERIAS	60
9.3 DETALHAMENTO DAS ATIVIDADES (PRODUÇÃO E CIRCULAÇÃO).....	60
9.4 PARALELO ENTRE PROBLEMAS, OBJETIVOS, ESTRATÉGIAS E ATIVIDADES	61
10 AVALIAÇÃO	75
11 RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS	77
12 CRONOGRAMA.....	80
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	82
ANEXO I – DETALHAMENTO DAS ETAPAS DO PROJETO QUALISUS	88
ANEXO II – LINHAS DE INVESTIMENTOS DO PROJETO QUALISUS	91
ANEXO III – MODELO DE PCR.....	93

LISTA DE ILUSTRAÇÕES E QUADROS

QUADRO 1	Paralelo entre o olhar dominante e o olhar semiológico	13
FIGURA 1	Modelo de Comunicação do Mercado Simbólico	17
FIGURA 2	Macrorregiões e microrregiões do estado de Minas Gerais	25
FIGURA 3	Mapa da rede de produção de sentidos sobre investimentos em saúde.....	46
FIGURA 4	Mapa da rede de produção de sentidos sobre investimentos em saúde, considerando a perspectiva dos usuários do Sistema único de Saúde.....	47
QUADRO 2	Detalhamento das atividades de comunicação no âmbito da produção e circulação	63
QUADRO 3	Paralelo entre problemas, objetivos, estratégias e atividades do plano de comunicação do projeto Qualisus	71
QUADRO 4	Detalhamento dos responsáveis institucionais pelas atividades de comunicação	77
QUADRO 5	Cronologia de execução das atividades de comunicação.....	80
QUADRO 6	Cronologia mensal dos dois primeiros anos de execução das atividades de comunicação	81

LISTA DE SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ASCOM	Assessoria de Comunicação
BB	Banco do Brasil
BID	Banco Interamericano de Desenvolvimento
BIPAS	Comissões Intergestores Bipartites
BIRD	Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento
BNDES	Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social
CAIXA	Caixa Econômica Federal
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos em Saúde
CES	Conselho Estadual de Saúde
CICT	Centro de Informação Científica e Tecnológica
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNCS	Cadastro Nacional Conselheiros de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
COFIEEX	Comissão de Financiamentos Externos
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COSEMS	Conselho de Secretários Municipais de Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DIPE	Diretoria de Investimentos e Projetos Estratégicos
DMP	Departamento de Medicina Preventiva
EAS	Estabelecimentos Assistenciais de Saúde
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz

ICR	Implementation Completion Report (Relatório de Conclusão de Implementação)
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MS	Ministério da Saúde
NEPCOM	Núcleo de Ensino e Pesquisa em Comunicação e Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não Governamental
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
OSC	Organização da Sociedade Civil
OSCIP	Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
PCR	Project Completion Report (Relatório de Conclusão de Projeto)
PEQ	Plano Estadual Qualisus
PO	Projeto Operativo
PSF	Programa Saúde da Família
QUALISUS	Projeto de Investimentos para a Qualificação do Sistema Único de Saúde
REFORSUS	Projeto de Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde
SE	Secretaria Executiva
SEAIN	Secretaria de Assuntos Internacionais
SECOM	Secretaria de Comunicação
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
STN	Secretaria do Tesouro Nacional
SUS	Sistema Único de Saúde
TRIPA	Comissão Intergestores Tripartite
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

APRESENTAÇÃO

Este Plano de Comunicação foi elaborado como trabalho de conclusão do Curso de Especialização em Comunicação e Saúde, que se insere no Programa de Pós-Graduação do Centro de Informação Científica e Tecnológica – CICT da Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ.

Porém, apesar de ter sido produzido como um dos pré-requisitos para a conclusão do referido curso, esse trabalho advém de uma necessidade real que é a assinatura de uma cooperação técnica internacional, a ser firmada entre o Ministério da Saúde e o Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento – BIRD, denominada Projeto de Investimento para a Qualificação do Sistema Único de Saúde – Qualisus.

A elaboração de um Plano de Comunicação para o Qualisus é uma condição estabelecida à sua aprovação, pois planejar as estratégias, ações e atividades comunicacionais relacionadas a um projeto de cooperação técnica internacional é uma condição fundamental para, entre outras questões, fomentar a participação daqueles que poderão ser beneficiados pelos investimentos; divulgar os resultados obtidos; e promover a transparência na utilização recursos a serem alocados.

A leitura do documento pode ser potencialmente dividida em duas partes. Na primeira se encontram o marco teórico e o marco institucional, nos quais, respectivamente, são expostos os conceitos teóricos sobre a comunicação e saúde que fundamentam o plano e é apresentada a instituição (na qual se insere o projeto e o plano), sua estrutura básica, linhas de atuação e o lugar que nela ocupa a comunicação.

Na segunda parte estão os passos de um planejamento comunicacional, que, segundo o método adotado¹, trata-se de um processo de conhecimento da realidade sobre a qual se deseja intervir. Esse processo tem início na identificação do problema de comunicação, seguindo-se à definição de objetivos, participantes

1 Trata-se do Método dos Passos Progressivos, desenvolvido por Inesita Araújo a partir de proposta de Pierre de Zutter, com os devidos ajustes às necessidades e peculiaridades das organizações que trabalham com projetos de intervenção social.

(contextualizados), rede de produção de sentidos, conteúdos, recursos, estratégias, avaliação, responsabilidades institucionais e por fim um cronograma de atuação.

Por fim, vale ressaltar que, por sua natureza operacional, esse plano de comunicação procura delimitar, ao máximo, as variáveis que poderão interferir na construção da realidade. Contudo, por trabalhar com as noções de produção social de sentido, contextos e polifonia, que possibilitam a percepção de que a realidade é um processo sempre em construção, esse plano deve ser considerado como uma obra aberta, um processo – desencadeador de outros processos – em constante mudança e acompanhamento.

1 MARCO TEÓRICO

No intuito de localizar este plano de comunicação a partir das linhas gerais teóricas que o alicerçam, este tópico destacará algumas considerações e referenciais que iluminarão o caminho a ser percorrido a seguir.

Olhar Semiológico e Comunicacional

Este plano de comunicação toma como base teórica o enfoque da Semiologia dos Discursos Sociais, que estuda a produção de sentidos como fenômenos sociais (embasada por princípios como os de liberdade, democracia e cidadania), abordando a comunicação na perspectiva de um grande espaço de permanente negociação.

Esta linha de pensamento da semiologia possibilita avanços na compreensão dos fenômenos sociais (aos quais são próprios a pluralidade, o dinamismo e a propriedade de se constituir a cada situação de comunicação), buscando conhecer os mecanismos do processo de produção e de efeito de sentidos como produtos do “trabalho social”. Para tal, agrega conhecimentos de outras disciplinas, trabalhando a partir de uma perspectiva histórica e cultural.

Os princípios teóricos básicos da Semiologia dos Discursos Sociais podem ser compilados, de acordo com a proposta de Pinto² (1994 apud ARAÚJO, 2000, p. 119-140), em três premissas: a da heterogeneidade enunciativa; a da semiose infinita; e a da economia política do significante.

A primeira coloca que todo discurso é polifônico³ e dialógico, ou seja, composto por uma pluralidade de vozes que se confrontam e dialogam entre si e cuja consciência e controle escapam, em parte, ao locutor, que nunca é uma “tábula rasa”. Não há, portanto, um “ponto zero”. Conhecido ou não nos discursos existe sempre um “antes” decorrente de experiências anteriores. A segunda se utiliza de

2 PINTO, Milton José. **As marcas lingüísticas da enunciação**: esboço de uma gramática enunciativa do português. Rio de Janeiro: Numen, 1994.

3 A noção de polifonia se constitui num conceito encontrado na obra do lingüista russo Mikhail Mikhailovich Bakhtin, formulado a partir de seus estudos sobre a obra de Dostoievski, considerada por ele como polifônica por excelência.

um termo introduzido pelo filósofo americano Charles Peirce (*semiosis*) para indicar a existência da intertextualidade⁴, de uma infinita rede intertextual de remissivas e representações na mente dos indivíduos, por meio das quais os sentidos se encontram em constante transformação⁵. Já a terceira, que será mais detalhada ao longo deste plano, expõe que os fenômenos culturais funcionam sob uma lógica de produção, circulação e consumo, enfim, sob uma lógica de mercado.

Mais especificamente, a partir de uma série de articulações de elementos conceituais elaborada por Araújo (2002), o plano adotará o enfoque teórico de um modelo⁶ baseado na negociação de sentidos, que busca representar a prática comunicativa nos processos de intervenção social, voltados para a concretização das políticas públicas. Trata-se do Modelo do Mercado Simbólico, segundo o qual, a comunicação opera ao modo de um mercado, no qual os sentidos sociais – bens simbólicos – são produzidos, circulam e são apropriados (ARAÚJO, 2004, p. 167).

Essa opção teórica, que apresenta a prática comunicativa sob o ponto de vista semiológico, será seguida em consciente oposição ao modelo comunicacional dominante, prática habitual no campo das políticas públicas, em geral, e especificamente no campo da saúde coletiva, que é o da comunicação para o desenvolvimento, também conhecido como desenvolvimentista.

A concepção de comunicação subentendida por este modelo é a da difusão da mensagem, da transferência da informação entre dois pólos definidos: núcleo emissor ativo – responsável pela veiculação de mensagens e produção de sentidos – e um núcleo receptor passivo que consome indiscriminadamente o que lhe é enviado (ARAÚJO, 2000, p. 52).

4 De acordo com a intertextualidade, noção surgida na década de 60 com os teóricos pós-estruturalistas (como Foucault e Barthes), o texto é um tecido de entrelaçamento perpétuo (BARTHES, 2006, p. 74), no qual cada palavra pode ser o elo para um novo texto, para uma nova história num gerar permanente.

5 O crítico literário e ensaísta alemão Walter Benjamin menciona a idéia de uma rede intertextual como um tecido entrelaçado pela reminiscência, ao escrever: “[...] todas as histórias se constituem entre si. Uma se articula na outra, como demonstraram todos os narradores [...]. Em cada um deles vive uma Sherazade que imagina uma nova história em cada história que está contando” (BENJAMIN, 1994, p. 211).

6 “Um modelo é uma forma, um molde pelo qual se procura analisar e explicar uma dada realidade. Por outro lado, é a representação simbólica das estruturas e relações que estão presentes no processo modelado.” (ARAÚJO, 2000, p. 34).

Sem memória, tanto o emissor quanto o receptor são considerados alheios a quaisquer outros processos comunicativos, que, por sua vez, são vistos como ruídos, como interferências a serem eliminadas (ARAÚJO, 2000, p. 109).

Descendente do modelo informacional criado pelos matemáticos Shannon e Weaver (1948), o modelo da comunicação para o desenvolvimento foi importado para o Brasil no período que sucedeu à 2ª Guerra Mundial (década de 50)⁷.

Conforme detalha Cardoso (2001, p. 24), acreditava-se que o progresso, a riqueza e o bem-estar, característicos dos países capitalistas industrializados, poderiam ser alcançados por meio de ações de comunicação, que possibilitariam informação suficiente e adequada para a moldagem de atitudes e comportamentos capazes de superar posturas arcaicas e, por conseguinte, o subdesenvolvimento.

Em razão disso, entre outros problemas, o modelo desenvolvimentista, que se apresenta com uma estrutura bipolar, linear, unidirecional e vertical, reduz uma boa comunicação a um mero ajustamento e articulação correta de códigos lingüísticos e à escolha de um canal com a mínima possibilidade de ruídos. “Tudo muito orgânico, funcionando mecânica e perfeitamente dentro de uma lógica causal” (ARAÚJO, 2000, p. 51).

Ademais, apresenta uma perspectiva instrumentalista, que esvazia a prática comunicativa como prática social (ARAÚJO; CARDOSO; LERNER, 2003, p. 16), e desconsidera a existência de desigualdade, diferentes realidades e interesses, transformando discordâncias, dificuldades e resistências em problemas de comunicação (CARDOSO, 2006, p. 46).

Conseqüentemente, são elaboradas estratégias de comunicação para resolver problemas de outras alçadas, que, como não proporcionam o resultado esperado, acabam gerando frustrações e desperdícios de recursos e boas intenções. O quadro a seguir sintetiza a relação entre as duas linhas teóricas colocadas.

7 O pós-guerra trouxe o contexto da Guerra Fria em que se originou e se firmou o projeto norte-americano de assegurar a liderança na propagação do capitalismo internacional, em confronto com a consolidação e expansão do sistema socialista, liderado pela então União Soviética.

QUADRO 1

Paralelo entre o olhar dominante e o olhar semiológico

Olhar dominante	Olhar semiológico
Significado	Sentido
Mensagem	Discurso
Decodificação	Atribuição de sentido
Subjetividade	Intersubjetividade
Sentido controlado	Semiose infinita
Comunicação como transferência de conhecimentos ou estímulo a atitudes	Comunicação como negociação de sentidos
Comunicação deve superar os ruídos	Ruídos são vozes constitutivas do sentido
Sentido é inseparável das palavras	Sentido é contextualizado
Receptores são decodificadores	Receptores são interlocutores
Cena social reduzida à relação emissor/receptor	Cena social com pluralidade de atores
Avalia a exposição do leitor à mensagem	Avalia a relação do leitor com o texto
Compara o “dito” ao “compreendido”	Compreende mecanismos do funcionamento social
Ideologia centrada no conteúdo	Ideologia como processo difuso (conteúdo, forma, circulação)

Fonte: baseado em Araújo (2000, p. 169).

Vale ressaltar, que a noção de mercado, utilizada por Inesita Araújo e seguida por este plano, difere da perspectiva neoliberal de “mercado livre”, no qual a informação estaria disponível de modo igual para todos e que tem como finalidade a maximização do lucro, independentemente do jogo político ou social.

Para além desta visão, o conceito aqui acolhido se assemelha à idéia de um “mercado público”, no qual as relações são estruturadas pelos interesses em jogo e onde se configura a concepção de “que o mercado está social e culturalmente enraizado; que funciona segundo fatores como confiança, reciprocidade, costume etc.; que, além do preço, há outros elementos que definem as escolhas; e que o acesso à informação é assimétrico” (ARAÚJO, 2004, p. 168).

Os participantes deste mercado podem ser caracterizados como indivíduos ou como comunidades discursivas (conceito relativo à face social dos discursos), definidas como sendo “grupos de pessoas, organizados ou não de forma institucional, que produzem e fazem circular discursos, que neles se reconhecem e são por eles reconhecidos.” (ARAÚJO, 2004, p. 167).

Estas comunidades não podem ser consideradas como simples porta-vozes discursivos. A partir de uma hierarquia interna e de uma organização própria de trabalho, são elas as incumbidas pela produção e gestão textual, além de cultivarem relações (cooperativas ou antagônicas) com outras que se posicionam no mesmo espaço discursivo. Essas várias características afetam tanto os discursos produzidos quanto as estratégias de circulação (ARAÚJO, 2000, p.161).

Nesse mercado, as mercadorias negociadas são os modos particulares dos participantes perceberem, classificarem e intervirem sobre o mundo e sobre a sociedade, em busca do poder de constituir a realidade, de fazer ver e fazer crer, de confirmar ou transformar a visão do mundo; ou seja, do Poder Simbólico.

Segundo Bourdieu (1989, p. 8), esse é um poder invisível que só pode ser exercido a partir da cumplicidade daqueles que não querem saber se a ele estão sujeitos ou mesmo se o exercem. É um poder “que tende a estabelecer uma ordem gnosiológica: o sentido imediato do mundo e, em particular, do mundo social” (BOURDIEU, 1989, p. 9-10). Detalhando o conceito, o autor ainda identifica o poder simbólico:

[...] como poder de constituir o dado pela enunciação [...]; poder quase mágico que permite obter o equivalente daquilo que é obtido pela força (física ou econômica), graças ao efeito específico de mobilização, só se exerce se for reconhecido, quer dizer, ignorado como arbitrário. Isto significa que o poder simbólico não reside nos ‘sistemas simbólicos’ em forma de uma *‘illocutionary force’*⁸, mas que se define numa relação determinada – e por meio desta – entre os que exercem o poder e os que lhe estão sujeitos, quer dizer, na própria estrutura do campo em que se produz e se reproduz a crença [da legitimidade] (BOURDIEU, 1989, p. 14-15).

Na visão de Foucault, o poder não está localizado em uma instituição ou no Estado, assim como não é algo que o indivíduo possa ceder a um soberano. O poder é uma relação de forças que está em todas as partes, construindo (mas

8 Termo introduzido pelo filósofo John Langshaw Austin, que distinguia três realidades lingüísticas estratificadas na fala: atos locutórios, atos elocutórios e atos perlocutórios (*locutionary, illocutionary, perlocutionary acts*). A locução é o ato de significar; a elocução é o ato que se realiza com o dizer: a locução é portadora de significado (*meaning*), enquanto elocução é portadora de força (*illocutionary force*) – por exemplo: pode-se dizer "chove" como mera constatação ou como advertência. A advertência poderá ter como meta que o interlocutor não saia de casa ou saia protegido com guarda chuva (ato perlocutório) (DIAS, 2006).

também reprimindo) verdades, práticas e subjetividades. Foucault sustenta ainda que:

[...] nosso embaraço em encontrar as formas de luta adequadas não virá de que ainda ignoramos o que é o poder? Afinal de contas, foi preciso esperar o século XIX para saber o que era a exploração, mas talvez ainda não se saiba o que é o poder. E Marx e Freud talvez não sejam suficientes para nos ajudar a conhecer esta coisa tão enigmática, **ao mesmo tempo visível e invisível**, presente e oculta, investida em toda parte, que se chama poder (FOUCAULT, 1982, p. 75, grifo nosso).

No lógica do mercado simbólico, a bipolaridade representada pelas figuras do “**emissor**” e “**receptor**” é substituída pela perspectiva multipolar do “**interlocutor**” que produz, faz circular e se apropria de discursos. Ao dissolver a bipolaridade, a linearidade e a unidirecionalidade presente até então nos principais modelos comunicacionais, o modelo em questão mostra que cada indivíduo participa por inteiro do circuito produtivo que caracteriza a prática comunicativa.

Desta forma, em busca do poder simbólico e por intermédio da negociação de suas “mercadorias”, os participantes/interlocutores do mercado simbólico possuem condições desiguais de negociação e promovem seus discursos polifônicos – visando à conquista de espaços de luta e transformação social – a partir da articulação de vários contextos, quais sejam: textuais (referentes à textualidade, à relação de contigüidade entre textos na mesma superfície espacial ou temporal); intertextuais (relacionados à historicidade, à rede remissiva); existenciais (relativos à posição dos interlocutores como pessoas no mundo, à prática social); ou situacionais (concernentes à topografia social, ao local de interlocução) (ARAÚJO, 2002, p. 57).

Neste ponto, é interessante destacar o pensamento de Pierre Bourdieu a respeito do valor dos discursos como espaço de luta e transformação social, ao afirmar que:

Quando falamos, produzimos um produto que, sob certo aspecto, é um produto como outro qualquer, portanto, destinado a estar sujeito não só à interpretação, mas também à avaliação. [...] A antecipação do preço que o produto vai receber vai intervir no nível da produção.

Concretamente, isso significa que, quando produzo um determinado discurso, preocupo-me mais ou menos com o efeito que ele vai produzir naquele a quem o dirijo. A antecipação do preço que meu discurso receberá ajuda a determinar a forma e o conteúdo dele, que será mais ou menos tenso, mais ou menos censurado, às vezes até o ponto de ser anulado – é o silêncio da intimidação. Se meu discurso pode receber um preço, isso ocorre porque quando falo, digo o que digo, mas também digo algo a mais na maneira de dizê-lo (BOURDIEU⁹, 2000, p. 53 apud ARAÚJO, 2002, p. 290-291).

Na prática comunicativa, percebida em constante associação às relações de poder, os interlocutores ocupam diferentes posições discursivas, que, tal como em uma espiral, podem estar localizadas mais ao centro ou mais à periferia.

Contudo, centro e periferia não são posições estáveis. Elas são móveis, relativas e mutuamente constitutivas (ARAÚJO, 2000, p. 148-149). Nenhum interlocutor pertence somente ao núcleo central ou ao periférico, pois lhes é próprio participar e se pronunciar discursivamente a partir de diferentes comunidades discursivas, ocupando, ao mesmo tempo, posições centrais e periféricas.

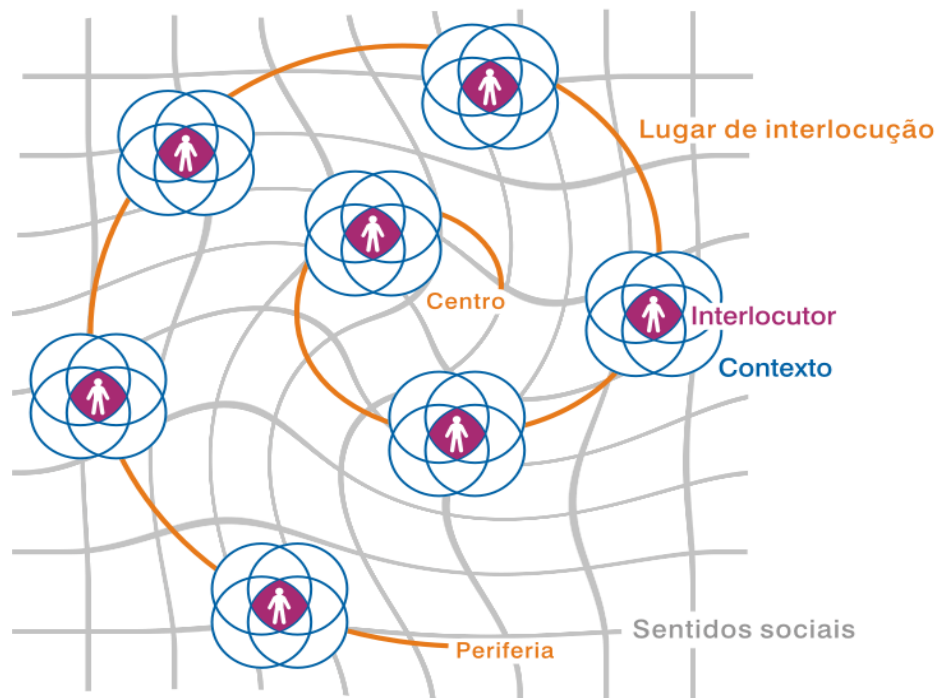
Reunindo, sob o prisma da comunicação, as noções de interlocutor, contextos e posições discursivas, tem-se caracterizado o **lugar de interlocução**: posição que cada indivíduo ou comunidade discursiva ocupa no mercado simbólico. É a partir dos lugares de interlocução que, nas práticas comunicativas, se instauram as relações de poder e são produzidos os sentidos.

O lugar de interlocução, em suma, referencia o processo de negociação, abrange o circuito produção – circulação – apropriação e indica o local que cada um ocupa, na cena discursiva e na cena social, no momento em que participa de um ato comunicativo.

A representação gráfica do modelo pretende expressar, de forma simplificada, a realidade social analisada, colaborando para a compreensão dessa concepção de comunicação e facilitando a prática de sua implementação.

9 BOURDIEU, Pierre. **O campo econômico: a dimensão simbólica da dominação**. Campinas-SP: Papyrus, 2000.

FIGURA 1
Modelo de Comunicação do Mercado Simbólico



Fonte: ARAÚJO (2002, p. 303).

Logo, o que se percebe é que o mercado apresenta uma negociação de desiguais e em uma negociação de desiguais sempre estão presentes os conflitos. Desta forma, as transações no mercado simbólico expõem um caráter de luta por melhores posições, lugares discursivos e, como em qualquer contenda, pressupõe confrontos e embates, mas também acordos, alianças e sinergias.

A partir de uma rede de sentidos em constante movimento, o modelo do mercado simbólico representa uma prática comunicativa apropriada às políticas públicas, mais especificamente aos processos de intervenção social, considerando esta intervenção como uma ação sobre uma determinada realidade social e como integrantes destes processos as organizações públicas ou privadas, que desenvolvem atividades ou influenciam na geração, implantação ou gestão de políticas públicas, dando-lhes concretude (ARAÚJO, 2003, p. 48).

Diante do exposto – e considerando ainda que o modelo em questão mostra-se operacional e apropriável, apresentando uma perspectiva multipolar, multidirecional, descentrada e em rede, que se contrapõe, como já foi dito, ao modelo (linear, unidirecional e transferencial) dominante nas atividades de

comunicação e saúde –, a utilização do modelo mercado simbólico será de grande aplicabilidade para a implementação deste plano de comunicação, como também para a visualização de modos de transformação da prática social e para a formação de uma visão crítica das práticas comunicativas no âmbito do setor Saúde.

Olhar da Saúde

Os campos da comunicação e da saúde são construções que historicamente traduzem e viabilizam negociações institucionais, científicas, assistenciais e, sobretudo, discursivas. A comunicação tem se revelado como um elemento estratégico no fortalecimento do campo da saúde coletiva e, portando, merecedora da produção de modelos de análise que considerem sua especificidade e modos de articulações com outras áreas, disciplinas e instituições.

Desta forma, por estar estreitamente relacionado à área da saúde, esse plano tratará de assuntos, no decorrer de seus capítulos, que merecem um detalhamento, bem como um embasamento teórico relacionados ao Sistema Único de Saúde brasileiro, seu funcionamento e princípios. Para tal, é interessante descrever, breve e resumidamente, o processo histórico que deu origem a tal Sistema.

Antes da Constituição de 1988, a assistência médico-hospitalar não era um direito social. Inaugurado pelo presidente Vargas, na década de 30, o modelo de saúde adotado no Brasil era um privilégio dos que podiam pagar, ou um benefício dos segurados pela previdência, ou uma caridade para aqueles que só tinham como recurso as instituições filantrópicas (PAIM, 2002, p. 279-280).

O regime autoritário, instaurado no Brasil pelo golpe militar de 1964, massificou a política de saúde assistencialista da era Vargas – na qual prevaleciam as instituições previdenciárias e uma burocracia técnica voltada para a mercantilização da saúde (ESCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005, p. 60) – o que colaborou, dentre outras razões, para o rebaixamento das condições de vida da população, criando uma situação caótica para a saúde coletiva.

A luta contra o regime ditatorial e o início de uma abertura para um processo de democratização fomentaram a organização e expansão de um movimento pela transformação do setor saúde, que teve sua origem nos Departamentos de Medicina Preventiva – DMPs, tornados obrigatórios pela reforma universitária de 1968.

Era o início do Movimento Sanitário, que se estabeleceu como uma força política, defendendo propostas contestatórias ao regime de governo como o reconhecimento dos direitos de cidadania; a extinção das estruturas paralelas de medicina previdenciária e de saúde pública; e o estabelecimento, sob a responsabilidade estatal, de um Sistema Único de Saúde, universal e amparado por um conceito ampliado de saúde (PAIM, 2002, p. 179).

De acordo com esse conceito, a saúde está relacionada não somente à ausência de doença, mas a fatores condicionantes e determinantes do bem-estar físico, mental e social. Entre estes fatores destacam-se: “a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais” (BRASIL, 1990a).

Os atores¹⁰ do movimento sanitário promoveram a criação de uma identidade entre a concepção de reforma sanitária e o ideal democrático: os avanços no processo de reformulação da saúde promoveriam e fomentariam a instauração de um regime democrático e vice-versa (GERSCHMAN; VIANA, 2005, p. 309).

A demanda pelo resgate da dívida social, acumulada no período militar, colocou a saúde na agenda da chamada Nova República (PAIM, 2002, p. 277), a partir da qual o Movimento Sanitário assumiu posição chave na reformulação da política de saúde, trabalhando em prol de uma efetiva reforma sanitária “abrangente e de orientação redistributiva” (ARRETCHE, 2005, p. 291). Nesta nova realidade, foi convocada, em março de 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde – CNS¹¹ com o tema “Saúde e Constituinte”.

10 Entre os atores do movimento estavam: a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Abrasco, o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde – Cebes, entidades médicas, lideranças profissionais, movimentos populares, partidos de esquerda, professores e estudantes universitários.

11 A 8ª CNS foi um marco na história da saúde do Brasil, pois, além de ser a 1ª a ser realizada após 20 anos de ditadura e contar com a participação de quatro mil pessoas, “alterou a composição dos delegados, incorporando a participação da sociedade civil organizada” (SCOREL; BLOCH, 2005, p. 83).

Grande matriz da reforma sanitária, a 8ª CNS pautou a construção de um novo sistema nacional de saúde embasado em fundamentos atinentes às condições de acesso e qualidade como a universalidade, a equidade e a integralidade (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1987). Esses princípios doutrinários traziam um novo ideal de assistência e foram o cerne ao redor do qual foi edificado o Sistema Único de Saúde – SUS, instaurado em 1988 pela 8ª Constituição Federal República, que estabelece em seu artigo 196:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, p. 133).

O SUS, institucionalizado pela Constituição Federal e posteriormente pelas Leis Orgânicas da Saúde – LOS 8.080 e 8.142, de 1990, trouxe consigo uma mudança profunda, um novo paradigma: a saúde como direito de todos. Na égide que ampara esse direito de relevância pública estão imbricados importantes princípios e diretrizes como os da Universalidade, Integralidade, Equidade, Descentralização e Participação.

Como um direito à cidadania, a universalidade visa a garantir a saúde como um direito de todos. Por este princípio, o sistema de Saúde deve atender a todos, sem distinções ou restrições, oferecendo toda a atenção necessária, sem a exigência de contrapartida contributiva ou quaisquer outros requisitos.

A integralidade, ou assistência integral, é o princípio que garante à população uma atenção à saúde completa, holística, envolvendo ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação e possibilitando o acesso a todos os níveis de complexidade do Sistema (sobre os quais se tratará mais adiante).

Além disso, a integralidade também “pressupõe uma atenção focada no indivíduo, na família e na comunidade (inserção social) e não num recorte de ações ou enfermidades” (BRASIL, 2005, p. 129) e exige que a variedade das necessidades relacionadas à saúde seja adequadamente reconhecida e que recursos sejam disponibilizados para abordá-la (STARFIELD, 2004, p. 314).

Estreitamente ligado ao conceito da universalidade, a definição de equidade apresenta uma complexidade que transcende o reconhecimento da necessidade por igualdade de direitos e, primordialmente na área da saúde, a aplicação deste conceito ético torna esta complexidade ainda mais evidente.

Tanto a equidade quanto a universalidade abrangem o acesso aos serviços e benefícios do SUS e discorrem sobre a noção de justiça distributiva a partir de um quadro de desigualdades (GOMES, 1996, p. 7).

A preocupação com a questão da equidade não é nova. Suas raízes estão nas discussões filosóficas de Aristóteles sobre justiça, é retomada pelo filósofo do iluminismo Jean-Jacques Rousseau¹² e também está presente no artigo 25 da declaração universal dos direitos humanos (OHCHR, 2007).

Costumeiramente considerada como sinônimo de justiça social ou *fairness* – que significam coisas diferentes a povos diferentes em diferentes momentos –, a equidade implica que a necessidade, mais que a vantagem social, deve ser considerada nas decisões sobre a alocação de recursos (BRAVEMAN, 1998, p. 10, tradução nossa).

Pode-se dizer que o alcance da equidade e da universalidade – princípios que têm acolhido grande aquiescência – está determinado pelos diversos conceitos de justiça social adotados pelas sociedades e que “sua implementação depende, como condição necessária ainda que não suficiente, da distribuição de recursos financeiros” (PORTO, 2006, p. 123).

Dado o exposto, os princípios norteadores explicitados no texto constitucional, conjuntamente com as diretrizes do SUS e os determinantes e condicionantes das condições de saúde enunciados nas Leis Orgânicas da Saúde, permitem inferir que equidade é a premissa que rege funções distributivas, as quais

12 Sobre o tema, Rousseau (2007, p. 12) coloca: "concebo na espécie humana duas espécies de desigualdade: uma, que chamo de natural ou física [...] e outra, que se pode chamar de desigualdade moral ou política, porque depende de uma espécie de convenção, e que é estabelecida ou, pelo menos, autorizada pelo consentimento dos homens. Consiste esta nos diferentes privilégios de que gozam alguns com prejuízo dos outros, como ser mais ricos, mais honrados, mais poderosos, ou mesmo fazerem-se obedecer por eles".

têm por objetivo compensar ou superar as desigualdades existentes, consideradas socialmente injustas.

Além disso, a participação e os resultados eqüitativos pressupõem distribuições desiguais de recursos, estratégias e ações, produto de ajustes efetuados em função de fatores sociais, político-organizacionais e territoriais determinantes das desigualdades existentes no país.

Associada à democratização e à participação e citada como primeira diretriz constitucional do Sistema Único de Saúde (cf. BRASIL, 1988, p. 133), a descentralização é um conceito primordial para o desenvolvimento do SUS.

Para universalizar a saúde é fundamental reconhecer a existência de diferentes realidades regionais e descentralizar a gestão (formulação, planejamento, orçamento, gerenciamento, execução, monitoramento e avaliação) das ações e políticas de saúde, estabelecendo responsabilidades e direitos aos três entes da federação. Conforme sustenta Junqueira:

A descentralização como um processo de transferência de poder determina a redistribuição do poder de decisão como resposta à centralização. Esse processo envolve mudanças na articulação entre estado e sociedade, entre o poder público e a realidade social, e implica mudar a atuação do Estado, seu papel na gestão das políticas sociais (JUNQUEIRA, 2004, p. 131).

O princípio da descentralização político-administrativa da saúde, definido pela Constituição de 1988, determina a autonomia decisória dos municípios e preconiza a localização dos serviços de saúde na esfera municipal, próximos a cidadãos e suas necessidades de saúde. Desta forma, a descentralização possibilita que os municípios possam assumir a gestão da saúde em seus territórios de acordo com as necessidades e características de suas populações.

Aos estados e à União cabe contribuir para a descentralização do SUS, fornecendo cooperação técnica e financeira aos municípios, e pactuar decisões nas instâncias de articulação e pactuação criadas pelo Sistema:

Durante os anos 90, foram criados diversos instrumentos e mecanismos voltados à descentralização das ações e serviços de saúde [...]. Nessa perspectiva, foram criadas, por exemplo, as Comissões Intergestores Bipartites (CIB) e Tripartite (CIT) como espaços de negociação, articulação e pactuação entre os gestores das três esferas no alinhamento da condução do SUS. As pactuações dessas comissões têm-se traduzido em regulamentos que fortalecem o processo de descentralização e qualificam a gestão, definindo responsabilidades para estados e municípios (BRASIL, 2006c, p. 7-8).

Sobre esse assunto, vale ainda destacar o colocado pelo “Entendendo o SUS” – primeira publicação do Ministério da Saúde com a finalidade de reunir informações essenciais sobre o Sistema Único de Saúde para jornalistas e profissionais de comunicação que trabalham com a saúde pública no Brasil:

Não há hierarquia entre União, estados e municípios, mas há competências para cada um desses três gestores do SUS. No âmbito municipal, as políticas são aprovadas pelo CMS – Conselho Municipal de Saúde; no âmbito estadual, são negociadas e pactuadas pela CIB – Comissão Intergestores Bipartite (composta por representantes das secretarias municipais de saúde e secretaria estadual de saúde) e deliberadas pelo CES – Conselho Estadual de Saúde (composto por vários segmentos da sociedade: gestores, usuários, profissionais, entidades de classe, etc.); e, por fim, no âmbito federal, as políticas do SUS são negociadas e pactuadas na CIT – Comissão Intergestores Tripartite (composta por representantes do Ministério da Saúde, das secretarias municipais de saúde e das secretarias estaduais de saúde) (BRASIL, 2007c, p. 5).

A Participação social em saúde, também citada na Constituição Federal como uma das diretrizes do SUS, tem a finalidade de promover a inclusão de novos sujeitos sociais nos processos de gestão do SUS como participantes ativos nos debates, formulações e fiscalização das políticas desenvolvidas pela Saúde Pública brasileira, conferindo-lhe legitimidade e transparência.

Para tal são necessários efetivos processos de descentralização política e administrativa. No âmbito do Sistema Único de saúde, a participação social acontece por meio de canais institucionalizados, como os conselhos de Saúde e as conferências de Saúde.

Uma participação cidadã demanda a ampliação da esfera pública a partir de um novo relacionamento entre Estado e sociedade, facultando aos participantes as informações necessárias sobre a gestão pública da saúde e promovendo a visão de que todos são membros do SUS, com direitos e deveres, e não apenas recebedores passivos de benefícios do Estado (TOVAR, 2006, p. 58).

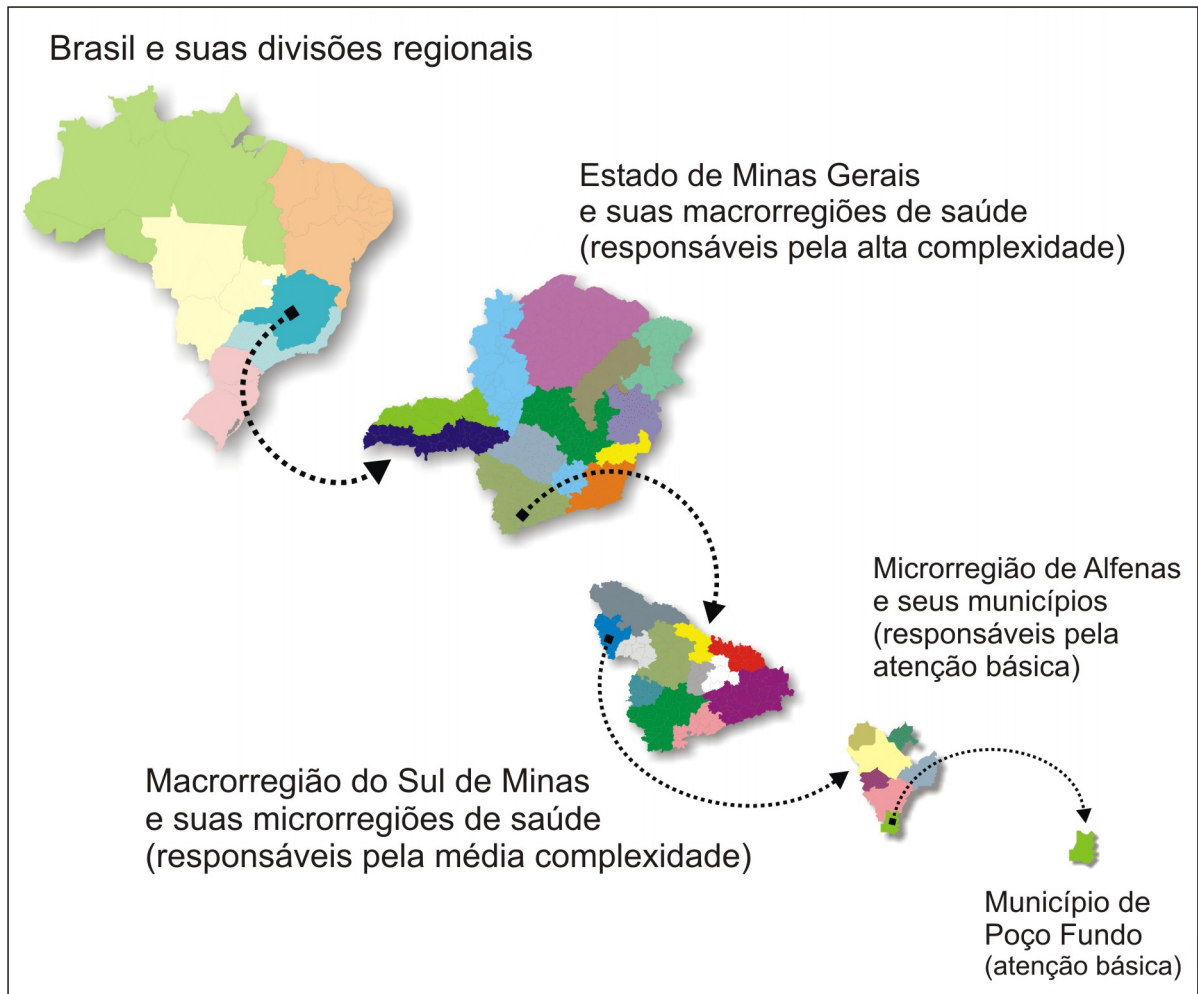
A fim de garantir e consolidar pressupostos, princípios e diretrizes do SUS, o modelo de atenção à saúde adotado pelo sistema foi organizado, conforme o estabelecido pelo artigo 8º da LOS 8.080/90, em níveis de complexidade crescente, a saber: atenção básica e atenção especializada, sendo esta última dividida em média e alta complexidade.

Essa estruturação é uma estratégia de organização que visa uma melhor programação e planejamento das ações e serviços de saúde a serem oferecidos pelo sistema, para garantir uma melhor utilização possível dos recursos disponíveis, tentando, ao mesmo tempo, estender ao máximo a cobertura dos serviços e controlar os gastos com a assistência.

Nem todo município necessita ter todos os três níveis de atenção instalados. A prioridade é oferecer uma atenção básica de qualidade. As demais especialidades da atenção podem ser conseguidas por meio do estabelecimento de pactos regionais que garantam às populações destas localidades o acesso a todos os níveis de complexidade do sistema (BRASIL, 2005, p.33).

A Figura 2 exemplifica essa situação: o estado de Minas Gerais possui 853 municípios, logo seria inviável para o Sistema que todos oferecessem os três níveis de atenção à saúde. Desta forma, as macrorregiões ficam responsáveis pelo atendimento de alta complexidade, as micro pela média complexidade e os municípios pela atenção básica.

FIGURA 2
Macrorregiões e microrregiões do estado de Minas Gerais



Fonte: elaboração da autora.

A atenção básica é o primeiro nível de complexidade – o que não significa que ele seja menos relevante que os demais, já que uma atenção básica de qualidade garante a resolução de cerca de 80% das necessidades e problemas de saúde (BRASIL, 2005, p. 36). Ela é preferencialmente a porta de entrada do sistema e caracteriza-se por um conjunto de ações¹³, no âmbito individual e coletivo, voltadas para a promoção, proteção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde.

Diferentemente do que acontece no atendimento hospitalar, as práticas da atenção básica são menos limitadas ao trabalho médico restrito, estando mais

¹³ Em seu escopo estão incluídas especialidades de clínica médica, pediatria, obstetrícia e ginecologia (Brasil, 2007b).

abertas a diferentes alternativas e formatos de produção de ações relacionadas à saúde (MERHY, 1997, p. 199).

A responsabilidade pela oferta de serviços de atenção básica à saúde é da gestão municipal (sendo o financiamento responsabilidade das três esferas de governo), mas a estratégia adotada pelo Ministério da Saúde como prioritária para a organização deste nível de atenção é a Saúde da Família.

A estratégia procura estabelecer um vínculo de co-responsabilização entre a equipe multiprofissional (mínimo de cinco pessoas) e a comunidade adscrita, que deve ser no mínimo de 2.400 e no máximo de 4.500 pessoas (BRASIL, 2005, p. 213), e tem produzido resultados positivos nos principais indicadores de saúde das populações assistidas.

A Média Complexidade – o segundo nível de atenção à Saúde, considerado no âmbito do SUS – é composta por ações e serviços¹⁴ voltados ao atendimento dos problemas e agravos de saúde que demandem disponibilidade de profissionais especializados e uso de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico (Brasil, 2005, p. 140).

A inserção da média complexidade no modelo de atenção do SUS deve se configurar como um estágio assistencial aberto às demandas vindas da atenção básica, tendo como meta um grau de resolubilidade que possa evitar o agravamento das situações de saúde, para reduzir, ao máximo, a evolução dos agravos que possam demandar uma atenção de maior complexidade e maior custo.

Outro ponto que deve ser considerado em relação à atenção especializada de média complexidade diz respeito à tecnologia e sua relação com as escalas econômicas que a justificam. Sobre isso, é interessante verificar o que expõem as diretrizes para a programação pactuada e integrada da assistência à saúde:

14 São de média complexidade os procedimentos especializados realizados por profissionais médicos, outros de nível superior e nível médio; cirurgias ambulatoriais especializadas; procedimentos traumatológico-ortopédicos; ações especializadas em odontologia; patologia clínica; anatomopatologia e citopatologia; radiodiagnóstico; exames ultra-sonográficos; diagnose; fisioterapia; terapias especializadas; próteses e órteses; e anestesia (Brasil, 2005, p. 140).

Dada a estrutura de portes populacionais dos municípios brasileiros, marcada pela existência de uma grande maioria de pequenos municípios, muitos equipamentos sanitários não demonstram viabilidade técnica e econômica para serem distribuídos homogeneamente em todos eles, obrigando a sua concentração em municípios maiores (BRASIL, 2006a, p. 21).

Contudo, as próprias diretrizes esclarecem a necessidade de contextualizar essa viabilidade econômica:

As características sócio-demográficas [...] do território nacional, com baixíssimas densidades demográficas, amplas extensões territoriais [como o verificado na Amazônia Legal], enormes distâncias entre os núcleos urbanos e rurais, precárias condições das vias de transporte viário [...], obrigam a relativização do critério de escala econômica para a instalação de equipamentos sanitários essenciais. Assim, **as políticas de investimento** e, conseqüentemente aquelas de custeio, **devem considerar as especificidades regionais e microrregionais**, sob pena da elaboração de desenhos de redes de serviços e de níveis tecnológicos que perpetuam as desigualdades inter e intra-regionais (BRASIL, 2006a, p. 22, grifo nosso).

A busca pela ampliação e qualificação da atenção de média complexidade tem, como um de seus pressupostos, a noção de "linha de cuidado" como forma de organização. Esta pressupõe um conjunto de ações orientadas a partir de necessidades de saúde loco-regionais, que podem focar um segmento populacional; ciclos de vida; gênero; agravo ou evento, representando um *continuum* assistencial que incorpore ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação (BRASIL, 2007a).

Partindo de uma idéia de produção sistêmica da saúde, a linha de cuidado pressupõe produtos, clientela e qualidade assistencial, sendo alimentada por recursos e insumos que expressam as tecnologias a serem consumidas durante o processo de prestação de vários serviços. Ela tem início na entrada do usuário – seja em serviços de urgência, consultórios ou clínicas da rede operadora – a partir da qual se abre um percurso que se estende conforme as necessidades do beneficiário por serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, especialidades, atenção hospitalar e outros (MERHY; CECÍLIO, 2003).

Por fim, no terceiro nível de complexidade está a atenção especializada de alta complexidade, contemplando procedimentos¹⁵ que envolvem alta tecnologia e alto custo, com o objetivo de propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à Saúde. Conforme sustenta o pesquisador Sólton Magalhães Vianna (2005, p. 14), um procedimento de alta complexidade é distinguido dos da atenção básica e de média complexidade por três atributos:

(i) **alta densidade tecnológica e/ou exigência de expertise e habilidades especiais acima dos padrões médios** (os procedimentos de alta complexidade nem sempre exigem equipamentos com tecnologia de ponta ou de alto custo, mas, habitualmente, demandam a existência de não só equipe multiprofissional como habilidades diferenciadas pouco encontradas);

(ii) **baixa frequência relativa** (de um modo geral, os procedimentos de alta complexidade têm uma frequência inferior aos dos demais níveis da atenção);

(iii) **alto custo unitário e/ou de tratamento** (o custo elevado pode decorrer tanto da tecnologia em si, como da duração necessária ao tratamento. Como exemplo tem-se, no primeiro caso, os transplantes múltiplos e no segundo, os procedimentos de hemodiálise).

É nesse nível da assistência que o sistema público de saúde parece mais se aproximar da efetiva consecução dos princípios da universalização do acesso e da integralidade da atenção, sem dúvida os principais desafios da política nacional de saúde.

15 As principais áreas que compõem a alta complexidade são: assistência ao paciente portador de doença renal crônica (através dos procedimentos de diálise); assistência ao paciente oncológico; cirurgia cardiovascular; cirurgia vascular; cirurgia cardiovascular pediátrica; procedimentos da cardiologia intervencionista; procedimentos endovasculares extra-cardíacos; laboratório de eletrofisiologia; assistência em traumatologia-ortopedia; procedimentos de neurocirurgias; assistência em otologia; cirurgia de implante coclear; cirurgia das vias aéreas superiores e da região cervical; cirurgia da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos em fissuras lábio palatais; reabilitação protética e funcional das doenças da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos para a avaliação e tratamento dos transtornos respiratórios do sono; assistência aos pacientes portadores de queimaduras; assistência aos pacientes portadores de obesidade (cirurgia bariátrica); cirurgia reprodutiva; genética clínica; terapia nutricional; distrofia muscular progressiva; osteogênese imperfeita; fibrose cística e reprodução assistida (BRASIL, 2005, p. 27).

2 MARCO INSTITUCIONAL

Este plano considera como Investimentos em Saúde as aplicações de recursos, próprios ou de terceiros, que contribuam para aumentar e qualificar a capacidade técnica do complexo produtivo da saúde, utilizadas para a melhoria da qualidade de vida da população. Tal capacidade inclui não somente o capital físico como também a força de trabalho (BRASIL, 2004). Desta forma, não são considerados investimentos os recursos destinados ao custeio da saúde (pagamentos de folha de trabalho e insumos).

Historicamente, a gestão dos investimentos em saúde por parte do Ministério da Saúde – MS tem sido realizada de forma desarticulada, sendo constantemente vinculada e desvinculada a diferentes Secretarias e órgãos internos do MS a depender da intenção e posicionamento político e dos interesses específicos do governo federal.

Os investimentos públicos na área seguiam a mentalidade de responder tão somente às demandas imediatas, perpetuando os problemas estruturais, que impedem o acesso e a qualidade da assistência à saúde no país, e provocando ineficiência na utilização dos recursos. Havia uma grande fragmentação no gerenciamento dos projetos, acarretando em baixa eficácia e efetividade, e as ações de cooperação técnica internacional respondiam a demandas pontuais, com pouco ou nenhum alinhamento com a política externa brasileira.

Visando alterar esta lógica, foi criada, em janeiro de 2003, uma Diretoria de Investimentos de Projetos Estratégicos – Dipe, vinculada à Secretaria Executiva do Ministério da Saúde. Nesta ocasião, foram agrupadas no novo órgão as atividades de análise e aprovação de convênios, emendas parlamentares e demais projetos de investimentos. A finalidade era passar a articular os investimentos em saúde a uma política específica, em prol de uma melhor utilização dos recursos e da organização da gestão de projetos de cooperação técnica internacional ou não.

Para alcançar esta finalidade, após alguns ajustes internos, a Dipe passou a contar com quatro Coordenações-gerais: uma de Acompanhamento e Informação

(CGAI), uma de Integração em Regiões Estratégicas (CGIR), uma de Investimentos em Saúde (CGIS) e uma de Projetos (CGPR).

À primeira cabe planejar, coordenar, apoiar e orientar os procedimentos relacionados aos acordos de empréstimos e aos termos de cooperação técnica com organismos internacionais no âmbito do MS. A Coordenação Geral de Integração em Regiões Estratégicas trabalha com o desenvolvimento e gerenciamento de projetos de saúde voltados para a democratização e integração em áreas consideradas estratégicas (como, por exemplo, a região de fronteiras).

Já a Coordenação-geral de Investimentos em Saúde, entre outros pontos, é responsável pela condução dos investimentos do Ministério por meio da análise técnica, avaliação e aprovação de projetos de investimentos. Finalmente, à Coordenação-geral de Projetos cabe o planejamento, coordenação, orientação e supervisão das atividades relacionadas aos acordos de cooperações técnicas com organismos internacionais no âmbito federal, relacionadas à saúde.

Neste cenário, sob a administração da Dipe/SE/MS, se insere a elaboração e execução do Projeto de Investimento para a Qualificação do Sistema Único de Saúde – Qualisus¹⁶. Em resumo, trata-se de um projeto de cooperação técnica, entre o Ministério da Saúde e o Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento – BIRD, com contrapartida nacional, voltado para a qualificação do Sistema Único de Saúde e para a organização de redes regionalizadas de atenção, contemplando uma abordagem integral da saúde.

A idéia de criação do Projeto Qualisus surge no momento de conclusão do Projeto de Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde – Reforsus¹⁷,

16 Vale aqui fazer uma distinção: o Projeto de Investimento para Qualificação do Sistema Único de Saúde (tema desse plano) e o Programa de Qualificação da Atenção à Saúde se utilizam da mesma denominação: Qualisus. O Programa, entretanto, se restringe à atenção de urgência e emergência nas capitais. Em suma, tratam-se de ações distintas, porém complementares. Pode-se afirmar que as duas propostas almejam o mesmo ideal de fortalecer o sistema de saúde, tornando-o mais eficaz e resolutivo.

17 De 1996 a 2003, o Projeto Reforsus (maior investimento na área social até então) viabilizou um montante de US\$ 750 milhões, que foram investidos na recuperação física e tecnológica dos serviços de saúde existentes e na promoção do desenvolvimento da capacidade de gestão do sistema, em seus diferentes níveis. Foram aprovados 1.190 subprojetos, que contemplaram a execução de 562 obras de conclusão, reforma e ampliação. Além das obras, foram adquiridas 137 Unidades Móveis e mais de 100 mil equipamentos médico-hospitalares e materiais permanentes. Deste último montante, destaca-se a aquisição de 688 equipamentos de alta

quando o Ministério inicia uma discussão acerca da necessidade ou não do desenvolvimento de um novo projeto de investimentos. A conclusão consensual dessa discussão apontou para a importância da elaboração de um projeto que pudesse dar continuidade aos investimentos do Reforsus, com a preocupação de trabalhar à luz da equidade e da qualificação do sistema.

Com relação ao território de atuação, o projeto Qualisus, preferencialmente, beneficiará os municípios situados em regiões metropolitanas, os municípios com mais de 100 mil habitantes e os municípios pólo-regionais da Amazônia Legal¹⁸, sendo destacada a aplicação de estratégias diferenciadas para esta região, em respeito às suas especificidades.

Vale lembrar que, definidos pelas unidades da Federação em seus Planos Diretores de Regionalização – PDR, os municípios pólo-regionais (de micro e macrorregiões de saúde) são aqueles que, historicamente, por sua capacidade instalada e potencial de equipamentos e de fixação de recursos humanos, exercem uma força de atração sobre outros. Além disso, estes municípios apresentam uma capacidade de absorção de fluxos populacionais, gerados pela demanda por serviços médico-assistenciais, requerendo maior incorporação de tecnologia e maior escala para garantir uma oferta com economia e qualidade.

Enfim, o Projeto Qualisus estima contemplar investimentos da ordem de U\$ 1,4 bilhão (U\$ 500 milhões do BIRD e U\$ 940 milhões da União) em uma execução prevista para oito anos, com duas fases distintas, objetivando assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde.

A elaboração de um plano de comunicação para o projeto é uma condição estabelecida à sua aprovação que, de antemão, determina a elaboração de uma série de materiais pré-definidos. Entre outros pontos, o plano se faz necessário para

complexidade, vários deles nunca antes viabilizados pelo SUS, como aceleradores lineares; tomógrafos computadorizados e aparelhos de ressonância magnética (SANTOS, 2003).

18 A Amazônia Legal é uma definição geopolítica, estabelecida em 1966, com a finalidade de planejar e promover o desenvolvimento da região. Abrange nove estados (Acre, Amazonas, Amapá, Pará, Rondônia, Roraima e Tocantins na região Norte, e Mato Grosso e Maranhão nas regiões Centro-Oeste e Nordeste, respectivamente), perfazendo uma superfície de aproximadamente 5.217.423 km² correspondendo a cerca de 61% do território brasileiro, com aproximadamente 24 milhões de habitantes (13,5% da população brasileira). Possui a menor densidade demográfica do país (cerca de 4 hab/km) (OLIVEIRA, 2005).

fomentar a participação daqueles que poderão ser beneficiados pelos investimentos; para divulgar os resultados do projeto; e para promover transparência na utilização recursos alocados.

A responsabilidade por sua elaboração e coordenação é da Assessoria de Comunicação da Secretaria Executiva do MS, que integra a Assessoria da SE, apesar de não existir oficialmente em sua estrutura organizacional, sendo responsável pelas ações de comunicação do órgão. Durante cinco anos, essa assessoria, contou apenas com uma profissional da área de comunicação, mas recentemente (2005), teve sua estrutura ampliada para três profissionais.

3 PROBLEMA DE COMUNICAÇÃO

Segundo Matus¹⁹, (1987 apud SÁ, 1995, p. 204), problema é uma discrepância entre o ser e o deve ser, que um ator assume como evitável e inaceitável. Assim, pode-se entender que um problema pressupõe um contraste entre a realidade tal qual é percebida e uma situação ideal. Para a resolução de um problema, Matus sugere a produção de uma cadeia de eventos que estão dentro do espaço das capacidades atuais do ator e que tenham como resultado a ampliação dessas capacidades.

Como já foi exposto, a Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, por intermédio de sua Diretoria de Investimentos e Projetos Estratégicos, está elaborando um Projeto de Investimentos para a Qualificação do Sistema Único de Saúde denominado Projeto Qualisus.

O projeto, cuja carta-consulta já foi aprovada (pré-requisito para sua elaboração) pela Secretaria do Tesouro Nacional do Ministério da Fazenda, está em fase final de negociação e prevê a alocação de investimentos nacionais e internacionais da ordem de U\$ 1,4 bilhão.

Com uma perspectiva de ação voltada para a para a qualificação do sistema, o projeto deve ser norteado pelo o princípio da equidade e, para tal, deve levar em consideração a diversidade da realidade social, política e administrativa brasileira, bem como sua extensa área territorial, na qual são expressivas as diferenças regionais e a diversidade organizacional e operativa da rede de serviços.

A constatação de territórios com vazios assistenciais²⁰, que paradoxalmente convivem com a abundância de serviços em outras localidades, também contribui para que o acesso a insumos e bens de saúde acompanhe essas desigualdades na oferta e de utilização.

19 MATUS, Carlos Romo. **Política, planificación y gobierno**. 2. ed. Washington, DC: Opas, 1987.

20 Áreas territoriais, normalmente de baixa densidade populacional, com ausência ou grande deficiência de acesso à assistência a saúde. O acesso a insumos e bens de saúde (medicamentos, kits diagnósticos, equipamentos, etc.) acompanha as desigualdades na oferta e utilização dos serviços. Já as desigualdades de cobertura de serviços podem, em grande parte, ser explicadas pelas diferenças regionais em infra-estrutura de serviços e recursos humanos disponíveis (BRASIL, 2006).

Essa diversidade também é encontrada entre os prováveis participantes do projeto, que são os gestores da área da saúde. Entre outras características, destacam-se profissionais com muita, média ou nenhuma experiência na gestão da saúde. A rotatividade no cargo é alta, sendo poucos os que permanecem nas Secretarias durante toda uma gestão ou os remanescentes de gestões anteriores, mesmo em caso de reeleição de prefeitos/governadores.

Igualmente, o acesso a meios e condições de informação por parte dos gestores de saúde é extremamente assimétrico. Como exemplo pode-se citar que uma correspondência, saída de Brasília-DF, leva dois dias para chegar ao município de Santa Vitória do Palmar-RS, enquanto a mesma correspondência só chega ao município de Ipixuna-AM em 30 dias, sendo que ambos estão aproximadamente à mesma distância de Brasília. São muitos os fatores que intervêm nas possibilidades de obtenção de informação para ambos e, por muitas vezes, a internet ainda não é uma solução plausível.

Além disso, pela experiência em outros projetos de investimentos, percebe-se que justamente os municípios que apresentam as piores condições de infraestrutura física e humana são aqueles menos aptos a planejar ações em saúde. Conseqüentemente, são estes os que enviam menor número de projetos para captação de investimentos ou que se utilizam da contratação de “consultores” externos para a elaboração de propostas, na maioria das vezes, padronizadas e descontextualizadas.

Em função disso, o projeto Qualisus prevê a prestação de consultorias (dadas pela própria unidade de gerenciamento do projeto) e apoio em softwares para os gestores nesta situação. Ao plano de comunicação cabe dar visibilidade prioritária a essa questão.

Outro aspecto relevante a ser considerado na implantação deste projeto, diz respeito ao propósito de contribuir para a qualificação da atenção e da gestão em saúde, por meio da estruturação de redes de atenção orientadas por linhas de cuidado que, voltadas principalmente para os serviços de média complexidade, buscam a integralidade da saúde.

Por sua vez, a escolha da ação na área da média complexidade se dá pelo estrangulamento deste nível de atenção em razão da ampliação da cobertura da atenção básica e pelo fato de que:

Embora não existam dados sistematizados sobre demandas reprimidas [...], há um conjunto de evidências empíricas que aponta para a insuficiência de oferta nas áreas de consultas especializadas e de diagnose. Tal situação faz com que a assistência de média complexidade seja comumente considerada, tanto pelos gestores, quanto pelos usuários, um ponto de estrangulamento do sistema. O impacto da atual forma de organização da média complexidade tem acarretado problemas em outras áreas, como: filas de espera em hospitais; atraso na intervenção médica; agravamento de patologias; defasagem de cobertura; e possíveis desperdícios por um lado e ociosidade por outro na utilização dos recursos disponíveis (BRASIL, 2006b, p. 11).

Ademais, para a assinatura do projeto (etapa que oficialmente dá início a sua execução), se faz necessária a elaboração de um Plano de Comunicação empenhado em planejar e motivar uma participação mais equânime (por parte daqueles que poderão ser beneficiados pelos investimentos); em dar visibilidade a ações e resultados alcançados pelo projeto; e em promover transparência no dispêndio dos recursos públicos (quanto e onde foi investido o recurso e quais as melhorias proporcionadas).

O plano em questão deve especificar as ações comunicativas pertinentes às etapas do projeto, desde a sua preparação para as solicitações de investimento (Projetos Operativos – PO) até a avaliação dos resultados destas propostas²¹.

Vale recapitular que a comunicação da área da saúde, por vezes, tem se mostrado, inapropriadamente, como uma prática generalista, transferencial e, sobretudo, embasada na noção de comunicação para o desenvolvimento, prevendo que a modelagem de hábitos e comportamentos pode resolver o problema do subdesenvolvimento. Continua-se, por exemplo, investindo maciçamente em dispendiosas campanhas publicitárias que visam à adoção de atitudes “mais adequadas” para a superação dos problemas sociais.

21 O Anexo I deste documento mostra um detalhamento das etapas de execução previstas para o Qualisus.

Em consonância ao enfatizado por Oliveira (2004, p. 59) essa atitude está relacionada a um discurso, predominante na saúde, centralizador e proferido por emissores especializados e “autorizados” a prescreverem modos de viver e cuidar da saúde.

Além disso, um desejado processo de mudança é dificultado por pelo menos duas questões: existem interesses bem definidos nos sistemas oficiais de comunicação que integram o aparato do Estado e esses sistemas são lócus de uma permanente luta por interesses e disputas hegemônicas (ARAÚJO, 2000, p. 64-65). Sobre isso vale acompanhar as idéias desenvolvidas um ciclo de seminários, ocorridos em 1987, na Empresa Brasileira de Assistência Técnica e Extensão Rural – Embrater:

[...] vivemos em uma sociedade com interesses conflitantes que adota um modelo de desenvolvimento voltado para a eficiência em detrimento da equidade. Nesse modelo, uma minoria solidifica seus interesses na medida em que impões continuamente seus valores e busca manter inalterada sua situação hegemônica, contrariando os interesses dos segmentos majoritários da sociedade. A comunicação [...] faz parte do conjunto de mecanismos de sustentação desses interesses, quando atua reforçando modelos de desenvolvimento injustos e concentradores (BRASIL²², 1987, apud ARAÚJO, 2000, p. 60).

Por conseguinte, a comunicação na saúde continua atrelada a um paradigma instrumental que tem inibido a procura, utilização e apropriação de teorias comunicacionais mais dialógicas, voltadas para a intervenção social.

O que se tem verificado é a exaurida repetição de fórmulas centralizadoras que se utilizam, basicamente, do modelo informacional de comunicação, desconsiderando a existência da pluralidade, da polifonia dos interlocutores e de seus contextos (textuais, intertextuais, situacionais e existenciais).

Entretanto, é fundamental contextualizar para perceber e situar – no tempo e no espaço – a diversidade de produção de discursos, seus sujeitos e relações

22 BRASIL. Empresa Brasileira de Assistência Técnica e Extensão Rural – Embrater. **A comunicação na extensão rural**: Fundamentação e diretrizes operacionais. Brasília: Embrater, 1987.

sociais. Lamentavelmente, antes de analisar os contextos (fato primordial para o sucesso da comunicação), o que se tem constatado, no âmbito da maioria das instituições de saúde, é a ausência de um planejamento para a comunicação.

O que se observa é a existência de um conjunto de práticas e atividades comunicativas centralizadas – muitas vezes encabeçadas pela vontade política ou temporal de coordenadores –, voltadas para a produção de materiais (comumente, descontextualizados), que desconsideram a importância da circulação e da apropriação.

A respeito desta realidade, vale evidenciar a compreensão de Ortega y Gasset:

Não há nenhum dizer que diga, sem mais, o que quer dizer. Diz somente uma pequena fração do que pretende: o resto simplesmente subdiz ou dá por sabido. [...] **O que de fato manifestamos se apóia em inumeráveis coisas que silenciamos.** A linguagem existe graças à possibilidade da reticência e o que de fato enunciamos vive do que por sabido se cala (ORTEGA Y GASSET²³, 1970 apud SÁ, 1995, p. 204, grifo nosso).

As práticas de comunicação de uma instituição são práticas sociais que correspondem às ações de intervenção social. Sendo assim, estas não podem ser consideradas, a partir meramente de uma perspectiva instrumentalista, como um simples conjunto de técnicas e materiais (ARAÚJO, 2000, p. 17).

Assim sendo, o plano de comunicação aqui exposto tem a pretensão de se posicionar na contramão das práticas difusionistas/hegemônicas e de contribuir para a resolução dos desafios ora colocados. Neste intuito, vale ressaltar o questionamento de Cardoso:

Como, então, continuar a pensar em apenas um pólo emissor, quando aqueles que eram considerados público-alvo, receptores estáticos e desprovidos de saberes, participam e reivindicam seu lugar no debate público? (CARDOSO, 2006, p. 47).

23 ORTEGA Y GASSET, Jose. **Historia como sistema y otros ensayos de filosofia**. Madrid: Editora Alianza. 1970.

4 OBJETIVOS

A etapa de definição de objetivos de um plano de comunicação, além do sentido claro de determinar uma direção a ser seguida, um ponto a ser alcançado, possibilita um momento de reflexão crítica sobre as motivações do projeto e da instituição que o apresenta. Essa reflexão suscita questões como: de qual visão da realidade o projeto está partindo? O que o projeto pede ao seu público? e ainda, o que ele pode oferecer? (ARAÚJO, 2006a).

Primordialmente, o projeto Qualisus parte da demanda por novos investimentos em saúde – frente a uma nova configuração regional possibilitada, entre outras diretrizes, pelo Pacto de Gestão – para qualificar a atenção e a gestão da saúde brasileira no âmbito de seu Sistema Único. Assim, o plano de comunicação deste projeto (obviamente valendo-se de ações pertinentes e cabíveis à comunicação) deve ter em seu horizonte o alcance desta almejada qualificação.

Sustentado pela Semiologia dos Discursos Sociais e pelo modelo do mercado simbólico, este plano de comunicação tem a pretensão de identificar comunidades discursivas e fluxos diferentes dos já legitimados pelas instituições, ressaltando a importância, no circuito produtivo da comunicação, do processo de circulação: grande responsável por intensificar a negociação dos sentidos.

É na circulação que são agregados valores aos discursos e é por meio dela que estes discursos são ouvidos ou silenciados. Desse modo, "a circulação é por excelência o espaço estratégico da comunicação" (ARAÚJO, 2002, p. 39), embora as instituições de saúde historicamente privilegiem a produção de materiais e não as suas formas de distribuição.

Além disso, esse novo enfoque estimulará a investigação de um novo diagnóstico da realidade, lidando importantes noções – como as de polifonia, contexto, desigualdade discursiva, poder simbólico e lugar de interlocução – e possibilitando a construção de um plano de comunicação com ações democráticas e conscientes da realidade da saúde brasileira.

Não se pode, no entanto, partir do princípio de que a trilha a ser percorrida já está previamente definida e demarcada. O plano deve prever e poder ser processualmente construído e desconstruído, as curvas devem ser consideradas e os desvios valorizados. Como coloca o escritor mineiro João Guimarães Rosa (por intermédio de seu personagem Riobaldo no romance Grande Sertão: Veredas), o real não está na saída nem na chegada. Ele está é no meio da travessia.

Estas metáforas e citações objetivam a interiorizar, no plano de comunicação do projeto Qualisus, uma configuração de canal de expressão aberto, apto a redirecionar-se frente às realidades encontradas. Na construção desse caminho, o plano pretende motivar uma ampla participação no projeto, dando visibilidade a essa participação e a seus resultados da forma mais clara possível.

4.1 OBJETIVO GERAL

Favorecer a realização dos objetivos do projeto Qualisus por intermédio de estratégias e ações de comunicação coerentes com os princípios do Sistema Único de Saúde.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Promover uma participação eqüitativa ao projeto Qualisus, contribuindo para a adesão de possíveis proponentes ao projeto.
- Dar visibilidade às ações do projeto Qualisus e posteriormente aos seus resultados.

5 PARTICIPANTES

Este tópico busca identificar e descrever os interlocutores a serem mobilizados para o alcance dos objetivos do plano. Esses interlocutores podem ser posicionados de dois modos diferentes: como destinatários do plano ou como parceiros.

Os destinatários são aqueles (pessoas, comunidades, instituições, dentre outros) que originalmente são a razão da existência do plano; ou seja, aqueles que serão diretamente afetados pelo plano e aos quais serão destinadas as estratégias, ações e atividades.

Já os parceiros são aqueles (pessoas, comunidades, instituições, dentre outros) que, em princípio e de alguma maneira, envidarão esforços para a execução das ações previstas; ou seja, aqueles que participarão do plano ou que, de alguma maneira, serão incorporados aos processos desencadeados.

A fronteira entre destinatários e parceiros, no entanto, não é algo cristalizado ou impermeável, muito menos intransponível. De forma que se apresentam destinatários que, em algum momento ou de algum modo, são parceiros e parceiros que são, eventualmente, destinatários.

5.1 DESTINATÁRIOS

- Gestores públicos de saúde de estados municípios das regiões metropolitanas, dos municípios com mais de 100 mil habitantes e dos municípios pólo-regionais da Amazônia Legal. (relacionados diretamente ao objetivo específico de motivar a adesão de prováveis proponentes ao projeto Qualisus, promovendo uma participação equitativa).
- População que se utiliza dos serviços do SUS (relacionada diretamente ao objetivo específico de dar visibilidade às ações do projeto Qualisus e posteriormente aos seus resultados).

O Qualisus trabalhará com um recorte a partir do cenário de gestores de saúde que totalizam 5.587 profissionais (sendo 5.561 municipais e 26 estaduais²⁴), de ambos os sexos, com escolaridade de média a superior. A faixa etária é abrangente, mas a maioria se encontra entre 30 a 50 anos (CONASEMS, 2006). Neste montante, entre outras características, destaca-se a diversidade nos níveis de experiência de gestão em saúde destes profissionais.

Como já foi colocado, a rotatividade no cargo é alta (as capitais, por exemplo, elegeram recentemente novos governadores, que, por sua vez, indicarão novos secretários de Saúde). Além disso, são poucos os gestores que permanecem no cargo durante toda a gestão ou os que se conservam de gestões anteriores (mesmo em caso de reeleição). As ideologias políticas, religiões e práticas culturais são as mais distintas possíveis, tendo em vista a abrangência territorial / social / cultural alcançada.

No caso dos destinatários relativos à população que usufrui do SUS, por configurarem (ou terem a possibilidade de configurar) um montante de 180 milhões de pessoas – totalidade da população brasileira, o plano se valerá, também, da relação destes com os Conselhos e conselheiros de Saúde.

Historicamente situados no movimento da reforma sanitária, que se empenhou em reconfigurar democraticamente a saúde pública e institucionalizar o pressuposto de que o Estado deve acolher a participação social como uma forma de interferência na definição e desempenho das políticas públicas de saúde, os conselhos de saúde integram, oficialmente desde 1990, a configuração institucional do SUS (OLIVEIRA, 2004, p.62).

Instâncias colegiadas de participação comunitária – com caráter permanente e funções deliberativas, fiscalizatórias e consultivas, que atuam na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde (BRASIL, 1990b) – os Conselhos de Saúde reúnem representantes dos usuários do sistema, dos gestores e dos trabalhadores da saúde, distribuídos paritariamente.

24 O Distrito Federal possui apenas um secretário de Saúde, que é considerado gestor estadual. As demais capitais das unidades da Federação possuem dois gestores: um municipal e um estadual.

Isso significa que, em sua composição (seja ela federal, estadual ou municipal), os usuários devem ocupar 50% das vagas; enquanto aos representantes dos trabalhadores da saúde (médicos, enfermeiros, funcionários técnico-administrativos, porteiros, motoristas, ou qualquer outro trabalhador) cabem 25% das vagas e aos gestores (governo) e prestadores de serviços ao SUS os outros 25%.

A mecânica participativa e democrática dos conselhos de saúde introduz a comunidade em espaços do poder executivo, formando uma correia de transmissão com a sociedade: ao mesmo tempo em que os atores se organizam, em movimentos de pressão e reivindicação, também são trazidos à tona interesses coletivos, próprios de cada segmento, inscrevendo-os em um contexto de negociação política. (FALEIROS, 2006, p. 20).

Apesar dos significativos avanços quanto ao processo de formulação e controle da política pública de saúde, alguns conselhos ainda se deparam com grandes obstáculos, como o não-exercício efetivo do seu caráter deliberativo; precárias condições operacionais e de infra-estrutura; falta de informações e transparência na gestão pública; e a baixa representatividade de conselheiros nas relações com seus representados.

Contudo, os conselhos, como um todo, possuem governabilidade para produzir um campo de definição do interesse público que, ainda que não se transforme em decisão governamental, é dotado de legitimidade. Assim, além da disseminação de informações técnicas e factuais, que dêem transparência às ações de governo, os conselhos podem difundir tópicos de interesse público (CARVALHO, 1997, p. 160).

Neste sentido, os conselhos de saúde se apresentam como espaços, de participação e de articulação de poder, com potencial de auxiliar no êxito dos objetivos do plano de comunicação do Qualisus. Sobre sua importância, é proveitoso o entendimento de Valdir de Castro Oliveira:

[...] os conselhos de saúde nada mais são que uma espécie de associativismo voltado para a ética pública onde os conselheiros dedicam parte de seu tempo pessoal a uma causa comum de maneira voluntária e generosa, o que justifica investir na melhoria de

seu funcionamento do ponto de vista da comunicação, da informação e da participação popular no Sistema Único de Saúde com reflexos positivos na práxis de controle público de cada conselheiro ou segmento ali presentes (OLIVEIRA, 2006, p.42).

Desde a 9ª Conferência Nacional de Saúde (1992)²⁵ – e principalmente na 12ª (2003) – diversas reivindicações passaram a girar em torno da necessidade de democratização da comunicação e da informação em Saúde, bem como da necessidade de fomentar uma articulação mais sólida entre os conselhos de saúde (federal, estaduais e municipais) e ampliar o diálogo desses com o governo e a sociedade.

Nesse intuito, foi desenvolvido o Cadastro Nacional de Conselhos de Saúde – CNCS como um "mecanismo estratégico no processo de construção das políticas de comunicação e informação em saúde para o exercício do controle social" (SILVA, 2006, p. 73).

O Cadastro Nacional de Conselhos de Saúde (CNCS, 2007) registra a existência de 5.090 conselhos (sendo 5.063 municipais e 27 estaduais), que, em sua maioria (83.6%), realizam reuniões mensais. Destes 5.090, 85,5% foram criados por intermédio de Leis, 9,4% por Decretos e 5,1% por Portarias.

De acordo com o Cadastro Nacional, existem 74.605 conselheiros de saúde (sendo 773 estaduais), de ambos os sexos (55% de homens e 45% de mulheres), pertencentes, principalmente, à faixa etária de 35 a 55 anos. Neste montante, a maioria pertence ao segmento dos usuários (47,9%), seguido pelos de trabalhadores (22,2%), gestores (15,2%) e prestadores de serviços (14,7%).

Contudo, esse cenário muda quando se avalia a representatividade dos presidentes dos conselhos. Neste caso, a maioria pertence ao segmento de gestão (62,8%), seguido pelo de usuários (16,2%), trabalhadores de saúde (15%) e prestadores de serviço (6%)²⁶.

25 Cf. Relatórios finais da 9ª, 10ª, 11ª e 12ª Conferências Nacionais de Saúde.

26 Em novembro de 2006, o Cadastro Nacional de Conselheiros de Saúde atingiu 91,7% dos Conselhos de Saúde existentes no país.

5.2 PARCEIROS

- Instâncias federais (Ministérios da Saúde, do Desenvolvimento, Indústria e Comércio, do Planejamento e Orçamento e da Fazenda, Secretarias do Ministério da Saúde, Fundo Nacional de Saúde, Anvisa, Conselho Nacional de Saúde, Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, Comissão Intergestores Tripartite, Congresso Nacional).
- Instâncias municipais e estaduais (Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde, Conselhos de Secretários Municipais de Saúde, Comissões Intergestores Bipartites, Poderes Legislativos Municipais e Estaduais).
- Movimentos sociais e religiosos
- Academia (Universidades, Escolas Médicas, Institutos de Pesquisa).
- Mídia (Impressos, Rádio, Internet, TV, Rede de Comunicadores).
- Terceiro setor (ONGs, OSCs e OSCIPs de saúde).
- Organismos internacionais (BIRD, BID, OPAS/OMS, Unesco).
- Indústria Médica (Indústria Farmacêutica, de Equipamentos Biomédicos e de Engenharia Hospitalar).

6 REDE DE PRODUÇÃO DOS SENTIDOS

A rede de produção dos sentidos, a partir da qual são articuladas e produzidas as posições discursivas dos interlocutores, pode ser materializada por meio de um diagrama ou mapa no qual são representados as fontes e fluxos de comunicação em um espaço simbólico.

O pressuposto desse diagrama é a existência da produção e circulação (participativas, contínuas e contextualizadas) dos sentidos sociais que, por serem construídos e reconstruídos a cada ato de comunicação, não são passíveis de uma simples transferência como o proposto pelos modelos clássicos difusionistas.

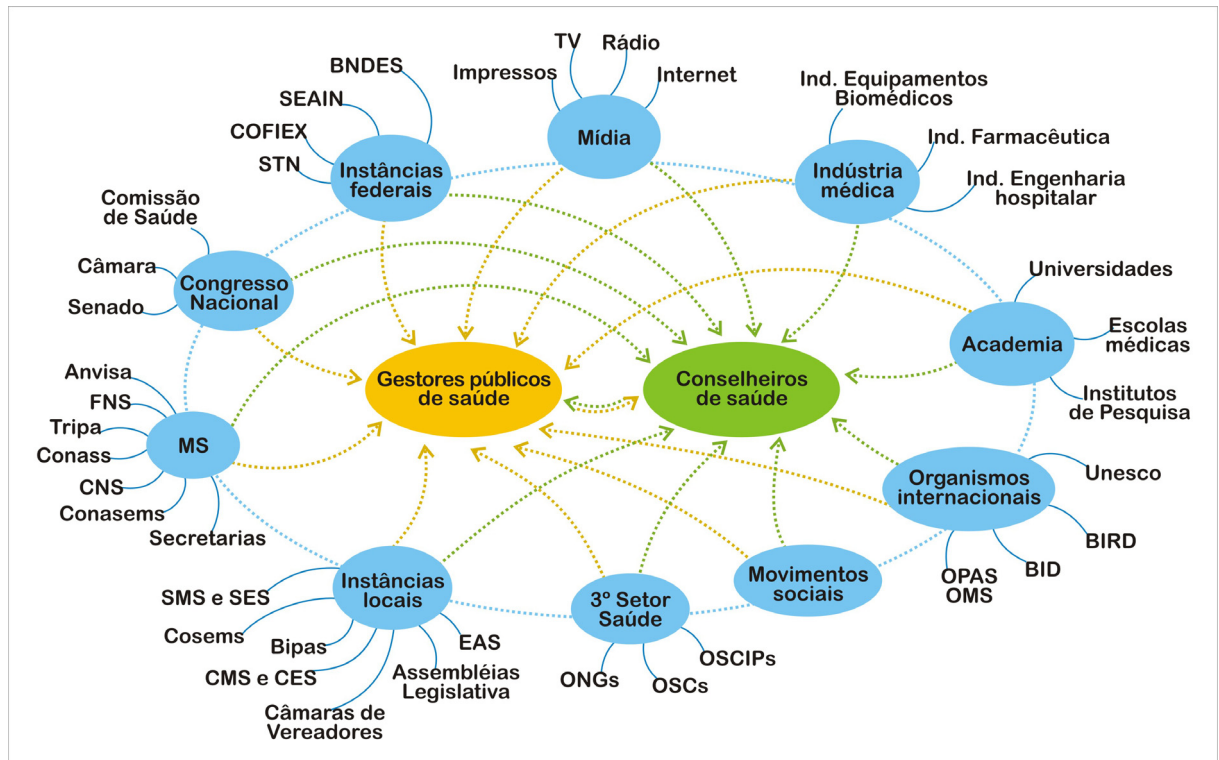
A elaboração desse mapa auxilia a perceber de onde emanam as informações sobre o tema, como elas circulam e como as fontes interagem umas com as outras. Desta forma, o mapa também é útil para traçar um diagnóstico da realidade, mostrando as relações comunicativas existentes.

Por outro lado, permite também avançar na construção de um plano de comunicação mais democrático, na medida em que favorece visualizar tanto a concentração da fala em alguns núcleos institucionais, quanto a conseqüente exclusão de segmentos sociais importantes, favorecendo a formulação de propostas de superação dessas assimetrias.

Para facilitar a visualização e constituição da rede de produção de sentidos deste plano, foram utilizados alguns questionamentos que serviram de eixo orientador: qual o tema abordado pelo plano? (investimentos em saúde) quais são os destinatários do plano? (gestores públicos e conselheiros de saúde como mediadores da população que se utiliza do SUS)? e quais são as comunidades discursivas que produzem discursos sobre o tema? (é o que dispõem as figuras a seguir).

FIGURA 3

Mapa da rede de produção de sentidos sobre investimentos em saúde



Fonte: elaboração da autora.

O mapa explicitado destina-se a mostrar, tomando como centro de convergência os gestores públicos de saúde e os conselheiros de saúde, as comunidades discursivas que produzem e fazem circular discursos – que neles se identificam e por eles são identificados – sobre o tema investimentos em saúde.

O núcleo (ou núcleos) central da figura, para onde convergem os vários fluxos de informação, é composto pelos destinatários do plano. Entre as comunidades discursivas (elipses azuis) estão os diversos parceiros que, de alguma forma, contribuem com a formação dos contextos textual e intertextual dos destinatários sobre as questões relacionadas aos investimentos em saúde.

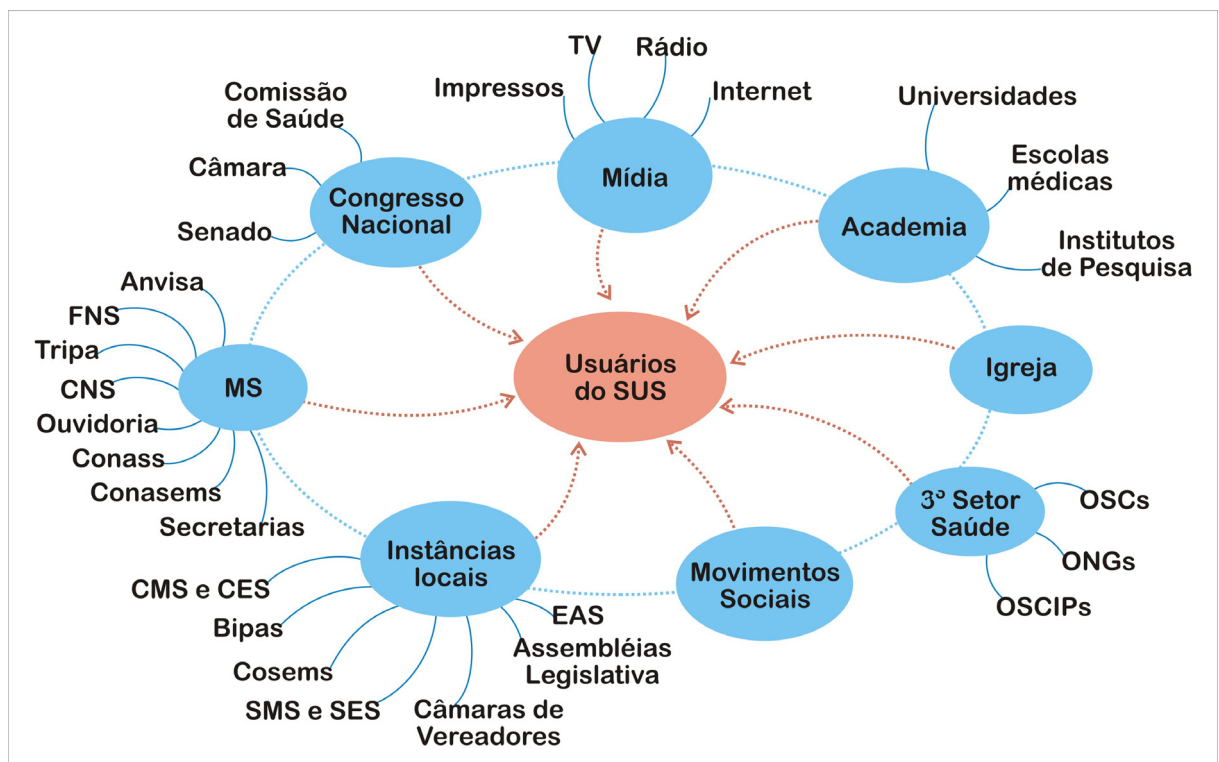
As setas, que indicam os fluxos informativos, refletem as cores das comunidades às quais estão direcionadas e não são contínuas, pois, como tais, as informações também não o são. Os discursos das comunidades discursivas circulam e se articulam em torno de um eixo, sendo continuamente compartilhados. Algumas delas possuem “apêndices” que representam outras comunidades

discursivas, às primeiras diretamente relacionadas, cujos discursos produzidos são semelhantes.

No caso das comunidades representadas em Instâncias federais, seus “apêndices” estão ligados a órgãos pertencentes a vários ministérios, pois as atividades e projetos relacionados aos investimentos se dão diretamente com estas instâncias, praticamente independentes de outros órgãos governamentais. São elas: Secretaria do Tesouro Nacional – STN (Ministério da Fazenda); Comissão de Financiamentos Externos – COFIEX e Secretaria de Assuntos Internacionais – SEAIN (Ministério do Planejamento e Orçamento); e Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social – BNDES (Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio). Ainda com relação às comunidades em Instâncias federais, dela foram estrategicamente separadas as comunidades Congresso Nacional e Ministério da Saúde, por se tratarem de comunidades cujos discursos sobre investimentos são diferenciados e bem particulares.

FIGURA 4

Mapa da rede de produção de sentidos sobre investimentos em saúde, considerando a perspectiva dos usuários do Sistema único de Saúde



Fonte: elaboração da autora.

Um segundo mapa foi desenhado, tomando como centro de convergência a população que usufrui dos serviços do SUS, na intenção de levantar a existência de comunidades discursivas diferentes das percebidas pelo primeiro mapa, já que, em última instância, será esta população a destinatária das ações deste plano de comunicação.

A lógica adotada foi a mesma do primeiro mapa: no núcleo central da figura estão os destinatários, para os quais convergem os vários fluxos de informação, e nas elipses azuis estão as comunidades que apresentam discursos sobre investimentos em saúde.

Foram pequenas as diferenças observadas. Por apresentar um discurso tipicamente de operacionalização técnica, as comunidades representadas em Instâncias federais não aparecem no mapa. Na comunidade Ministério da Saúde foi incluído um “apêndice” para a ouvidoria, que possui uma ligação direta com os destinatários em questão. Por fim, aparece uma nova comunidade (igreja) trazendo para a rede de produção de sentidos o discurso religioso.

7 CONTEÚDO

Para a definição dos conteúdos, que comporão as ações comunicativas a serem produzidas, este plano tem como ponto de partida o tema **investimentos em saúde**. Contudo, sempre é importante ter em mente que, ao delimitar os contornos e definir os assuntos a serem abordados pelo tema defendido, não se deve tentar controlar todas as variáveis existentes, nem procurar se estender sobre a maior quantidade de informações e aprofundamentos. Citando Pierre de Zutter apud Araújo (2006b, p. 2): “No hay que decir todo”.

Os conteúdos selecionados estarão relacionados diretamente ao processo produtivo da comunicação e essa produção, conforme reflete Certeau (2003, p. 273), não deve ser caracterizada por pensamentos disciplinadores.

Além do fato de que, normalmente, as pessoas se recordam apenas do tema central dos materiais que lhes são apresentados, é determinante considerar que os interlocutores têm sempre algo a dizer, a acrescentar a partir de um referencial que lhes é próprio. Conteúdos oniscientes, muito densos, calam essas “vozes” e fecham espaços de interlocução.

No entanto, em um plano é preciso circunscrever o conteúdo a ser abordado, de modo a orientar a produção textual, ainda que com a preocupação de adaptá-lo, sempre que necessário, aos contextos específicos.

7.1 VISÃO SOBRE INVESTIMENTOS EM SAÚDE

- Como a atenção à saúde pode ser qualificada.
- O que são investimentos em saúde e para que servem.
- Demanda do SUS por novos investimentos na rede.

7.2 VISÃO GERAL SOBRE O PROJETO QUALISUS

- O que é o projeto e a quem se destina.
- Quais objetivos e inovações propostas pelo projeto.
- Quanto é e de onde vem o recurso a ser investido.
- Em quais áreas, etapas e componentes os investimentos poderão ser realizados.
- Quais são os critérios de participação (quem pode pleitear os recursos do projeto).
- Quais instrumentos legais amparam o projeto.
- Como elaborar os Planos Estaduais Qualisus – PEQ (propostas dos gestores estaduais da estruturação das redes de atenção à saúde, necessidades e prioridades de investimento) e os Projetos Operativos – PO (propostas dos proponentes que concretizarão os investimentos propostos nos Planos Estaduais).
- Quais as documentações necessárias e prazos.
- Quais as etapas e fluxos serão seguidos da fase de elaboração à fase de conclusão e quais atores envolvidos.

7.3 VISÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO QUALISUS

- Quantos Projetos Operativos foram encaminhados e aprovados.
- O que (tipos de intervenções) foi aprovado e para onde.
- Quais melhorias estas intervenções deverão proporcionar.
- Como está o desenvolvimento dos Projetos Operativos.

- O que já foi finalizado e em quais lugares.
- Como a atenção à saúde foi qualificada.

8 RECURSOS

O propósito deste tópico é a definição de recursos, quais sejam: financeiros, materiais e humanos. Em resumo, trata-se de levantar o montante disponível para investir nas ações comunicativas que estão sendo planejadas; os materiais com os quais a instituição conta para desenvolver os trabalhos; e as pessoas que estarão (ou poderão estar) envolvidas nas atividades.

8.1 RECURSOS FINANCEIROS

Como já foi anteriormente abordado no Marco Institucional, para o projeto Qualisus está estimado um montante de US\$ 1,44 bilhão a ser comprometido e desembolsado em um período de oito anos, subdividido em duas fases. Normalmente, a partir da experiência com projetos similares, 1% do recurso aprovado é destinado para as ações de comunicação. Desta forma, este plano prevê a disponibilidade de cerca de US\$ 14,4 milhões, que também deverão ser comprometidos e desembolsados em um período de oito anos, subdividido em duas fases.

8.2 RECURSOS MATERIAIS

Atualmente a Assessoria de Comunicação conta com uma sala de cerca de três metros quadrados; computadores com Internet banda larga; softwares de produção, edição e editoração de textos, imagens e apresentações; projetor multimídia; impressora a jato de cera; impressora a laser; linha telefônica com acesso a ligações interurbanas e/ou internacionais; aparelho de tevê; videocassete; máquina fotográfica digital; gravador digital; equipamento de som (com rádio); assinatura dos jornais (Correio, Folha e Globo), celular para viagens, notebook (com acesso sem fio à internet) para viagens.

O projeto tem autonomia para adquirir passagens aéreas e contratar serviços como filmagens, produções de som, de gravações e empresas de promoção de eventos. Além disso, o Ministério da Saúde possui um parque gráfico (Editora

MS) que facilita a produção de impressos e uma agência de notícias (Agência Saúde) com acesso às mídias nacionais, estaduais e municipais. Vale mencionar que novas aquisições necessárias podem ser previstas nos gastos do projeto, sendo posteriormente patrimoniadas pela administração pública.

8.3 RECURSOS HUMANOS

Jornalista com experiência de sete anos em trabalho na área de projetos de saúde (40h semanais); publicitária recém formada com dois anos de experiência de trabalho no Ministério da Saúde (40h semanais); tradutora/letras com cinco anos de experiência de trabalho no Ministério da Saúde (40h semanais); duas secretárias com larga experiência de trabalho no Ministério da Saúde (30h semanais); equipe de apoio para digitalização, reprografia, etc. (cinco pessoas – 40h semanais).

O projeto tem autonomia para contratação de consultorias por meio da modalidade produto. Estes contratos normalmente têm vigência de seis meses a um ano.

9 ESTRATÉGIAS

Para Certeau (2003, p. 46), as estratégias têm a ver com um saber que é poder. Pressupõem a definição de um lugar próprio, que serviria de base para a gestão de relações com uma exterioridade²⁷. No âmbito da comunicação, a partir do enfoque do mercado simbólico, estratégias são modos de ativar algum segmento do circuito produtivo da comunicação, quais sejam: produção, circulação ou apropriação.

Ainda nessa perspectiva, Bernardo Toro ressalta que a comunicação não é definida pelos meios, mas pela concepção de uma estratégia comunicativa:

O maior projeto de comunicação que conheço foi feito com um cassete de áudio. Foi o de maior impacto, de maior alcance já perpetrado no mundo inteiro. Não por ter sido feito através de um cassete ou não, mas sim pela concepção comunicativa. Trata-se do projeto de comunicação do Aiatolá Komeini. O Aiatolá derrubou o Xá do Irã com um projeto de comunicação realizado no espaço de uma fita cassete. [...] exilado, para Paris, o líder religioso [Khomeini] pensa: como fazer a revolução? Então ele encontra uma maneira de unir o povo iraniano: através de sua consciência islâmica. No momento em que essa consciência islâmica é despertada, o povo passa a perceber que aquilo que o Xá lhes oferece vai contra essa consciência e este vai perdendo o poder. [...] A comunicação tem a capacidade de poder nos explicar porque temos a consciência que temos. A estratégia comunicativa é a recuperação dessa memória de consciência. Se isso surge, [...] transforma-se em revolução. Então, sentado em seu sofá, em Paris, sem se mover, a cada oito dias, Komeini gravava um discurso, num gravador de mão. Um assistente saía, transmitia aquela mensagem, através de um telefone público em Paris, para o Irã. Esse projeto de comunicação foi vitorioso por causa do meio? Não, por causa da concepção, da estratégia de comunicação (TORO, 1996, p. 37).

A comunicação pode ser de massa (para anônimos), macro (para um grande segmento) ou micro (para pessoas específicas com códigos similares). Não há meios bons ou ruins. As três dimensões podem ser utilizadas a depender dos

27 “Chamo estratégia o cálculo das relações de forças que se torna possível a partir de um momento em que um sujeito de querer e de poder é isolável de um ‘ambiente’. Ela postula um lugar capaz de ser circunscrito como um próprio e portanto capaz de servir de base a uma gestão de suas relações com uma exterioridade distinta” (CERTEAU, 2003, p. 46).

objetivos e das estratégias de comunicação definidas. Assim não se deve falar que a comunicação feita em um bairro, em uma comunidade é alternativa. Ela é apenas uma comunicação que se direciona a um público específico, codificada singularmente. Isso explica porque projetos vitoriosos em comunicação de concepção micro fracassam quando reproduzidos nas dimensões macro ou de massa. As naturezas são variadas, os códigos são diferentes (TORO, 1996, p. 32).

Formado em Economia e pós-graduado em Administração, o navegador Amyr Klink tornou-se referência não só pela sua habilidade de idealizar, planejar e concretizar ideários, como também pela sua capacidade de aliar conhecimentos teóricos à prática nada convencional de suas viagens.

Em uma análise sobre meios e estratégias de comunicação, Klink critica o fato de se passar horas na frente do computador, respondendo a mensagens eletrônicas. Em contraposição à evolução tecnológica, ele valoriza o contato face a face como estratégia comunicativa. A propósito, em entrevista a Almeida (2000), Klink afirma que:

Um dos meios mais antigos e mais eficazes de comunicação é a presença, o contato físico, duas pessoas conversando em uma mesa de bar. É claro que se pode resolver muita coisa com os recursos de comunicação disponíveis, mas aos poucos vamos voltar a selecionar, a valorizar outros contatos como o físico. No mundo de hoje, mais importante que o número de contatos, é a qualidade que eles têm. Isso fica cada vez mais evidente à medida que as possibilidades tecnológicas de comunicação ultrapassam a capacidade física de comunicação do indivíduo (ALMEIDA, 2000, p. 28).

Para a implementação das estratégias deste plano de comunicação, em função de sua abrangência nacional, se faz necessária a ativação de redes²⁸ articuladas e participativas, estabelecidas por meio de parcerias. Cabe ao plano criar condições objetivas para que estas parcerias aconteçam, sempre lembrando que a

²⁸ A rede é uma construção social e coletiva de relações entre atores sociais, que, preservando sua identidade, viabiliza e otimiza recursos necessários ao encaminhamento da gestão das políticas sociais. É uma interação de pessoas, instituições, famílias, municípios, estados, mobilizados em função de uma idéia abraçada coletivamente. É uma proposta para um modo espontâneo de organização, de funcionamento do social, que se opõe a uma dimensão formal e instituída (JUNQUEIRA, 2004).

existência de redes de parcerias não elimina a presença das diferenças de saber, de poder e mesmo as diferenças socioeconômicas.

Nesse processo de parceria são estabelecidas relações de comunicação interpessoais e interinstitucionais, que devem preservar as diferenças e as especificidades de cada componente, contribuindo, da sua maneira, na constituição de um meio para intervir na realidade social. Dessa forma, pensar na perspectiva de rede significa resguardar e até promover a manifestação das identidades de cada membro, a fim de superar os limites das ações pela integração de conhecimentos e práticas diferentes.

Por fim, é digno de atenção um trecho de Bourdieu (1989, p. 10): “as relações de comunicação são, de modo inseparável, sempre, relações de poder que dependem, na forma e no conteúdo, do poder material ou simbólico acumulado pelos agentes (ou pelas instituições) envolvidos nessas relações”.

Com efeito, é importante ressaltar que as estratégias e ações sugeridas por este plano de comunicação participarão de um constante processo de renegociação/reconstrução, estando abertas a revisões, alterações, inserções e incorporações, realizadas a partir de demandas identificadas por parceiros e participantes e sempre visando ao alcance dos objetivos do plano.

9.1 ESTRATÉGIA DE PARTICIPAÇÃO EQUITATIVA

O Projeto de Investimento para a Qualificação do Sistema Único de Saúde – Qualisus abrirá a possibilidade de investimentos para a qualificação da atenção e da gestão em saúde em todo o Brasil. Dentre os prováveis beneficiários estão os gestores de saúde dos municípios das regiões metropolitanas, dos municípios com mais de 100 mil habitantes e dos municípios pólo-regionais da Amazônia Legal.

Entretanto, conforme exposto anteriormente, os meios e condições de informação por parte dos gestores de saúde brasileiros são extremamente desiguais “O acesso à informação é assimétrico” (ARAÚJO, 2002, p. 289). São diversos os fatores que intervêm nas possibilidades de obtenção de informação para ambos.

Desta forma, o plano visa criar condições para neutralizar essas assimetrias de acesso à informação e para comunicar a todos interessados sobre a existência do projeto e suas possibilidades de investimento, evitando uma participação desigual, proporcionando uma adesão mais eqüitativa por parte destes gestores e fortalecendo o direito à informação como indicador de democratização.

9.1.1 AÇÃO DE CRIAÇÃO E ELABORAÇÃO DE MATERIAIS

Para a criação e elaboração de materiais necessários para a implementação da estratégia de participação eqüitativa são previstas as seguintes atividades:

- a) Produzir manuais operativos e materiais de divulgação do projeto.
- b) Produzir materiais setoriais a partir das parcerias com redes de comunicadores.
- c) Desenvolver e alimentar site do projeto (com informações sobre participação, ações e resultados), que possibilite uma navegação rápida e descomplicada por meio de acesso discado.

9.1.2 AÇÃO DE ARTICULAÇÃO INTERNA

Para a articulação interna necessária para a implementação da estratégia de participação eqüitativa são previstas as seguintes atividades:

- a) Informar internamente os funcionários do atendimento da Secretaria Executiva, da ouvidoria e do disque saúde sobre o projeto, dando-lhes orientações de fluxos e direcionamentos.
- b) Promover a divulgação do Somasus, que é um sistema informatizado de apoio à elaboração de projetos de investimentos, que permite que os pleitos apresentados pelos gestores reflitam melhor as realidades locais, agilizando a análise técnica, aprovação de projetos junto à esfera federal.

9.1.3 AÇÃO DE ARTICULAÇÃO VISANDO À MÍDIA

Para a articulação, visando à mídia, necessária para a implementação da estratégia de participação eqüitativa são previstas as seguintes atividades:

- a) Acionar a Agência Saúde como parceira para a divulgação do projeto na mídia, principalmente naquelas de menor abrangência.
- b) Articular com assessorias de comunicação do Conass e Conasems um esquema de divulgação das ações e resultados do projeto.

9.1.4 AÇÃO DE ARTICULAÇÃO VISANDO A PARCERIAS

Para a articulação, visando a parcerias, necessária para a implementação da estratégia de participação eqüitativa é previstas a seguinte atividade:

- a) Identificar, articular e ativar uma rede de comunicadores locais, estabelecendo parcerias com instituições como a Rede Macoronga de Comunicação Popular (Santarém-PA) e a Agência Unama de Comunicação (Ananindeua-PA)²⁹.

9.2 ESTRATÉGIA DE TRANSPARÊNCIA

O Projeto de Investimento para a Qualificação do Sistema Único de Saúde – Qualisus prevê a alocação de US\$ 1,44 bilhão, a ser comprometido e desembolsado em um período de oito anos, subdividido em duas fases.

Com este recurso, diversas intervenções serão passíveis de apoio, entre elas intervenções sistêmicas (como o estabelecimento de programas de cooperação técnica entre instituições formadoras de especialistas em regiões com déficit de profissionais); em redes (como o desenvolvimento de mecanismos de pagamento de unidades assistenciais dentro de rede regionais); e em unidades (como o

29 A Rede Macoronga é uma iniciativa da OnG Saúde e Alegria, de Santarém-PA, que forma jovens de comunidades tradicionais da floresta como repórteres para participar de uma rede local de comunicação, que integra jornais, rádios por alto-falante, produção de vídeos, fotografia e internet. A Agência Unama de Comunicação é uma iniciativa da Universidade da Amazônia, de Ananindeua-PA, que atua junto a comunicadores, envolvendo, também, futuros profissionais da área de comunicação para estimular a discussão sobre infância e adolescência.

desenvolvimento de capacidade de compra e monitoramento de contratos e convênios)³⁰.

Por conseguinte, este plano de comunicação intenciona dar transparência às ações e resultados do projeto, com o intuito de fomentar o controle social e a participação do cidadão na fiscalização dos investimentos – sobretudo daqueles que dizem respeito à comunidade em que vive –, além de informar a toda a sociedade a possibilidade de utilização dos novos serviços e estruturas oferecidos pelo SUS.

9.2.1 AÇÃO DE CRIAÇÃO E ELABORAÇÃO DE MATERIAIS

Para a criação e elaboração de materiais necessários para a implementação da estratégia de transparência são previstas as seguintes atividades:

- a) Produzir manuais operativos e materiais de divulgação do projeto.
- b) Desenvolver e alimentar site do projeto (com informações sobre participação, ações e resultados), que possibilite uma navegação rápida e descomplicada por meio de acesso discado.
- c) Produzir boletim mensal com ações e resultados do projeto.
- d) Produzir materiais “Antes e Depois”: publicações que mostram as realizações do projeto, comparando-as com a situação encontrada antes da intervenção.

9.2.2 AÇÃO INTERNA

Para a articulação interna necessária para a implementação da estratégia de transparência são previstas as seguintes atividades:

- a) Informar internamente os funcionários do atendimento da Secretaria Executiva sobre o projeto, dando-lhes orientações de fluxos e direcionamentos.

30 As linhas de investimentos do projeto Qualisus estão detalhadas no Anexo II.

- b) Informar internamente os funcionários da ouvidoria e do disque saúde sobre o projeto, dando-lhes orientações de fluxos e direcionamentos.
- c) Colaborar nos eventos de inauguração juntamente com o beneficiário.

9.2.3 AÇÃO DE ARTICULAÇÃO VISANDO À MÍDIA

Para a articulação, visando à mídia, necessária para a implementação da estratégia de transparência são previstas as seguintes atividades:

- a) Articular com as Ascom's das secretarias de saúde e secretarias de comunicação municipais e estaduais um esquema de divulgação das ações e resultados do projeto.
- b) Acionar a Agência Saúde como parceira para a divulgação do projeto na mídia, principalmente naquelas de menor abrangência.
- c) Articular com assessorias de comunicação do Conass e Conasems um esquema de divulgação das ações e resultados do projeto.

9.2.4 AÇÃO DE ARTICULAÇÃO VISANDO A PARCERIAS

Para a articulação, visando a parcerias, necessária para a implementação da estratégia de transparência são previstas as seguintes atividades:

- a) Identificar, articular e ativar uma rede de comunicadores locais, estabelecendo parcerias com instituições como a Rede Mocaranga de Comunicação Popular (Santarém-PA) e a Agência Unama de Comunicação (Ananindeua-PA).
- b) Articular Conselhos de Saúde para a divulgação do projeto nos segmentos representados.

9.3 DETALHAMENTO DAS ATIVIDADES (PRODUÇÃO E CIRCULAÇÃO)

O detalhamento das atividades tem o propósito de esmiuçá-las, especificando-as e possibilitando condições de execução ao plano. No entanto, além

da finalidade operacional, este detalhamento também é útil para analisar e realizar, se necessário, uma possível correção de rotas a partir das estratégias originalmente pensadas.

Cada atividades, por sua vez, pode ser detalhada em pelo menos dois âmbitos: o da produção e o da circulação. A produção se remete à definição dos meios e materiais necessários para materializar a ação. A pergunta a ser respondida é: o que fazer para garantir que a ação se concretize e fique pronta para circular? (ARAÚJO, 2006c).

Já a circulação, que como foi dito anteriormente é um ponto fundamental e geralmente negligenciado no planejamento da comunicação, envolve a identificação e descrição dos momentos nos quais a comunicação deve ocorrer. Aqui a pergunta é: o que fazer para assegurar a circulação da ação, de modo a garantir que a comunicação ocorra? (ARAÚJO, 2006c). É na circulação que se intensifica a negociação de sentidos e, portanto, é nela que se tornam mais evidentes as assimetrias e desequilíbrios encontrados entre as condições dos núcleos discursivos periféricos e a dos núcleos centrais.

Vale destacar que, apesar da tentativa de delimitar a circulação dos materiais por meio do detalhamento das atividades, é nesta etapa da comunicação que o controle discursivo escapa da comunidade produtora, dando início ao processo incontrolável de semiose infinita. Desta forma, deve-se planejar a circulação para assegurá-la, mas tentar controlá-la é impossível.

Este detalhamento do plano foi organizado em forma de quadro (Quadro 2) na intenção de auxiliar a visualização das correlações de produção e circulação com as atividades descritas nos tópicos 9.1 e 9.2.

9.4 PARALELO ENTRE PROBLEMAS, OBJETIVOS, ESTRATÉGIAS E ATIVIDADES

Visando a uma vinculação do problema de comunicação aos objetivos, estratégias e atividades, o Quadro 3 apresenta, sucintamente, a correlação entre os

tópicos 3, 4 e 9 deste Plano. Como colocado no tópico anterior, esta comparação é proveitosa para analisar e realizar, se necessário, uma possível correção de rotas a partir da demanda, objetivos e estratégias originalmente propostos.

QUADRO 2

Detalhamento das atividades de comunicação no âmbito da produção e circulação

Atividades	Produção	Meios e Materiais	Circulação	Situações de Comunicação
9.1 Estratégia de Participação Equitativa → 9.1.1 Ação de Criação e Elaboração de Materiais				
<p>a) Produzir manuais operativos e materiais de divulgação do projeto.</p>	<p>Elaborar os conteúdos dos manuais operativos e de CD (com orientações, formulários e manuais formato digital) em conjunto com a equipe técnica do projeto.</p> <p>Elaborar Termo de Referência das publicações.</p> <p>Elaborar projeto gráfico em conjunto com um designer gráfico contratado.</p> <p>Elaborar os conteúdos dos materiais de divulgação e encaminhar para a diagramação.</p> <p>Corrigir provas, aprovar artes-finais e supervisionar a produção do material.</p> <p>Elaborar ofícios explicativos de encaminhamento com a assinatura do coordenador do projeto.</p>	<p>–</p>	<p>Encaminhar ofício explicativo com materiais de divulgação para gabinetes das secretarias estaduais e municipais de saúde e para governos e prefeituras.</p> <p>Para as secretarias estaduais e municipais de saúde, encaminhar o CD juntamente com o material.</p> <p>Encaminhar ofício explicativo (com orientações de circulação) juntamente com materiais de divulgação para Ascom das secretarias estaduais e municipais de saúde e para as Secretarias de Comunicação de governos e prefeituras.</p> <p>Enviar manuais operativos e CD aos proponentes com Planos Operativos aprovados.</p>	<p>Leitura individual e despacho para a área de planejamento.</p> <p>Leitura individual, encaminhamento dos materiais para áreas internas e EAS, elaboração de releases para a mídia local.</p> <p>Leitura individual e despacho para as áreas afins dos manuais (planejamento, orçamento, obras, infraestrutura, licitação, etc).</p>
<p>b) Produzir materiais setoriais a partir das parcerias com redes de comunicadores.</p>	<p>Definir conteúdos, meios e materiais setoriais em parceria com redes de comunicadores.</p> <p>Definir estratégias e locais de divulgação.</p> <p>Elaborar projeto gráfico em conjunto com redes de</p>	<p>–</p>	<p>Encaminhar material para as redes de comunicadores</p>	<p>Distribuição do material de acordo com as estratégias locais acordadas.</p>

Atividades	Produção	Meios e Materiais	Circulação	Situações de Comunicação
c) Desenvolver e alimentar site do projeto (com informações sobre participação, ações e resultados), que possibilite uma navegação rápida e descomplicada por meio de acesso discado.	Fazer o projeto do site conjuntamente com um web designer contratado por produto. Definir e produzir conteúdos. Solicitar sugestões e modificações para equipe interna e para parceiros. Adequar o site de acordo com as sugestões. Colocar o site no ar em parceria com o Datasus.	-	Incluir endereço e serviços do site nos materiais de divulgação e nos releases.	(já colocadas quando do envio do material)
9.1 Estratégia de Participação Equitativa → 9.1.2 Ação de Articulação Interna				
a) Informar internamente os funcionários do atendimento da Secretaria Executiva, da Ouvidoria e do Disque Saúde	Elaborar comunicação interna explicando o que é o projeto e encaminhá-la a todos os funcionários da coordenação do projeto. Agendar reunião com a Assessoria de Comunicação, a equipe técnica do projeto e os funcionários	Eletrônico: mensagens eletrônicas. Impressos: cartazes, panfletos e folders de divulgação do	Encaminhar e-mail informativo para a equipe interna e acompanhar avisos de recebimento e leitura. Encaminhar e-mail convidando a equipe do atendimento e protocolo para a reunião e acompanhar avisos de recebimento e leitura. Distribuir material de divulgação	Distribuição e explicação do material de divulgação durante a reunião com a presença da Ascom e equipe técnica. Debate em grupo sobre o projeto. Leitura individual e uso

Atividades	Produção	Meios e Materiais	Circulação	Situações de Comunicação
sobre o projeto, dando-lhes orientações de fluxos e direcionamentos.	responsáveis pelo atendimento telefônico e de protocolo para debater sobre os fluxos do projeto. Agendar sala de reuniões. Realizar reunião.	projeto.	durante a reunião.	posterior para consulta.
b) Promover a divulgação do Sistema de apoio à elaboração de projetos de investimentos – Somasus.	Elaborar ofícios explicativos de encaminhamento com a assinatura do coordenador do projeto.	Impressos: cartazes, panfletos e folhetos de divulgação do sistema. CD com o sistema	Encaminhar ofício com material de divulgação e CD do sistema.	Leitura do ofício e informação sobre o sistema. Instalação do sistema.
9.1 Estratégia de Participação Equitativa → 9.1.3 Ação de Articulação Visando à Mídia				
a) Acionar a Agência Saúde como parceira para a divulgação do projeto na mídia, principalmente naquelas de menor abrangência.	Elaborar e-mail de contato (informal) para a agência explicando o que queremos fazer. Elaborar ofícios explicativos de encaminhamento com a assinatura do coordenador do projeto. Elaborar releases sobre as ações e resultados do projeto.	Eletrônico: mensagens eletrônicas. Impressos: cartazes, panfletos e folhetos do projeto.	Encaminhar e-mail. Encaminhar ofício e material de divulgação para a Agência. Encaminhar releases para a Agência.	Leitura do e-mail e discussão interna sobre o assunto. Leitura do ofício e informação sobre o projeto. Leitura, sugestões e divulgação na mídia.
b) Articular com assessorias de comunicação do Conass e Conasems um esquema de divulgação do projeto.	Elaborar ofícios explicativos de encaminhamento. Elaborar releases (específicos por município ou região quando for o caso) sobre as ações e resultados do projeto.	Impressos: cartazes, panfletos e folhetos do projeto. Eletrônico: mensagens eletrônicas.	Encaminhar ofício explicativo (com orientações de circulação) juntamente com materiais de divulgação. Encaminhar releases pedindo sugestões e solicitando divulgação.	Leitura do ofício e informação sobre o projeto. Leitura, sugestões e divulgação na mídia local.

Atividades	Produção	Meios e Materiais	Circulação	Situações de Comunicação
9.1 Estratégia de Participação Equitativa → 9.1.4 Ação de Articulação Visando a Parcerias				
a) Identificar, articular e estabelecer parcerias com redes de comunicadores como a Mocarongo e a Unama.	Realizar pesquisa na internet para identificar prováveis parcerias. Firmar parceria com redes interessadas e a partir delas identificar novas parcerias possíveis.	Eletrônico: mensagens eletrônicas. Impressos: cartazes, panfletos e folderes de divulgação do projeto.	Encaminhar e-mail, carta e material de divulgação convidando a organização para uma parceria de divulgação do projeto a partir da produção de materiais (meios, materiais e linguagens definidos em conjunto). Encaminhar carta de boas-vindas ao projeto.	Leitura do e-mail, carta e informação sobre o projeto. Discussão interna sobre o assunto. Leitura da carta
9.2 Estratégia de Transparência → 9.2.1 Ação de Criação e Elaboração de Materiais				
a) Produzir manuais operativos e materiais de divulgação do projeto.	Elaborar os conteúdos dos manuais operativos e de CD (com orientações, formulários e manuais em formato digital) em conjunto com a equipe técnica do projeto. Elaborar Termo de Referência das publicações. Elaborar projeto gráfico em conjunto com um designer gráfico contratado. Elaborar os conteúdos dos materiais de divulgação e encaminhar para a diagramação. Corrigir provas, aprovar artes-finais e supervisionar a produção do material. Elaborar ofícios explicativos de encaminhamento com a assinatura do coordenador do projeto.	-	Encaminhar ofício explicativo com materiais de divulgação para gabinetes das secretarias estaduais e municipais de saúde e para governos e prefeituras. Para as secretarias estaduais e municipais de saúde, encaminhar o CD juntamente com o material. Encaminhar ofício explicativo (com orientações de circulação) juntamente com materiais de divulgação para Ascom das secretarias estaduais e municipais de saúde e para as Secretarias de Comunicação de governos e prefeituras. Enviar manuais operativos e CD aos proponentes com Planos Operativos aprovados.	Leitura individual e despacho para a área de planejamento. Leitura individual, encaminhamento dos materiais para áreas internas e EAS, elaboração de releases para a mídia local. Leitura individual e despacho para as áreas afins dos manuais (planejamento, orçamento, obras, infraestrutura, licitação, etc).

Atividades	Produção	Meios e Materiais	Circulação	Situações de Comunicação
<p>b) Desenvolver e alimentar site do projeto (com informações sobre participação, ações e resultados), que possibilite uma navegação rápida e descomplicada por meio de acesso discado.</p>	<p>Fazer o projeto do site conjuntamente com um web designer contratado por produto. Definir e produzir conteúdos. Solicitar sugestões e modificações para equipe interna e para parceiros. Adequar o site de acordo com as sugestões. Colocar o site no ar em parceria com o Datasus.</p>	<p>–</p>	<p>Incluir endereço e serviços do site nos materiais de divulgação e nos releases.</p>	<p>(já colocadas quando do envio do material)</p>
<p>c) Produzir boletim mensal com ações e resultados do projeto.</p>	<p>Elaborar projeto gráfico do boletim em conjunto com um designer gráfico contratado. Elaborar Termo de Referência do boletim. Elaborar o conteúdo dos boletins e encaminhar para a diagramação. Acordar estratégias de redistribuição com parceiros. Corrigir provas, aprovar artes-finais e supervisionar a produção dos boletins.</p>	<p>–</p>	<p>Distribuir amplamente o boletim na rede SUS (Parceiros – inclusive para redistribuição, Ministério da Saúde, Secretarias Municipais e Estaduais de saúde, Estabelecimentos Assistenciais).</p>	<p>Distribuição do material de acordo com as estratégias locais acordadas. Leitura individual.</p>
<p>d) Produzir materiais "Antes e Depois".</p>	<p>Elaborar projeto gráfico em conjunto com um designer gráfico contratado. Elaborar Termo de Referência. Elaborar o conteúdo e encaminhar para a diagramação. Acordar estratégias de</p>	<p>–</p>	<p>Distribuir amplamente na rede SUS (Parceiros – inclusive para redistribuição, Ministério da Saúde, Secretarias Municipais e Estaduais de saúde, Estabelecimentos Assistenciais).</p>	<p>Distribuição do material de acordo com as estratégias locais acordadas. Leitura individual.</p>

Atividades	Produção	Meios e Materiais	Circulação	Situações de Comunicação
	redistribuição com parceiros. Corrigir provas, aprovar artes-finais e supervisionar a produção.			
9.2 Estratégia de Transparência → 9.2.2 Ação de Articulação Interna				
a) Informar internamente os funcionários do atendimento da Secretaria Executiva sobre o projeto, dando-lhes orientações de fluxos e direcionamentos.	Elaborar comunicação interna explicando o que é o projeto e encaminhá-la a todos os funcionários da coordenação do projeto. Agendar reunião com a Assessoria de Comunicação, a equipe técnica do projeto e os funcionários responsáveis pelo atendimento telefônico e de protocolo para debater sobre os fluxos do projeto. Agendar sala de reuniões. Realizar reunião.	Eletrônico: mensagens eletrônicas. Impressos: cartazes, panfletos e folders de divulgação do projeto.	Encaminhar e-mail informativo para a equipe interna e acompanhar avisos de recebimento e leitura. Encaminhar e-mail convidando a equipe do atendimento e protocolo para a reunião e acompanhar avisos de recebimento e leitura. Distribuir material de divulgação durante a reunião.	Distribuição e explicação do material de divulgação durante a reunião com a presença da Ascom e equipe técnica. Debate em grupo sobre o projeto. Leitura individual e uso posterior para consulta.
b) Informar os funcionários da ouvidoria e do disque saúde sobre o projeto, dando-lhes orientações de fluxos e direcionamentos.	Elaborar comunicação interna explicando o que é o projeto e encaminhá-la a todos os funcionários da coordenação do projeto. Agendar reunião com a Assessoria de Comunicação, a equipe técnica do projeto e os funcionários responsáveis pelo atendimento telefônico e de protocolo para debater sobre os fluxos do projeto. Agendar sala de reuniões. Realizar reunião.	Eletrônico: mensagens eletrônicas. Impressos: cartazes, panfletos e folders de divulgação do projeto.	Encaminhar e-mail informativo para a equipe interna e acompanhar avisos de recebimento e leitura. Encaminhar e-mail convidando a equipe do atendimento e protocolo para a reunião e acompanhar avisos de recebimento e leitura. Distribuir material de divulgação durante a reunião.	Distribuição e explicação do material de divulgação durante a reunião com a presença da Ascom e equipe técnica. Debate em grupo sobre o projeto. Leitura individual e uso posterior para consulta.

Atividades	Produção	Meios e Materiais	Circulação	Situações de Comunicação
c) Colaborar nos eventos de inauguração juntamente com o beneficiário.	Agendar com beneficiário melhor dia para a participação no evento. Elaborar convites e confirmar presenças da parte do projeto. Acionar Agência Saúde e parceiros para divulgação. Produzir "kit imprensa" para coletivas nas inaugurações.	Eletrônico: mensagens eletrônicas. Impressos: "kit imprensa" releases, panfletos e folders de divulgação do projeto.	Enviar convites para os coordenadores, parceiros e autoridades relacionadas ao evento. Encaminhar release com informações sobre o evento para a Agência. Distribuir "kit imprensa" para coletivas nas inaugurações	Leitura individual. Leitura, sugestões e divulgação. Leitura individual e consultas na redação.
9.2 Estratégia de Transparência → 9.2.3 Ação de Articulação Visando à Mídia				
a) Articular com as Ascom's das SMS/ SES e Secom's municipais e estaduais um esquema de divulgação do projeto.	Elaborar releases (específicos por município ou região quando for o caso) sobre as ações e resultados do projeto.	Eletrônico: mensagens eletrônicas.	Encaminhar releases para assessorias de comunicação das secretarias de saúde e secretarias de comunicação municipais e estaduais pedindo sugestões e solicitando divulgação.	Leitura, sugestões e divulgação na mídia local.
b) Acionar a Agência Saúde como parceira para a divulgação do projeto na mídia, principalmente naquelas de menor abrangência.	Elaborar e-mail de contato (informal) para a agência explicando o que queremos fazer. Elaborar ofícios explicativos de encaminhamento com a assinatura do coordenador do projeto. Elaborar releases sobre as ações e resultados do projeto.	Eletrônico: mensagens eletrônicas. Impressos: cartazes, panfletos e folders de divulgação do projeto.	Encaminhar e-mail. Encaminhar ofício e material de divulgação para a Agência Encaminhar releases para a Agência.	Leitura do e-mail e discussão interna sobre o assunto. Leitura do ofício e informação sobre o projeto. Leitura, sugestões e divulgação na mídia.
c) Articular com assessorias de comunicação do	Elaborar ofícios explicativos de encaminhamento. Elaborar releases (específicos por	Impressos: cartazes, panfletos e	Encaminhar ofício explicativo (com orientações de circulação) juntamente com materiais de	Leitura do ofício e informação sobre o projeto.

Atividades	Produção	Meios e Materiais	Circulação	Situações de Comunicação
Conass e Conasems um esquema de divulgação das ações e resultados do projeto.	município ou região quando for o caso) sobre as ações e resultados do projeto.	folders de divulgação do projeto. Eletrônico: mensagens eletrônicas.	divulgação. Encaminhar releases pedindo sugestões e solicitando divulgação.	Leitura, sugestões e divulgação na mídia local.
9.2 Estratégia de Transparência → 9.2.4 Ação de Articulação Visando a Parcerias				
a) Identificar, articular e estabelecer parcerias com redes de comunicadores como a Macorongo e a Unama.	Realizar pesquisa na internet para identificar prováveis parcerias. Firmar parceria com redes interessadas e a partir delas identificar novas parcerias possíveis.	Eletrônico: mensagens eletrônicas. Impressos: cartazes, panfletos e folders de divulgação do projeto.	Encaminhar e-mail, carta e material de divulgação convidando a organização para uma parceria de divulgação do projeto a partir da produção de materiais (meios, materiais e linguagens definidos em conjunto). Encaminhar carta de boas-vindas ao projeto.	Leitura do e-mail, carta e informação sobre o projeto. Discussão interna sobre o assunto. Leitura da carta
b) Articular Conselhos de Saúde para a divulgação do projeto nos segmentos representados.	Fazer contato com o Conselho Nacional de Saúde para explicar o projeto e solicitar a utilização do Cadastro Nacional. Elaborar ofícios explicativos de encaminhamento com a assinatura do coordenador do projeto. Elaborar informes (específicos por município ou região quando for o caso) sobre as ações e resultados do projeto.	Eletrônico: mensagens eletrônicas. Impressos: cartazes, panfletos e folders de divulgação do projeto.	Encaminhar ofício e material de divulgação solicitando a parceria do Conselho Nacional de Saúde. Encaminhar e-mail, carta e material de divulgação para os Conselhos cadastrados solicitando parceria de divulgação nos segmentos representados. Encaminhar informes com ações e resultados do projeto, solicitando divulgação nos segmentos represent.	Leitura do ofício e informação sobre o projeto. Discussão interna ao Conselho a respeito do assunto. Leitura dos informativos. Conversa informal junto aos segmentos representados.

Fonte: elaboração da autora baseada no modelo de ARAÚJO (2006c)

QUADRO 3

Paralelo entre problemas, objetivos, estratégias e atividades do plano de comunicação do projeto Qualisus

Problemas	Objetivos	Estratégias	Atividades
<p>Experiência pequena na gestão da saúde por parte de alguns gestores.</p> <p>Rotatividade alta no cargo de gestor da saúde.</p> <p>Encaminhamento baixo de projetos por gestores de municípios com baixa infraestrutura.</p> <p>Visibilidade a ações do projeto.</p> <p>Transparência na alocação de recursos públicos.</p>	<p>Motivar a adesão de prováveis proponentes ao projeto Qualisus, promovendo uma participação equitativa.</p> <p>Dar visibilidade às ações do projeto Qualisus e posteriormente aos seus resultados.</p>	<p>Estratégia da participação equitativa.</p> <p>Estratégia de transparência.</p>	<p>Produzir manuais operativos e materiais de divulgação do projeto.</p>
<p>Rotatividade alta no cargo de gestor da saúde.</p> <p>Visibilidade a ações e resultados do projeto.</p> <p>Transparência na alocação de recursos públicos.</p> <p>Práticas e atividades comunicativas centralizadas e descontextualizadas.</p>	<p>Dar visibilidade às ações do projeto Qualisus e posteriormente aos seus resultados.</p>	<p>Estratégia de transparência.</p>	<p>Articular com as Ascom's das SMS/SES e Secom's municipais e estaduais um esquema de divulgação das ações e resultados do projeto.</p>
<p>Experiência pequena na gestão da saúde por parte de alguns gestores.</p> <p>Acesso assimétrico a meios e condições de informação por parte dos gestores.</p> <p>Visibilidade a ações e resultados</p>	<p>Motivar a adesão de prováveis proponentes ao projeto Qualisus, promovendo uma participação equitativa.</p> <p>Dar visibilidade às ações do projeto Qualisus e posteriormente aos seus resultados</p>	<p>Estratégia da participação equitativa.</p> <p>Estratégia de transparência.</p>	<p>Informar internamente os funcionários do atendimento, ouvidoria e disque saúde sobre o projeto, dando-lhes orientações de fluxos e direcionamentos.</p>

Problemas	Objetivos	Estratégias	Atividades
do projeto. Transparência na alocação de recursos públicos.	resultados.		
Acesso assimétrico a meios e condições de informação por parte dos gestores. Visibilidade a ações e resultados do projeto. Transparência na alocação de recursos públicos. Práticas e atividades comunicativas centralizadas e descontextualizadas.	Motivar a adesão de prováveis proponentes ao projeto Qualisus, promovendo uma participação equitativa. Dar visibilidade às ações do projeto Qualisus e posteriormente aos seus resultados.	Estratégia da participação equitativa. Estratégia de transparência.	Identificar, articular e estabelecer parcerias com redes de comunicadores como a Mocorongo e a Unama.
Acesso assimétrico a meios e condições de informação por parte dos gestores. Visibilidade a ações e resultados do projeto. Transparência na alocação de recursos públicos. Práticas e atividades comunicativas centralizadas e descontextualizadas.	Motivar a adesão de prováveis proponentes ao projeto Qualisus, promovendo uma participação equitativa.	Estratégia da participação equitativa.	Produzir materiais setoriais a partir das parcerias com redes de comunicadores.
Acesso assimétrico a meios e condições de informação por parte dos gestores. Visibilidade a ações e resultados do projeto. Transparência na alocação de recursos públicos.	Motivar a adesão de prováveis proponentes ao projeto Qualisus, promovendo uma participação equitativa. Dar visibilidade às ações do projeto Qualisus e posteriormente aos seus resultados.	Estratégia da participação equitativa. Estratégia de transparência.	Desenvolver e alimentar site do projeto (com informações sobre participação, ações e resultados), que possibilite uma navegação rápida e descomplicada por meio de acesso discado.

Problemas	Objetivos	Estratégias	Atividades
<p>Visibilidade a ações e resultados do projeto.</p> <p>Transparência na alocação de recursos públicos.</p> <p>Práticas e atividades comunicativas centralizadas e descontextualizadas.</p>	<p>Dar visibilidade às ações do projeto Qualisus e posteriormente aos seus resultados.</p>	<p>Estratégia de transparência.</p>	<p>Articular Conselhos de Saúde para a divulgação do projeto nos segmentos representados.</p>
<p>Experiência pequena na gestão da saúde por parte de alguns gestores.</p> <p>Rotatividade alta no cargo de gestor da saúde.</p> <p>Acesso assimétrico a meios e condições de informação por parte dos gestores.</p> <p>Encaminhamento baixo de projetos por gestores de municípios com baixa infra-estrutura.</p>	<p>Motivar a adesão de prováveis proponentes ao projeto Qualisus, promovendo uma participação equitativa.</p>	<p>Estratégia da participação equitativa.</p>	<p>Promover a divulgação do Sistema de apoio à elaboração de projetos de investimentos – Somasus.</p>
<p>Acesso assimétrico a meios e condições de informação por parte dos gestores.</p> <p>Visibilidade a ações e resultados do projeto.</p> <p>Transparência na alocação de recursos públicos.</p>	<p>Motivar a adesão de prováveis proponentes ao projeto Qualisus, promovendo uma participação equitativa.</p> <p>Dar visibilidade às ações do projeto Qualisus e posteriormente aos seus resultados.</p>	<p>Estratégia da participação equitativa.</p> <p>Estratégia de transparência.</p>	<p>Acionar a Agência Saúde como parceira para a divulgação do projeto na mídia, principalmente naquelas de menor abrangência.</p>
<p>Acesso assimétrico a meios e condições de informação por parte dos gestores.</p> <p>Visibilidade a ações e resultados</p>	<p>Motivar a adesão de prováveis proponentes ao projeto Qualisus, promovendo uma participação equitativa.</p>	<p>Estratégia da participação equitativa.</p> <p>Estratégia de transparência.</p>	<p>Articular com assessorias de comunicação do Conass e Conasems um esquema de divulgação das ações e</p>

Problemas	Objetivos	Estratégias	Atividades
do projeto. Transparência na alocação de recursos públicos.	Dar visibilidade às ações do projeto Qualisus e posteriormente aos seus resultados.		resultados do projeto.
Visibilidade a ações e resultados do projeto. Transparência na alocação de recursos públicos.	Dar visibilidade às ações do projeto Qualisus e posteriormente aos seus resultados.	Estratégia de transparência.	Produzir boletim mensal com ações e resultados do projeto.
Visibilidade a ações e resultados do projeto. Transparência na alocação de recursos públicos. Práticas e atividades comunicativas centralizadas e descontextualizadas.	Dar visibilidade às ações do projeto Qualisus e posteriormente aos seus resultados.	Estratégia de transparência.	Colaborar nos eventos de inauguração juntamente com o beneficiário.
Visibilidade a ações e resultados do projeto. Transparência na alocação de recursos públicos.	Dar visibilidade às ações do projeto Qualisus e posteriormente aos seus resultados.	Estratégia de transparência.	Produzir materiais “Antes e Depois”: publicações que mostram as realizações do projeto, comparando-as com a situação encontrada antes da intervenção.

Fonte: elaboração da autora.

10 AVALIAÇÃO

O projeto Qualisus, e em sua decorrência este plano de comunicação, despende esforços para a qualificação da saúde do país. Para realizar essa ação, esse imaginário, o projeto conta com o envolvimento de uma rede, uma estrutura orgânica, viva, criada com a participação de indivíduos, grupos, movimentos e organizações com os quais trabalha ou é parceiro. Nesta busca se coloca um grande desafio: entender o papel da avaliação.

Neste sentido, avaliar é um processo de aprendizagem que pode apoiar essas pessoas, organizações, movimentos e grupos sociais a fazer escolhas mais consistentes em relação aos rumos de suas iniciativas. A avaliação oferece a esses interlocutores a possibilidade de criar espaços de reflexão sobre suas práticas, desconstruir idéias vigentes e romper com senso comuns em relação a conceitos e posturas.

Contudo, avaliar é também estabelecer o valor de alguma coisa, determinar qualidade, extensão, intensidade e o mérito de algo. Avalia-se para conhecer a própria realidade, identificando pontos fracos, pontos fortes e potencialidades. Deste modo poderão ser estabelecidas estratégias de superação de problemas e sugeridas novas formas de organização, administração e ação.

Neste ponto se evidencia uma outra questão: o que avaliar? A definição do objeto da avaliação remete ao raciocínio descrito por Bourdieu (1989, p. 28-29) como “pensar relacional”. Deve-se pensar relacionalmente a realidade e não de maneira substancialista, pois o real é relacional. Uma instituição não é nada fora de suas relações com o todo.

Esse enfoque desloca o centro da avaliação do meio para as mediações, que, como podem ser as mais variadas possíveis, criam uma miríade de possibilidades de apropriação das mensagens e produzem múltiplos sentidos (ARAÚJO; JORDÃO, 1995, p. 176).

Para se avaliar deve-se ter confiabilidade nos dados obtidos e essa validação é feita pela escolha do método, da metodologia a ser utilizada. Essa

metodologia deve ser útil nas respostas às perguntas-chave propostas pelo objeto da avaliação e deve levar à obtenção de dados e resultados significativos para atender os propósitos de seus avaliadores, da instituição que executa o projeto, bem como de seus beneficiários (ARAÚJO; JORDÃO, 1995, p. 173).

Não obstante ao colocado, por uma determinação negociada como requisito para a aprovação da obtenção dos investimentos relativos a esse projeto, esse plano de comunicação, bem como todo o projeto Qualisus, deverá seguir uma metodologia de avaliação determinada pelo Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento – BIRD.

Essa metodologia prevê a ocorrência de Missões de Avaliação³¹ anuais e de uma Missão de Avaliação Final para a qual, além das sindicâncias e relatórios usuais, o projeto deve responder detalhadamente a um Relatório de Conclusão do Projeto, internamente chamado de PCR (*Project Completion Report*)³².

Após a realização da última missão e do envio do PCR pela equipe do projeto, o Banco produz um Relatório de Implementação de Projeto, chamada de ICR (*Implementation Completion Report*). Essa avaliação final conceitua o projeto, no geral e também ponto a ponto, de acordo com as seguintes categorias: MS (Muito Satisfatório), S (Satisfatório), IS (Insatisfatório), MP (Muito Provável), PR (Provável), IP (Improável), MI (Muito Improável), MIS (Muito Insatisfatório), A (Alto), SU (Substancial), M (Modesto) ou IN (Insignificante).

Caso a equipe do projeto não concorde com um ou mais pontos colocados no ICR, essa avaliação final pode ser contestada, mas raramente é modificada. Na prática, o que ocorre é apenas a inclusão da contestação oficial nos anexos do relatório final, como o ocorrido com o projeto Reforsus.

31 As Missões de Avaliação são compostas por uma comissão, normalmente com três ou quatro especialistas do Banco, que permanece no projeto durante uma semana, determinada com um mês de antecedência. Nesse período, todas as áreas do projeto apresentam levantamentos e relatórios com o que foi produzido em comparação ao que havia sido planejado para o período. Eventualmente, algumas viagens são realizadas para acompanhamento in loco dos investimentos. Os especialistas fazem suas inquirições, agrupam relatórios e voltam para Washington de onde é encaminhado, cerca de um mês depois, um documento com a avaliação do período e orientações para a adoção de “correções” de rotas.

32 Um modelo de PCR se encontra no Anexo III deste plano.

11 RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS

Nos planos de comunicação que se valem da articulação de parceiros estratégicos para a viabilização de suas ações, a definição das responsabilidades institucionais é de suma importância, pois a partir dela ficam claros quais compromissos políticos devem ser assumidos pela gestão do projeto para garantir a execução do plano de comunicação, além do necessário comprometimento da equipe interna. A pergunta que o Quadro 4 procura responder, considerando as atividades dispostas no item 9.3, é: quem são os responsáveis para que esta ação aconteça?

QUADRO 4

Detalhamento dos responsáveis institucionais pelas atividades de comunicação

Atividades	Responsáveis Institucionais
<p>Produzir manuais operativos e materiais de divulgação do projeto.</p>	<p>Equipe técnica do projeto Qualisus (cinco pessoas). Assessoria de comunicação (três pessoas). Designer gráfico. Editora/Gráfica. Equipe de apoio (cinco pessoas) para a impressão, reprografia, montagem de envelopes/pacotes e encaminhamento ao correio. Assessorias de comunicação das prefeituras, governos e secretarias de saúde municipais e estaduais.</p>
<p>Articular com as Ascom's das secretarias de saúde e secretarias de comunicação municipais e estaduais um esquema de divulgação das ações e resultados do projeto</p>	<p>Assessoria de comunicação (três pessoas). Assessorias de comunicação das prefeituras, governos e secretarias de saúde municipais e estaduais.</p>
<p>Informar internamente os funcionários do atendimento sobre o projeto, dando-lhes orientações de fluxos e direcionamentos.</p>	<p>Assessoria de comunicação (três pessoas). Equipe técnica do projeto Qualisus (cinco pessoas).</p>
<p>Identificar, articular e estabelecer parcerias com redes de comunicadores como a</p>	<p>Assessoria de comunicação (três pessoas). Equipe de apoio (cinco pessoas) para a impressão, reprografia, montagem de envelopes/pacotes e encaminhamento ao correio.</p>

Atividades	Responsáveis Institucionais
Mocorongo e a Unama.	Equipes das redes de comunicadores interessadas.
Produzir materiais setoriais a partir das parcerias com redes de comunicadores.	Assessoria de comunicação (três pessoas). Designer gráfico. Editora/Gráfica. Equipe de apoio (cinco pessoas) para a impressão, reprografia, montagem de envelopes/pacotes e encaminhamento ao correio. Editora/Gráfica. Equipes das redes de comunicadores interessadas.
Desenvolver e alimentar site do projeto.	Assessoria de comunicação (três pessoas). Web designer contratado. Equipe do Portal Saúde (Datusus).
Articular Conselhos de Saúde para a divulgação do projeto nos segmentos representados.	Assessoria de comunicação (três pessoas). Equipe de apoio (cinco pessoas) para a impressão, reprografia, montagem de envelopes/pacotes e encaminhamento ao correio. Conselho Nacional de Saúde. Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde.
Estabelecer parceria com Banco do Brasil e Caixa para a inserção de informações em extratos, boletos e holerites.	Assessoria de comunicação (três pessoas). Equipe de apoio (cinco pessoas) para a impressão, reprografia, montagem de envelopes/pacotes e encaminhamento ao correio. Equipe do Banco do Brasil e da Caixa.
Acionar a Agência Saúde como parceira para a divulgação do projeto na mídia, principalmente naquelas de menor abrangência.	Assessoria de comunicação (três pessoas). Equipe de apoio (cinco pessoas) para a impressão, reprografia, montagem de envelopes/pacotes e encaminhamento ao correio. Equipe da Agência Saúde.
Articular com assessorias de comunicação do Conass e Conasems um esquema de divulgação das ações e resultados do projeto.	Assessoria de comunicação (três pessoas). Equipe de apoio (cinco pessoas) para a impressão, reprografia, montagem de envelopes/pacotes e encaminhamento ao correio. Assessorias de comunicação do Conass e Conasems.
Produzir boletim mensal com ações e resultados do projeto.	Assessoria de comunicação (três pessoas). Designer gráfico. Editora/Gráfica. Equipe de apoio (cinco pessoas) para a impressão, reprografia, montagem de envelopes/pacotes e encaminhamento ao correio.

Atividades	Responsáveis Institucionais
	Parceiros.
Colaborar nos eventos de inauguração juntamente com o beneficiário.	Assessoria de comunicação (três pessoas). Equipe de apoio (cinco pessoas) para a impressão, reprografia, montagem de envelopes/pacotes e encaminhamento ao correio. Parceiros.
Produzir materiais "Antes e Depois".	Assessoria de comunicação (três pessoas). Designer gráfico. Editora/Gráfica. Equipe de apoio (cinco pessoas) para a impressão, reprografia, montagem de envelopes/pacotes e encaminhamento ao correio. Parceiros.

Fonte: elaboração da autora.

12 CRONOGRAMA

Como o projeto Qualisus será implementado em oito anos, primeiramente este plano de comunicação apresenta uma previsão para a execução das ações comunicativas³³ no decorrer deste período.

QUADRO 5
Cronologia de execução das atividades de comunicação

Atividades	Anos de execução do projeto							
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Produzir manuais operativos e materiais de divulgação do projeto.								
Articular com Ascom's das SMS/SES e Secom's municipais e estaduais a divulgação das ações e resultados do projeto								
Informar internamente os funcionários do atendimento sobre o projeto, dando-lhes orientações de fluxos e direcionamentos.								
Identificar, articular e estabelecer parcerias com redes de comunicadores como a Mocorongo e a Unama.								
Produzir materiais setoriais a partir das parcerias com redes de comunicadores.								
Desenvolver e alimentar site do projeto.								
Articular Conselhos de Saúde para a divulgação do projeto nos segmentos representados.								
Estabelecer parceria com Banco do Brasil e Caixa para a inserção de informações em extratos, boletos e holerites.								
Acionar a Agência Saúde como parceira na divulgação do projeto na mídia, principalmente nas de menor abrangência.								
Articular com Ascom's do Conass e Conasems um esquema de divulgação das ações e resultados do projeto.								
Produzir boletim mensal com ações e resultados do projeto.								
Colaborar nos eventos de inauguração juntamente com o beneficiário.								
Produzir materiais "Antes e Depois".								

Fonte: elaboração da autora.

³³ Detalhadas em atividades no item 9.3 deste plano.

Com a intenção de melhor detalhar a execução e planejar as ações comunicativas³⁴, este plano de comunicação detalha, em nível mensal, as atividades expostas.

QUADRO 6

Cronologia mensal dos dois primeiros anos de execução das ações de comunicação

Ações	Dois primeiros anos de execução do projeto																			
	2007									2008										
	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Produzir manuais operativos e materiais de divulgação do projeto.																				
Articular com Ascom's das SMS/SES e Secom's a divulgação do projeto																				
Informar internamente os funcionários do atendimento sobre o projeto.																				
Identificar, articular e estabelecer parcerias com redes de comunicadores.																				
Produzir materiais setoriais a partir das parcerias com redes de comunicadores.																				
Desenvolver e alimentar site do projeto.																				
Articular Conselhos de Saúde para a divulgação do projeto.																				
Estabelecer parceria com BB e Caixa para a inserção de informações.																				
Acionar a Agência Saúde como parceira para a divulgação do projeto na mídia.																				
Articular com Ascom's do Conass e Conasems um esquema de divulgação.																				
Produzir boletim mensal com ações e resultados do projeto.																				
Colaborar nos eventos de inauguração juntamente com o beneficiário.																				
Produzir materiais "Antes e Depois".																				

Fonte: elaboração da autora.

34 Idem à nota anterior.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, Sérgio. **Gestão de Sonhos: Riscos e Oportunidades**. Entrevista com Amyr Klink. Salvador: Casa da Qualidade, 2000.

ARAÚJO, Inesita. **A reconversão do olhar**: pratica discursiva e produção dos sentidos na intervenção social. São Leopoldo: Editora Unisinos, 2000.

_____. **Mercado Simbólico: interlocução, luta, poder** – Um modelo de comunicação para políticas públicas. Rio de Janeiro, 2002. Tese (Doutorado em Comunicação e Cultura) – Escola de Comunicação, Universidade Federal do Rio de Janeiro. 2002.

_____. Razão Polifônica: a negociação de sentidos na intervenção social. **Revista Perspectivas em Ciência da Informação**. Belo Horizonte: Editora UFMG, v.8, p.46-57, 2003.

_____. Mercado Simbólico: um modelo de comunicação para políticas públicas. **Revista Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu: Editora UNESP, v.8, n.14, p.165-177, set. / fev. 2004.

_____. **Planejamento em comunicação – Passo 2: definir os objetivos**. Texto de apoio ao Módulo V do curso de Especialização em Comunicação e Saúde da Fundação Oswaldo Cruz, Brasília, out. 2006a.

_____. **Planejamento em comunicação – Passo 5: definir e delimitar o conteúdo**. Texto de apoio ao Módulo V do curso de Especialização em Comunicação e Saúde da Fundação Oswaldo Cruz, Brasília, out. 2006b.

_____. **Planejamento em comunicação – Passo 7: definir as estratégias**. Texto de apoio ao Módulo V do curso de Especialização em Comunicação e Saúde da Fundação Oswaldo Cruz, Brasília, out. 2006c.

ARAÚJO, Inesita; CARDOSO, Janine; LERNER, Kátia. **Promoção da saúde e prevenção do HIV/Aids no município do Rio de Janeiro**: uma metodologia de avaliação para políticas públicas e estratégias de comunicação. Rio de Janeiro, jul. 2003. 92 p. Relatório de pesquisa. 2003.

ARAÚJO, Inesita; JORDÃO, Eduardo. Velhos dilemas, novos enfoques: uma contribuição para o debate sobre estudos de recepção. In: PITTA, Áurea. (Org.). **Saúde e Comunicação: visibilidades e silêncios**. São Paulo: Editora Hucitec, p.172-189, 1995.

ARRETCHE, Marta. A política da política de saúde no Brasil. In: LIMA, Nísia Trindade et al. (Orgs.). **Saúde e democracia: história e perspectiva do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 285-306, 2005.

BARTHES, Roland. **O Prazer do Texto**. 4. ed. 1. reimp. Tradução de Jacó Guinsburg. São Paulo: Editora Perspectiva, 2006.

BENJAMIN, Walter. **Obras Escolhidas: Magia e Técnica, Arte e Política**. Tradução de Sérgio Paulo Rouanet. 7. ed. São Paulo: Brasiliense, 1994.

BOURDIEU, Pierre. **O poder simbólico**. Lisboa: Difel; Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1989.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil (1988)**. Brasília: Centro Gráfico do Senado Federal, 1988.

_____. Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, p.018055, seção I, 20 set. 1990a.

_____. Lei nº. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, p.025694, seção I, 31 dez. 1990b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Diretrizes para investimentos em saúde**. Brasília: Editora MS, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios**. Brasília: Editora MS, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação Avaliação e Controle de Sistemas. **Diretrizes para a programação pactuada e integrada da assistência À saúde**. Brasília: Editora MS, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Projeto de investimentos para a qualificação do sistema único de saúde**. Brasília, 2006b. No prelo.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à descentralização. **Regionalização solidária e cooperativa: orientações para sua implementação no SUS**. Brasília: Editora MS, 2006c.

_____. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. **Média Complexidade**. Brasília, 2007a. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=23570>. Acesso em 29 jan. 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Informações sobre a gestão da atenção básica**. Brasília, 2007b. Disponível em <<http://www.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>>. Acesso em 07 fev. 2007.

_____. Ministério da Saúde. Assessoria de Comunicação. **Entendendo o SUS**. Brasília, 2007a. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha_entendendo_o_sus_2007.pdf>. Acesso em 14 mar. 2007.

BRAVEMAN, Paula. **Monitoring equity in health: a policy-oriented approach in low and middle-income countries**. Geneva: World Health Organization, 1998.

CARDOSO, Janine. **Comunicação, Saúde e Discurso Preventivo: reflexões a partir de uma leitura das campanhas nacionais de Aids veiculadas pela TV (1987-1999)**. Rio de Janeiro, 2001. Dissertação (Mestrado em Comunicação e Cultura) – Escola de Comunicação, Universidade Federal do Rio de Janeiro. 2001.

_____. Comunicação e saúde: desafios para fortalecer o SUS, ampliar a participação e o controle social. In: BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Coletânea de comunicação e informação em saúde para o exercício do controle social**. Brasília: Editora MS, p. 45-55, 2006.

CARVALHO, Antônio Ivo de. Conselhos de saúde, responsabilidade pública e cidadania: a reforma sanitária como reforma do estado. In: FLEURY, Sônia. (Org.). **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, p. 93-112, 1997.

CERTEAU, Michel de. **A invenção do cotidiano. V.1 Artes de fazer**. 6ª Ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

CONASEMS – CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE. Disponível em: <<http://www.conasems.org.br/mostraPagina.asp?codServico118>>. Acesso em 15 nov. 2006.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8, 1986, Brasília. **Relatório da 8ª conferência nacional de saúde**. Brasília: Editora MS, 1987.

CNCS – CADASTRO NACIONAL DE CONSELHOS DE SAÚDE. **Estatísticas de dados cadastrados**. Disponível em: <http://formsus.datasus.gov.br/site/resultado.php?id_aplicacao=13>. Acesso em 23 jan. 2007.

DIAS, Maurício. Lógica e linguagem: da teoria pura à teoria discursiva do direito. **Cadernos da Pós-Graduação em Direito da Universidade Federal do Pará**. Disponível em: < <http://www.ufpa.br/posdireito/caderno1/texto4.html>>. Acesso em 14 nov. 2006.

ESCOREL, Sarah; NASCIMENTO, Dilene Raimundo do; EDLER, Flávio Coelho. As origens da reforma sanitária e do SUS. In: LIMA, Nísia Trindade et al. (Orgs.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 59-81, 2005.

FALEIROS, Vicente de Paula et al. (Orgs.). **A construção do SUS: histórias da reforma sanitária e do processo participativo**. Brasília: Brasília: Editora MS, 2006.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Org. Roberto Machado. 3. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1982.

GERSCHMAN, Sílvia; VIANA, Ana Luiza D'Ávila. Descentralização e desigualdades regionais em tempos de hegemonia liberal. In: LIMA, Nísia Trindade et al. (Orgs.). **Saúde e democracia: história e perspectiva do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 307-351, 2005.

GOMES, Maria Angélica. **Eqüidade e universalidade do direito à saúde: representação de interesses no congresso nacional 1987/1990**. Brasília, 1996. Dissertação (Mestrado em Ciência Política) – Instituto de Ciência Política e Relações Internacionais, Universidade de Brasília. 1996.

JUNQUEIRA, Luciano Prates. Descentralização, intersetorialidade e rede na gestão da cidade. **Revista Organizações e Sociedade**. Salvador: EADM / UFBA, v.11, edição especial, p.129-140, 2004.

MERHY, Emerson Elias. A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. In: MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana. (Orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Editora Hucitec, p.197-228, 1997.

MERHY, Emerson Elias; CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. **A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar**. Campinas: Unicamp, 2003. Mimeo.

OHCHR – OFFICE OF THE HIGH COMMISSIONER FOR HUMAN RIGHTS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Disponível em: <<http://www.unhchr.ch/udhr/lang/por.htm>>. Acesso em 31 jan. 2007.

OLIVEIRA, Paulo de Tarso. **O Sistema Único de Saúde, descentralização e a desigualdade regional: um enfoque sobre a região da Amazônia Legal**. Rio de

Janeiro, 2005. Tese (Doutorado em Políticas Públicas em Saúde) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. 2005.

OLIVEIRA, Valdir de Castro. Comunicação, informação e participação popular nos conselhos de saúde. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; Associação Paulista de Saúde Pública, v. 13, n. 2, p. 56-69, mai./ago. 2004.

_____. Desafios e contradições comunicacionais nos conselhos de saúde. In: BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Coletânea de comunicação e informação em saúde para o exercício do controle social**. Brasília: Editora MS, p. 29-43, 2006.

PAIM, Jairnilson Silva. **Saúde, política e reforma sanitária**. Salvador: CEPS/ISC, 2002.

PORTO, Silvia Marta. Justiça social, equidade e necessidade em saúde. In: PIOLA, Sergio Francisco; VIANNA, Solon Magalhães (Orgs.). **Economia da Saúde: Conceitos e Contribuição para a Gestão da Saúde**. Brasília: Ipea, p. 123-140, 2006.

ROUSSEAU, Jean-Jacques. **Discurso sobre a origem e os fundamentos da desigualdade entre os homens**. Disponível em < <http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/cv000053.pdf>>. Acesso em: 02 fev. 2007.

SÁ, Marilene Castilho. A Complexidade da Realidade, os Problemas de Saúde e o Planejamento Possível: a necessidade de uma abordagem interativa. In: PITTA, Áurea. (Org.). **Saúde e Comunicação: visibilidades e silêncios**. São Paulo: Editora Hucitec, p.193-216, 1995.

SANTOS, Gabriel. Investimentos e reforma do setor saúde no Brasil: o caso do Projeto Reforsus. In: BAYMA, Fátima; KASZNAR, Istvan. **Saúde e previdência social: desafios para o terceiro milênio**. São Paulo: Pearson Education, p.227-232, 2003.

SHANNON, Claude E. A Mathematical Theory of Communication. **Bell System Technical Journal**, vol. 27, p. 379-423, jul. 1948. Disponível em <<http://cm.bell-labs.com/cm/ms/what/shannonday/paper.html>>. Acesso em: 17 nov. 2006.

SILVA, Alessandra Ximenes da. O Cadastro Nacional de Conselhos de Saúde como estratégia de fortalecimento da comunicação e informação para o exercício do controle social. In: BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Coletânea de comunicação e informação em saúde para o exercício do controle social**. Brasília: Editora MS, p. 73-86, 2006.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. 2. ed. Brasília: Unesco, 2004.

TORO, Bernardo. Mobilização social: uma teoria para a universalização da cidadania. In: MONTORO, Tânia Siqueira. (Coord.). **Comunicação e mobilização social**. Série Mobilização Social, vol. 1. Brasília: UnB, p. 26-40, 1996.

TOVAR, Maurício Torres. Participação e controle social para o exercício da cidadania em saúde na América Latina: importância da comunicação e da informação. In: BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Coletânea de comunicação e informação em saúde para o exercício do controle social**. Brasília: Editora MS, p. 57-60, 2006.

VIANNA, Sólton Magalhães (Coord.). **Atenção de alta complexidade no SUS**: desigualdades no acesso e no financiamento. Brasília: Ipea, 2005. Disponível em: <http://getinternet.ipea.gov.br/economiasaude/adm/arquivos/destaque/alta_complexidade.pdf>. Acesso em: 06 fev. 2007.

ANEXO I

Detalhamento das Etapas de Implementação do Projeto Qualisus

ETAPA 1 – PREPARAÇÃO DOS EXECUTORES

AÇÃO 1.1 – Sensibilização

- Atividade 1.1.1 Definição da programação dos processos de sensibilização (método e processo)
- Atividade 1.1.2 Realização de seminários e oficinas

AÇÃO 1.2 Capacitação dos executores

- Atividade 1.2.1 Definição da programação dos processos de capacitação
- Atividade 1.2.2 Realização de cursos, seminários, oficinas, etc

ETAPA 2 – CONTRATAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DOS ESTUDOS SUBSIDIÁRIOS

AÇÃO 2.1 – Análise do processo de regionalização da saúde em curso em cada unidade federada

- Atividade 2.1.1 Elaboração do TOR
- Atividade 2.1.2 Seleção e contratação
- Atividade 2.1.3 Desenvolvimento
- Atividade 2.1.4 Análise dos resultados

AÇÃO 2.2 – Definição de padrões técnicos e de custos subsidiários à elaboração dos projetos operativos

- Atividade 2.2.1 Elaboração do TOR
- Atividade 2.2.2 Seleção e contratação
- Atividade 2.2.3 Desenvolvimento
- Atividade 2.2.4 Análise dos resultados

ETAPA 3 – SELEÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DOS PROJETOS OPERATIVOS PARA FINANCIAMENTO DO QUALISUS

AÇÃO 3.1 – Seleção dos projetos operativos do Componente 1

- Atividade 3.1.1 MS comunica aprovação do Qualisus e lança convocatório pública
- Atividade 3.1.2 SES prepara plano estadual, define órgãos executores, prioriza projetos operativos e encaminha à CIB para aprovação
- Atividade 3.1.3 CIB aprova plano estadual e projetos operativos respectivos
- Atividade 3.1.4 SES encaminha plano estadual ao MS com instrumento de pactuação dos executores

- Atividade 3.1.5 MS analisa e aprova tecnicamente os planos estaduais, autoriza a apresentação dos projetos operativos
- Atividade 3.1.6 Órgãos executores apresentam os projetos operativos com instrumento de contratualização das unidades participantes
- Atividade 3.1.7 MS aprova projetos operativos

AÇÃO 3.2 – Implementação dos projetos operativos do Componente 1

- Atividade 3.2.1 MS e órgãos executores assinam contrato de repasse
- Atividade 3.2.2 Órgãos executores iniciam a implementação dos projetos operativos
- Atividade 3.2.3 Órgãos executores apresentam relatório de progresso
- Atividade 3.2.4 MS analisa o relatório de progresso e verifica o cumprimento das metas estabelecidas

AÇÃO 3.3 – Seleção dos projetos operativos de estudos, pesquisas e projetos inovadores

- Atividade 3.3.1 Comissão Técnica do MS define as intervenções sistêmicas estratégicas para financiamento
- Atividade 3.3.2 MS lança convocatória pública para seleção de propostas
- Atividade 3.3.3 Instituições e/ou órgãos executores preparam proposta de projetos operativos de estudos, pesquisas e projetos inovadores
- Atividade 3.3.4 MS analisa e seleciona os projetos operativos de estudos, pesquisas e projetos inovadores
- Atividade 3.3.5 MS aprova projetos operativos de estudos, pesquisas e projetos inovadores

AÇÃO 3.4 – Implementação dos projetos operativos do Componente 2

- Atividade 3.4.1 MS e instituições/órgãos executores assinam contrato de repasse
- Atividade 3.4.2 Instituições/órgãos executores iniciam a implementação dos projetos operativos/estudos/pesquisas

ETAPA 4 – MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PROJETO

AÇÃO 4.1 – Formulação do programa de monitoramento e avaliação do Projeto

- Atividade 4.1.1 – Elaboração do TOR
- Atividade 4.1.2 – Seleção e contratação
- Atividade 4.1.3 – Desenvolvimento

AÇÃO 4.2 – Implementação do programa de monitoramento

- Atividade 4.2.1 – MS e SES realizam o acompanhamento e supervisão das ações implementadas
- Atividade 4.2.2 – MS e SES preparam relatórios gerenciais dos resultados levantados

AÇÃO 4.3 – Implementação do programa de avaliação

- Atividade 4.3.1 – MS avalia o processo de formulação dos projetos operativos

- Atividade 4.3.2 – MS avalia a execução físico-financeira
- Atividade 4.3.3 – MS avalia os resultados alcançados

ETAPA 5 – ENCERRAMENTO DO PROJETO

AÇÃO 5.1 – Preparação dos documentos finais do Projeto

- Atividade 5.1.1 – Preparação da Prestação de Contas final do Projeto
- Atividade 5.1.3 – Preparação das transferências e regularização patrimoniais
- Atividade 5.1.4 – Preparação relatório final do Projeto

ANEXO II

Linhas de Investimentos do Projeto Qualisus

Intervenções Sistêmicas	Intervenções em Redes	Intervenções em Unidades
<p>1) Realinhamento de sistema de pagamento: novos mecanismos de/para redes, gestores municipais, estaduais e EAS.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Criação de incentivos para formar redes e para desempenho. ▪ Elaboração de instrumentos legais, financeiros e de condições objetivas para financiamento, gerência local e sistêmica dos EAS. <p>2) Desenvolvimento de recursos humanos para o SUS</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Capacitação de especialistas a partir das linhas de cuidados. ▪ Estabelecimento de Cooperação Técnica entre instituições formadoras de especialistas em regiões com déficit de profissionais. ▪ Capacitação de equipes gestoras dos sistemas e gerentes dos serviços especializados. <p>3) Sistemas de melhoria da qualidade.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Expansão de sistemas de certificação e licenciamento para unidades, ambulatórios e hospitais de média e alta complexidade, incluindo vinculação com a política de investimento. ▪ Desenvolvimento e implantação de sistema de mensuração de qualidade e avaliação de desempenho. ▪ Desenvolvimento de estratégias de melhoria da qualidade técnica. 	<p>1) Mecanismos de gestão e governança.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Desenvolvimento de mecanismos de pagamento de unidades assistenciais de saúde dentro de rede. ▪ Desenvolvimento de desenho institucional. ▪ Desenvolvimento de sistemas gerenciais: de monitoramento e avaliação; de contratualização; de certificação; e de informação. ▪ Desenvolvimento de capacidade institucional (formação de gestores e gerentes). ▪ Desenvolvimento de sistema de controle social. <p>2) Sistema de financiamento de redes.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Desenvolvimento de mecanismos de pagamento. <p>3) Definição dos estabelecimentos assistenciais de saúde.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Articulação do nível da atenção básica com o da atenção especializada (média e alta complexidade). ▪ Estruturação de sistemas de urgência e emergência com intervenção nas unidades hospitalares. <p>4) Definição da área territorial.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Articulação das redes com os sistemas regionais de saúde. <p>5) Sistemas de apoio.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Desenvolvimento de sistema de apoio ao diagnóstico e à terapia (SADT). 	<p>1) Intervenções integradas para a melhoria da qualidade.</p> <p>1.1) Na estrutura:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aquisição de obras, equipamentos e veículos (só para Amazônia Legal). ▪ Desenvolvimento de redes informatizadas. <p>1.2) Nos processos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Desenho e implantação de programas de melhoria contínua de qualidade (acolhimento; segurança do paciente; uso de medicina baseada em evidência; desenvolvimento e aplicação de protocolos clínicos; uso de ferramentas de gestão de qualidade; controle de surtos, eventos adversos, infecções hospitalares e bio-segurança). ▪ Recursos humanos (capacitação e educação permanente em gestão clínica e não-clínica e gerência). <p>1.3) Nos resultados:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Benchmarking e indicadores de qualidade técnica. ▪ Mensuração de satisfação do usuário. ▪ Custo-eficiência. <p>2) Gestão interna.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sistema de apuração de custos. ▪ Sistema de gerenciamento de insumos. <p>3) Arranjos organizativos inovadores.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Contratualização entre SMS e SES e prestadores.

Intervenções Sistêmicas	Intervenções em Redes	Intervenções em Unidades
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Desenvolvimento de projetos para fortalecer o sistema de vigilância sanitária como o monitoramento das infecções e da resistência microbiana e implantação do serviço de registro e informação em saúde. ▪ Promoção do desenvolvimento e implantação de diretrizes clínicas. <p>4) Sistemas de gestão por resultados (pactuação e contratualização).</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Contratualização: definição de referências, indicadores de avaliação, metas qualitativas e de produção. ▪ Responsabilização de gestores locais e gestores de EAS. ▪ Revisão e reformulação da PPI e parâmetros. ▪ Elaboração de modelos inovadores, de gestão e governança de EAS, baseados em experiências bem sucedidas. ▪ Garantia de controle social / Ouvidoria. <p>5) Avaliação tecnológica (papel do estado na regulação de produtos e serviços).</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Definição de processos regulatórios. ▪ Desenvolvimento de modelos de incorporação de tecnologias. <p>6) Desenho de sistema de custos, preços e compras.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliação de sistemas padronizados de custos. <p>7) Elaboração de estudos e pesquisas em economia da saúde, em gestão de tecnologia e em tecnologias para o planejamento.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Configuração de sistemas regionais e outros. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Organização de redes de laboratório. <p>6) Sistemas logísticos.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Desenvolvimento de rede de telecomunicações. ▪ Desenvolvimento de centrais de regulação. ▪ Desenvolvimento de sistemas de transporte sanitário para a Amazônia Legal. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Responsabilização e gestão por resultados. ▪ Modelos inovadores de autonomia gerencial. ▪ Desenvolvimento de capacidade de compra e monitoramento de contratos e convênios. ▪ Controle social.

ANEXO III

Relatório Final de Projeto ***Project Completion Report – PCR*** **Memorando do Órgão Executor**

A eficácia deste relatório para mostrar os resultados obtidos ao terminar a execução do projeto, propiciar a sustentabilidade de benefícios do projeto e capitalizar as lições aprendidas para melhorar o desenho e a implementação de futuras operações, depende em grande parte da participação da Instituição Mutuária, dos Órgãos Executores e dos beneficiários do projeto na sua preparação.

Por esta razão, a contribuição deste relatório como autor do Memorando do Executor será muito valiosa, na medida em que o conhecimento e a experiência sobre a implementação do projeto, a análise da informação sobre resultados e as opiniões dos beneficiários sejam transmitidas da maneira mais objetiva possível e com independência de critério.

INSTRUÇÕES PARA COMPLETAR O MEMORANDO

Ao completar este Memorando leve em conta as seguintes recomendações:

- Não se esqueça de completar a página de rosto e o quadro sobre dados básicos do projeto com a informação necessária.
- É muito importante que sejam revisadas as Guias PCR que serão proporcionadas pela Representação do Banco, em particular o anexo técnico “Guia Prático para a Preparação do PCR”. Este anexo apresenta uma série de orientações, conselhos e exemplos práticos úteis para completar a informação requerida pelo PCR. Lembre-se que as perguntas para o Banco e para o Executor são iguais, assim como sua numeração, com exceção do primeiro dígito (para o Banco iniciam com o número 2, como por exemplo: 2.1.1.1, enquanto que para o Executor iniciam com o número 3, como por exemplo: 3.1.1.1).
- Responda as perguntas de maneira concisa. O preferível é limitar as respostas a, no máximo, 10 linhas cada uma. Em todo caso, por favor, não se exceda de 15 linhas por resposta. Caso seja requerido apresentar informação adicional importante com evidência sobre resultados do projeto, utilize o anexo 5 “Anexo Documental”, um anexo opcional que se pode enviar à Representação como documento separado (ver Guia PCR para uma descrição deste anexo).
- Nota: Este formato, devido aos múltiplos botões para marcar as respostas pode demorar uns minutos em salvar a informação.

DADOS BÁSICOS DO PROJETO

Nome do projeto:

Número do projeto:

Número do Empréstimo/CT:

Nome do Órgão Executor:

Nome do autor do Memorando do Executor:

Função (cargo) no Órgão Executor:

3 – MEMORANDO DO EXECUTOR

3.1 – Análise de Resultados (Produtos, Efeitos e Impactos)

3.1.1 – Produtos (*outputs*) obtidos. Descrição dos produtos do projeto por componente e análise de fatores e afetaram sua execução.

3.1.1.1 – Análise de indicadores de produto. Registre os indicadores dos produtos obtidos neste componente usando os mesmos indicadores de produto (*outputs*) importados do PPMR. Compare os indicadores nas colunas Alcançado e Planejado. Se existe uma diferença significativa entre eles, descreva brevemente os fatores da diferença.

3.1.1.2 – Identificação dos produtos alcançados. Levando em conta os indicadores de produto em diferentes componentes ao projeto, descreva sinteticamente os produtos-chave (*key outputs*) obtidos pelo projeto.

3.1.2 – Efeitos (*outcomes*) e impactos do projeto. Descrição dos alcances do projeto em relação com seu Objetivo de Desenvolvimento (OD ou propósito no marco lógico do projeto)

3.1.2.1 – Análise de indicadores de efeito (*outcome*). Registre os indicadores do alcance do Objetivo de Desenvolvimento (*outcome*) usando os mesmos indicadores de efeito (*outcome*) importados do ISDP (indicadores de desempenho). Compare os indicadores dos efeitos Alcançados e Planejados. Se existir uma diferença significativa entre eles, explique brevemente os fatores responsáveis pela diferença.

3.1.2.2 – Identificação dos efeitos (*outcomes*) e impactos iniciais. Considerando os produtos (*outputs*) alcançados pelo projeto na medida do possível, identifique quais efeitos (*outcomes*) intermediários e os impactos iniciais alcançados até o momento.

3.1.2.3 – Identificação dos efeitos futuros (*outcomes*) e impactos. Considerando os produtos (*outputs*) que foram obtidos, identifique os efeitos futuros e impactos que se espera obter e descreva de que maneira os produtos contribuem para o seu alcance.

3.1.2.4 – Análise dos supostos (de produtos a efeitos). Enumere as condições favoráveis a serem dadas para se alcançar o propósito do projeto, e explique por que são necessários?

3.1.2.5 – Pergunta piloto Nº 1 – (Em construção). Opcional para operações com PCR *due date* anterior a 1º de fevereiro de 2005. Antes dessa data, será unicamente requerida para as operações selecionadas no grupo piloto para responder a versão íntegra do PCR. São observadas iniquidades no acesso aos benefícios do projeto por parte de subgrupos dentro da população-objetivo por razão de gênero, localização, origem étnica, setor rural/urbano, nível de receita ou outras razões? Se isto for assim, a que se devem?

3.1.2.6 – Pergunta piloto Nº 2 – (Em construção). Opcional para operações com PCR *due date* anterior a 1º de fevereiro de 2005. Antes dessa data, será unicamente requerida para as operações selecionadas no grupo piloto para responder a versão íntegra do PCR. Foi produzido algum tipo de efeito adverso causado sem intenção por este projeto na população e/ou no meio ambiente? Se isto for assim, quais medidas foram tomadas?

3.1.2.7 – Pergunta piloto Nº 3 – (Em construção). Opcional para operações com PCR *due date* anterior a 1º de fevereiro de 2005. Antes dessa data, será unicamente requerida para as operações selecionadas no grupo piloto para responder a versão íntegra do PCR. Seguramente os resultados do projeto contribuíram ao alcance, ou bem das metas estabelecidas na estratégia de desenvolvimento setorial ou nacional vigente do país mutuário, ou bem aos indicadores da atual Estratégia de País do Banco. Se isto for assim, especifique a qual meta o indicador de resultados está contribuindo ao projeto e explique de que maneira e em que medida o realiza.

3.1.2.8 – Pergunta piloto Nº 4 – (Em construção). Opcional para operações com PCR *due date* anterior a 1º de fevereiro de 2005. Antes dessa data, será unicamente requerida para as operações selecionadas no grupo piloto para responder a versão íntegra do PCR. Houve mudanças significativas no contexto em que o projeto foi implementado e/ou nas políticas setoriais / nacionais e/ou nas estratégias de desenvolvimentos? Se foi assim, explique como o projeto foi adaptado para dar resposta a estas mudanças.

3.1.2.9 – Recálculo da Taxa Interna de Retorno (TIR). Se o projeto incluiu *ex ante* um cálculo da taxa de retorno esperada, qual foi a taxa de retorno esperada e qual é a taxa de retorno real?

3.1.2.10 – Recálculo de outros indicadores de avaliação econômica. Se o projeto incluiu *ex ante* outras estimativas de avaliação econômica (custo-efetividade, custo-eficiência e custo-benefício), qual foi o indicador esperado e qual é o indicador real?

3.1.2.11 – Qualificação da efetividade do projeto em termos de seu objetivo de desenvolvimento (OD). Levando-se em conta as análises realizadas nas seções 3.1.1. e 3.1.2., qualifique a efetividade do projeto em termos de seu objetivo de desenvolvimento. Explique sua qualificação.

Muito Efetivo

Efetivo

Pouco Efetivo

Inefetivo

3.2 – Análise da Implementação

3.2.1 – Mensuração do Desempenho do projeto

3.2.1.1 – Elementos para monitoramento e avaliação. Em um escala de 1 a 4 estabeleça a qualidade dos seguintes elementos necessários para medir o desempenho do projeto:

1. Análise de problemas	Baixa ←○○○○→ Alta	<input type="radio"/> N/A
2. Estratégia de intervenção em resposta ao (s) problema (s) identificado (s)	Baixa ←○○○○→ Alta	<input type="radio"/> N/A
3. Identificação de efeitos (<i>outcomes</i>) e impactos esperados	Baixa ←○○○○→ Alta	<input type="radio"/> N/A
4. Identificação de produtos (<i>outputs</i>) esperados	Baixa ←○○○○→ Alta	<input type="radio"/> N/A
5. Indicadores de efeitos (<i>outcomes</i>) esperados	Baixa ←○○○○→ Alta	<input type="radio"/> N/A
6. Indicadores de produtos (<i>outputs</i>) esperados	Baixa ←○○○○→ Alta	<input type="radio"/> N/A
7. Linha de base de efeitos (<i>outcomes</i>) esperados	Baixa ←○○○○→ Alta	<input type="radio"/> N/A
8. Linha de base de produtos (<i>outputs</i>) esperados	Baixa ←○○○○→ Alta	<input type="radio"/> N/A
9. Supostos de produtos a efeitos	Baixa ←○○○○→ Alta	<input type="radio"/> N/A
10. Definição de responsabilidades para o recolhimento de informação	Baixa ←○○○○→ Alta	<input type="radio"/> N/A
11. Plano para a implementação do projeto	Baixa ←○○○○→ Alta	<input type="radio"/> N/A
12. Plano de Aquisições	Baixa ←○○○○→ Alta	<input type="radio"/> N/A

3.2.1.2 – Análise de fatores críticos para a viabilidade no escopo do projeto. Considerando os elementos avaliados no ponto anterior, descreva os principais fatores (máximo 3) que tiveram a maior influência (positiva e/ou negativa) na mensuração de seu desempenho.

3.2.1.3 – Lições aprendidas para o desenho (medidas adotadas). Descreva de maneira concreta quais medidas foram adotadas para melhorar os aspectos previstos no desenho do projeto em relacionados com a medição do desempenho do projeto.

3.2.1.4 – Lições aprendidas para o desenho (medidas alternativas). Baseado em sua experiência neste projeto, descreva de maneira concreta quais medidas alternativas recomendadas para melhorar a medição do desempenho no desenho futuros projetos.

3.2.1.5 – Informação disponível durante a implementação do projeto. Em uma escala de 1 a 4 qualifique o grau de cumprimento e a qualidade das seguintes tarefas que devem ser realizadas pelo Organismo Executor para gerar informação necessária para a medição de desempenho do projeto:

1. Estabelecimento de processos e mecanismos para coleta e análise de dados (fonte de dados, responsáveis, periodicidade e características da informação).	Baixa ← ○○○○ → Alta	○ N/A
2. Recopilação da informação de linha de base de efeitos.	Baixa ← ○○○○ → Alta	○ N/A
3. Recopilação de formação de linha da base de produtos.	Baixa ← ○○○○ → Alta	○ N/A
4. Recopilação, análise e relatório informação sobre recursos disponíveis e atividades realizadas.	Baixa ← ○○○○ → Alta	○ N/A
5. Recopilação, análise e relatório de informação sobre produtos gerados pelo projeto e a sua contribuição ao alcance dos efeitos esperados.	Baixa ← ○○○○ → Alta	○ N/A
6. Recopilação, análise e relatório de informação sobre efeitos e impactos gerados pelo projeto e sua contribuição às metas estabelecidas na estratégia de desenvolvimento setorial e nacional.	Baixa ← ○○○○ → Alta	○ N/A

3.2.1.6 – Análise dos fatores críticos para mensuração de desempenho durante a implementação. Considerando os processos ponto anterior, descreva os principais fatores (máximo 3) que tiveram maior influência (negativa ou positiva) na mensuração do desempenho do projeto durante a sua implementação.

3.2.1.7 – Lições aprendidas na implementação (medidas adotadas). Descreva de maneira concreta quais medidas foram adotadas a fim de obter a informação necessária (em quantidade e qualidade) para medir o desempenho do projeto.

3.2.1.8 – Lições aprendidas para a implementação (medidas alternativas). Com base em sua experiência neste projeto, descreva de maneira concreta quais medidas alternativas recomendadas para melhorar a mensuração do desempenho durante a implementação de futuros projetos.

3.2.2 – Fatores que afetaram a execução do projeto (segundo o ISDP/PPMR). (Como informação útil para responder as perguntas da seção 3.2.3., convém revisar os fatores que afetaram a execução do projeto e que foram registrados no ISDP/PPMR. A Representação poderá proporcionar esta informação).

3.2.3 – Análise de fatores críticos para o êxito do projeto. Fatores críticos para a obtenção dos produtos (*outputs*)

3.2.3.1 – Identificação de fatores negativos para obter os produtos. Descreva quais foram os principais fatores (máximo 3), que afetaram negativamente a execução em termos de quantidade, qualidade e oportunidade, e analise o porquê.

3.2.3.2 – Identificação de fatores positivos para obter os produtos. Descreva quais foram os principais fatores (máximo 3) que contribuíram à implantação dos componentes do projeto e a obtenção de seus produtos (*outputs*) em termos de quantidade, qualidade e oportunidade, e analise o porquê.

3.2.3.3 – Identificação de fatores negativos para obter os efeitos (outcomes). Descreva quais foram, em perspectiva, os principais fatores (máximo 3) que afetaram negativamente o alcance dos efeitos (outcomes) do projeto, e analise o porquê.

3.2.3.4 – Identificação de fatores positivos para obter os efeitos (outcomes). Descreva quais foram, em perspectiva, os principais fatores que contribuíram positivamente à possibilidade de alcançar a tempo os efeitos do projeto (outcomes), e analise o porquê.

3.2.4. Análise da gestão e lições aprendidas

3.2.4.1 – Análise da gestão. Identifique e analise a efetividade das medidas adotadas para resolver os problemas e aproveitar as oportunidades relacionadas com a análise de fatores críticos e explique como foram levadas à prática.

3.2.4.2 – Lições aprendidas sobre gestão de projetos. Com base em sua experiência neste projeto, e levando-se em conta a efetividade das medidas adotadas mencionadas no item anterior, descreva de forma concreta quais medidas alternativas você recomenda para enfrentar os problemas que possam surgir durante a implementação de futuros projetos similares a este.

3.2.4.3 – Qualificação da implementação do projeto. Qualifique a implementação do projeto, a partir da análise da gestão anterior e os produtos (outputs) obtidos na quantidade e com a qualidade esperada, em tempo razoável e a custos razoáveis. Explique sua qualificação

Muito Satisfatório
(MS)

Satisfatório
 (S)

Insatisfatório
 (I)

Muito Insatisfatório
(MI)

3.3 – Análise de Sustentabilidade

3.3.1 – Fortalecimento Institucional/Organizacional (FIO)

3.3.1.1 – Áreas fortalecidas ou melhoradas pelo projeto. Identifique as áreas institucionais, fortalecidas ou melhoradas, direta ou indiretamente pelo projeto, e indique o nível de sua influencia (nacional, regional, local).

Área Institucional/Organizacional	Sim	Não	N/A	Nível Federativo		
				Nac.	Reg.	Loc.
1. Marco legal e regulatório	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Procedimentos, manuais, guias operacionais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Capacidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.1. Capacidade da alta gerência	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2. Capacidade da mediana gerência	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3. Capacidade de sistemas de informação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.4. Medição do desempenho (capacidade de M&E)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.5. Serviço ao cliente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Estrutura funcional e organizacional	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Planejamento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Orçamento/gerência financeira	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Coordenação Intra/Intersetorial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Coordenação Intra/Interorganizacional	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Pessoal/desenvolvimento de recursos humanos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Aquisições	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Auto-avaliação, auditoria & prestação de contas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.3.1.2 – Fortalecimento alcançado pelo projeto no país. Descreva as contribuições mais significativas do projeto (máximo 3) ao processo de fortalecimento institucional/organizacional no país.

3.3.1.3 – Fortalecimento alcançado pelo projeto no Órgão Executor. Descreva as contribuições significativas do projeto (máximo 3), ao processo de fortalecimento institucional/organizacional no Órgão Executor. Descreva a situação antes e depois do projeto.

3.3.1.4 – Qualificação da contribuição do projeto ao FIO. Explique sua qualificação

- Muito Relevante (MR)
 Relevante (R)
 Pouco Relevante (PR)
 Irrelevante (I)

3.3.2. Sustentabilidade do projeto

3.3.2.1 – Alcance da sustentabilidade do projeto. Em consulta com o Órgão Executor, defina quais ações, serviço e/ou produtos deveriam seguir sendo sustentáveis e durante quanto tempo, a fim de assegurar a sustentabilidade dos efeitos e futuros impactos esperados do projeto.

3.3.2.2 – Bases para a análise de sustentabilidade. Estime a probabilidade (numa escala de 1 a 4) de que durante o ano seguinte ao término do projeto (e do financiamento do Banco), existam os seguintes arranjos e recursos institucionais/organizacionais no país, necessários para manter as ações, serviços, produtos, efeitos e futuros impactos iniciados pelo projeto e definidos no item 3.3.2.1:

Ajustes institucionais/organizacionais e recursos**Probabilidade**

1. Apoio da alta gerência na Agência Executora	Baixa ←○○○○→ Alta	<input type="radio"/> N/A
2. Marco legal e regulatório	Baixa ←○○○○→ Alta	<input type="radio"/> N/A
3. Preparativos e capacidade organizacional	Baixa ←○○○○→ Alta	<input type="radio"/> N/A
4. Coordenação intra-organizacional	Baixa ←○○○○→ Alta	<input type="radio"/> N/A
5. Disponibilidade de recursos financeiros	Baixa ←○○○○→ Alta	<input type="radio"/> N/A
6. Pessoal idôneo	Baixa ←○○○○→ Alta	<input type="radio"/> N/A
7. Recursos para manutenção da infra-estrutura física	Baixa ←○○○○→ Alta	<input type="radio"/> N/A
8. Apoio dos beneficiários do projeto	Baixa ←○○○○→ Alta	<input type="radio"/> N/A
9. Apoio do governo nacional	Baixa ←○○○○→ Alta	<input type="radio"/> N/A

3.3.2.3 – Análise de origem das causas que afetam negativamente a sustentabilidade.

Baseando-se no item anterior, e considerando os possíveis fatores que possam afetar a sustentabilidade do projeto, identifique as causas concretas pelas quais considera que todos ou alguns dos impactos, efeitos, produtos, ações e/ou serviços descritos no ponto 3.3.2.1. podem não ser sustentáveis, e explique por que.

3.3.2.4 – Análise da fonte de causas que contribuem favoravelmente à sustentabilidade.

Baseando-se nas análises prévias e considerando os possíveis fatores que podem contribuir à sustentabilidade do projeto, identifique as causas concretas pelas quais considera que os futuros impactos, efeitos imediatos, produtos, ações e/ou serviços descritos no ponto 3.3.2.1 poderão ser sustentáveis, e explique porquê.

3.3.2.5 – Lições aprendidas para a sustentabilidade (medidas adotadas). Baseando-se em sua experiência neste projeto e levando-se em conta as análises anteriores, descreva de maneira concisa as medidas adotadas em sua elaboração e/ou na implementação que foram eficazes para melhorar a sustentabilidade do projeto e explique como foram levadas à prática.

3.3.2.6 – Lições aprendidas para a sustentabilidade (medidas adotadas). A partir de sua experiência neste projeto, e levando em conta as análises anteriores, descreva de maneira concisa que medidas adotadas recomenda levar em conta durante o desenho e/ou implementação para melhorar a sustentabilidade futuros projetos.

3.3.2.7 – Plano de Sustentabilidade. Levando-se em conta as análises anteriores, descreva as ações concretas que o País Mutuário e/ou o Banco deveriam realizar durante o próximo ano para assegurar a sustentabilidade dos futuros impactos, efeitos, produtos, ações e/ou serviços descritos no ponto 3.3.2.1.

3.3.2.8 – Qualificação de Sustentabilidade do Projeto. Baseando-se nas análises prévias e nas perspectivas do Plano de Sustentabilidade, qualifique a probabilidade de que o projeto seja sustentável durante os próximos três (3) anos. Explique sua qualificação

Muito Provável
(MP)

Provável
(P)

Pouco Provável
(PP)

Improvável
(I)

3.4 – Desempenho do Banco

3.4.1 – Produtos (outputs) obtidos. Descrição dos produtos do projeto por componente e análise de fatores e afetaram sua execução. Desempenho do Banco nas áreas críticas. Avalie o desempenho do Banco nas seguintes áreas:

3.1.1.1 – Análise de indicadores de produto. Registre os indicadores dos produtos obtidos neste componente usando os mesmos indicadores de produto (outputs) importados do PPMR. Compare os indicadores nas colunas Alcançado e Planejado. Se existe uma diferença significativa entre eles, descreva brevemente os fatores da diferença.

1. Grau de facilitação para desenhar o projeto de maneira participativa com o Mutuário e o Órgão Executor	Baixa ← ○○○○ → Alta	<input type="radio"/> N/A
2. Provisão de assistência técnica e capacitação, assim como acompanhamento sistemático para que o Órgão Executor cumpra com as políticas e procedimentos do Banco	Baixa ← ○○○○ → Alta	<input type="radio"/> N/A
3. Provisão de assistência técnica e capacitação ao Órgão Executor, para melhorar a gestão e a administração do projeto	Baixa ← ○○○○ → Alta	<input type="radio"/> N/A
4. Utilidade da supervisão e assessoramento do Banco para melhorar a gestão e a administração do projeto	Baixa ← ○○○○ → Alta	<input type="radio"/> N/A
5. Oportunidade da resposta do Banco aos requerimentos do Órgão Executor durante a implementação do projeto	Baixa ← ○○○○ → Alta	<input type="radio"/> N/A
6. Flexibilidade do Banco para responder a emergências e imprevistos durante a implementação do projeto	Baixa ← ○○○○ → Alta	<input type="radio"/> N/A

3.4.2 – Lições aprendidas para a organização e funcionamento da UEP (medidas adotadas). Baseado em sua experiência durante a implementação do projeto, identifique quais medidas adotadas com respeito à estrutura, organização e processos na Unidade Coordenadora/Executora do Projeto, assim como sua interação com o Banco resultaram eficazes e explique como foram levadas à prática.

3.4.3 – Lições aprendidas para a organização e funcionamento da UEP (medidas alternativas). Baseado em sua experiência durante a implementação do projeto, quais sugestões faria ao Banco para melhorar a estrutura, organização e processos da Unidade Coordenadora/Executora do Projeto e sua interação com o Banco em futuras operações?

3.4.4 – Qualificação do desempenho do Banco. Com base no 3.4.1. e considerando a experiência da instituição mutuária e sua experiência como Órgão Executor, qualifique o desempenho do Banco durante as fases de elaboração e implementação do projeto. Explique sua qualificação

- Muito Satisfatório (MS)
 Satisfatório (S)
 Insatisfatório (I)
 Muito Insatisfatório (MI)

3.5 – Bases para a avaliação *ex post*

3.5.1 – Previsões para a avaliação *ex post*. Estabeleça se esta operação, de acordo com o Contrato de Empréstimo, requer uma avaliação *ex post*. Se for aplicável, forneça a seguinte informação sobre as previsões tomadas (revisar acordos entre o Banco, Mutuário e Executor na Ajuda Memória do Taller de Término de Projeto):

O Contrato de Empréstimo requer uma avaliação *ex post* para esta operação?

- Não
 Sim

Para qual data está programada (DD / MM / AA)?

Data de Início: ___/___/___ Data de Término: ___/___/___

Quem é o responsável por realizar a avaliação *ex post*?

- Banco
 Mutuário

Qual é o custo em US\$ estimado?

Qual a fonte de recursos financeiros para a avaliação *ex post*?

- Empréstimo BID
 Mutuário
 Outra Fonte

Se os recursos provêm de outra fonte, especifique de qual:

3.5.2 – Análise da capacidade para a avaliação *ex post*. Analise a capacidade do Órgão Executor, assim como a sua infra-estrutura e processos de informação para recolher, analisar e informar sobre o alcance dos futuros efeitos e impactos do projeto, e os principais fatores que possam facilitar ou obstruir esta avaliação.

3.6 – Outras lições aprendidas e recomendações. Adicionalmente às lições aprendidas já registradas nas seções anteriores deste relatório, esta seção possibilita ao usuário delinear outras lições aprendidas e recomendações que possam ser úteis para o desenho e/ou a implementação de novos projetos.