

MINISTÉRIO DA SAÚDE
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

Coletânea

de Comunicação e Informação em Saúde
para o exercício do Controle Social

Série F. Comunicação e Educação em Saúde



Brasília-DF
2006

© 2006 Ministério da Saúde.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada na íntegra na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <http://www.saude.gov.br/bvs>

O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde pode ser acessado na página: <http://www.saude.gov.br/editora>

Série F. Comunicação e Educação em Saúde

Tiragem: 1.ª edição – 2006 – 30.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Conselho Nacional de Saúde

Esplanada dos Ministérios, Bloco G,

Edifício Anexo, ala B, 1.º andar, sala 103 a 128

CEP: 70058-900, Brasília – DF

Tels.: (61) 3315-2150/3315-2151

Fax: (61) 3315-2472/3315-2414

E-mail: cns@saude.gov.br

Home page: <http://conselho.saude.gov.br>

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde.

Coletânea de comunicação e informação em saúde para o exercício do controle social / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2006.

156 p. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde)

ISBN 85-334-1305-X

1. Comunicação em saúde. 2. Políticas de controle social. 3. Política de saúde. I. Título. II. Série.

NLM WA 590

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2006/1363

Títulos para indexação:

Em inglês: Communication and Information Health Collection for the Social Control

Em espanhol: Colección de Comunicación e Información en Salud para el Ejercicio del Control Social

EDITORA MS

Documentação e Informação

SIA trecho 4, lotes 540/610

CEP: 71200-040, Brasília – DF

Tels.: (61) 3233-1774 / 2020

Fax: (61) 3233-9558

E-mail: editora.ms@saude.gov.br

Home page: www.saude.gov.br/editora

Equipe editorial:

Normalização: Karla Gentil

Capa e projeto gráfico: Fernanda Souza

Sumário

APRESENTAÇÃO	5
INTRODUÇÃO	7
PARTE 1 – COMUNICAÇÃO, INFORMAÇÃO E CONTROLE SOCIAL NA SAÚDE	15
Informação em saúde para o exercício do controle social: a luta pela democratização e qualidade da informação <i>Ilara Hämmerli Sozzi de Moraes</i>	17
Desafios e contradições comunicacionais nos conselhos de saúde <i>Valdir de Castro Oliveira</i>	29
Comunicação e saúde: desafios para fortalecer o SUS, ampliar a participação e o controle social <i>Janine Miranda Cardoso</i>	45
Participação e controle social para o exercício pleno da cidadania em saúde na América Latina: importância da comunicação e da informação <i>Maurício Torres Tovar</i>	57
Comunicação, sentidos e saúde <i>Nilson Alves de Moraes</i>	61
A comunicação como um direito humano <i>Bia Barbosa</i>	67

PARTE 2 – COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO: ESTRATÉGIAS DO CNS . . 71

- O Cadastro Nacional de Conselhos de Saúde como estratégia de fortalecimento da comunicação e informação para o exercício do controle social
Alessandra Ximenes da Silva 77
- Reflexões sobre inclusão digital e controle social do SUS no Brasil
Alessandra Ximenes da Silva e Angélica Silva 87

PARTE 3 – EXPERIÊNCIAS ESTADUAIS E MUNICIPAIS DE COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO PARA O CONTROLE SOCIAL. 95

- Comunicação em pauta há mais de uma década
Conselho Municipal de Saúde de Curitiba 97
- Mais espaço para divulgar o controle social
Conselho Estadual de Saúde do Amazonas 99
- Estratégias de comunicação para promover a integração entre conselhos e conselheiros de saúde
Conselho Estadual de Saúde do Mato Grosso 103
- Comunicação e informação em saúde: uma prioridade
Conselho Estadual de Saúde de Pernambuco 105
- Portal do controle social em saúde de Santa Catarina
Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina 107

PARTE 4 – EXPERIÊNCIAS INSTITUCIONAIS 109

- Contribuições da Área de Documentação e Informação do Ministério da Saúde para construção da Política Nacional de Informação, Educação e Comunicação em Saúde com foco na participação e no controle social (CGDI)
Márcia Helena G. Rollemberg 111
- Rádio: poderoso aliado do controle social
Ana Luísa Gomes e Sérgio Gomes 129


PARTE 5 – SUBSÍDIOS PARA ELABORAÇÃO DOS PLANOS DE TRABALHO DAS COMISSÕES DE COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO EM SAÚDE DOS CONSELHOS ESTADUAIS E MUNICIPAIS 133

- Subsídios para elaboração dos planos de trabalho das comissões de comunicação e informação em saúde dos conselhos estaduais e municipais
Alessandra Ximenes, Angélica Silva, Ilara Hämmerli S. de Moraes, Michèlle de Toledo Guirlanda, Marionita Queiroz e Verbena Melo 135

SOBRE OS AUTORES. 151

EQUIPE TÉCNICA 155

Apresentação



A Política de Comunicação, Informação e Informática em Saúde para o Exercício do Controle Social é uma das políticas prioritárias do Conselho Nacional de Saúde que, por meio de sua Comissão Intersetorial de Comunicação e Informação em Saúde (CICIS), promove inúmeras atividades de formulação e mobilização com os Conselhos Estaduais e Conselhos Municipais de Saúde.

Nesses encontros, uma das prioridades é a necessidade de sensibilização dos conselhos de saúde para a importância da criação das Comissões de Comunicação e Informação em Saúde no âmbito dos Conselhos Estaduais e Municipais.

Tal demanda fica clara na leitura dos relatórios do *Seminário Nacional de Comunicação, Informação e Informática em Saúde* (2005), da *Oficina Comunicação e Informação em Saúde para o Exercício do Controle Social* (2006) e da *Oficina Nacional Pacto pela Democratização e Qualidade da Comunicação e Informação em Saúde* (2006). Entre as recomendações presentes nos relatórios ressaltamos que:

- Os Conselhos de Saúde devem se mobilizar para a criação das Comissões de Comunicação e Informação em Saúde, formadas por conselheiros de saúde e assessorada por profissionais da área de comunicação e informação em saúde;
- Os planos de trabalho das Comissões de Comunicação e Informação em Saúde dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde devem contemplar as necessidades do controle social e os conselhos de saúde devem garantir recursos para a execução das ações planejadas;

- O Conselho Nacional de Saúde deve contribuir oferecendo instrumentos que auxiliem no processo de capacitação dos conselheiros de saúde nas áreas de comunicação, informação e informática em saúde;
- Os conselhos de saúde devem promover capacitações, com financiamento das três esferas de governo, para conselheiros na área de Comunicação e Informação em Saúde com o objetivo de que estes se tornem multiplicadores das deliberações dos conselhos e de informações sobre as políticas de saúde;

Com o objetivo de contribuir para o atendimento das demandas apresentadas nesses encontros, especialmente no que diz respeito à oferta de materiais para subsidiar os conselhos de saúde nos debates sobre comunicação, informação e controle social, o Conselho Nacional de Saúde apresenta a ***Coletânea Comunicação e Informação em Saúde para o Exercício do Controle Social***. A intenção é oferecer aos conselhos de saúde reflexões sobre comunicação e informação, além de exemplos de experiências práticas do uso dessas ferramentas para o fortalecimento do exercício do controle social.

A Coletânea divide-se em cinco partes. Na primeira, estão reunidas reflexões teóricas de vários autores sobre “Comunicação, Informação e Controle Social na Saúde”.

Em seguida, são apresentadas duas estratégias – o Cadastro Nacional de Conselhos de Saúde e o Projeto de Inclusão Digital – desenvolvidas pelo Conselho Nacional de Saúde com o objetivo de democratizar as informações sobre saúde e controle social.

A terceira e quarta partes da Coletânea são dedicadas à apresentação de experiências de comunicação e informação desenvolvidas por estados, municípios e instituições que têm contribuído para o exercício do controle social na área da saúde.

Para finalizar, após as reflexões teóricas e apresentação de experiências, a Coletânea é encerrada com uma série de sugestões sobre como colocar em prática um trabalho de comunicação e informação nos conselhos de saúde.

Vale ressaltar que as idéias aqui descritas não têm a pretensão de se mostrarem como padrões irrefutáveis. Ao contrário, o objetivo do material é justamente o de aguçar ainda mais o debate nos conselhos sobre como as estratégias de comunicação e informação podem se tornar essenciais para o fortalecimento do controle social.

Esperamos que esta *Coletânea de Comunicação e Informação em Saúde para o Exercício do Controle Social* possa estimular os conselhos de saúde de todo o país a colocarem entre as prioridades a questão da democratização das informações sobre as políticas, ações e cuidados com a saúde.

Boa leitura.

Eliane Aparecida da Cruz

Secretária Executiva do Conselho Nacional de Saúde

Introdução



Geusa Dantas Lélis¹

Geraldo Adão²

Maria Thereza de Carneiro Rezende³

Iära Hämmerli⁴

Estabelecida pela Constituição Federal como diretriz essencial dos serviços públicos de saúde (Art. 198, CF/1988), a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) ganhou força com a publicação da Lei Federal 8.142/1990. A partir daquele ano, a sociedade civil organizada passou a ter dois espaços permanentes de manifestação: as conferências de saúde e os conselhos de saúde.

De acordo com a Lei 8.142/1990, os conselhos de saúde são órgãos colegiados compostos por representantes do governo, prestadores de serviço, trabalhadores da saúde e usuários do SUS. Os Conselhos são instâncias deliberativas

¹ **Geusa Dantas Lélis** – Coordenadora da Comissão Intersetorial de Comunicação e Informação em Saúde do CNS e Conselheira Nacional de Saúde pelo segmento dos trabalhadores.

² **Geraldo Adão** – Membro da Comissão Intersetorial de Comunicação e Informação em Saúde do CNS e Conselheiro Nacional de Saúde pelo segmento dos usuários.

³ **Maria Thereza Mendonça de Carneiro Rezende** – Membro da Comissão Intersetorial de Comunicação e Informação em Saúde do CNS e Conselheira Nacional de Saúde pelo segmento dos trabalhadores.

⁴ **Iära Hämmerlin** – Membro da Comissão Intersetorial de Comunicação e Informação em Saúde do CNS pelo segmento dos gestores.

do Sistema Único de Saúde (SUS) e atuam na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros.

Desde a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, quando se iniciaram as discussões para criação do SUS, verificou-se a necessidade de fortalecer a comunicação com o objetivo de democratizar o acesso às informações em saúde e contribuir para o exercício do controle social – ou seja, oferecendo subsídios para que a população pudesse participar efetivamente do planejamento e da fiscalização das políticas públicas de saúde.

Para o avanço do SUS, a relevância do controle da sociedade sobre as ações do Estado foi confirmada nos Relatórios da 10ª, 11ª e 12ª Conferências Nacionais de Saúde, no II Encontro Nacional de Conselheiros de Saúde, em 1998, nas Plenárias Nacionais de Conselhos de Saúde, assim como durante a Oficina de Trabalho Informações em Saúde para o Controle Social, em 2003.

Durante a 12ª Conferência Nacional de Saúde, no eixo temático X *Comunicação e Informação em Saúde*, discutiu-se a necessidade do Conselho Nacional de Saúde definir estratégias, para elaboração e implementação de políticas articuladas de comunicação e informação em saúde na perspectiva de dar maior visibilidade às diretrizes do SUS, à política de saúde, às ações e à utilização de recursos, no sentido de ampliar a participação e o controle social.

Na intenção de contribuir na formulação da Política Nacional de Comunicação, Informação e Informática em Saúde comprometida com o exercício do controle social – deliberada pela 12ª Conferência Nacional de Saúde – o Conselho Nacional de Saúde (CNS), em 2005, reativou a Comissão Intersetorial de Comunicação e Informação em Saúde (CICIS). Os princípios da CICIS estão norteados pelo compromisso com a democratização das informações e com a ampliação da participação da sociedade na definição dessa política.

Dentre as atividades promovidas pelo Conselho Nacional, por meio da CICIS, em 2005, destacam-se: a realização de seis Seminários Regionais e um Seminário Nacional de Comunicação, Informação e Informática em Saúde. Nesses encontros, além de subsídios para elaboração e execução de uma Política Nacional para o setor, foram apresentadas propostas para estimular o debate da política de comunicação, informação e informática nos conselhos de saúde, definindo outros modelos e práticas mais coerentes com a visão ampliada de saúde e com as propostas de descentralização, participação e controle social.

A CICIS tem incentivado o debate sobre a comunicação, informação e informática em saúde nos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde. Essa construção coletiva de propostas tem mobilizado os conselheiros estaduais, municipais e nacionais de saúde em torno do chamado *Pacto pela Democratização e Qualidade da Comunicação e Informação em Saúde*. O Pacto tem como objetivo estabelecer compromissos políticos e responsabilidades definidas entre sujeitos sociais em

torno de uma agenda de consenso. A proposta tem a intenção de estabelecer estratégias de comunicação institucional na perspectiva de fortalecer o SUS e o controle social, permitindo o acesso e a socialização das informações.

Dando continuidade ao processo, em 2006, o Conselho Nacional de Saúde retomou o ciclo de debates. Foram realizadas duas oficinas: 1) Oficina *Comunicação e Informação em Saúde para o Exercício do Controle Social*, realizada nos dias 15 e 16 de julho de 2006 no VII Congresso Nacional da Rede Unida, em Curitiba (PR); 2) Oficina Nacional *Pacto pela Democratização e Qualidade da Comunicação e Informação em Saúde*, nos dias 1º, 2 e 3 de agosto de 2006, em Brasília-DF.

Ao final das oficinas, os participantes formularam uma *Agenda de Comunicação e Informação em Saúde*, conforme descrito abaixo, a ser executada até 2007. Além de reunirem conselheiros e representantes das secretarias executivas dos Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde, as oficinas contribuíram para a troca de experiências entre os profissionais envolvidos com a questão da comunicação, informação e informática nos conselhos de saúde.

Agenda de Comunicação e Informação em Saúde do CNS/ 2006/2007

2006

- 1 Capacitar os profissionais de comunicação dos conselhos de saúde;
Data: outubro de 2006
- 2 Divulgar os resultados do Cadastro Nacional de Conselhos de Saúde;
Data: dezembro de 2006
- 3 Realizar o Seminário Nacional: *Democratizar a Comunicação e Informação em Saúde para o Exercício do Controle Social*.
Data: 11 e 12 de dezembro de 2006
- 4 Participar de Plenárias Estaduais, Seminários ou Oficinas promovidas pelos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde sobre Comunicação e Informação em Saúde;
- 5 Encaminhar, semanalmente, o Informativo Eletrônico para os Conselhos de Saúde que possuem *e-mail* e integram o Cadastro Nacional de Conselhos de Saúde;
- 6 Encaminhar a todos os conselhos cadastrados o Relatório do Seminário Nacional de Comunicação, Informação e Informática em Saúde para o Exercício do Controle Social, realizado em 2005;
- 7 Ampliação do *Fique Atento* na página do Conselho Nacional de Saúde;

2007

- 1 Acompanhar e monitorar o Cadastro Nacional de Conselhos de Saúde – início do processo de atualização dos dados;
- 2 Implementar o Projeto de Inclusão Digital, garantindo acesso a equipamentos, conectividade e capacitação, trabalhando conteúdos referentes ao “Direito à Saúde, Controle Social, Comunicação e Informação em Saúde”;
- 3 Ampliar o *Fique Atento* – definir temáticas prioritárias para a população;
- 4 Implementação do Projeto Editorial do CNS referente à Rádio e TV;
- 5 Publicar as experiências em Comunicação e Informação em Saúde para o exercício do controle social desenvolvidas pelos conselhos estaduais e municipais de Saúde;
- 6 Elaborar a coletânea sobre Comunicação e Informação em Saúde para o exercício do controle social;
- 7 Participar de Plenárias, Oficinas e Seminários sobre Comunicação e Informação em Saúde;
- 8 Capacitar as Comissões de Comunicação e Informação em Saúde dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde.

Plano de Trabalho – 2006 da Comissão Intersetorial de Comunicação e Informação em Saúde/CNS**1 Eixo norteador dos trabalhos da comissão**

Os princípios da Comissão Intersetorial de Comunicação e Informação em Saúde (CICIS) estão norteados pelo compromisso com a democratização das informações e com a ampliação da participação da sociedade na definição da Política Nacional de Comunicação, Informação e Informática em Saúde para o exercício do Controle Social. No ano de 2006, os trabalhos da CISIS foram concentrados no aprofundamento da construção coletiva de propostas, como estratégia para a consolidação do Pacto pela Democratização da Comunicação e Informação em Saúde.

2 Objetivos

- Contribuir para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS);
- Fortalecer o exercício do controle social nas políticas públicas de saúde;
- Melhorar a qualidade dos serviços e ações de saúde, bem como da própria comunicação e informação em saúde existente;

- Contribuir para ampliar o acesso da população aos serviços de saúde em seus diferentes níveis de complexidade, à luz do princípio da integralidade da atenção à saúde;
- Realizar a I Conferência Nacional de Comunicação, Informação e Informática em Saúde.

3 Relato das Ações Desenvolvidas em 2005

A elaboração das propostas de atuação para o ano de 2006 foi precedida de avaliação dos resultados alcançados no ano de 2005, cotejados com o que foi proposto pela CICIS no Plano de Trabalho/2005 e aprovado pelo CNS. Essa avaliação demonstrou que o previsto para 2005, portanto, ações de curto prazo foram plenamente cumpridas:

- **Seminários Regionais com os Conselhos Estaduais e Municipais ocorreram como previsto:** 25 a 27 de agosto 2005, região Norte, em Manaus (AM); 20 a 22 de outubro de 2005, região Centro-Oeste, em Campo Grande (MS); 27 e 28 de outubro de 2005, região Sul, em Curitiba (PR); 31 de outubro de 2005 e 1º de novembro de 2005, região Sudeste, no Rio de Janeiro (RJ); 3 a 5 de novembro de 2005, região Nordeste I, em Natal (RN); e 17 a 19 de novembro de 2005, região Nordeste II, em Recife (PE);
- **Seminário Nacional de Comunicação, Informação e Informática em Saúde**, com o tema central “Pacto pela Democratização e Qualidade da Comunicação Informação em Saúde” ocorreu exatamente nas datas previstas: 8 e 9 de dezembro de 2005, com a participação de centenas de conselheiros de saúde;
- **Cadastro Nacional de Conselhos de Saúde** é hoje uma realidade, composto por 3.795 conselhos cadastrados até maio de 2006, representando uma abrangência de **66,67%**. Já pode ser considerado um dos mais importantes e efetivos mecanismos de interlocução contínua entre o Conselho Nacional de Saúde e os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde;
- **Mecanismos de Comunicação e Informação do CNS** foram aprimorados pela CICIS e equipe da SE/CNS, tendo sido criada a seção *FIQUE ATENTO!* no Jornal do CNS, enquanto espaço de democratização da comunicação e informação em saúde, que vem acompanhado das explicações necessárias a sua melhor compreensão.

4 Prioridades e estratégias de ação:

A Comissão Intersetorial de Comunicação e Informação em Saúde (CICIS), estimulada pelos resultados alcançados, propõe as seguintes atividades para o ano de 2006:

a) Consolidação, manutenção e acompanhamento do Cadastro Nacional de Conselhos de Saúde (CNCS):

- Iniciar o processo de atualização dos dados nos Estados do Rio Grande do Sul e Amazonas;
- Dar continuidade ao processo nos outros Estados, de acordo com o período de implementação do CNCS;
- Fazer oficina de acompanhamento e monitoramento com os estados por região;
- Dar continuidade à capacitação das secretarias executivas dos Conselhos Estaduais de Saúde para acompanhar e monitorar o cadastro.

b) Programa de Inclusão Digital dos Conselhos de Saúde

Consiste em duas dimensões articuladas e complementares:

- **Distribuição de computadores**, com *software* livre, para os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde que queiram fazer a adesão ao programa mediante critérios. Trabalho em parceria com o Ministério da Saúde, CNS, FIOCRUZ e Banco do Brasil entre outros parceiros;
- **Capacitação dos Conselheiros** em dois módulos: 1º Módulo - Introdução à informática e acesso à Internet; e 2º Módulo - Saúde, Comunicação, Informação em Saúde e Controle Social – conceitos relevantes para o exercício do controle social.

OBS.: O primeiro módulo, que será presencial, deverá ser construído pelo Banco do Brasil e demais parcerias a serem estabelecidas. Ele será presencial. O segundo módulo poderá envolver o Programa de Educação à Distância do Ministério da Saúde, ENSP/FIOCRUZ e CNS, via Internet, oferecendo em larga escala, após a distribuição dos computadores, funcionalidades relevantes para seu uso.

a) Encaminhamento das propostas do I Seminário Nacional de Comunicação, Informação e Informática em Saúde para fortalecimento do Pacto pela Democratização e Qualidade da Comunicação e Informação em Saúde.

- Solicitar à Comissão de Orçamento e Financiamento/CNS o acompanhamento e análise das ações desenvolvidas desde 2000, incluindo as iniciativas de contratos de informática, identificando o setor/órgão diretamente envolvido, empresa contratada, objeto e valor do contrato, valor efetivamente desembolsado, produto gerado e onde está sendo utilizado/implantado, entre outros;
- Realizar 02 (duas) oficinas:

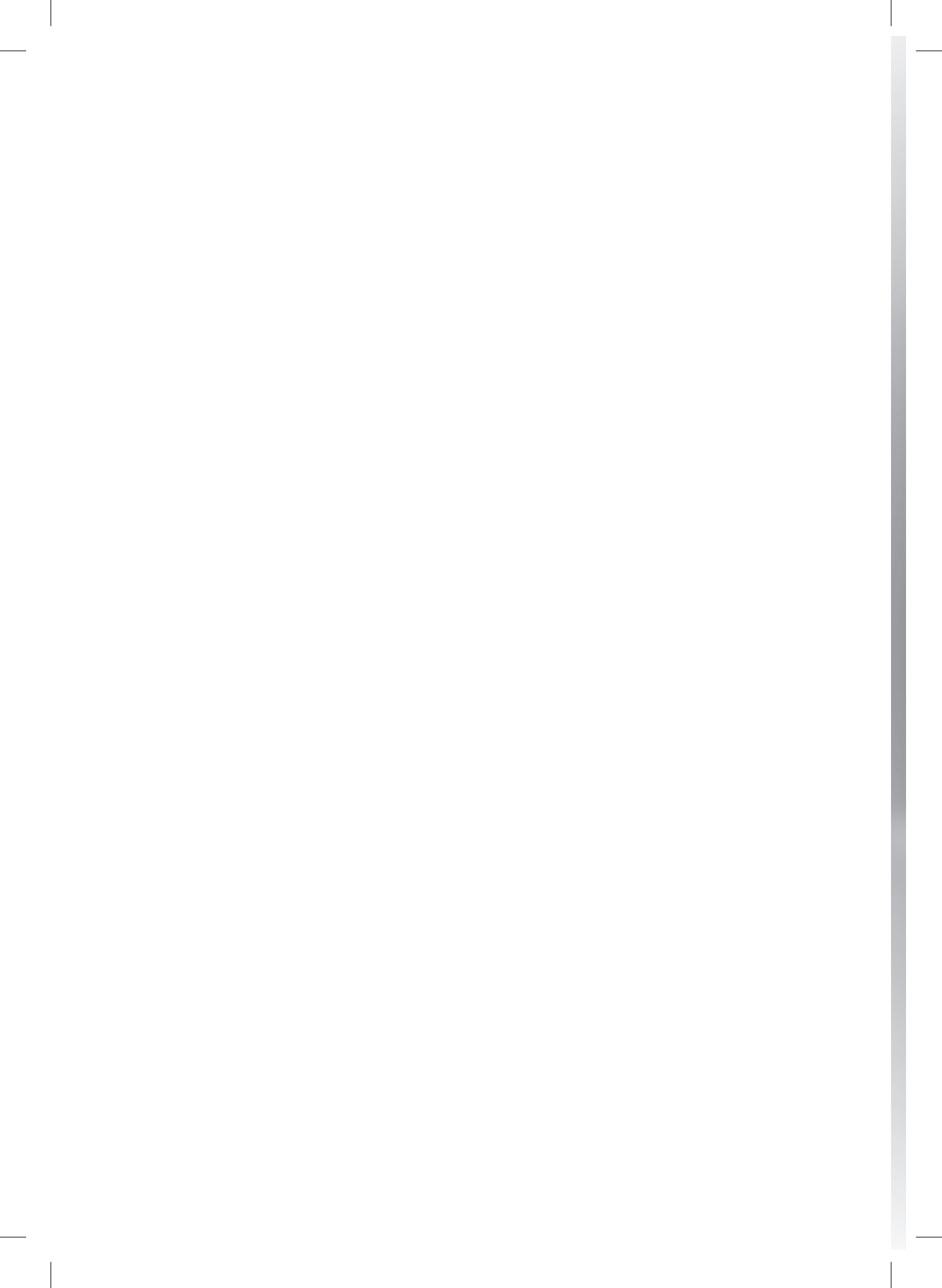
- Para conselheiros estaduais, secretarias executivas dos CES e Plenária Nacional de Conselhos de Saúde;
- Para conselheiros municipais;
- Seminário de Avaliação e Consolidação do Pacto Nacional pela Democratização e Qualidade da Comunicação e da Informação em Saúde para o exercício do Controle Social no final do ano;
- Ampliação do “Fique Atento!” - Como contribuição ao processo de apropriação das informações relevantes pelos Conselhos de Saúde, propõe-se que a cada trimestre seja tratado um tema/dimensão da Saúde de relevância nacional (por exemplo, mortalidade materna, gravidez na adolescência, infecção hospitalar, dificuldade de acesso a serviços de saúde, hipertensão arterial entre outros) articulado ao seunexo causal imerso nas condições de vida, por meio de teleconferências, vinculando essa reflexão ao potencial do controle social de intervir nesse círculo perverso;

OBS.: Pretende-se desenvolver uma linha de raciocínio que estimule a reflexão em torno do seguinte triângulo: problema de saúde – condições de vida determinantes – exercício do controle social.

A cada tema tratado será promovida uma ampla mobilização nacional junto a todos os Conselhos de Saúde pela melhoria do problema em sua expressão local, municipal e estadual. Pode-se contar com as parcerias do Ministério da Saúde e do Canal Saúde/FIOCRUZ, uso de teleconferências e será estimulada colaboração do CONASS e do CONASEMS.

A proposta visa subsidiar os conselhos de saúde com informações em sua luta em torno de problemas de saúde de relevância nacional. De fato, propõe-se uma agenda comum, onde os conselhos de saúde, de forma solidária, irão atuar em uníssono na busca da solução de problemas nacionais prementes da saúde.

- Produzir documentário sobre o CNS nos idiomas português, inglês e espanhol para contribuir com as comemorações dos 70 anos do CNS em 2007 e para abertura da 13ª Conferência Nacional de Saúde;
- Acompanhamento e atualização do sítio do Conselho Nacional de Saúde;
- Auxílio para efetiva implementação das Comissões Intersetoriais de Comunicação e Informação em Saúde nos Conselhos de Saúde.





PARTE 1

COMUNICAÇÃO, INFORMAÇÃO E
CONTROLE SOCIAL NA SAÚDE

Informação em saúde para o exercício do controle social: a luta pela democratização e qualidade da informação

Ilara Hämmerli Sozzi de Moraes¹

A defesa da melhoria da saúde é uma luta histórica da sociedade brasileira. Em sua trajetória, tem alcançado vitórias e sofrido derrotas. Dentre as vitórias, destacam-se a Constituição Federal de 1988, em seus Artigos 6º e 196 a 200; a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90), que constituiu o Sistema Único de Saúde (SUS); a Lei nº 8.142/90, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e, mais recentemente, a Resolução do Conselho Nacional de Saúde Nº 333/2003 que delibera sobre a estruturação dos conselhos de saúde.

Entretanto, a desigualdade nas condições de saúde da população permanece expressão de uma realidade que conclama os movimentos sociais, que exercem o controle social sobre a saúde, a continuarem em sua caminhada de luta e impõem que se pergunte: por que, em 2003, a mortalidade infantil (número de mortes de bebês de 0 a 1 ano de idade, a cada 1.000 nascidos vivos) de Santa Catarina foi de 14,1 e a de Alagoas foi de 49,4? Ou seja, em Alagoas, a cada 1.000 bebês nascidos,

¹ **Ilara Hämmerli Sozzi de Moraes** é pesquisadora da Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz, diretora-geral do Centro de Informações em Saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, coordenadora Nacional da Câmara Técnica de Informação e Informática em Saúde do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) e Membro da Comissão Intersetorial de Comunicação e Informação em Saúde do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

quase 50 morreram, enquanto em Santa Catarina cerca de 14 bebês! (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE, 2005).

Por que a diferença é tão grande entre a proporção de mortes de bebês menores de 1 ano no total de mortes ocorridas em 2004 nesses estados (4% em Santa Catarina e 11,3% em Alagoas, quase três vezes mais)? Quando os conselhos de saúde desses estados procuram, afinal, desvendar de que estão morrendo os bebês, encontram, por exemplo, que do total de óbitos informados de crianças menores de 5 anos, em Santa Catarina, no ano de 2003, 2,1% morreram por doença diarréica aguda enquanto em Alagoas esse índice foi de 11,4%. Portanto, a diferença entre esses dois estados de um mesmo país é mais do que cinco vezes! (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE, 2005).

Pode-se, então, concluir, a partir desses indicadores, que a Política de Saúde em Santa Catarina está atendendo às necessidades de saúde de toda sua população de modo equânime? Qual será a agenda de reivindicações de seus conselhos de saúde? E dos conselhos de saúde de Alagoas? O que determina essa grande desigualdade entre os indicadores de saúde no país?

Com certeza não há uma resposta simples e nem mesmo uma única resposta. Talvez alguém possa pensar que a resposta-síntese estaria na seguinte afirmação: o que determina a desigualdade são as opções políticas feitas pelos governantes ao longo da história! Mas essa constatação traduz, em grande medida, o efeito, a consequência, o resultado da correlação das forças políticas em disputa por seus interesses na sociedade brasileira. A maior ou menor 'participação' das forças políticas que defendem a saúde do conjunto da população (e não de parcelas) nesse processo influencia diretamente as 'decisões dos governantes'. Essa tensão constante entre interesses presentes na sociedade constrói o pacto democrático no Brasil, sua intensidade e penetração nas relações sociais, econômicas, científicas, tecnológicas, culturais, midiáticas, artísticas, etc., e na definição das políticas públicas, como a Política de Saúde, em sua expressão nacional, estadual, municipal e local.

Nessas disputas de interesses, 'o poder' e 'o saber' (que inclui conhecimento e informações) são faces de uma mesma moeda. Cada vez mais, o acúmulo de força política está relacionado ao aumento da capacidade de apropriação de conhecimentos e informação, que amplia a capacidade argumentativa em espaços conquistados de participação. É, portanto, mais do que 'ter acesso a informações': é apropriar-se de todo o potencial informativo intrínseco a uma determinada informação, de seu significado para a luta específica a ser empreendida, da pertinência e relevância de um determinado argumento (embasado em conhecimento e informação) para o objetivo que se pretende.

É óbvio que ter acesso às informações em saúde é fundamental, mas não é suficiente para a luta que se tem pela frente diante das desigualdades em saúde ainda existentes. É necessário um passo adiante. Assim, propõe-se:

- 1) A manutenção, na agenda de luta dos segmentos populares da sociedade, da reivindicação de um acesso contínuo às informações relacionadas ao *processo saúde/doença/cuidado* (ALMEIDA FILHO, 2000);
- 2) A inclusão, nessa agenda de luta, do estabelecimento de processos/mecanismos que contribuam para (i) a compreensão do significado/sentido das informações disponibilizadas e de suas limitações decorrentes do modo como foram produzidas e disseminadas e, (ii) acima de tudo, a apropriação das informações, em linguagem adequada, que desnudem/descortinem os condicionantes e os determinantes da situação de saúde vivenciada pelos cidadãos em suas localidades de moradia e trabalho;
- 3) A participação dos conselheiros de saúde, principalmente os que representam os usuários, nos espaços definidores da Política de Informação e Informática em Saúde, direcionando-a para que seja cada vez mais democratizada e voltada para atender aos interesses da população e da gestão qualificada do SUS e não aos interesses privados de empresas de informática diante de um mercado que cresce na medida em que o SUS se amplia.

Compartilhar reflexões em torno dessas propostas é o objetivo do presente trabalho, que tem sua âncora na convicção de que o movimento social brasileiro, que luta por um Sistema de Saúde equânime e digno, avança no próprio exercício de seu caminhar, onde a democratização e a qualidade da informação em saúde são estratégicas para a ampliação de sua capacidade de intervir no mundo em que está inserido.

Condições de vida e o processo saúde/doença/cuidado

A desigualdade identificada entre o estado de Alagoas e o de Santa Catarina permanece se forem utilizados outros indicadores? Qual será o quadro encontrado ao se analisar a situação socioeconômica e de cobertura de esgotamento sanitário desses estados, por exemplo? Para embasar essa análise optou-se por utilizar os indicadores abaixo descritos (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE, 2005):

- 1) A proporção de pobres existente em cada um desses dois estados, considerando 'pobre' a população com renda familiar *per capita* de até meio salário mínimo. Em Santa Catarina, 12% da população é 'pobre'. Já em Alagoas 63% da população ganha até metade do salário mínimo. A diferença é maior do que cinco vezes;

- 2) A razão de renda, que significa o número de vezes que a renda dos 20% mais ricos supera a renda dos 20% mais pobres. Em Santa Catarina, esta razão é de 11, já em Alagoas, é de 21. Ou seja, a renda dos mais ricos é 21 vezes maior que a renda dos mais pobres, nesse último estado;
- 3) A cobertura de esgotamento sanitário (% da população urbana). Em Santa Catarina, atinge 88%, enquanto em Alagoas apenas 18% da população urbana do estado possui esgotamento sanitário.

A desigualdade nas cidades brasileiras é percebida em um simples caminhar pelas ruas, onde são visíveis as grandes diferenças entre condições de vida da população. Também são conhecidas as diferenças entre o chamado ‘sul maravilha’ e o nordeste, mas será que todos sabem a magnitude dessa desigualdade? É importante conhecer informações que ajudem a ‘medir’ essas desigualdades?

Os movimentos sociais brasileiros (e especificamente os de saúde) respondem afirmativamente a essa questão. Ao longo de sua luta, seus participantes constataram a importância de embasarem suas reivindicações com o mais profundo conhecimento possível em torno dos itens de sua agenda política, ampliando sua capacidade propositiva, crítica e fiscalizadora. Em função disso, a ‘questão da Informação em Saúde’ ganhou relevância e tornou-se estratégica ao próprio processo de luta. Também perceberam que conhecer o número ou a informação qualitativa em si – isolados de seu contexto de geração/produção – era insuficiente. O cotidiano da luta evidenciou que o exercício do controle social amplia sua capacidade de intervenção na mesma proporção em que se apropria (que é mais do que ter acesso!) das informações sobre as relações entre as condições de vida e o processo de saúde/doença/ações de saúde implementadas pelos governos.

Na tentativa de deixar mais claro o que se propõe, pergunta-se: existe alguma relação entre os indicadores de saúde listados anteriormente (mortalidade infantil, mortalidade proporcional de menores de um ano e mortalidade proporcional por doença diarréica aguda em menores de 5 anos de idade), os indicadores socioeconômicos (proporção de pobres e razão de renda) e o de cobertura de esgotamento sanitário?

A análise inicial parece indicar que existe uma forte relação entre pobreza, falta de esgotamento sanitário e altas taxas de mortalidade infantil e mortalidade por doenças diarréicas: no estado onde se observa maior pobreza e maior ausência de esgotamento sanitário (Alagoas), as taxas de mortalidade infantil e de morte por doenças diarréicas em menores de 5 anos são bem maiores se comparadas às de Santa Catarina, onde os indicadores traduzem um quadro inverso: menor número de pobres, maior cobertura de esgotamento sanitário e taxas (selecionadas) de mortalidade bem menores.

Essa constatação, de fato, não representa uma novidade, principalmente para o ‘controle social’, já que essa relação é vivenciada em seu sofrimento diário. O importante é reforçar a idéia de que lutar pela melhoria da saúde envolve aprofundar a compreensão sobre as relações existentes entre condições de saúde e as demais condições de vida das populações.

Na Saúde Pública/Saúde Coletiva essa relação é objeto de profundas reflexões e tema de contínuos e calorosos debates. As diferentes abordagens contribuem para o aumento do conhecimento brasileiro sobre a realidade do país, com propostas de ações para o enfrentamento dos problemas sanitários. Nesse debate, encontram-se diferentes denominações ancoradas em diversos referenciais: ‘determinação social da doença’, ‘condicionantes sanitários’, ‘fatores de risco’, ‘causalidade’, ‘nexo causal’.

Não será aprofundada a discussão sobre os referenciais que orientam e sustentam cada uma dessas categorias por não ser o objetivo do presente trabalho, pretende-se tão somente destacar a importância, para o exercício do controle social, de lutar pela apropriação do conhecimento e das informações que evidenciam a relação entre processo de saúde/doença/ações de saúde implementadas e as condições mais gerais de vida, pois esse desvendar dos possíveis ‘nexos causais’ contribui para embasar, de forma mais objetiva, a agenda de reivindicações dos movimentos sociais.

Diante de um aumento do número de casos novos de dengue, a proposta dos gestores de saúde pode ser de contratação de novos guardas sanitários e de mais viaturas para aumentar o controle dos focos dos mosquitos. Certamente é uma decisão que merece o apoio dos Conselhos de Saúde. No entanto, quando se analisa a cobertura de esgotamento sanitário, como o encontrado em Alagoas, essa ação será suficiente? Para um controle mais efetivo, será preciso que os Conselhos de Saúde incorporem em sua pauta de reivindicações que os órgãos governamentais adotem ações intersetoriais, onde o gestor da saúde contribua em sua esfera de atuação em consonância com o enfrentamento da questão da coleta do lixo e do esgotamento sanitário.

O exercício do controle social no SUS confere um grau maior de preocupação para seus partícipes: denunciar a relação das condições de vida com a situação de saúde, mobilizando os demais movimentos sociais atuantes em outros setores para uma ação solidária em prol da defesa da saúde que só será alcançada de fato com a melhoria das condições de vida em geral da população.

As informações em saúde evidenciam sobre quem (e com que intensidade) recaem as conseqüências das políticas públicas implementadas: as decisões em torno da política econômica, da política trabalhista, da previdenciária, da ambiental, da educacional, da saúde, entre outras. Participar do movimento so-

cial em defesa de uma Política de Saúde que enfrente as desigualdades sanitárias pressupõe lutar por ações específicas no âmbito das instituições em saúde, mas também por ações que articulem e integrem as demais políticas públicas.

Adotar o conceito ampliado de Saúde (BERLINGUER, 1994), conforme definido desde a VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), marco na luta da Reforma Sanitária brasileira, impõe a necessidade da *solidariedade* entre os movimentos sociais, em uma ação intersetorial, no enfrentamento ‘das causas’, ‘dos determinantes’, ‘dos condicionantes’, ‘dos fatores de risco’. A apropriação de informações que revelem os condicionantes e determinantes dos problemas de saúde permite que os cidadãos, que exercem o controle social, não se sintam atendidos em suas demandas por medidas paliativas, muitas vezes onerosas, de baixo impacto sobre a situação de saúde que se quer melhorar.

Assim, pode-se afirmar não ser por mero acaso que em Alagoas o número de casos novos (incidência) de dengue por 100.000 habitantes, em 2004, ter sido de 173,9 enquanto do Sergipe, por exemplo, estado vizinho, foi de 20,9. A propósito, a cobertura de esgotamento sanitário no Sergipe é de 86% da população urbana.

Em relação à alta taxa da mortalidade infantil em Alagoas (49,4 por 1.000 nascidos vivos), é preciso descobrir se esses bebês estão morrendo logo que nascem (mortalidade infantil neonatal precoce – de 0 a 6 dias), pouco tempo depois (mortalidade infantil neonatal tardia – de 7 a 27 dias) ou no período de 28 dias de nascidos a 1 ano (mortalidade infantil pós-neonatal). Por que é importante fazer um esforço para desvendar essa questão? Porque a depender do período em que estão morrendo, a prioridade da ação para seu enfrentamento pode ser diferente.

Uma proposta de aumento de leitos de UTI Neonatal pode ser apresentada como a grande solução para uma taxa de mortalidade infantil neonatal precoce de 19,5 como a encontrada em Alagoas (em Santa Catarina é 7,2). Com certeza essa proposta faz parte da solução. Todavia, enfrentar efetivamente essa questão pressupõe ampliar e qualificar o atendimento pré-natal das gestantes enquanto principal forma de diminuir a morte precoce dos bebês.

Em síntese, essa longa argumentação tem por objetivo enfatizar a necessidade de ampliar o debate em torno das informações em saúde no Brasil, para além do acesso. Pretende evidenciar a importância de priorizar ações/iniciativas/mecanismos que contribuam para um processo de apropriação, pelos movimentos sociais atuantes na saúde, das relações existentes entre a situação de saúde/doença e as condições de vida que lhe estão associadas com a finalidade de subsidiar o exercício do controle social (VASCONCELLOS; MORAES; CAVALCANTE, 2002).

Essa é a fundamentação da iniciativa denominada 'FIQUE ATENTO!' Desenvolvida pela Comissão Intersetorial de Comunicação e Informação em Saúde (CICIS) do Conselho Nacional de Saúde. Essa iniciativa pretende constituir-se em espaço de democratização da informação em saúde e contribuir para o processo de apropriação das informações pelos Conselhos de Saúde.

Atualmente, a proposta do FIQUE ATENTO! é desenvolvida por intermédio de uma seção fixa no Jornal do CNS e na página do Conselho Nacional na Internet (<<http://www.conselho.saude.gov.br>>). A intenção é ampliar esse trabalho e, a cada quadrimestre, abordar um problema/dimensão da saúde de relevância nacional (por exemplo, mortalidade materna, gravidez na adolescência, infecção hospitalar, dificuldade de acesso a serviços de saúde, hipertensão arterial), procurando explicitar a relação das condições de vida com o aparecimento ou agravamento desse problema de saúde. O objetivo é contribuir, com essas informações, para ampliar o potencial do controle social de intervir nesse círculo perverso.

Mobilização Nacional e Solidariedade na Construção de uma Agenda Comum

A idéia norteadora do FIQUE ATENTO! é estimular a reflexão em torno do seguinte triângulo: problemas de saúde – condições de vida – exercício do controle social. Com essa proposta, espera-se apoiar o processo de luta dos Conselhos de Saúde, organizando informações relevantes e de forma adequada à sua vivência.

Além disso, existe a expectativa de fortalecer, cada vez mais, o sentido da *solidariedade* entre os Conselhos de Saúde, com a identificação de desafios/problemas presentes em todo o país. A solidariedade se dá tanto na perspectiva intersetorial quanto no âmbito específico do setor saúde com questões comuns na luta cotidiana.

Pretende-se que a cada problema tratado (de 4 em 4 meses) haja uma ampla mobilização nacional junto a todos os Conselhos de Saúde pela melhoria do problema em sua expressão local, municipal e estadual. Não é campanha, a proposta é subsidiar os Conselhos de Saúde com informações sobre problemas de saúde de relevância nacional. De fato, propõe-se a criação de uma **Agenda Comum**, a partir da qual os Conselhos de Saúde, de forma solidária, vão atuar juntos na busca de solução de problemas nacionais prementes da saúde.

A proposta de uma **Agenda Comum**, em escala nacional, relacionada a situações de saúde/doença parte da idéia da *solidariedade* entre os Conselhos de Saúde, mas também da convicção de que ainda persistem no Brasil questões que envergonham uma nação que decida consolidar-se como um país digno e justo. Por exemplo, em 2003 no Brasil, a taxa de mortalidade materna foi de 73 óbitos maternos a cada 100 mil nascidos vivos. Esse é um problema prevalente em quase

todos os estados, apesar de algumas variações que não chegam a impactar positivamente na média nacional. A morte materna no Brasil exige que todo o país se levante exigindo a diminuição desse valor que deve indignar e revoltar a todos, por ofender a consciência de todo cidadão partícipe de sua história.

A **Agenda Comum** – nacional – aqui delineada não significa abrir mão da **Agenda Específica** de cada localidade. Ao contrário, a agenda comum potencializa as reivindicações locais, ao propiciar o debate em torno da expressão local do problema tratado na Agenda Nacional. A articulação das questões locais com as nacionais (local/nacional) irá trazer à tona o desafio da desigualdade em saúde ainda tão presente no panorama brasileiro.

Na correlação de forças que envolve a Política de Saúde, qual será o impacto de uma grande mobilização nacional em torno de um tema específico? Qual a consequência de uma concentração de esforços e força? Se todos os Conselhos de Saúde (municipais, estaduais e o nacional) ao mesmo tempo se levantarem em uma só voz e disserem: *Basta! As mães brasileiras não podem mais morrer nessa magnitude*, o que acontecerá? É estratégico pensar em uma experiência brasileira onde todos os Conselhos de Saúde, solidariamente, se unam – afinal, ‘uma andorinha só não faz verão’ – em torno de questões que ainda não permitem que se avance na construção de um país menos desigual, mais justo, digno e equânime, conforme o presidente recém-reeleito – Luiz Inácio Lula da Silva – reafirmou como sendo sua meta, em seu primeiro pronunciamento público após a oficialização do resultado de sua vitória.

Cabe enfatizar que a questão da mortalidade materna foi apresentada aqui apenas para exemplificar a proposta de construção permanente de uma Agenda Comum entre os Conselhos de Saúde. Com certeza, há uma gama de outras questões a desafiar a capacidade de resposta da sociedade brasileira, tais como: diminuir o percentual de óbitos por doenças evitáveis no conjunto dos óbitos, diminuir a gravidez em mães adolescentes, diminuir as taxas de infecção hospitalar, etc.

De fato, se os representantes dos interesses populares, no exercício do controle social, incluírem em sua agenda de luta cotidiana:

- Desafios nacionais em sua expressão local, como os exemplos acima citados;
- No decorrer de um mesmo espaço de tempo;
- Apoiados por informações que ampliem sua compreensão do problema, aumentando sua vivência para além do sofrimento sentido, apropriando-se das informações que desvendem a relação do problema de saúde com seus condicionantes e determinantes.

Com certeza, o movimento social conquistará mais uma etapa em sua longa história de luta, aumentando sua capacidade argumentativa, de interlocução e de intervenção em uma conjuntura nem sempre favorável às reivindicações que defendem um tratamento equânime para os cidadãos.

Um patamar de organização e solidariedade dos conselhos de saúde, que está implícito nessa proposta, seguramente despertará a atenção dos meios de comunicação de massa (como jornais e emissoras de televisão) em torno dessa experiência. Quem sabe darão mais espaço para o SUS – em seus avanços e aos desafios que ainda perduram? Cabe perguntar: por que os jornais não mantêm uma coluna com indicadores de saúde, como fazem com indicadores econômicos? É certo que há indicadores de saúde que não se alteram em curto espaço de tempo, do mesmo modo que vários indicadores econômicos, principalmente com a estabilização da inflação e, mesmo assim, os jornais mantêm um espaço permanente com um panorama econômico a partir da divulgação de indicadores que são divulgados diariamente, permanecendo facilmente disponíveis a quem possa interessar.

Considerações finais

O debate democrático sobre a produção, a disseminação e o uso das informações em saúde e suas tecnologias é fundamental para a longa luta emancipatória dos cidadãos. Necessariamente, passa pela apropriação de saberes/poderes por parte da população e suas representações, como os Conselheiros de Saúde no segmento dos usuários. Uma visão tecnicista/tecnocrática circunscreve ‘os saberes’ aos ‘especialistas’. Por isso, a apropriação de informações e saberes aqui delimitada representa denunciar e superar a imagem falsa de que só os técnicos sabem e podem decidir sobre a Informação em Saúde e as tecnologias a ela associadas. É, portanto, superar a falácia de uma tecnociência autônoma, todo-poderosa e neutra (MORAES, 2002).

Enfim, propõe-se ampliar o leque de participação dos Conselhos de Saúde na definição de um Pacto pela Democratização e Qualidade da Comunicação, Informação e Informática em Saúde que direcione a Política de Comunicação, Informação e Informática em Saúde no sentido de acolher as demandas dos cidadãos e do exercício do controle social, que como visto, é muito mais que “ter acesso às informações”. Um marco fundamental em todo esse processo será a realização da I Conferência Nacional de Comunicação, Informação, Informática em Saúde, ao propiciar um amplo debate sobre esse tema, envolvendo a sociedade brasileira, o que vai significar mais um avanço na luta pela melhoria do SUS, pela qualidade da Saúde e pela ampliação do modelo de democracia que se quer construído no Brasil.

É nessa direção que a constituição das Comissões de Comunicação e Informação em Saúde no âmbito dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde torna-se estratégica para o avanço da luta pela melhoria da Saúde no país, ao contribuir para ampliar a capacidade de intervenção dos Conselhos de Saúde. A Comissão de Comunicação e Informação em Saúde, ao ser organizada, possui a responsabilidade de contribuir para:

- 1) Que os movimentos sociais conquistem uma efetiva democratização da comunicação, informação e informática em saúde, o que inclui a ampliação do leque de participação dos conselheiros de saúde nos espaços decisórios sobre a gestão das questões relacionadas a esses temas;
- 2) A apropriação das informações que evidenciem as relações entre situação de saúde/condições de vida/ações de saúde; e
- 3) A ampliação da capacidade de intervenção **solidária** nesse círculo, muitas vezes perverso, em um amplo processo de mobilização e pactuação nacionais, com a construção de uma Agenda Comum dos Conselhos de Saúde para o enfrentamento dos principais problemas de saúde presentes no país, como a desigualdade em saúde.

A proposta aqui delineada pressupõe o estabelecimento de relações solidárias entre os envolvidos – conselheiros de saúde – rompendo práticas competitivas e excludentes no cotidiano das relações sociais, políticas, econômicas, culturais, éticas, entre outras.

Nada parece mais difícil que a construção da solidariedade nas relações/práticas humanas em tempos de globalização, massificação, individualismo. A idéia de uma Agenda Comum significa de fato tecer uma rede de solidariedade e esperança envolvendo todo o território brasileiro onde existir um Conselho de Saúde. Representa fincar as bases materiais, as interlocuções, o estabelecimento de relações de poder e produção de saberes em torno de interesses que, sem negar a importância das lutas locais e específicas, defendam um pacto entre os representantes dos usuários para o enfrentamento coletivo e solidário das realidades desiguais existentes no Brasil, apesar das inúmeras forças que defendem interesses econômicos privados (MORAES, 1994, 2002).

A construção da cidadania se dá no espaço de relações solidárias: relações de poder e produção de saberes que acontecem em um novo patamar – um novo pacto ético. A ação solidária entre indivíduos livres e iguais entre si é a essência da força da vida em uma sociedade democrática voltada para alcançar um país justo e o bem comum. Elaborar uma Agenda Comum para o enfrentamento das relações perversas entre saúde/doença/condições de vida/ações de saúde é de fato a constituição de uma rede solidária de pensamento/indignação/ação crítica que

permite se pensar na utopia de construção de uma cidadania plena em uma nação que supere a desigualdade em saúde.

Essa é uma tarefa coletiva que pode se constituir na grande utopia desse terceiro milênio: promover uma organização e dinâmica de forças sociais, políticas, culturais e informacionais que operem em âmbito nacional (em sua expressão local, municipal, estadual) em torno de problemas de saúde que a sociedade brasileira resolveu dizer: *Basta!* É um ato político, que articula informação/conhecimento/ação crítica com o pensamento utópico de cidadãos.

Referências Bibliográficas

ALMEIDA FILHO, N. de. *A ciência da saúde*. São Paulo: Hucitec, 2000.

BERLINGUER, G. Prioridades en salud y prioridad de la salud. *Revista Saúde em Debate*, [S.l.], v. 42, p. 70-75, 1994.

CHAUÍ, M. *Cultura e democracia: o discurso competente e outras falas*. São Paulo: Cortez, 1993.

MORAES, I. H. S. *Informação em saúde: da prática fragmentada ao exercício da cidadania*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1994.

_____. *Política, tecnologia e informação em saúde: a utopia da emancipação*. Salvador: ISC/UFBA/Casa da Qualidade, 2002.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE (RIPSA). *Indicadores e dados básicos para a saúde/2005 – IDB/Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde/Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

VASCONCELLOS, M. M.; MORAES, I. H. S. de; CAVALCANTE, M. T. Política de saúde e potencialidades de uso das tecnologias de informação. *Revista Saúde em Debate*, [S.l.], n. 61, p. 219-235, 2002.

Desafios e contradições comunicacionais nos conselhos de saúde



Valdir de Castro Oliveira¹

Não obstante terem sido criados em um contexto em que todo avanço da participação popular seria um ganho para a sociedade civil, hoje a prática dos conselhos de saúde, em nível municipal, merece uma avaliação mais crítica e capaz de apontar os desafios e as contradições em relação ao controle público² e a participação popular no Sistema Único de Saúde (SUS) tendo como enfoque a questão da comunicação social.

Acreditamos que inúmeros obstáculos têm dificultado o cumprimento das funções dos conselhos transformando-os, em muitos casos, em meras instâncias homologatórias das decisões dos gestores e reiterando a verticalidade do poder na

¹ **Valdir de Castro Oliveira** é professor do Departamento de Comunicação Social da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)

² Preferimos usar aqui a expressão *controle público* do que controle social, pois esta última é tributária de conceitos originários da Psicologia e da Sociologia voltado para explicar o controle da sociedade sobre os indivíduos. Segundo Antônio Ivo de Carvalho controle social é um termo que serve para designar os processos de influência do coletivo sobre o individual, mas que na idéia da reforma sanitária, foi alterado visando significar o processo e os mecanismos de influência da sociedade sobre o Estado, com base no pressuposto de que a sociedade representava o interesse geral e o Estado os interesses particulares, de acordo com o contexto político em que foi formulado, isto é, nas décadas de 70 e 80 (CARVALHO, 1997). Ademais, consideramos que a expressão *controle público* também expressa melhor a idéia de *accountability* na área de saúde e presente nos conselhos, conforme discutiremos ao longo deste trabalho.

área de saúde em contradição com os princípios democráticos que nortearam a sua criação. Gilson Carvalho, por exemplo, observa que a prática dos conselhos de saúde tem sido usada “apenas como pró-forma e como vitrine de decisões democráticas. Uma ilusão de transparência, participação e democracia!” (CARVALHO, [19--?]).

A partir dessa constatação Carvalho faz três perguntas: (a) “até que ponto as pautas, as resoluções, os encaminhamentos dentro dos conselhos estão cuidando das coisas essenciais ou são simulacros a cuidar da periferia das coisas, das migalhas concedidas pelos dirigentes”; b) “Quais os conselhos que realmente trabalham em cima das suas duas únicas missões constitucionais: cuidar do plano (o que deve ser feito) e do acompanhamento e fiscalização, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros (se foi feito e o que devia ser feito)?” e c) “Até que ponto, o não mexer no essencial, é muito bom para os governantes? A aparência é de democracia, participação. A prática pode ser de simulacro disto mesmo”³.

Mas estas indagações feitas por Gilson Carvalho não são isoladas. É crescente o número de estudiosos ou de pessoas engajadas com a idéia do controle público ou social, que acreditam nos princípios que nortearam a criação dos conselhos, que avaliam criticamente o seu funcionamento, como, por exemplo, Antônio Ivo de Carvalho. Segundo Carvalho,

a efetiva descentralização da gestão e a ampla disseminação dos conselhos de saúde por todo o país são lembrados positivamente em todos os inventários sobre realizações do SUS, como inovações que ‘pegaram’. Entretanto, não é claro seu papel nos futuros desdobramentos do SUS e da Reforma Sanitária oscilando entre dois extremos em que, por um lado, são tratados como heróicos guardiões do SUS e, de outro lado, como construções fúteis de escassa potência política. (CARVALHO, 1997, p. 94).

Segundo ainda Carvalho, os conselhos hoje vivem sua trajetória prática em meio a um conjunto de dilemas e ambigüidades, decorrentes dos marcos conceituais e contingências políticas de onde se originaram. Pertencem ao governo ou a sociedade? Devem governar ou fiscalizar? Devem ampliar suas responsabilidades executivas ou aprimorar seus mecanismos de acompanhamento?

Embora subestimados ou superestimados por uns e outros, todos aceitam que o papel dos conselhos é o de funcionar (bem ou mal) como arenas decisórias

³ As citações de Gilson Carvalho foram baseadas no texto CONSELHO DE SAÚDE, HOJE E SEMPRE, SEM COMPLICAÇÃO (S/D) que encontramos na Internet, embora não tenhamos logrado obter a data e a fonte de sua publicação. Apesar disso, optamos em citá-lo pela relevância que julgamos ter para uma discussão crítica sobre os conselhos de saúde.

capaz de sustentar a idéia de que é possível a intervenção da sociedade nas políticas públicas da saúde. A sociedade organizada e representada nos conselhos teria como finalidade direcionar, corrigir ou reformular tais políticas a favor dos interesses populares e/ou públicos.

Entretanto, não é difícil constatar que, na prática cotidiana dos conselhos, encontraremos inúmeras variáveis que impedem ou dificultam o exercício dos princípios constitucionais a eles designados ⁴.

Sintetizamos aqui, em duas hipóteses, algumas dessas variáveis que inibem, dificultam ou atrofiam as ações dos conselhos: (a) as profundas desigualdades materiais e simbólicas da sociedade se reproduzem no interior dos conselhos reiterando a verticalidade do poder e dificultando a comunicação entre os seus membros e, por conseqüência, a prática do controle público; (b) sem um melhor entendimento sobre as questões inerentes à hipótese “a” e, sem entender claramente o impacto que elas têm na dimensão cognitiva e comunicacional no cotidiano dos conselhos e respectivos conselheiros, dificilmente conseguiremos entender as razões que travam o funcionamento dos conselhos.

São estas duas hipóteses que discutiremos ao longo deste trabalho ⁵.

Alguns princípios teóricos do controle público

Retomando a gênese dos conselhos, lembramos que a idéia de controle público neles embutida foi cantada em prosa e verso na década de 90, quando emergiam em todo o Brasil os primeiros conselhos de saúde. De maneira ufanista, atribuiu-se a eles e suas respectivas representações o poder de regenerar o sistema de saúde, democratizá-lo, torná-lo transparente aos olhos do cidadão e, principalmente, ser capaz de interferir positivamente nas políticas públicas de saúde e ser uma forma de controle da sociedade sobre o Estado através da participação popular.

Este tom ufanista não era gratuito. Deixando para trás o regime militar, o início da década de 90 era um reflexo claro dos ideais democráticos contidos na Constituição Federal e um espaço de efervescência dos movimentos sociais que

⁴ As principais funções do conselho são: a) atuar de forma independente, embora integrada, da instância executiva (secretarias municipais, estaduais ou Ministério da Saúde); b) exercer as funções de fiscalizar o funcionamento e a aplicação dos recursos financeiros do sistema de saúde (função fiscalizatória); c) definir as políticas e as prioridades de saúde; d) avaliar e deliberar sobre plano de saúde e convênios (função deliberativa); e) avaliar ou opinar sobre outras questões da saúde (função consultiva).

⁵ Interessa-nos, no escopo deste trabalho, analisar tão somente a prática dos conselhos municipais de saúde, descartando os conselhos estaduais e o Conselho Nacional de Saúde, por não termos dados suficientes sobre o que neles ocorre e pelas particularidades que os diferenciam dos primeiros. Dentro dos conselhos municipais tecemos algumas considerações levando-se em conta tanto a nossa experiência como conselheiro quanto pesquisas e observações de campo realizadas em dezenas de conselhos municipais de saúde no Estado de Minas Gerais.

surgiam por todos os lados reivindicando direitos ou tentando influir no cenário político e social. Nesse aspecto a criação dos conselhos significou um esforço e um avanço extraordinários em relação à participação popular e ao controle público no Brasil, pois fazia parte (e faz) da idéia de se inverter o paradigma de subordinação da sociedade ao Estado para o Estado subordinado à sociedade, submetendo-o aos seus ditames no campo político da saúde. Esta inversão vai ser reiterada nos documentos legais constitutivos dos conselhos de saúde e em todos os relatórios das conferências nacionais, estaduais e municipais de saúde realizadas desde então. Era o controle público na saúde, com participação popular, que surgia no cenário de democratização do País.

O controle público através dos conselhos de saúde pode ser localizado a partir do fenômeno político denominado *accountability*⁶, que pode ser explicado como parte constitutiva do espaço político onde um ou vários atores sociais têm a possibilidade de cobrar publicamente de outros (instituições, organizações empresariais, autoridades ou das lideranças políticas) comportamentos geradores de transparência e de adequação de seus atos às expectativas de interesse individual, público e/ou coletivo, de acordo com as normas e funções previstas ou publicamente reconhecidas onde atuam.

Significa que autoridades e instituições públicas podem ser publicamente interpeladas, questionadas, cobradas, estando, portanto, obrigadas a prestar contas de seus atos diante dos outros atores sociais. É o chamado *societal accountability*.

No entanto, se o *accountability* – enquanto um princípio político-administrativo – integra fortemente a cultura política da democracia de alguns países desenvolvidos, no Brasil ele ainda é uma novidade, na relação entre governo, instituições e sociedade. Sendo o contexto desfavorável, os atos de cobrança sobre a responsabilidade das instituições e autoridades públicas passam a ser dificultados. A mudança desse comportamento depende muito, como enfatiza Anna Maria Campos, da qualidade das “relações entre governo e cidadão, entre burocracia e clientela”. Acrescenta ainda que o “comportamento (responsável ou não) dos servidores públicos é consequência das atitudes e comportamentos das próprias clientelas. Somente a partir das organizações de cidadãos vigilantes e conscientes de seus direitos haverá condição para *accountability*” (apud Halliday, 1994, p.103):

⁶ Segundo Eduardo Monteiro Martins, do ponto de vista do Estado, o “*Accountability* corresponde à capacidade do Estado de preencher a lacuna entre suas ações e as expectativas de eficiência por parte dos cidadãos que demandam essa responsabilidade dos agentes e organizações não governamentais” (MONTEIRO, 2000). No entanto, assinala que essa relação entre governante e governado, ou entre o Estado e a sociedade civil, não pode ficar no mesmo nível dos *accounts* que ocorrem nos processos interacionais da vida cotidiana em que às respostas às indagações e dúvidas (desculpas e justificações) dos cidadãos seriam reduzidas a um jogo formal de pergunta e resposta (*feedback*). Ao contrário disso, o *accountability* deve ser entendido como um processo em que o cidadão, um conjunto de cidadãos ou uma organização social podem e devem cobrar responsabilidades das autoridades e instituições públicas e, simultaneamente, interferir na condução e definição das políticas públicas enfatizando assim a dimensão participativa do SUS.

Mas quem promove o *accountability*? Sendo um processo de controle público sobre os governos (embora as instituições da sociedade civil sejam também cada vez mais instadas a ele se submeterem), quem o promove são diferentes constelações de atores sociais que vão desde o indivíduo isolado até os cidadãos organizados (movimentos sociais, diferentes associações de cidadãos, associações comunitárias, sindicatos, consumidores, a opinião pública, etc.), e algumas instituições voltadas especialmente para este mister, como o Ministério Público, a mídia, as ouvidorias de algumas organizações empresariais e instituições públicas, a figura do *ombudsman* constituindo o chamado *accountability agencies*, entre dezenas de outros exemplos que aqui poderiam ser invocados.

Assim, podemos entender a expressão *accountability* como sendo um processo que invoca a responsabilidade objetiva e subjetiva das instituições e dos responsáveis por seu funcionamento através da organização da sociedade e da constituição de espaços públicos democráticos. Com isso, torna-se possível que determinados atores ou instituições respondam e dêem transparência a seus atos ou sobre a qualidade de seus produtos e serviços. A interação democrática entre uns e outros é o que permitirá o estabelecimento de controvérsias coletivas que tenham relevância pública.

Se os conselhos de saúde devem discutir, decidir e indicar o que é ou não de interesse público, eles podem muito bem, como acentua Carvalho, cumprir a função de indutores de responsabilidade governamental fazendo com que os governos estejam “à altura da confiança e das expectativas dos cidadãos” tendo em vista a agenda setorial que desenvolvem e a partir do choque e convergências dos grupos de interesse produzindo um campo de definições do interesse público. (CARVALHO, 1997, p. 106).

O jogo do poder nos conselhos

Mas, para a concretização dos ideais do controle público no âmbito dos conselhos de saúde, eles dependem de como ali funcionam os núcleos de poder e de que maneira ocorrem as interações entre os representantes do governo, dos trabalhadores e dos usuários, o que envolve a idéia de poder e comunicação.

Por exemplo, muitos representantes do governo ou do sistema privado apenas toleram os conselhos porque estão previstos institucionalmente. Na prática, são refratários a esta forma de controle e, em conseqüência, agem buscando reduzir o seu papel fiscalizador ou deliberativo a meros rituais de legitimação de políticas e decisões supostamente democráticas.

Já outros argumentam que os conselhos são instâncias inócuas para melhorar politicamente o funcionamento do sistema de saúde porque costumam ser

transformados em instâncias de conflitos, de impasses político-partidários ou servindo como trampolim político para muitos de seus membros, deixando em plano secundário as reais necessidades de discussão e decisão sobre as questões de saúde.

Em conseqüência, avaliam que os conselhos deveriam ser apenas instâncias homologatórias das decisões do gestor (a instância entendida como sendo tecnicamente preparada para promover o bem comum) ou, no máximo, como instância corretiva das ações por ele desencadeadas (*feedback*), atendendo assim muito mais à formalidade legal do sistema do que propondo formas de alteração nas relações de poder entre governo e sociedade.

De outro lado, enquanto uma instância de poder, os conselhos se tornam, freqüentemente, alvos de disputas político-partidárias e, ocupados por militantes partidários, os conselhos se transformam em uma arena de embate entre diferentes forças que nem sempre conseguem separar claramente o interesse partidário do interesse público da saúde. Ademais, os militantes partidários, por serem melhores preparados, discursivamente, dominam o ambiente e fazem calar vozes dos não-militantes ou dos representantes populares não tão bem preparados discursivamente, principalmente nas cidades do interior onde se situa a maioria dos conselhos: “Viramos o salame do sanduíche”, expressão de um conselheiro-usuário, não-militante partidário, para se referir a feroz disputa dos partidos travada no conselho ao qual pertence.

Se o partido é de oposição, a guerra contra o gestor se torna insuportável e, se é de situação, nada é criticamente discutido. É uma verdadeira guerra de posições, bem ao estilo gramsciano com graves conseqüências para a idéia de controle público. A experiência nos mostra que, quanto mais um conselho é partidarizado, menos ele atua na dimensão do controle público⁷.

Um outro problema surge quando o conselheiro, principalmente representante dos usuários, é cooptado pelo gestor em troca de pequenos favores, fichas médicas, exames para amigos, vizinhos ou parentes, fazendo alterar suas votações e posições dentro do conselho, quando não empregos na administração pública.

Já os trabalhadores que se insurgem contra o gestor sentem o peso do poder através de retaliações diretas ou indiretas (não promoção, suspensão, transferência de setor) ou, ao contrário, quando se alinham ao gestor, são re-

⁷ Julgamos que a participação de militantes partidários não deve ser considerada como algo negativo, pelo contrário. Eles muito podem ajudar qualquer conselho e contribuir para melhorar a participação dos outros representantes. No entanto, a crítica refere-se a eles quando atuam em bloco com base no interesse político-partidário e desconsideram que se transformam em mais uma fonte vertical de poder nos conselhos com objetivos outros que não o interesse público na saúde.

compensados. Em um caso ou outro fica evidente a atrofia comunicacional provocada no conselho.

Também não é incomum cidadãos buscarem ser eleitos conselheiros com o claro objetivo de usar o conselho como trampolim para disputar cargos eletivos, deixando os interesses da saúde em segundo plano.

Acompanhando estes problemas, constata-se também o baixo número de renovação de conselheiros. Passa-se de uma legislatura para outra com poucas renovações sendo que alguns conselheiros se perpetuam no cargo impedindo o surgimento de novas lideranças. Se, por um lado, isso pode ser positivo, pois são conselheiros com maior experiência, por outro lado, isto é negativo por dificultar a renovação e manter inalteradas as práticas discursivas do conselho. Se o conselho vai bem, tudo continua como está, mas se vai mal, dificilmente o conselheiro reeleito aceita mudanças nas regras do jogo às quais está acostumado⁸.

Mas a dificuldade mais grave que encontramos para o funcionamento dos conselhos está relacionada com a assimetria das lógicas simbólicas presentes nos fluxos comunicacionais e informacionais, o que nos faz retomar aqui a hipótese “a” (“As profundas desigualdades materiais e simbólicas da sociedade se reproduzem no interior nos conselhos reiterando a verticalidade do poder e dificultando a comunicação entre os seus membros e, por conseqüência, a prática do controle público”).

Com isso estamos querendo dizer que as assimetrias sociais e simbólicas da sociedade têm forte impacto nos processos comunicacionais dos conselhos tendo em vista a origem social dos conselheiros, os diferentes interesses dos quais são portadores e a maneira como eles entendem as questões da saúde e do controle público. Se levarmos em conta o princípio de que nenhuma prática social ou política pode ser exercida sem os respectivos processos comunicacionais e disponibilidade de informações, nem sempre a ausência ou disponibilidade de uma e outra coisa significam a existência de uma comunicação capaz de nortear debates ou aglutinar as pessoas em torno de consensos visando o interesse coletivo na saúde. Para que isso ocorra é necessário um mínimo de igualdade cognitiva e política entre os seus membros para quebrar a assimetria dos fluxos simbólicos norteadores da ação.

Sendo as relações simbólicas e sociais assimétricas, a compreensão, o peso e o entendimento das questões colocadas nos conselhos são diferentemente interpretadas por cada segmento ou conselheiro. A participação de cada um é

⁸ A pouca renovação dos conselheiros também revela um aspecto dramático da participação popular, pois o número de pessoas dispostas a prestar um serviço voluntário de relevância pública não remunerado é muito pequeno, como mostra magistralmente Pedro Demo as dificuldades em relação à cultura do trabalho voluntário e do associativismo no Brasil em seu livro *Democracia Pequena* (DEMO, 2001).

proporcional apenas àquilo que se coloca dentro do seu horizonte social de entendimento, ou seja, aos marcos cognitivos que delimitam e facilitam o nosso entendimento do mundo e das coisas e que nos permitem interpretar e codificar as mensagens sociais em termos individuais ou coletivos.

Por exemplo, a própria idéia de controle público (ou controle social, como se referem os conselheiros e muitos documentos do SUS) faz parte de uma lógica conceitual abstrata (no bom sentido) que é interpretada diferentemente por cada segmento ou indivíduo dentro dos conselhos demandando deles uma familiaridade com a idéia de ética e de política pública. Aqueles que detêm maior competência cognitiva e simbólica entendem com mais clareza este conceito, mas outros nem sempre, pelo fato de que é um conceito ainda não perfeitamente integrado ao escopo das ações sociais da sociedade brasileira. Da mesma forma que o *accountability*, não pela palavra, mas pelo tipo de ação política que representa e com pouca tradição em nossa experiência coletiva.

Mas também as assimetrias cognitivas e simbólicas podem ser provocadas pela difusão equivocada do conceito de controle público. Por exemplo, em muitos cursos de capacitação ou formação de conselheiros que presenciamos, era enfatizada a função fiscalizatória em detrimento da formação cidadã mais voltada para a ética pública e as contrapartidas para o seu exercício, requisito fundamental para a atuação do conselheiro de qualquer segmento. Sem isso, exacerbava-se o papel de “cão de guarda” do conselheiro em relação ao sistema de saúde, em detrimento de uma formação que o permitisse intervir de forma eficaz e cidadã nos debates, na construção de consensos democráticos e servir de caixa de ressonância dos interesses comunitários e públicos, além do trabalho de fiscalizar.

Se, por um lado, essa exacerbação do papel de vigilante do sistema de saúde por parte do conselheiro foi positiva, porque significou uma forma de equilíbrio do poder (poder e contra-poder), por outro lado, não raras vezes, ela reduziu responsabilidade deste, criando a ilusão de que a fiscalização era o próprio controle público e não apenas uma parte dele, favorecendo o proselitismo participatório.

Em consequência, as dimensões fiscalizatórias se transformam em obsessão com o controle burocrático e administrativo das secretarias de saúde envolvendo, principalmente, o atendimento à saúde (o médico que se atrasou, a falta de medicamentos, a carência nos transportes, etc) e negligenciando as questões macros ou essenciais das políticas públicas, como os diagnósticos e as carências de saúde, assim como os debates sobre os planos, programas e prioridades da área e os resultados obtidos. Igualmente, os ricos relatórios gerados nas conferências de saúde são negligenciados e nem sempre adequadamente analisados como uma das fontes para o estabelecimento de prioridades no planejamento da saúde e para a própria pauta do Conselho.

O destino desses relatórios costuma ser as gavetas da administração e, na conferência seguinte, discute-se quase que as mesmas coisas detectando os mesmos problemas em um ciclo de inércia que pouco afeta a política de saúde verticalmente definida pelo gestor.

Diante dessas situações, no caso dos usuários, a comunicação entre os representantes populares e a população que os elegeu torna-se cada vez mais atrofiada. A população, quando quer reclamar ou sugerir alguma coisa para a saúde, vai direto ao prefeito, ao secretário, à polícia ou à promotoria de saúde, mas, muito raramente, vai ao conselho, porque a interação conselho-sociedade é demasiadamente fraca ou inexistente devido aos poucos canais de comunicação utilizados para esta finalidade.

Mas por que isso ocorre? Além de uma formação equivocada que já mencionamos (que hoje nos parece que está sendo revista), a inoperância dos conselhos tem a ver também com a lógica simbólica que preside a ação social dos conselheiros. A idéia de controle público é mais inteligível para a maioria dos conselheiros quando se trata da perspectiva da vigilância concreta de casos, como do médico que chegou atrasado, do funcionário que maltratou o paciente, da obra paralisada do posto de saúde do bairro, da falta ou precariedade dos transportes, da ambulância que não pegou o paciente e assim sucessivamente.

Mas quando se trata, por exemplo, de discutir e de definir, debater e aprovar o Plano Municipal de Saúde, de definir prioridades na saúde pública e na aplicação dos recursos financeiros ou apreciar balanços financeiros, a palavra é a do gestor e a maioria do conselho, em geral, permanece muda. E aqui fica evidente a assimetria simbólica que permeia os segmentos e os membros dos conselhos, pois a lógica abstrata e conceitual presente em documentos ou em atos discursivos sobre aspectos macros ou essenciais da saúde fogem da lógica simbólica dos conselheiros, principalmente dos representantes populares⁹.

Comunicação e poder

As questões anteriormente levantadas não dizem respeito apenas a pouca clareza discursiva entre os membros e os segmentos presentes nos conselhos, como imaginariam os pedagogos da comunicação. É que o controle público pressupõe uma sociedade democrática e uma igualdade mínima em termos cognitivos e simbólicos entre os atores sociais. No caso do Brasil, tais condições ainda não estão dadas. Nem todos têm acesso facilmente aos bens simbólicos que podem, potencialmente, distribuir melhor não apenas os bens materiais, mas, fundamen-

⁹ Para evitar esse tipo de constrangimento, alguns conselheiros buscam assessoria de outros conselheiros ou especialistas que podem ajudar a decodificar os documentos originários do gestor.

talmente, o próprio poder na sociedade, fazendo com que as interações nos conselhos sejam mais simétricas que assimétricas. Com isso elas se transformam em poderosas variáveis que impedem ou dificultam os processos comunicacionais, a participação popular e o exercício do controle público.

O pressuposto que sustenta essa observação é a crença de que as assimetrias cognitivas e simbólicas impedem que a convergência da comunicação e informação seja adequadamente direcionada para os princípios éticos e democráticos do controle público. A comunicação e a informação são responsáveis por dar visibilidade à práxis dos atores sociais e, simultaneamente, produzir o compartilhamento de sentidos fazendo com que tudo o que vem a público possa ser visto, ouvido, e comentado por todos (ARENDEI, 1993).

Por essa razão, o poder inerente ao controle público não pode prescindir da palavra e do diálogo, ou seja, de práticas discursivas, para construir e interferir no espaço público e organizar politicamente os interesses coletivos, o que enseja a emergência de núcleos de poder cujas feições podem ser de verticalidade ou de horizontalidade, o que vai depender de como essas variáveis são apreendidas e colocadas em prática nos conselhos.

E vale acentuar que o poder e/ou a característica de um dado discurso está diretamente vinculado à localização social dos interlocutores e de acordo com as competências culturais, simbólicas e políticas de que são portadores. Essas variáveis estabelecem e explicitam o elo entre a ação, o significado da ação e as relações sociais gerando o que Paulo Freire chama de *práxis*.

No entanto, Freire lembra que o ato comunicativo eficiente se dá apenas quando os sujeitos são reciprocamente comunicantes e que a comunicação seja percebida dentro de um quadro significativo comum ao outro sujeito: “Se não há este acordo em torno dos signos como expressões do objeto significado, não pode haver compreensão entre os sujeitos, o que impossibilita a comunicação.” (FREIRE, 1971, p. 68).

Ora, impossibilitada a comunicação (em função das assimetrias), predomina na arena dos conselhos uma situação de permanente não-comunicação, fazendo com que a reciprocidade de atos e palavras tenha pouca consistência na determinação das políticas de saúde, prevalecendo verticalmente algumas vezes como instância de poder em detrimento de outras.

O jogo da comunicação

Como já dissemos anteriormente, o exercício do controle público nos conselhos de saúde só pode ocorrer em um determinado campo cultural ou político em que existam informações disponíveis e a capacidade dos atores sociais que ali

atuam em interpretar e atribuir novos sentidos a elas (alteridade). No entanto, o processo comunicacional tanto pode ser determinado quanto alterado pelas redes de poder que sobre ele atuam, lembrando que os indivíduos agem e interagem a partir de diferentes situações e inserções nas situações vivenciadas.

Sendo assim, o que impede que esse processo comunicacional ocorra no contexto dos conselhos municipais de saúde?

Porque ele depende muito do poder e da posse do manejo de diferentes recursos materiais, simbólicos e discursivos que direcionam a ação social em curso. Assim, por exemplo, quando os indivíduos entram em uma relação de conflito essas variáveis aparecem de maneira mais cristalina, assim como as evidências de que alguns têm mais recursos que outros, inclusive para alterar, substantivamente, determinadas situações¹⁰.

Essa questão pode ser observada, por exemplo, através da dinâmica dos conselhos de saúde com o conselheiro-usuário. Este é, muitas vezes, originário de uma camada popular ou de uma comunidade rural e, ao chegar ao conselho, traz consigo tanto os traços culturais dessa origem quanto as marcas e os distintivos ideológicos presentes em seu horizonte histórico e perceptivo, como o capital e a competência cultural que possui (educação, embaraço/desembaraço com as regras da linguagem) que tanto podem aproximá-lo quanto distanciá-lo das questões colocadas nas pautas dos conselhos de saúde.

Em relação aos conselheiros dos outros segmentos podemos dizer que a representação ocorre de maneira diferenciada. Por exemplo, o representante do corpo médico fala por uma categoria específica cujos contornos simbólicos e técnicos são perfeitamente visíveis e legitimados no plano social, isto é, suas expectativas e formas de atuação são delimitadas por uma atividade clara e hierárquica de poder a respeito das questões da saúde, e que são corporativamente compartilhadas por seus pares e pela sociedade. No caso dos prestadores de serviços, a representação ainda é mais simples e clara, pois está diretamente relacionada com seus interesses particulares, em que pese à possibilidade de emitirem pareceres políticos sobre outras questões do sistema de saúde.

¹⁰ Para alterar esse quadro, alguns estudiosos e militantes da participação popular buscam no termo “empoderamento” inspiração para promover o deslocamento do poder de regiões verticais para regiões horizontais possibilitando que segmentos ou grupos sociais desprovidos de capacidade de intervenção possam intervir de maneira mais concreta e eficaz na cena pública. O conceito de empoderamento vem do termo inglês *empowerment* que pode ser interpretado como equivalente a dar poder ou reconfigurar o poder entre diferentes atores sociais. Utilizado junto com o conceito de participação significa, além da idéia de tomar parte, interferir, criar ou mudar as condições e as formas da participação. Nesse sentido, o conceito de empoderamento pode ser entendido como estando mais próximo do conceito de comunicação do que do de informação, pois ele aponta para as relações de poder, a expansão e a alteridade. Segundo Tomaz Martins Júnior (apud VILANOVA, 2004, p. 24): “trata-se de um processo de reconhecimento do poder existente, ainda não exercido, mas disseminado na estrutura social que não escapa a nada e a ninguém. Se o poder é um elemento da sociedade, apoderamento, ad-apoderamento, significa ‘trazer o poder mais próximo de si’”.

Em contrapartida, a visibilidade social e de poder dos representantes dos usuários é bem mais difusa e sujeita a outras variáveis que nem sempre facilitam a sua participação. Por exemplo, as barreiras simbólicas impostas pela hierarquia social que separam um segmento do outro e se revelam no comportamento, na maneira de falar e de articular conceitos e idéias que nem sempre coincidem com a lógica do discurso abstrato, burocrático ou técnico. Essas diferenças são visíveis através da linguagem onde as moedas culturais têm diferentes valores de troca, sendo sua cotação baixa quando se trata dos conselheiros-usuários, limitando assim as possibilidades de provocar mudanças substantivas na política de saúde. E, independentemente das intenções dos sujeitos, é através dessas formas sutis de comunicação que se reafirmam uma razão autoritária que pode comprometer, significativamente, a idéia de controle público.

Os papéis sociais e as formas de percepção, tanto no sentido vertical (hierarquia e competência simbólica) quanto horizontal (identificação por segmento e competência simbólica) influenciam e determinam o grau de participação dos membros dos conselhos de saúde. Em primeiro lugar, porque a participação se dá através de uma forma de construção social (percepção, valoração e formas de expressão) como resultado do processo interacional que acontece entre os indivíduos. Em segundo lugar, porque cada membro do grupo faz uma interpretação pessoal de cada situação, como uma construção cognitiva, onde os papéis sociais e os fatos requerem uma interpretação ativa por sua parte, tanto para agir quanto para se retrair diante das questões colocadas pelo ambiente da ação social.

Acreditamos que essas questões estão diretamente relacionadas, com os diferentes repertórios discursivos presentes em cada conselho de saúde já que em um mesmo ambiente podem coexistir diferentes contextos comunicativos que interferem significativamente na produção, circulação e recepção de mensagens, como a diversidade sócio-cultural que marca a ação e a prática discursiva dos segmentos que compõem os conselhos. Em outras palavras, estamos diante de relações de poder presididas por diferentes formas de competência, como a do saber, do poder dizer e saber dizer e do poder fazer que determinam a práxis discursiva na arena dos conselhos de saúde.

A percepção dos conselheiros a respeito desses processos depende de sua competência simbólica, das situações ou desafios concretos nos quais se envolvem nos conselhos e das possibilidades de subversão das relações assimétricas, das condições de funcionamento do conselho e da disposição política para o diálogo ou estabelecimento democrático de consensos, entre outras coisas.

Os papéis sociais, as formas de percepção e o capital simbólico de cada um ou de cada segmento influenciam e determinam o grau de participação dos membros dos conselhos de saúde. Em primeiro lugar, porque a participação demanda

formas de percepção e de expressão cujos valores oscilam de acordo com o lugar e o capital simbólico de cada participante. Em segundo lugar, porque, individualmente, cada membro do grupo faz uma interpretação pessoal de cada situação a partir da percepção que um ator social tem do outro, percepção que irá depender dos tipos de interações ali existentes, ou seja, se são mais ou menos simétricas.

Conclusão

Voltando à idéia de controle público e as assimetrias simbólicas nos conselhos, mostramos que visibilidade e transparência são conceitos profundamente articulados ao conceito de comunicação e, por sua vez, ao conceito de controle público. O desafio que se coloca é o de fazer com que os conselheiros e respectivos conselhos estejam preparados para entendê-los e, entendendo-os, fazer com eles sejam incorporados efetivamente à prática cotidiana de cada um evitando o simulacro da participação como se referiu Gilson Carvalho.

Para isso entendemos que o espaço dos conselhos é um espaço de aprendizagem cidadã e que a formação ou capacitação dos conselheiros (gestor, trabalhadores e usuários) não pode ser reduzida apenas ao papel instrumental de “cão de guarda” ou de domesticá-lo frente à verticalidade do poder, mas sim para que todos possam, reciprocamente, se transformar dialogicamente com o objetivo de melhorar e democratizar a saúde pública. Afinal ninguém nasce cidadão ou conselheiro. Tanto uma coisa quanto outra depende de investimentos e de aprendizagem, como faziam alguns gregos que preparavam e capacitavam os cidadãos para atuar na *Agora* onde ocorriam os debates públicos, ou seja, preparando-os através da retórica para defender os seus pontos de vista em igualdade de condições com os outros, já que a idéia entre eles era a de que não poderia haver democracia com sujeitos em condições desiguais.

Lembramos-nos aqui do educador Pedro Demo (2001) que ressalta dois fins principais da aprendizagem cidadã: (a) a aprendizagem precisa ser *reconstrutiva*; não se aprende reproduzindo conhecimento vigente, mas refazendo-o; b) a aprendizagem é sempre fenômeno *político*: não se restringe ao manejo do conhecimento, mas abrange seu questionamento crítico, a ética de sua gestação e aplicação, o sentido humano das mudanças. Diz ele ainda que aprender é profundamente tornar-se sujeito capaz de desenhar sua trajetória, deixando para trás a condição de massa de manobra e aprender é, sobretudo, confrontar-se com a pobreza política.” (DEMO, 2001, p. 93)

Ou, como diria Paulo Freire, “ler” a realidade significa esta habilidade: reconhecer-la criticamente, organizar-se para atribuir à cidadania capacidade estratégica e saber intervir de maneira alternativa.” (apud DEMO, 2001, p. 93-94)

Em outras palavras, a formação do conselheiro, dos vários segmentos, deve ser voltada para o entendimento profundo do significado de controle público e de ética pública que, se não extingue, pelo menos ameniza as assimetrias cognitivas e simbólicas entre os conselheiros.

E 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.

Referências Bibliográficas

- ARENDDT, H. *A condição humana*. Tradução de Roberto Raposo. Posfácio de Celso Lafer. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1993.
- BERGER, P.; LUCKMANN, T. *A construção da realidade*. 9. ed. Petrópolis: Vozes, 1985.
- CARVALHO, A. I. Conselhos de saúde, responsabilidade pública e cidadania: a reforma sanitária como reforma do estado. In: FLEURY, Sonia (Org.). *Saúde e democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.
- CARVALHO, G. *Conselho de saúde, hoje e sempre, sem complicação*. [S.l. : s.n., 19--?]. Disponível em: < <http://www.gices-sc.org/GilsonCONSELHOHOJESEMCOMPLICACA02.html> >.
- DEMO, P. *Cidadania pequena: fragilidades e desafios do associativismo no Brasil*. Campinas: Autores Associados, 2001. (Coleção Polêmicas do Nosso Tempo).
- FREIRE, P. *Extensão ou comunicação?* Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1971.
- HALLIDAY, T. L. Retórica e política: a questão da responsabilidade. In: MATOS, H. (Org.). *Mídia, eleições e democracia*. São Paulo: Scritta, 1994. p. 91-109.
- LUCAS, S. D. A participação cidadã no controle do Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte. In: MALTA, D. C. et al. *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público*. São Paulo: Xamã, 1998. p. 51-80.
- MONTEIRO, E. M. *Rádios comunitárias e accountability societal*. 2000. Trabalho apresentado no Mestrado de Sociologia da UFMG na disciplina de Sociedade Civil e Accountability, Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais, 2000. Texto fotocopiado.

OLIVEIRA, V. C. Comunicação, informação e ação social. In: SANTANA, J. P. (Org.). *Organização do cuidado a partir de problemas: uma alternativa metodológica para atuação da equipe de saúde da família*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2000. p. 65-74.

OLIVEIRA, V. C. *Relatório de pesquisa: a comunicação e o controle público nos conselhos de saúde da Região Metropolitana de Belo Horizonte*. Belo Horizonte: Departamento de Comunicação Social da UFMG, 2001. Texto fotocopiado.

SPINK, M. J.; MEDRADO, B. A produção de sentidos no cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas. In: SPINK, M. J. *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*. São Paulo: Cortez, 1999.

VILANOVA, C. R. C. *Comunicação: teoria e prática no Sistema Único de Saúde*. 2004. Trabalho de conclusão de Curso (Especialização em Comunicação e Saúde Pública)–Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.

Comunicação e saúde: desafios para fortalecer o SUS, ampliar a participação e o controle social



Janine Miranda Cardoso¹

Seguindo o debate

Este texto nasceu junto ao ciclo de Seminários sobre Comunicação e Informação em Saúde proposto pela Comissão Intersetorial de Comunicação e Informação em Saúde do Conselho Nacional de Saúde, no ano de 2005. Suas idéias foram apresentadas, inicialmente, na *Oficina Controle Social e Cadastro Nacional de Conselhos de Saúde*, durante o III Congresso de Ciências Sociais em Saúde, realizado pela Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), em julho daquele ano. Logo após, o Conselho publicou os trabalhos ali apresentados para colaborar com a série de seminários regionais, encerrada com um encontro nacional.

Nessa terceira versão, mantenho a maior parte das questões, a partir da idéia central defendida nesses momentos anteriores: *o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), da participação e do controle social precisa de novas formas de fazer e*

¹ **Janine Miranda Cardoso** – Cientista social, mestre em Comunicação e Cultura. Vice-diretora de Ensino do Centro de Informação Científica e Tecnológica da Fundação Oswaldo Cruz. Membro do Grupo de Trabalho Comunicação e Saúde (GT-COM) da Associação Brasileira de Pós-Graduação e Pesquisa em Saúde Coletiva (Abrasco).

de entender a comunicação. As alterações buscaram atualizar o debate e aprofundar alguns aspectos dos desafios identificados.

Também permanece a presença de outras vozes, algumas concordantes e outras convocadas para marcar a diferença. Embora não cite todas, destaco que muitas das idéias aqui defendidas se devem ao trabalho coletivo com companheiros (as) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), especialmente do Departamento de Comunicação e Saúde/CICT e do Grupo de Trabalho Comunicação e Saúde da Abrasco.

Qual comunicação para o SUS?

A comunicação vem assumindo importância crescente na sociedade contemporânea. A face mais visível desse processo talvez seja o acelerado desenvolvimento de tecnologias de informação e comunicação, observado nas últimas décadas: do telefone, rádio e televisão, passamos a contar com vídeo, computador, DVD, celular, Internet, e a cada dia surge uma nova possibilidade de uso e de interação entre as mídias, como a TV Digital. Esse movimento acentua tanto a potência da comunicação como atividade econômica – incluindo a informática, a telecomunicação e a publicidade –, quanto a feição midiaticizada de nossa sociedade e o papel decisivo da mídia na seleção de nossa agenda política.

No entanto, a despeito dessa complexidade, ainda predomina na saúde o entendimento de que a *comunicação é apenas a ação de transmitir informações ou de idéias de um pólo emissor para um pólo receptor*. Nesta perspectiva, boa parte das preocupações recai sobre a utilização de linguagem e veículos adequados para assegurar o sucesso da comunicação. E qual a idéia de sucesso? Que a mensagem seja recebida e entendida, tal e qual foi pensada e planejada pelo emissor.

Esta idéia sobre a comunicação é tão familiar, quanto problemática. Por muitas razões, mas principalmente porque:

- vê a comunicação como um *instrumento*, um conjunto de meios e veículos que levam uma *mensagem pronta e acabada*;
- dá pouca importância aos *contextos* da comunicação e aos processos, ambientes ou situações nas quais as pessoas atribuem sentidos às informações e aos acontecimentos;
- não considera as *desigualdades*, as diferentes realidades e interesses sociais e por isso transforma qualquer discordância, resistência ou dificuldade em falta de informação ou *ruído* de comunicação.

Essa é uma visão aparentemente neutra, técnica e apolítica, mas que acaba por *priorizar os interesses e objetivos dos emissores*, aqueles que têm o poder de falar e difundir suas idéias. E sabemos bem que, em sociedades autoritárias como a nossa, esse é um poder historicamente excludente e concentrado na mão de poucos.

Temos convicção que o avanço do SUS exige um outro modelo de comunicação, que alimente práticas mais coerentes com a visão ampliada da saúde, com as propostas de descentralização e controle social. O mesmo movimento que deu origem ao SUS vem demonstrando, desde a década de 80, o quanto as tradicionais práticas de educação e de comunicação sanitárias eram insuficientes e mesmo contraditórias com o projeto que concebe a saúde como resultado tanto das condições de vida, quanto das possibilidades de participação democrática da população nas políticas públicas.

Isso significa reconhecer que os assuntos da saúde envolvem diferentes atores e interesses, além das autoridades sanitárias. Esse processo fortalece e é fortalecido pela *municipalização, descentralização, criação dos conselhos e conferências de saúde*, espaços onde esses diferentes interesses e necessidades são discutidos e deliberados. 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?

Não é por acaso que todas as conferências têm se manifestado sobre comunicação sempre em estreita relação o tema do Controle Social, como subsídio e incentivo à participação popular no processo de democratização do Estado. Busca-se uma comunicação que reconheça e expresse as diferentes realidades de saúde existentes no país.

Por outro lado, continuamos falando da necessidade de ampliar as informações preventivas, de aumentar o conhecimento sobre os riscos e determinantes do processo saúde-doença, de capacitar líderes comunitários, de utilizar a linguagem adequada, etc. E não há menor dúvida de que essas questões são importantes: há uma agenda não vencida de necessidades centenárias (não só na saúde) a que se somam outras tantas mais recentes. A questão é *como* iremos enfrentá-las.

Da 8ª à 12ª Conferência Nacional de Saúde, passando por inúmeros encontros, plenárias e debates nas esferas municipal, estadual e nacional, muito se disse e, principalmente, se reivindicou sobre comunicação. De alguma forma, as principais propostas relacionadas ao fortalecimento do SUS e da participação social também se fazem presente na série de seminários e oficinas para tecer o Pacto pela Democratização e Qualidade da Comunicação e Informação em Saúde. Destacamos algumas:

- Democratização da comunicação com a sociedade, que garanta maior visibilidade ao direito à saúde, aos princípios do SUS, às políticas e aos orçamentos da saúde, visando ampliar a participação e o controle social;
- Respeito à diversidade e características regionais, culturais, étnicas, tecnológicas (possibilidades de acesso), buscando a universalidade, pluralidade de expressão e a imparcialidade da comunicação;

- Divulgação permanente de informações sobre as ações de promoção, sobre os serviços de prevenção e assistência do SUS, assim como das informações epidemiológicas de interesse para a população;
- Democratizar as informações científicas e epidemiológicas, garantindo ampla divulgação dos conhecimentos, programas e projetos da comunidade científica para a saúde individual e coletiva, estimulando a discussão crítica e pública da ciência, tecnologia e saúde;
- Garantia de acesso às informações e espaços de discussão nos serviços e ações de saúde;
- Utilização de todos os meios de comunicação: a grande imprensa, Internet, as rádios AM e FM, rádios comunitárias, televisão aberta, TVs comunitárias, boletins, jornais de bairro, veículos próprios dos governos, das entidades, movimentos sociais e de todos os segmentos envolvidos com o controle social;
- Considerar as necessidades dos portadores de deficiências, desenvolvendo estratégias de comunicação específicas;
- Os planos e ações de comunicação devem ser aprovados nas instâncias do SUS, com objetivos, orçamentos e formas de avaliação claramente definidos.

Sobre a comunicação nos conselhos de saúde

- Garantir permanente comunicação entre os conselhos e conselheiros das esferas municipal, estadual e nacional, o que inclui infra-estrutura (espaço físico e equipamentos), pessoal e veículos próprios de comunicação;
- Divulgar com antecedência as datas de reunião dos Conselhos, esclarecer as suas atribuições e estimular a participação da população;
- Divulgar amplamente as deliberações dos Conselhos, das conferências, fóruns e plenárias;
- Informar a população sobre o papel do Ministério Público, PROCON e dos órgãos e conselhos fiscalizadores das profissões.

Sobre a comunicação nos serviços, ações e equipes de saúde

- Todas as unidades de saúde, inclusive as contratadas, devem afixar placas com o logotipo do SUS, em lugar visível e acessível, informando sobre os serviços prestados, as normas e horários de trabalho dos profissionais, nome do gestor responsável e formas de contato;

- Desenvolver estratégias de comunicação, integrando profissionais, serviços e usuários, visando a melhoria da qualidade e o compartilhamento de informações; implementar caixas de coleta de sugestões, críticas e opiniões que devem ser analisadas e respondidas pelo gestor e pelo conselho.

Uma deliberação da 11^a e da 12^a Conferências Nacionais de Saúde continua a merecer destaque, a constituição de uma *Rede Nacional e Pública de Comunicação e Saúde*. A Rede foi pensada para favorecer a articulação entre os conselhos de saúde, comissões intergestoras, instâncias dos poderes executivo e legislativo, Ministério Público e todos os segmentos envolvidos com o controle social, através da Internet e de outros meios de comunicação. Os objetivos da Rede incluem aprofundar a cidadania, o controle social e a mobilização popular em defesa do SUS; fortalecer os movimentos e redes sociais; democratizar as informações, favorecer a transparência da gestão e a capacitação de conselheiros. Por isso, a Rede é vista como a *materialização de uma política ampla, horizontal, descentralizada, que reconhece e torna mais visível a pluralidade de atores que constroem o SUS*. Lembrando uma afirmação de Aurea Pitta, companheira da Fiocruz e da Abrasco, que há muito tempo acompanha as demandas e discussão da comunicação e saúde: a Rede concretiza uma série de princípios, objetivos e estratégias que sustentam uma nova política de comunicação e uma nova ética comunicacional. De natureza pública e não apenas governamental, a Rede propõe e pode expressar uma outra relação entre governos e sociedade.

Mesmo contando com um mapeamento bem completo das necessidades e propostas de comunicação, enfrentamos inúmeros obstáculos para levar à prática uma política que assuma e exercite um conceito de comunicação tão amplo quanto o conceito de saúde e o conceito de participação que fundamentam o SUS. Em parte, pelas mesmas razões que dificultam o avanço do SUS como um todo, por ser um projeto inclusivo e que se afirma contrariando poderosos interesses políticos e econômicos. E em parte, por questões mais específicas que tomamos como desafios, discutidos a seguir.

Alguns desafios

Mantenho os cinco desafios apresentados anteriormente, lembrando que alguns foram sistematizados por Valdir Oliveira, professor da Universidade Federal de Minas Gerais e companheiro Grupo de Trabalho Comunicação e Saúde da Abrasco. Mas acrescento outros aspectos e discussões, tentando sublinhar bastante a importância da ação dos profissionais e conselheiros de saúde para a construção de respostas para essas questões.

1. Superar a visão instrumental da comunicação e as práticas campanhistas

Boa parte das propostas e das necessidades do SUS esbarra nas limitações dessa idéia da comunicação como instrumento, como meio de passar as informações, que ainda predomina entre nós. A comunicação, assim, fica presa no esquema emissor ➔ mensagem ➔ canal ➔ receptor.

Essa forma de pensar a comunicação permitiu muitos avanços tecnológicos, mas já vimos que tem sérios problemas para descrever ou explicar a comunicação entre pessoas.

Qualquer modelo é uma simplificação da realidade, mas esse deixa de fora, ou dá muito pouca importância a aspectos que são fundamentais em qualquer prática comunicativa: os contextos, as situações concretas em que a comunicação acontece, as pessoas reais que dela participam, com suas histórias de vida, idéias, interesses, preocupações, disposições, indisposições. Aliás, tudo que o SUS quer considerar em primeiro plano com as propostas de descentralização, municipalização, humanização da atenção. Comunicar não é apenas passar uma informação, porque é sempre um processo social mais complexo, que envolve relações entre pessoas e grupos, identidades, projetos, diferenças de saber e poder. Precisamos de outros modelos que lidem com os múltiplos discursos existentes na sociedade e considerem a força dos contextos nos processos de comunicação.

Da mesma forma, precisamos ir além das ações campanhistas, pois ainda que possam ser necessárias, elas têm resultados limitados, pontuais e episódicos. O SUS aponta para atividades permanentes e o estabelecimento de vínculos entre profissionais, serviços e usuários. Para isso é preciso tempo e disponibilidade para conhecer, ouvir e dialogar com necessidades e expectativas da população, em geral muito mais diversificadas do que os serviços e as campanhas oferecem.

2. Mais comunicação no SUS: descentralizada, inclusiva e plural

Quase todas as práticas de saúde têm um forte componente de comunicação, aqui entendida como o movimento incessante de produzir e negociar os sentidos que atribuímos às nossas experiências, individuais e coletivas. Estamos sempre interpretando e reinterpretando, a partir do que conhecemos e experimentamos, dos nossos interesses, relações e expectativas. Se é assim – seja na atenção básica ou especializada, na prevenção, na promoção da saúde, no consultório, na visita domiciliar, na reunião de equipe, nos encontros comunitários, nos conselhos de saúde – todos os profissionais, conselheiros e usuários estão às voltas com a comunicação e seus produtos

– cartazes, pôsteres, vídeos, jornais etc. E se é assim, essa comunicação com tantas faces, sujeitos e ambientes, não pode ser vista apenas como assunto exclusivo de comunicadores, embora precise de todo compromisso, engenho e arte dos jornalistas, publicitários, relações públicas, radialistas. Precisa também do enfermeiro, médico, agente, enfim, todos os profissionais de saúde, “da triagem ao CTI”. Precisa superar o isolamento de setores muito próximos, como a educação e a informação. Em outras palavras, a construção de um modelo de atenção centrado no usuário, que exige práticas baseadas na integralidade e no trabalho multiprofissional, é um desafio que se coloca também para os profissionais e setores de comunicação.

Apesar de tudo isso, as atividades de comunicação talvez sejam as que permanecem mais centralizadas na área da saúde: as campanhas publicitárias são um exemplo bem evidente. Descentralizar as ações de saúde e ter uma efetiva gestão participativa envolve compartilhar também o poder de falar – pessoalmente ou através de impressos, vídeos, rádios, Internet. Por isso, é fundamental implementar as proposições das Conferências Nacionais de Saúde, principalmente aquelas que envolvem a definição dos *planos locais de comunicação*, com aprovação e de orçamento, equipes e infra-estrutura.

3. Mais saúde na mídia

Em todas as discussões sobre comunicação e em muitas sobre saúde, merece bastante destaque a importância de conquistar mais espaço na mídia, seja para os temas da promoção da saúde, para a prevenção de doenças, seja para divulgar o SUS e o controle social – legislação, formas de organização, instâncias de deliberação etc. Diante do poder da mídia de agendar os temas que a sociedade discute e considera importante, muitos conselheiros argumentam que os meios de comunicação devem cumprir sua finalidade pública e de prestação de serviços à população.

Embora a reivindicação seja mais do que justa, sabemos que essa não é uma questão de simples solução, pois a lógica da mídia é bem diferente da lógica do SUS e muitas vezes são conflitantes. A dificuldade aumenta quando se trata de incluir o controle social na agenda da mídia e da sociedade. Será preciso desenvolver estratégias diversificadas de aproximação e esclarecimento, tendo claro que muitas vezes será necessário denunciar abusos praticados pelos meios de comunicação. Algumas propostas apresentadas na 10ª Conferência Nacional de Saúde permanecem válidas para aperfeiçoar a comunicação dos conselhos de saúde: a criação de Comissões e Câmaras Técnicas, a parceria com universidades, ONGs, entidades e rádios comunitárias para vencer as limitações técnicas; capacitação dos conselheiros de saúde. A luta mais ampla pela democratização dos meios de comunicação

também não deve ser esquecida, assim como a maior articulação dos conselhos de saúde com o Ministério Público, instâncias de defesa do consumidor e de defesa da cidadania plena. Outra estratégia já indicada é fortalecer as rádios e TVs comunitárias, explorando seu potencial de comunicação através de parcerias com universidades e entidades.

Um documento recente, “O SUS pra valer: universal, humanizado e de qualidade”, produzido pelo Fórum da Reforma Sanitária Brasileira para ampliar a discussão e contribuir com as plataformas das eleições de 2006, afirma que “as diversas áreas do setor saúde – e suas derivações para setores desde a educação até a mídia – integram o complexo produtivo da saúde” e que “dado que a saúde é um bem de relevância pública, as relações público/privado devem ser objeto permanente de regulação estatal, no sentido de preservação dos direitos dos usuários do SUS e dos consumidores de planos e seguros de saúde” (FÓRUM DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA, 2006, p. 6-7, grifo meu).

O mesmo documento destaca a necessidade de “construir canais de interação com a mídia que nos permitam divulgar nossa concepção ampliada de saúde” e vai além, convocando “gestores, parlamentares e militantes da Reforma Sanitária para retomar espaços de debates e *criar novas possibilidades de comunicação*” (FÓRUM DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA, 2006, p. 4, grifo meu).

Nos debates futuros, esse enfoque e essas propostas devem merecer nossa atenção e maior aprofundamento: *como* a mídia integra o complexo da saúde? Que efeitos materiais e simbólicos advém dessa relação? Que novas possibilidades de comunicação são essas? Disse acima que a comunicação no campo da saúde envolve não só os comunicadores. Aproveito agora para sublinhar o papel fundamental desses profissionais para o avanço dessa discussão: pelo conhecimento, formação e experiência que possuem, podem e devem exercer uma mediação estratégica, atuando na fronteira entre instituições, entidades, movimentos de saúde e a mídia.

4. Democratizar o acesso às tecnologias de comunicação

Embora o desenvolvimento tecnológico seja imenso e cada vez mais veloz, com a fusão de várias mídias, o acesso às novas e antigas tecnologias de informação e comunicação continua perversamente restrito. A relação dos conselheiros com seus grupos de origem – principalmente aqueles representantes de usuários –, com outras instituições e entidades era e continua sendo dificultada por problemas que vão da falta de dinheiro para locomoção e equipamentos “básicos”, como telefone, televisão e vídeo, até a aquisição dos mais sofisticados recursos da informática e acesso à Internet.

Por tudo que já foi dito, fica claro que a comunicação não é só tecnologia, mas não há dúvidas de que a democratização do acesso aos meios de comunicação é fundamental, aí incluída a luta pela inclusão digital. Sem ela, as desigualdades sociais e da luta política só aumentam.

A proposta da *Rede* deve ser lembrada aqui, pois implica a abertura de salas, quiosques, centros de documentação, enfim, espaços que facilitem a circulação de informações e propiciem o debate de idéias e projetos. Mas também deve ser sublinhada a importância do projeto de TV Digital e da necessidade de tornar esse debate público e transparente, de forma a envolver os diferentes setores que podem ser beneficiados ou prejudicados pelas decisões do governo federal. A digitalização pode multiplicar o número de canais disponíveis e ampliar o espaço da televisão aberta para novos temas e programas. Esse é seu potencial democratizante: mais canais, maior diversidade na programação, regionalização da produção, mais opções de escolha nos programas gratuitos. O que também pode representar um grande e descentralizado impulso econômico. No entanto, é cada vez maior o risco de que esse potencial seja apropriado pelas atuais redes, aumentando ainda mais a concentração dos meios de comunicação.

Esse debate envolve muito mais do que o padrão tecnológico para a melhoria da imagem, suas decisões podem favorecer ou dificultar muitas das reivindicações do controle social. Democratizar as telecomunicações também faz bem à saúde e essa deve ser mais uma área de exercício da *intersetorialidade*, aproximando a saúde daqueles que fazem cultura, arte e pensam suas políticas, inclusive as de (tele)comunicação.

5. Investir em pesquisa e ensino

O projeto de mudança que o SUS representa, precisa de respostas e de profissionais que não estão prontos e nem serão formados espontaneamente. As universidades, na melhor das hipóteses, formam profissionais para atender as necessidades do mercado, não às necessidades de saúde da população, e muito menos na perspectiva de uma atenção integral, humanizada e participativa. Por isso, nenhum dos desafios anteriores será vencido sem um amplo investimento em pesquisa e em atividades de formação e capacitação. Esse desafio traz um outro, a ampliação do diálogo com outros campos do conhecimento que estudam processos sociais e simbólicos relacionados com a saúde, como a educação e a antropologia.

O Relatório da 12ª Conferência Nacional de Saúde nos mostra alguns caminhos a seguir:

84. Articular com as faculdades de comunicação social a implementação de linhas de pesquisa em comunicação e saúde e a criação de cursos de extensão sobre comunicação para profissionais e estudantes da área da saúde.

85. Articular com as faculdades de saúde pública e de ciências da saúde, faculdades de medicina e escolas de enfermagem do Brasil, a criação, ao longo dos próximos 4 anos, de cursos de extensão sobre saúde pública para estudantes de comunicação, profissionais da grande imprensa, comunidades e movimentos populares (BRASIL, 2004, p. 176).

“É preciso parar de correr atrás e chegar junto”

Termino o artigo com essa frase da cantora Sandra de Sá, membro da Comissão Nacional de Determinantes Sociais, pois ela traduz a vontade de muitos que atuam na saúde. Mas para fazer isso é preciso rever práticas e certezas e, principalmente, cuidar para não recorrer às fórmulas simplistas, que geralmente desconhecem as grandes diferenças de saber e poder entre os diferentes indivíduos e grupos que atuam no SUS.

Também é preciso garantir o direito a ter informações claras, confiáveis e acessíveis. Mas também é preciso ir além, investindo em práticas e relações nas quais os participantes, reconhecendo suas diferenças, possam falar e ouvir, mudar ou acrescentar, influenciando na produção de algo que lhes seja *comum*. Mais do que transmitir informações e conhecimentos, recuperar esse sentido de comunicar, que envolve disposição para o diálogo e abertura para a diferença.

E, a exemplo do que ocorre em todas as frentes do SUS, conhecer e aprender com o muito vem sendo feito e inventado no dia a dia para responder às necessidades e superar os obstáculos enfrentados por profissionais, usuários, conselheiros e gestores.

Referências Bibliográficas

ARAÚJO, I. S. O mapa da comunicação e a rede de sentidos da saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ, 2006. p. 427-443.

ARAÚJO, I. S.; CARDOSO, J. M. Circulação polifônica: comunicação e integralidade na saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe e espaços públicos*. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, 2005. p. 239-251.

BRASIL. Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Saúde. *Relatório da 12ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Saúde. *Relatório do Seminário Nacional de Comunicação, Informação e Informática em Saúde para o exercício do controle social*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Saúde. *Seminário de Comunicação, Informação e Informática em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

É HORA de implantar a rede pública nacional de comunicação em saúde: proposta do Grupo de Trabalho Comunicação em Saúde da Abrasco para a 12ª Conferência Nacional de Saúde. [S.l. : s.n.], 2003. Mimeografado.

FÓRUM DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA. *O SUS pra valer: universal, humanizado e de qualidade*. Rio de Janeiro, 2006. Mimeografado.

OLIVEIRA, V. C. *Desafios de comunicação e saúde*. [S.l. : s.n.], 2004. Mimeografado.

TV DIGITAL. *Intervozes, Coletivo Brasil de Comunicação Social*, São Paulo, maio 2006.

Participação e controle social para o exercício pleno da cidadania em saúde na América Latina: importância da comunicação e da informação

Mauricio Torres Tovar¹

Garantir a todos o direito à Saúde requer o reconhecimento da titularidade aos cidadãos e a ampla participação destes no ciclo da política pública em saúde. Participação essa que vai desde o desenho, distribuição e execução dos recursos financeiros até seu acompanhamento e avaliação. Isto implica que a fase de participação e de acompanhamento – conhecida como controle social – não pode ser entendida de forma desarticulada e simplesmente como um supervisor do bom ou mau desenvolvimento do conjunto de programas e planos previamente desenhados por técnicos sem o concurso da cidadania.

O controle social deve ser entendido como uma parte da participação cidadã que está articulada integralmente à atuação da política pública, enquanto se controla o desenvolvimento das políticas que têm sido definidas para atender às necessidades reais das comunidades. Do contrário, a participação e o controle ficam confinados a microespaços (por exemplo, um hospital), o que provoca uma despolitização da ação cidadã e não gera recursos de poder para as comunidades na sua relação com a administração pública.

¹ **Mauricio Torres Tovar** – Médico Sanitarista. Coordenador Geral da Associação Latino-americana de Medicina Social (ALAMES) e membro do Movimento Nacional pela Saúde e a Seguridade Social de Colômbia.

A participação e o controle cidadão – entendidos como direitos políticos – demandam um novo tipo de relação entre a sociedade e o Estado, que conduza à ampliação da esfera pública, possibilitando, sem empecilhos: a informação sobre a atuação dos servidores públicos, o conhecimento dos atos do governo, a exigência de resultados, o controle de quem exerce poder e o acompanhamento da gestão pública em seus diferentes níveis – assuntos que devem ser garantidos de forma institucional e com recursos. A participação e o controle social requerem processos de descentralização política e administrativa que visem à descentralização efetiva do poder com maior participação cidadã.

Com estes argumentos é possível perceber que a participação social e o controle são direitos cidadãos e determinantes fundamentais da democracia e de uma gestão pública em favor dos interesses da maioria. Verifica-se também que o controle social se concretiza na medida em que a cidadania se organiza, constrói e disputa o poder que lhe possibilita participar dos assuntos políticos.

A experiência na América Latina

A prática histórica da participação social, na maior parte dos países da América Latina, faz os setores dominantes, tanto políticos como técnicos, desenharem o conjunto de políticas e ações e chamarem as comunidades para que aprovelem o que foi previamente elaborado ou para serem receptoras do que foi decidido. Assim, o controle social tem sido reduzido ao simples acompanhamento da execução de planos e ações de pouca envergadura.

No campo sanitário, as reformas dominantes nos sistemas de saúde da maior parte dos países do continente – que aconteceram desde o início da década de 90 – têm significado uma mudança drástica no tema da participação. Isso ocorre à medida que elas se situam num contexto individual, em que os cidadãos, não como titulares do direito à saúde, mas como clientes/consumidores dos serviços, podem participar expressando sua opinião para contribuir na melhora da qualidade e quantidade dos serviços de saúde que devem adaptar-se aos gostos e preferências do consumidor. Esse tipo de enfoque e prática despolitiza e individualiza a ação cidadã em saúde.

Mas também devemos mencionar que, na experiência latino-americana, existem casos como os de Cuba, Brasil e, mais recentemente, Venezuela que têm possibilitado o desenvolvimento de uma prática de participação cidadã em saúde em um nível político importante, com recursos de poder e mecanismos institucionais que permitem às comunidades e organizações sociais atuar efetivamente no ciclo da política pública.

De forma geral e em contraposição à política hegemônica em saúde no continente (leia-se política neoliberal), as experiências de participação e controle social

em saúde, com efetiva capacidade de atuação, relacionam-se com espaços políticos de democracia direta, com sistemas nacionais de saúde universais e públicos, que têm como centro de desenvolvimento a atenção primária e a formação de organizações sociais fortes e autônomas.

Nesse sentido e a partir da tipologia do que acontece no continente (ver quadro), podemos concluir que a atuação política dos setores sociais e populares em saúde se escreve com democracia direta, com sistemas nacionais de saúde e atenção primária e com expressões autônomas e fortes das organizações sociais.

O papel da comunicação e da informação na participação e no controle cidadão em saúde

Sem dúvida alguma, a real participação e o controle cidadão precisam do fortalecimento dos recursos de poder das organizações sociais e um dos maiores recursos de poder está no acesso e manejo da comunicação e da informação.

Sem comunicação e informação não é possível construir um sujeito social que exerça sua cidadania em saúde. Para que a participação seja possível, é preciso gerar cenários, processos e competência de comunicação que possibilitem a construção coletiva de sentidos e os interesses para atuar na formulação de políticas públicas.

Na história do continente, está claro: quem demonstra poder o faz, em parte, graças ao controle da informação e das formas de comunicação. Salvo contadas exceções em alguns países, os meios de comunicação são dominados pelas elites de poder, gerando assim uma visão manipulada da realidade latino-americana com pouca ou nenhuma relação com o que realmente ocorre em nossos países.

Nesse contexto, faz-se necessário o desenvolvimento de processos de comunicação cidadã em saúde que superem a simples transmissão de informação (que habitualmente costuma abordar doenças e estilos de vida saudável), para desenvolver uma comunicação que ofereça elementos de compreensão e análise à cidadania sobre sua realidade sanitária e que contribua no fortalecimento de seus processos organizacionais e de mobilização social pela vida e pela saúde.

Processos comunicativos construídos em conjunto com a população, indo além do uso tradicional dos meios de comunicação, incluindo todos os espaços de desenvolvimento da sociedade; atribuindo categoria de cidadania à sociedade e não de simples consumidor de informação; permitindo recuperar o sentido da compreensão e análise da informação; gerando competência em comunicação na cidadania que lhes permita superar as assimetrias em relação aos outros atores como, por exemplo, competência para o acesso, uso, produção e socialização da informação para a elaboração de um ponto de vista próprio com suficiente soli-

dez, para o seguimento dos acordos firmados; e gerando produtos comunicativos com elementos culturais e de identidade que cheguem com mensagens simples que permitam desenvolver a consciência e mobilização cidadã.

Sintetizando, pode-se afirmar que garantir o exercício da cidadania em saúde passa por processos de participação e controle instituídos, por processos democráticos descentralizados com estratégias de participação desde os territórios originários e pelo desenvolvimento de processos comunicativos que capacitem os cidadãos para o acesso, uso, produção e socialização da informação pública.

Quadro 1. Tipologia da Participação Social em Saúde na América Latina

Países	Tipo de democracia	Tipo de Sistema de saúde	Possibilidade de atuação dos setores populares
Cuba Venezuela Brasil	Direta e/ou processos populares muito ativos	SNS – APS	Alta Alto exercício de participação (cidadania ativa) Controle social alto Planejamento participativo (distribuição da renda)
Bolívia Uruguai	Encaminha-se a Diretas – processos populares muito ativos	SNS – APS	Espera-se alto exercício de participação (cidadania ativa)
Costa Rica	Representativa	Sistema SS Pública – APS	Média
Os outros países do continente	Representativa	Sistema de Seguro Misto com maior peso do setor privado. Processos de reformas dos sistemas de saúde e S.S. sem real participação cidadã.	Baixa – pobre exercício de participação (usuários – consumidores) Controle social baixo
Experiências autônomas (fora da intervenção do Estado)			
Colômbia Paraguai Peru	Constituição de movimentos sociais pela saúde que têm como linha central de ação política a exigência do direito à saúde.		
México Guatemala	Experiência de autonomia impulsionada pelas comunidades indígenas do sul de México e Norte de Guatemala – APS Expressões de desobediência civil.		
Múltiplos Municípios/ localidades	Muitas outras experiências que estão constantemente vivas no continente.		

Fonte: Elaboração própria

Comunicação, sentidos e saúde



Nilson Alves de Moraes¹

A abordagem do tema saúde pelos meios de comunicação é marcada fundamentalmente pela relação entre doença, capital e tecnologia. Remédios, tratamentos modernos, novas tecnologias, doenças, terapêuticas são temas que povoam as mídias e permitem a construção de imaginários e relações simbólicas. A saúde é apresentada, muitas vezes, apenas sob a ótica das mudanças e inovações que permitem a expectativa da cura e o encontro de soluções rápidas, eficientes, duradouras, derrotando a dor e o sofrimento. Em oposição, está o cotidiano dos profissionais de saúde, das instituições de saúde e daqueles que se encontram ameaçados pela falta desta. Esses vivenciam a rotina da desesperança e do desca-so inevitável provocado pelo fracasso dos responsáveis pelo seu cuidado.

Atualmente, vive-se um imenso paradoxo na área da saúde. Muitos reclamam ou festejam mudanças institucionais ou nos serviços, mas poucos sabem o que é o setor saúde e principalmente o que é o Sistema Único de Saúde (SUS). Em alguns momentos, o SUS se confunde apenas com o lugar que oferece atendimento médico à população. É interessante notar, que o desconhecimento sobre o

¹ **Nilson Alves de Moraes** é professor da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro e coordenador do Grupo de Trabalho Comunicação e Saúde (GT-COM) da Associação Brasileira de Pós-Graduação e Pesquisa em Saúde Coletiva (Abrasco).

SUS não é específico daqueles que utilizam os seus serviços. Estudo realizado, em 2006, com alunos do Instituto Biomédico da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, demonstra que o SUS é ignorado por grande parte dos estudantes do instituto. Mais grave, eles não conseguem perceber a importância desse sistema para sua formação profissional ou qualquer relação com a cidadania. O SUS é alguma coisa para carentes ou atendimento de urgência médica.

Diante do desconhecimento sobre o SUS, das incertas fronteiras entre saúde e medicina, constata-se que em algum ponto a comunicação, as instituições e os agentes envolvidos estão falhando na identificação da origem desse desconhecimento. Uma outra análise possível é que estamos diante de um cenário de luta, em que o silêncio é fundamental para a estratégia de interesses contrariados. Portanto, este desconhecimento seria uma estratégia política, social ou gerencial daqueles segmentos sociais interessados na inexistência, na incompetência ou ainda na ineficácia do SUS.

Partindo dessa realidade, surgem alguns questionamentos: O que o debate sobre saúde, políticas e instituições de saúde no Brasil tende a omitir? Qual a prioridade, cronograma e estratégia da comunicação na agenda da reforma sanitária e no desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS)? Qual a influência da comunicação no processo de criação, orientação, circulação e redefinição de valores e práticas relacionadas com a saúde pública? Como os interesses particulares influenciam na produção de demandas em saúde?

As instituições identificadas com o tema da “comunicação em saúde” articulam-se e trabalham estabelecendo nexos e vínculos institucionais, compromissos com políticas públicas. As percepções sobre comunicação em saúde nunca foram uniformes e são influenciados pela presença de profissionais, instituições e saberes de diversas formações, modos e lugares de atuação.

Moraes (2006) demonstra que a comunicação, as novas tecnologias, as redes e os processos informacionais são algumas das condições do cotidiano que provocam encantamento, articulações, mudanças sociais, relacionais e produtivas de diferentes naturezas e também preocupações pelas suas possibilidades e efeitos. Nas últimas décadas, as instituições, a sociedade e as políticas de saúde têm dependido cada vez mais de um uso racional e generalizado da comunicação e dos processos informacionais, do poder que estes têm de formular ações e influenciar no cotidiano.

Ao enfatizarmos os diferentes usos e sentidos da comunicação é necessário reafirmar a sua orientação democrática e equitativa. Nesse sentido, a comunicação figura como um lugar privilegiado de produção e circulação de informações em saúde. Assim, é importante reafirmar as teses históricas aprovadas nos relatórios das quatro últimas Conferências Nacionais de Saúde e desenvolver uma comunicação empenhada em garantir a qualidade e a integralidade do SUS.

A comunicação em saúde envolve mais do que a simples e mecânica difusão de informações valorizadas por profissionais. Esse processo revela-se autoritário e incapaz de responder pelas demandas coletivas que são plurais. Comunicação e saúde não se confundem ou reduzem o fenômeno comunicacional aos meios de comunicação de massas ou novas tecnologias. Comunicação é o enfrentamento de linguagens verbais e não verbais de produção de sentidos² que viabiliza condições de maior explicitação e eficácia dos enunciados, dos processos de recepção e de circulação destas informações. Trata-se de um elemento estratégico para a gestão social da saúde e da qualidade de vida dos indivíduos. Não é mais possível pensar o mundo pela lógica da economia e da produção.

Araújo (2000) demonstra que comunicação e saúde são construções históricas que anunciam e viabilizam campos de lutas institucionais, científicas, assistenciais e discursivas. A comunicação, a saúde, a saúde da comunicação e a saúde na comunicação são objetos de diferentes saberes e práticas sociais. Produzem diferentes sentidos e efeitos. Portanto, o empenho na compreensão da conjuntura e na produção de metodologias, teorias e na constatação de novos desafios é um exercício cotidiano. Do ponto de vista de Araújo, a comunicação ocupa uma centralidade na disputa dos sentidos que orientam a constituição do campo da saúde, merecendo a produção de modelos de análise que considerem sua especificidade e modos de articulações com outras instituições e campos.

Na história dos cuidados e das práticas médicas no Brasil, a partir da segunda metade do século XIX, existem esforços em utilizar diferentes recursos com objetivo de informar a população sobre doenças, modos de cuidar, produtos com fins terapêuticos, profissionais que oferecem serviços e artigos publicados em folhetos, jornais e revistas. Isto é, a propaganda foi a primeira forma de divulgação das informações sobre saúde produzidas no Brasil do século XIX.

No século XX, o crescimento urbano, os novos processos de produção e estilos de vida, agências e práticas institucionais provocaram a urgência da utilização de comunicação na área da saúde. Os enfoques e problemas produziram diversos modos de utilizar as comunicações, num momento em que os jornais e revistas se multiplicavam, as propagandas tornavam-se parte do cotidiano, os rádios e o cinema introduziam novos temas e modos de enunciação. O Estado e as instituições de saúde utilizaram-se do recurso da comunicação para veiculação de seus projetos e ações, para enfrentar situações endêmicas ou epidêmicas.

² Os agentes e grupos sociais são constituídos por sujeitos históricos e sociais que buscam orientar suas ações segundo seus interesses e projetos. Produzem e veiculam discursos formando comunidades discursivas com capacidade de reconhecer um discurso e atribuir diversos sentidos. As ações e discursos são negociados e transformados cotidianamente, eles atribuem sentidos e estratégias compartilhando, disputando, negociando, conforme seus pontos de vista, tendências e forças conjunturais num processo inesgotável de produção de sentidos.

As condições de saúde, assistência à saúde, funcionamento das unidades de saúde, as práticas e atitudes de profissionais de saúde, a formação dos profissionais de saúde, as ações e políticas de saúde são alvos de críticas constantes dos veículos de comunicação. Porém, como observa Moraes (2000), as críticas nem sempre são explicadas e o tratamento noticioso não implica, necessariamente, em contextualização do assunto.

As notícias nos jornais sobre a saúde são apresentadas, em sua maioria, de forma pulverizada, descontínua e descontextualizada. Prevalece o tratamento tópico, isolado e a direção ou intencionalidade de cada notícia nunca é explicitada. A doença, as práticas e cotidiano institucionais, projetos ou ações estatais de saúde são compreendidas como possibilidade de produzir e atribuir sentido e visibilidade a projetos sócio-sanitários.

Cada veículo de comunicação empenha-se em criar seu próprio real sócio-sanitário seguindo modalidades específicas, envolvendo seus leitores pelas notícias e enfatizando temas que acreditam constituir os interesses e necessidades destes. Ao utilizar uma série de recursos gráficos – através da combinação texto e imagem – os veículos se permitem introduzir ao tema elementos que não estavam explicitados, ou mesmo não se encontravam originalmente nos fatos.

Nos jornais, por exemplo, a saúde é apresentada de diferentes formas e linguagens, em textos diretos ou indiretos, nas charges, nas histórias em quadrinhos. A temática da saúde é motiva de debate nos editoriais e nas seções de cartas dos leitores, parecendo indicar o desejo de que seja objeto de enfrentamento direto dos editores e jornalistas, transformados em “porta-vozes” dos leitores, que não encontram outros meios de representação para conseguir modificar a situação de saúde do país.

A comunicação e a saúde revelam e se revelam em diversos cenários, modos de atuação e existência. Nesse sentido, a sociedade e os profissionais de campos variados da saúde e comunicação devem se mobilizar para enfrentar novas situações e o controle social é tarefa urgente nesse novo contexto.

Numa primeira leitura, comunicação e controle social são palavras e processos que podem produzir um sentimento de paradoxos. Não são poucas as possibilidades do uso da comunicação para o controle social e até mesmo para evitá-lo. Sabe-se que controle social é característica de uma sociedade marcada pela participação social. No entanto, convivemos com a crescente ameaça do uso da comunicação como estratégia de controle, afirmação de interesses particulares e de desmobilização social.

Magajewski e Pitta (2000) demonstram que existe uma história de contribuições dos representantes da sociedade civil nas Conferências Nacionais de

Saúde e encontros de conselheiros de saúde em torno do aperfeiçoamento das políticas no campo da comunicação. Os autores indicam que as perspectivas e limites da construção de relações democráticas do setor no contexto brasileiro estão marcados pelas relações estabelecidas entre o Estado, a sociedade civil e a comunicação.

A comunicação, nas últimas décadas, tem se revelado como elemento estratégico na construção do Sistema Único de Saúde. Para garantir o êxito do SUS faz-se essencial um diálogo permanente com a comunicação, investindo no debate sobre o processo de construção de uma sociedade democrática, eqüitativa, descentralizada, comprometida com o controle social e com o respeito à cidadania.

A informação é fundamental na garantia da democracia, da equidade, da justiça e da qualidade de vida. Daí a urgência de se incluir a comunicação na agenda da saúde, conforme explica Pitta (2005). Em outras palavras, enfatizar um pacto pela qualidade, acesso e apropriação da comunicação e das informações sobre saúde, ampliando a perspectiva da comunicação pública, que aceita o dissenso e constrói sujeitos e protagonistas que ajudam a consolidar o SUS.

Nesse contexto, cabe aos profissionais de comunicação e da saúde buscar identificar e discutir as tendências e efeitos da comunicação em saúde na sociedade contemporânea. Discutir a influência dessa comunicação na criação, orientação, circulação e redefinição de valores e práticas relacionadas, principalmente, com a saúde pública.

Que comunicação queremos para a saúde? Que comunicação seremos capazes de produzir para viabilizar o controle social da saúde? Não são poucos os desafios que devem ser enfrentados diante da necessidade em garantir uma reversão do quadro sanitário, institucional e das políticas sociais no Brasil.

Num mundo de tecnologias e saberes que se apresentam e buscam afirmar sua importância e capacidade de organização e racionalidade, o Brasil ainda luta pela afirmação de um projeto social comprometido com mínimos direitos de cidadania e existência humana. Um Sistema Único de Saúde (SUS) que apresente, na prática, os preceitos constitucionais da universalização, com a justiça social, com eqüidade e com o controle social.

Nesse processo, os conselhos de saúde precisam se apoderar dos debates sobre a democratização da comunicação e da informação em saúde, contribuindo para que se fortaleçam como instâncias estratégicas de mobilização e controle público sobre as prioridades e políticas para o setor. Que sejam vozes capazes de aprimorar os debates em curso e, assim, liderar os processos político-institucionais.

Referências Bibliográficas

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

CARDOSO, J. *Comunicação, saúde e discurso preventivo*. Rio de Janeiro: UFRJ/ECO, 2001.

LEFÈVRE, A.; LEFÈVRE, F. *O discurso do sujeito coletivo*. São Paulo: Educs, 2006.

MADEIRA, W. *Navegar é preciso: avaliação dos impactos do uso da internet na relação médico-paciente*. 2006. Dissertação (Saúde Pública)–Universidade de São Paulo, 2006.

MAGAJEWSKI, F.; PITTA, A. Políticas nacionais de comunicação em tempos de convergência tecnológica: uma aproximação ao caso da Saúde. *Revista Interface*, [S.l.], n. 7, 2000.

MORAES, N. Memória e mundialização. In: LEMOS, M. T. T.; MORAES, N. *Memória e construções de identidades*. Rio de Janeiro: Sete Letras, 2006.

_____. Saúde, imprensa e memória. In: LEMOS, M. T. T. *Percursos da memória*. Rio de Janeiro: UERJ, 2000.

PITTA, A. M. R. Comunicação, informação e informática em saúde: que qualidade? que pacto? In: SEMINÁRIO DE COMUNICAÇÃO, INFORMAÇÃO E INFORMÁTICA EM SAÚDE, 2005, Brasília. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Exposição em mesa redonda.

PITTA, A. M. R. *Comunicação, promoção da saúde e democracia*. Rio de Janeiro: ECO/UFRJ, 2001.

A comunicação como um direito humano



Bia Barbosa¹

O conceito “direito à comunicação” apareceu pela primeira vez na década de 60 e foi se cristalizando em debates no âmbito da UNESCO. Nos últimos anos, passou a ser referência dos movimentos que atuam no campo da comunicação, configurando-se objetivamente no direito individual e coletivo de que todo ser humano seja produtor de informação, para além de espectador e leitor, e tenha condições de fazer circular estas manifestações. Neste sentido, não basta ter liberdade de expressão, nem acesso a uma vasta gama de fontes de informações. Num contexto de comunicações mediadas, defender o ato de falar e ser ouvido – assim como de escrever e “ser lido”, entre outros – significa olhar este complexo sistema de transmissão e circulação de informações das sociedades contemporâneas de forma a não discriminar e não excluir grupo algum.

A busca da não discriminação e o fim da desigualdade no acesso ao espaço midiático constituem, portanto, em uma visão que inverte o paradigma atual do campo das comunicações, colocando o foco no interesse público, coletivo, em detrimento dos interesses de poucos, o que no contexto atual significa o interesse mercantil.

¹ **Bia Barbosa** é jornalista e membro do Intervezes – Coletivo Brasil de Comunicação Social.

Defender a comunicação como um direito humano é, portanto, ir além da liberdade de expressão, um direito individual, e reivindicá-la como um direito coletivo. Ao mesmo tempo, significa não restringi-lo ao direito a uma informação “de qualidade”. É preciso poder produzi-la e veiculá-la em condições mínimas de igualdade em relação às demais informações que circulam pela mídia.

O direito humano à comunicação compreende ainda garantias como: instrumentos de controle público dos veículos de comunicação; a participação popular na formulação, definição e acompanhamento de políticas públicas e o acesso equitativo a tecnologias da informação e da comunicação.

Afinal, se a comunicação assume um papel fundamental nos processos de compreensão do mundo e de como a humanidade se move nele; se seus veículos são o principal espaço de circulação de informação e cultura e alguns dos mais importantes para a referência de valores e formação da opinião pública; se a mídia é a grande arena em que os projetos de sociedade são disputados, esta arena deve ser sempre um espaço plural e diverso, nunca apropriado por interesses privados ou de governo.

Por isso, é preciso uma postura ativa do Estado para atuar contra as diferenças econômicas, sociais e políticas que fazem tão poucos terem condições de serem produtores e difusores de informação – algo de que o Brasil, infelizmente, carece. Aqui, apenas seis redes privadas nacionais de televisão aberta e seus 138 grupos regionais afiliados controlam 667 veículos de comunicação. Seu vasto campo de influência se capilariza por 294 emissoras de televisão VHF que abrangem mais de 90% das emissoras nacionais. Somam-se a elas mais 15 emissoras UHF, 122 emissoras de rádio AM, 184 emissoras FM e 50 jornais diários².

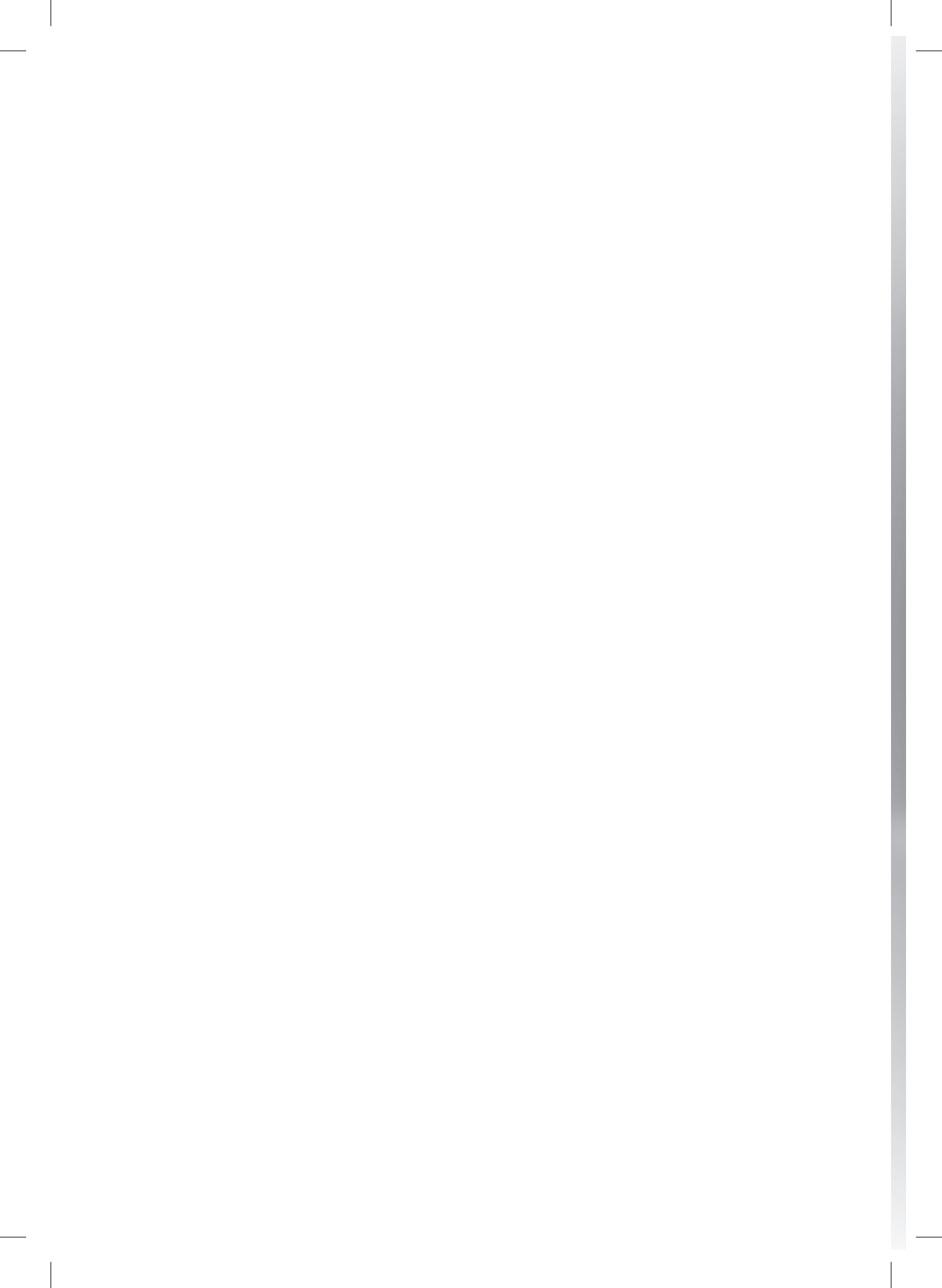
Os principais artigos da Constituição Federal relativos à Comunicação Social também permanecem sem regulamentação – entre eles, o que impediria o oligopólio dos meios de comunicação e o que estabelece o princípio da complementaridade entre os sistemas público, privado e estatal na radiodifusão, resultando hoje no fato de as emissoras de rádio e televisão serem majoritariamente controladas por empresas comerciais.

Paralelamente, rádios comunitárias têm sido perseguidas como criminosas e seu processo de legalização é sujeito a regras limitantes. E, mais recentemente, em virtude da tomada de decisão acerca do padrão de TV e rádio digitais a ser adotado no país, o governo federal cedeu aos *lobbys* do setor privado e, ignorando as pesquisas nacionais e a possibilidade de desenvolvimento da indústria nacional, abandonou a oportunidade histórica de incluir mais atores na mídia e democratizar as comunicações.

² Epcom – Instituto de Estudos e Pesquisa em Comunicação, 2002.

O outro lado desta moeda é que o Brasil também carece, ao mesmo tempo, de um reconhecimento da própria sociedade do direito à comunicação como um direito humano. E, enquanto não for reivindicado como tal, ele seguirá sendo cotidianamente cerceado e violado no Brasil.

Um dos maiores desafios na luta por um Estado democrático e para a realização plena de uma sociedade justa, sem opressões, é o resgate do ambiente da mídia como espaço público, desprivatizado mediante a inclusão progressiva de todos os atores sociais. Afinal, somente num espaço onde todos e todas tenham voz e acesso aos meios de produção e veiculação de informação, os demais direitos humanos poderão ser conhecidos, reconhecidos, protegidos, defendidos, reivindicados e efetivados.





PARTE 2

**COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO:
ESTRATÉGIAS DO CNS**

O Cadastro Nacional de Conselhos de Saúde como estratégia de fortalecimento da comunicação e informação para o exercício do controle social

Alessandra Ximenes da Silva¹

O Cadastro Nacional de Conselhos de Saúde visa fortalecer a comunicação e informação em saúde entre os Conselhos de Saúde e destes com a sociedade. Na 12ª Conferência Nacional de Saúde, foi avaliado que, no cenário mundial e no Brasil, as políticas estratégicas setoriais de comunicação e informação encontram-se no eixo central das possibilidades de geração de novos processos e de mudanças nos modelos institucionais de gestão. Para tanto, se faz necessário democratizar a comunicação e informação e garantir a implementação de uma política de comunicação e informação no Conselho Nacional de Saúde, fortalecido e articulado com os Conselhos Estaduais e Municipais, no sentido de ampliar o diálogo destes como o governo e a sociedade.

Para preencher tal lacuna, o Cadastro Nacional de Conselhos de Saúde (CNCS) surge como um mecanismo estratégico no processo de construção das políticas de comunicação e informação em saúde para o exercício do controle social. Trata-se de um instrumento que utiliza a internet para a atualização dos dados dos conselhos de saúde e disponibiliza essas informações para livre consulta da sociedade.

¹ **Alessandra Ximenes da Silva** – Coordenadora de Comunicação e Informação em Saúde da Secretaria Executiva do Conselho Nacional de Saúde, Gerente do Projeto do Cadastro Nacional de Conselhos de Saúde.

O Cadastro Nacional de Conselhos de Saúde é uma proposta que vem sendo discutida na agenda do controle social há vários anos. A necessidade de se construir um banco de dados nacional, atualizado com frequência pelos conselhos de saúde, foi apresentada, pela primeira vez, de forma mais explícita, em 1996, durante a 10ª Conferência Nacional de Saúde. No entanto, os processos de comunicação e informação em saúde ainda precisam superar obstáculos que impedem a apropriação dos seus instrumentos, por parte dos sujeitos políticos participantes dos conselhos de saúde.

Na 12ª Conferência Nacional de Saúde realizada em 2003, no eixo temático X- Comunicação e Informação em Saúde, foi aprovada a proposta de construção de um sistema que atendesse aos Conselhos de Saúde na perspectiva de melhorar a comunicação e informação entre eles.

O Conselho Nacional de Saúde (CNS), através de sua Comissão Intersetorial de Comunicação e Informação em Saúde (CICIS) tem avaliado e implementado as propostas relacionadas com a temática aprovadas na 12ª Conferência Nacional de Saúde. Para tanto, o CNS tem avaliado a necessidade de definir estratégias, para elaboração e implementação de políticas articuladas de comunicação e informação na perspectiva de dar maior visibilidade às diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), à política de saúde, às ações e à utilização de recursos. A intenção é socializar a informação de forma a ampliar a participação e o controle social. Para tanto, faz-se necessário:

- Democratizar a informação e a comunicação, em todos os aspectos;
- Garantir nas três esferas de governo, com definição de prazos, a compatibilização, a interface e a modernização dos sistemas de informação do SUS e o aperfeiçoamento da integração e da articulação com sistemas e bases de dados de interesse para a saúde;
- Viabilizar a rede de informação em saúde de âmbito nacional;
- Investir em projetos educacionais e em campanhas continuadas que favoreçam a participação popular nos processos de formulação e definição de políticas e programas de saúde, utilizando-se todos os meios de comunicação;
- Desenvolver projetos nas três esferas de governo para garantir a divulgação permanente para a população de informações e decisões dos conselhos, conferências de saúde e na mídia convencional e alternativa, nas instituições públicas e privadas, nas comunidades e também entre os gestores.

Diante dos desafios expostos, o CNS aprovou, em 2005, proposta de implantação do Cadastro Nacional de Conselhos de Saúde. O CNCS foi implementado pela Coordenação de Comunicação e Informação em Saúde da Secretaria Executiva do Conselho Nacional de Saúde. Para tanto, o projeto foi apresentado em reuniões ordinárias e extraordinárias dos Conselhos Estaduais de Saúde e também foi realizada capacitação com as Secretarias Executivas dos Conselhos Estaduais para a operacionalização do sistema. Esse processo fortaleceu a descentralização do projeto, uma vez que os Conselhos Estaduais de Saúde passaram a coordenar a implementação do projeto nos seus respectivos estados. Esse processo não foi uniforme, a metodologia utilizada levou em consideração a realidade local dos conselhos de saúde.

Observou-se que na fase de implementação os conselhos de saúde apresentaram muitas dúvidas sobre a organização, funcionamento e representatividade nos Conselhos de Saúde. A participação do CNS em reuniões dos Conselhos Estaduais de Saúde, foi fundamental para o êxito do projeto, que conseguiu atingir 91,07% dos Conselhos Estaduais e Municipais existentes.

O reconhecimento fundamental do projeto pelos Conselhos Estaduais de Saúde foi necessário para a grande mobilização e organização alcançadas pelos mesmos para cadastrar os Conselhos Municipais.

Para o Conselho Nacional de Saúde, essa alternativa de acesso às informações, aliada a outros mecanismos, pode contribuir sobremaneira para o aperfeiçoamento do processo de comunicação e informação em saúde e o conseqüente fortalecimento do controle social, além de permitir a divulgação das informações a diversos sujeitos sociais.

Para implementar a proposta foi formado um grupo de trabalho, no âmbito do Ministério da Saúde, através da Secretaria Executiva com a participação do CNS, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos (SIOPS), Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Diretoria de Investimentos e Projetos Estratégico (DIPE) e o Departamento de Informática do SUS (DATASUS), que avaliou os cadastros de conselhos de saúde já existentes no Ministério da Saúde. Verificou-se que as informações apresentadas diferiam entre si e divergiam dos dados apresentados pelos conselhos de saúde. Avaliou-se também que nenhum dos cadastros possuía rotina de atualização dos dados, o que acarretava uma defasagem nas informações.

Partindo dessas constatações, surgiu à necessidade de criação de um único cadastro capaz de refletir a realidade dos conselhos de saúde no Brasil e fortalecer a interlocução contínua entre o CNS, os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde.

A proposta do Cadastro Nacional de Conselhos de Saúde foi construída em consonância com a proposição aprovada na 12ª Conferência Nacional de Saúde. Ao mesmo tempo, buscou-se responder às solicitações dos conselhos na criação de um sistema de informação em saúde voltado para a cidadania e disponível para a população de forma atualizada e contínua.

O Cadastro Nacional de Conselhos de Saúde (BRASIL, 2005) tem como objetivos principais:

- Fortalecer a comunicação e informação do Conselho Nacional de Saúde com os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde;
- Manter um único cadastro, atualizado, com identificação dos conselhos de saúde de âmbito estadual, municipal e do Distrito Federal e de seus presidentes;
- Disponibilizar o cadastro para todos os órgãos do Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, Conselhos Estaduais de Saúde, Conselhos Municipais de Saúde e do Distrito Federal;
- Dar visibilidade à sociedade sobre as informações dos conselhos de saúde, através da Internet.

Metodologia

A metodologia utilizada foi a participativa, enfocando os conselhos de saúde enquanto espaços de formulação e deliberação da política de saúde. Os conselhos de saúde têm contribuído para o fortalecimento da democracia, em suas diversas dimensões e contradições.

O CNCS foi apresentado em reuniões dos Conselhos Estaduais de Saúde dos 26 estados e do Distrito Federal. Foram capacitadas as Secretarias Executivas dos Conselhos Estaduais de Saúde para operacionalização do sistema. O Projeto, inicialmente, foi apresentado à Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, em dezembro de 2004, o que significou a primeira apresentação junto aos conselhos de saúde e esses apresentaram propostas de inclusão de informações sobre os conselhos. O projeto também foi apresentado em outros eventos, os quais destacam-se: 1) Congresso das Secretarias Municipais de Saúde - Cuiabá-MT (2005); 2) Congresso de Ciências Sociais e Humanas da ABRASCO, realizada Oficina do Conselho Nacional de Saúde “Controle Social e Cadastro Nacional de Conselhos de Saúde” – Florianópolis – SC (2005); 3) Congresso da Rede Unida – Belo Horizonte – MG (2005); 4) Reuniões das Secretarias Executivas dos Conselhos Estaduais (2005/2006); 5) V Congresso de Secretarias Municipais de Saúde da Região Sul – Itajaí – SC (2006); 6) XXII Congresso da Saúde, Cultura de Paz e Não Vio-

lência e V Congresso da Rede Américas – Recife – PE (2006); 7) VII Congresso Nacional da Rede Unida (2006); 8) 8º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva e 11º Congresso Mundial de Saúde Pública, promovido pela ABRASCO – Rio de Janeiro – RJ (2006) e; 9) Plenárias Estaduais de Conselhos de Saúde (2005/2006).

A implantação do CNCS no primeiro momento se deu com experiências pilotos em dois estados: Rio Grande do Sul e Amazonas. A equipe técnica definiu iniciar os testes em regiões com realidades diferentes com o objetivo de detectar a necessidade de ajustes no sistema e subsidiar a implantação no restante do país. Foi dado um prazo de 30 (trinta) dias para os respectivos estados realizarem o cadastro.

O CNCS foi avaliado pelos estados do projeto piloto como um efetivo instrumento para fortalecer a comunicação e informação entre os conselhos de saúde. A experiência piloto demonstrou que o CNCS é um mecanismo facilitador no acesso às informações necessárias para melhorar a atuação dos conselhos de saúde. Após avaliação do projeto piloto o CNCS foi implementado nacionalmente.

O processo de implementação do Cadastro Nacional de Conselhos de Saúde iniciou em março de 2005 e terminou em 15 de agosto de 2006 para consolidação e divulgação dos resultados em dezembro deste ano. O CNCS atingiu 5.090 Conselhos de Saúde Estaduais e Municipais, o que representa 91,07% dos conselhos de saúde existentes. A partir de janeiro de 2007 o CNCS estará disponível para os conselhos iniciarem a atualização dos dados e ao mesmo tempo os conselhos que ainda não se cadastraram, terão acesso a fazê-lo. Um dado importante identificado no CNCS diz respeito ao número de conselheiros integrantes dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde que são de 72.724 nos 5.090 conselhos cadastrados.

Monitoramento e Avaliação

O monitoramento foi realizado através da Coordenação de Comunicação e Informação em Saúde da Secretaria Executiva do Conselho Nacional de Saúde. Ao identificar alguns problemas no processo de implementação, em algumas situações, retornou-se aos Conselhos Estaduais de Saúde. A comunicação com os Conselhos Estaduais ocorreu através de telefone, fax, endereço eletrônico e presencial. A avaliação do processo de implementação do projeto foi realizada sistematicamente nas reuniões da Comissão Intersetorial de Comunicação e Informação em Saúde do CNS, nas reuniões da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde e nas reuniões das Secretarias Executivas dos Conselhos Estaduais de Saúde.

Implementação do Cadastro Nacional de Conselhos de Saúde

O Cadastro Nacional de Conselhos de Saúde foi criado pelo DATASUS, sob a coordenação do Conselho Nacional de Saúde, dentre os principais problemas identificados destacam-se: 1) a necessidade de ter um instrumento de alcance nacional que possibilite manter de forma fidedigna, os dados dos conselhos e presidentes dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde e do Distrito Federal e; 2) disponibilizar uma aplicativo na Internet que possibilite as várias esferas (Federal, Estadual e Municipal) captar essas informações, tendo a flexibilidade de, através dos conselhos de saúde, mediante conta de acesso (senha) permitir o preenchimento e atualização do cadastro. O Cadastro Nacional de Conselhos de Saúde disponibiliza as seguintes informações:

- Identificação (nome do conselho – Estadual, Distrito Federal e Municipal);
- Endereço (bairro/localidade, complemento, ponto de referência, CEP);
- Telefone, fax e endereço eletrônico;
- Dados de funcionamento do conselho (data de criação do conselho, data da última recomposição do conselho);
- Outros dados do conselho (periodicidade das reuniões, temas abordados nas reuniões e adequação à Resolução n.º 333/2003 do CNS);
- Composição atual do conselho – quantidade total de conselheiros, quantidade de usuários, quantidade de trabalhadores de saúde, quantidade de prestadores de serviço e quantidade de gestores;
- Dados do presidente do conselho (nome completo, sexo, faixa etária, segmento, estado, município, bairro localidade, endereço, complemento, ponto de referência, CEP, telefone, fax, endereço eletrônico e autorização para divulgação dos seus dados – disponível no sistema).

A atualização dos dados do CNCS deve ser feita uma vez por ano, não significa, portanto, que os conselhos de saúde não possam fazê-lo a qualquer tempo, de acordo com as suas respectivas necessidades.

Inicialmente com a implementação do Projeto Piloto nos estados do Rio Grande do Sul e do Amazonas. Os resultados alcançados superaram as expectativas. O Amazonas, em 30 dias, conseguiu cadastrar todos os Conselhos Municipais existentes no estado, ou seja, 62 (sessenta e dois) Conselhos Municipais, além do Conselho Estadual. O Estado do Rio Grande do Sul, por sua vez, atingiu, no mesmo período, 93,76% da meta, ao cadastrar o Conselho Estadual e 465 Conselhos Municipais. Posteriormente, o estado do Rio Grande do Sul atingiu os 100% e cadastrou todos os 496 Conselhos Municipais. Após essa etapa, o projeto foi implementado nacionalmente de acordo com o quadro a seguir:

Quadro 1. Cadastro Nacional de Conselhos de Saúde por Região

Estado	Cadastrados	Faltam Cadastrar	Total de conselhos	%
Região Norte				
Acre	16	7	23	69,57%
Amapá	16	1	17	94,12%
Amazonas	63	0	63	100%
Rondônia	47	6	53	88,68%
Roraima	13	3	16	81,25%
Pará	144	0	144	100%
Tocantins	140	0	140	100%
Região Nordeste				
Piauí	204	20	224	91,07%
Pernambuco	170	16	186	91,40%
Maranhão	126	92	218	57,80%
Alagoas	103	0	103	100%
Bahia	395	23	418	94,50%
Rio Grande do Norte	168	0	168	100%
Sergipe	56	20	76	73,68%
Paraíba	211	13	224	94,20%
Ceará	179	6	185	96,76%
Sudeste				
São Paulo	577	69	646	89,32%
Minas Gerais	722	132	854	84,54%
Rio de Janeiro	93	0	93	100%
Espírito Santo	72	7	79	91,14%
Sul				
Rio Grande do Sul	497	0	497	100%
Paraná	369	31	400	92,25%
Santa Catarina	260	34	294	88,44%
Centro-Oeste				
Goiás	229	18	247	92,71%
Distrito Federal	1	0	1	100%
Mato Grosso	142	0	142	100%
Mato Grosso do Sul	78	1	79	98,73%
5.090 Conselhos Cadastrados - 91,07%				

Fonte: Cadastro Nacional de Conselhos de Saúde, 2006 - CNS.

No quadro acima, observa-se que dos 26 estados mais o Distrito Federal, 09 (nove) estados conseguiram cadastrar 100% dos Conselhos Estaduais e Municipais, sendo estes: Amazonas, Pará, Tocantins, Alagoas, Rio Grande do Norte, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Distrito Federal e Mato Grosso. Destaca-se também que cerca de 10 (dez) estados atingiram acima de 90% dos conselhos cadastrados: Amapá, Piauí, Pernambuco, Bahia, Paraíba, Ceará, Espírito Santo, Paraná, Goiás e Mato Grosso do Sul. Ressalta-se que 05 (cinco) estados atingiram acima de 80%, Rondônia, Roraima, São Paulo, Minas Gerais e Santa Catarina. O Estado de Sergipe cadastrou 73,68%, o do Acre 69,57% e do Maranhão 57,80%.

De acordo com dados do CNCS o acesso aos meios de comunicação pelos Conselhos de Saúde necessita de mudanças nesta realidade. Observa-se que dos 5.090 conselhos cadastrados 584 (quinhentos e oitenta e quatro) não possuem acesso a telefone. Também identifica-se que 966 (novecentos e sessenta e seis) não possuem fax e 1.425 (hum mil quatrocentos e vinte e cinco) conselhos de saúde não têm acesso a endereço eletrônico. Isso implica, que quanto mais se necessita de apropriação de tecnologias maior a dificuldade dos conselhos de saúde terem acesso.

Figura 1. Acesso dos Conselhos de Saúde a Telefone

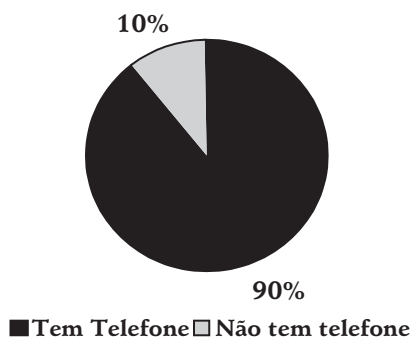


Figura 2. Acesso dos Conselhos de Saúde a Fax

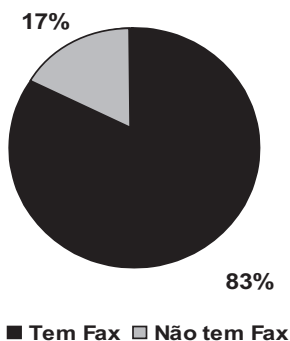
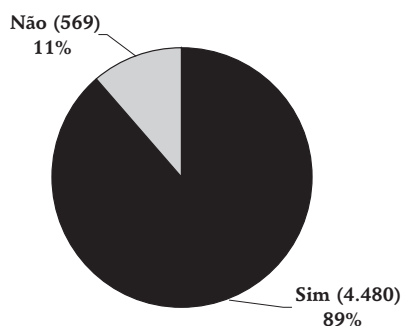


Figura 3. Acesso dos Conselhos de Saúde a Endereço Eletrônico

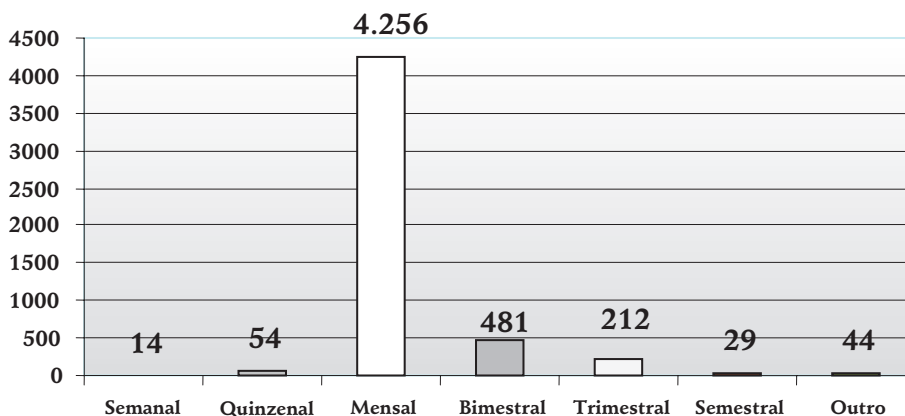


No que se refere à adequação dos conselhos de saúde a Resolução n.º 333/2003 do CNS, identifica-se que um número considerável de conselhos de saúde 4.480 (89%) estão adequados, apenas 569 (11%), responderam negativamente. Observa-se, no entanto, problemas principalmente na Região Norte e em alguns estados do Nordeste e do Sul, fundamental no que diz respeito à paridade dos segmentos nos conselhos de saúde.

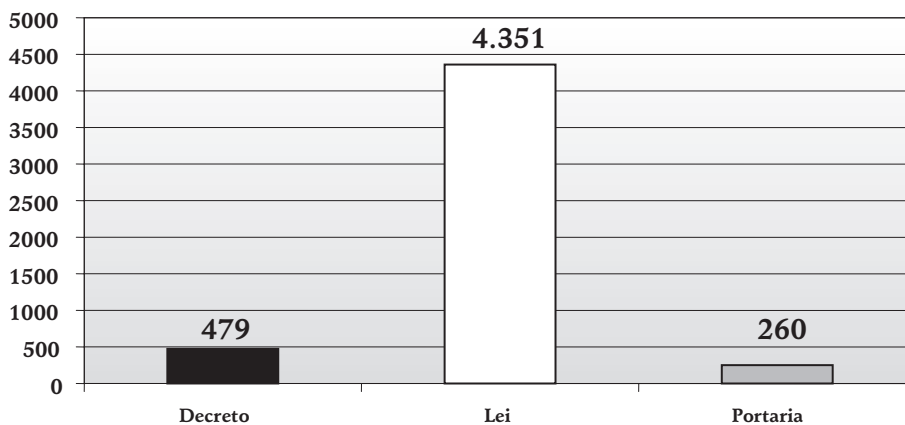
Figura 4. Adequação dos Conselhos de Saúde à Resolução n.º. 333/2003 do CNS



No que se refere à periodicidade das reuniões dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, dos 5.090 conselhos cadastrados, 4.256 conselhos realizam suas reuniões mensais; 481 bimestrais; 212 trimestrais; 54 quinzenais; 29 semestrais. Destacam-se que 14 conselhos de saúde realizam suas reuniões semanais e 44 conselhos apresentaram outras periodicidades. Esses dados chamam atenção, uma vez que alguns conselhos não têm uma periodicidade de realização de reuniões ordinárias dos conselhos, isso implica que esses conselhos têm apresentado dificuldades para o exercício do seu papel político, enquanto formulador de estratégias, e deliberativo das políticas de saúde.

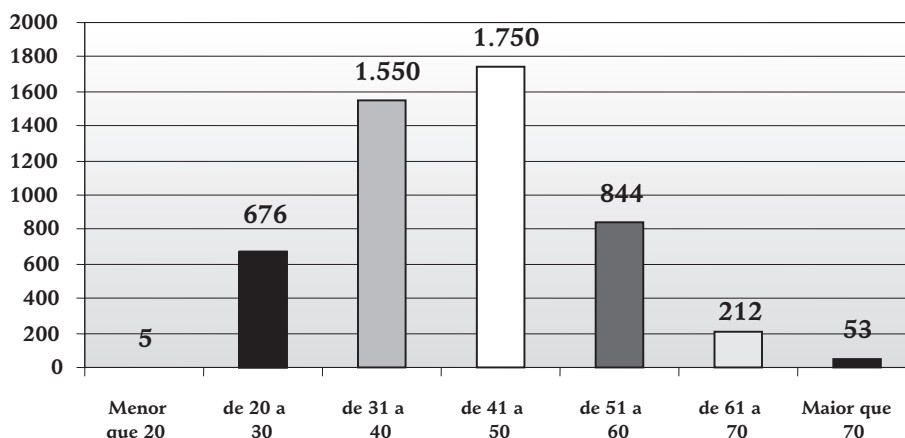
Figura 5. Periodicidade de Reuniões

Quanto ao instrumento de criação dos conselhos de saúde, observa-se que dos 5.090 conselhos de saúde cadastrados, 4.351 foram criados através de lei; 479 por decreto e 260 por portaria. No momento de implementação do cadastro, identificou-se que alguns conselhos estão em processo de mudança do instrumento em consonância com a Resolução n.º 333/2003 do Conselho Nacional de Saúde, que trata da organização, funcionamento e representação dos conselhos de saúde.

Figura 6. Instrumento de Criação

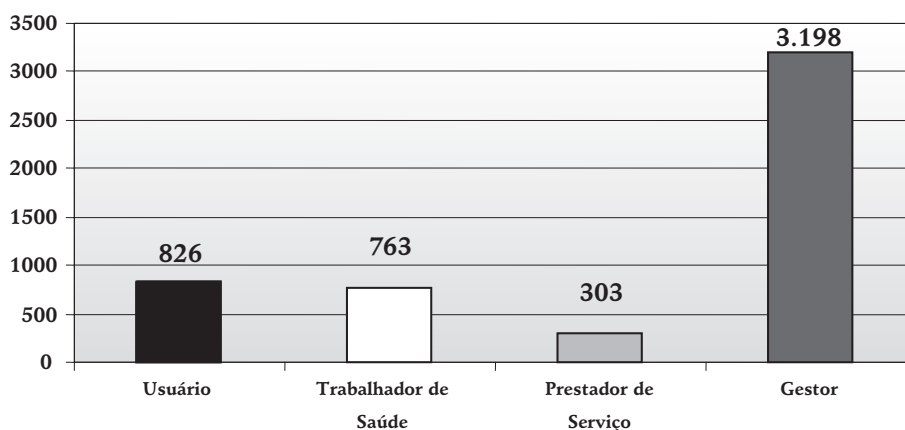
No que se refere a faixa etária da presidência dos conselhos de saúde, observa-se que dos 5.090 conselhos de saúde cadastrados, 1.750 dos presidentes estão na faixa etária de 41 à 50 anos; a seguir, 1.550 conselhos seus presidentes estão na faixa etária de 31 à 40 anos. No entanto, identifica-se uma faixa etária jovem em 676 conselhos de saúde, cujos presidentes estão na faixa de 20 à 30 anos.

Figura 7. Faixa Etária do Presidente



No que se refere a representação do segmento da presidência nos conselhos de saúde, identifica-se que dos 5.090 conselhos de saúde cadastrados, 3.198 presidentes são do segmento do gestor. A seguir, o segmento que tem maior representatividade nos conselhos de saúde são os usuários com 826 representantes; os trabalhadores possuem 763 representantes e o segmento dos prestadores de serviços possuem a menor representação com 303 presidentes.

Figura 8. Segmento do Presidente



Principais Temas Abordados nas Reuniões dos Conselhos de Saúde

No que diz respeito aos temas que estão sendo discutidos e deliberados pelos conselhos de saúde, no CNCS observa-se que os temas e agenda dos conselhos de

saúde são muito variados, o que denota que em algumas realidades os conselhos de saúde estão cumprindo com o seu papel político e tem efetivamente discutido e deliberado sobre a política de saúde, enquanto em outras realidades constata-se um esvaziamento da pauta política dos conselhos, que muitas vezes têm discutido sobre questões pontuais, sem levar em consideração a política de saúde na sua esfera. Dentre os principais temas discutidos destacam-se:

- Planos de Saúde;
- Orçamento da Saúde;
- Planos de Aplicação dos Recursos da Saúde;
- Prestação de Contas;
- Avaliação de Políticas e Programas de Saúde;
- Relatórios de Gestão;
- Política de Assistência Farmacêutica;
- Farmácia Básica;
- Conferências de Saúde;
- Contratação dos Profissionais de Saúde;
- Capacitação de Conselheiros;
- Reformulação/Reorganização/Reestruturação dos Conselhos de Saúde;
- Regimento Interno dos Conselhos de Saúde;
- Convênios;
- Medicamentos;
- Campanhas de Vacinação;
- Avaliação de atendimento à População;
- DSTs e AIDS;
- Denúncias;
- Compras de Equipamentos;
- Construção de Unidades de Saúde;
- Campanhas de Vacinação;
- Ampliação das Equipes do Programa de Saúde da Família;
- A Atuação dos Agentes de Saúde;
- Programação Pactuada Integrada.

Considerações Finais

O processo de implementação do Cadastro Nacional de Conselhos de Saúde, visa fortalecer a comunicação e informação do Conselho Nacional de Saúde com os Conselhos Estaduais e Municipais, além de dar visibilidade as informações acerca dos conselhos de saúde à sociedade. A participação dos conselhos de saúde na construção do projeto foi significativa, uma vez que a metodologia do CNS permitiu que a coordenação do projeto fosse compartilhada com os Conselhos Estaduais. Tal fato fortaleceu e deu grande legitimidade ao processo de implementação do CNCS.

Os sujeitos políticos participam da vida social em proporção ao volume e qualidade das informações que possuem em especial, a partir das suas possibilidade de acesso às fontes de informação e de condições favoráveis de aproveitamento delas, de forma a poderem intervir como produtores do saber.

A comunicação e informação em saúde possui uma dimensão política e estratégica para os processos decisórios nos conselhos de saúde, fazendo-se necessário à existência de mecanismos participativos e democráticos. O aparato que envolve a informação em saúde necessita estar a serviço dos sujeitos políticos, sendo assim, o acesso às informações precisam ser democratizados e as barreiras existentes superadas. Para tanto, na perspectiva de fortalecer o exercício do controle social na política de saúde se faz necessário, por parte dos sujeitos políticos envolvidos no processo, o efetivo conhecimento do Sistema Único de Saúde, da Legislação, da realidade epidemiológica, assistencial, financeira, política e etc, para acompanhar, estimular e avaliar o sistema de informações em saúde no nível municipal, estadual e o nacional.

O Cadastro Nacional de Conselhos de Saúde tem se apresentado como um importante instrumento para o fortalecimento da comunicação e informação em saúde para o exercício do controle social, no entanto, identifica-se a necessidade de equipar os conselhos de saúde tanto na perspectiva de melhorar o acesso aos meios de comunicação quanto de apropriação efetiva da informação em saúde dos sujeitos políticos participantes dos conselhos de saúde, enquanto espaços de formulação e deliberação das políticas de saúde.

Referências Bibliográficas

BRASIL. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 19 set. 1990.

_____. Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez. 1990.

_____. Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Saúde. *Cadastro Nacional de Conselhos de Saúde*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SÉRGIO AROUCA, 10., 1996, Brasília. *Relatório...* Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SÉRGIO AROUCA, 11., 2000, Brasília. *Relatório...* Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SÉRGIO AROUCA, 12., 2003, Brasília. *Relatório...* Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

Acesso ao Cadastro Nacional de Conselhos de Saúde:

<http://formsus.datasus.gov.br/cns>

<http://conselho.saude.gov.br>

Reflexões sobre inclusão digital e controle social do SUS no Brasil



Alessandra Ximenes¹
Angélica Silva²

Inclusão digital, o que é?

O Sistema Único de Saúde (SUS) está num momento de consolidação e crítica. Após 16 anos³ de implantação, o modelo descentralizado adotado pelo Estado brasileiro vem incorporando as benesses das tecnologias de informação e de comunicação (TIC). Esta época de mudanças tecnológicas impactantes nas telecomunicações tem sido tratada pelos teóricos como era da Sociedade da Informação. A democracia brasileira ressurgida na década de 1980 incorporou novas questões a serem debatidas e amadurecidas pelo coletivo para uma melhor gestão do Estado. Para analisar a situação do SUS e do controle social do mesmo, pelo viés do desfrute das TIC, emergem dois assuntos de destaque: a criação de espaços de governança eletrônica e a inclusão digital como política pública.

¹ **Alessandra Ximenes** é Coordenadora de Comunicação e Informação em Saúde da Secretaria Executiva do Conselho Nacional de Saúde, Gerente do Projeto do Cadastro Nacional de Conselhos de Saúde

² **Angélica Silva** é Coordenadora de Inovações Tecnológicas do Canal Saúde/Fiocruz e Coordenadora do Programa de Inclusão Digital das Secretarias e Conselhos de Saúde do Rio de Janeiro.

³ Levando em consideração a Lei Orgânica da Saúde, lei nº 8.080, que regulamentou o SUS, datada de 19 de setembro de 1990.

Segundo Jardim (2004), o termo *e-governance*, isto é, governança eletrônica, centra-se em uma visão ampla de governabilidade, sinalizando como opera, trabalha e se organiza a sociedade à qual o governo deve assegurar o acesso e a participação em diversas redes de informação. Possui um sentido mais amplo e abrange o conceito de *e-government*, governo eletrônico, o qual teria como foco as tarefas gerenciais que conduzem à interação cidadania-governo (GARTNER GROUP, 2000 apud JARDIM, 2004). Do ponto de vista estritamente tecnológico, o E-gov visaria o cidadão como um ponto a conectar dentro de uma rede, enquanto a governabilidade eletrônica asseguraria o acesso e a participação dos cidadãos, individual e coletivamente, dentro das redes governamentais. Experiências sobre governança eletrônica, observadas na literatura científica recente, revelam que o país está bastante atrasado no que diz respeito à garantia governamental da inclusão da sociedade nas diversas redes de informação.

Vários autores têm se debruçado no binômio inclusão/exclusão digital. O termo inclusão digital geralmente é empregado em contextos de elaboração de políticas públicas estruturais e compensatórias de combate à pobreza; já o termo exclusão digital é usado em diagnósticos e panoramas de realidades específicas, porém ambos dizem respeito ao mesmo fenômeno.

Sob uma dimensão simplificada, um excluído digital seria aquele privado de acesso a um computador ligado à Internet, através de uma linha telefônica e um provedor de acesso (SILVEIRA, 2001, p. 18). Porém, a exclusão digital está inserida num contexto amplo e complexo de outras formas de exclusão social. Phillips (1999) afirma que através do ganho da combinação entre capital social e cultural, os com mais capital econômico também estão mais bem posicionados para exercer o poder político e tornar a desigualdade social mais destrutiva. Já Bernardo Sorj (2003) compreende a exclusão digital como uma dimensão da desigualdade social. O autor enfatiza que a exclusão digital é a ausência de informação em resposta aos anseios locais de comunidades empobrecidas, pequenas cidades, bairros distantes e zonas rurais. Ela representa um desafio tecnológico para a Sociedade da Informação, que, ao produzir conteúdos específicos para essas populações, não deve orientá-los por uma lógica exclusivamente comercial.

Ainda hoje existe uma disparidade muito grande entre países e, nestes, entre regiões, tanto no que diz respeito à qualidade da infra-estrutura em telecomunicações quanto à teledensidade⁴. A falta de educação e a falta de infra-estrutura informacional deixam a maior parte do mundo dependente do desempenho de um pequeno número de segmentos das economias globalizadas. Para um país, a gravidade da exclusão digital é estreitamente ligada ao seu desempenho econômico, e estar desconectado ou superficialmente conectado com a Internet equi-

⁴ Índice que compara acessos à telefonia fixa à demografia de determinada área geográfica.

vale a estar à margem do sistema global, interconectado. Desenvolvimento sem a Internet seria o equivalente à industrialização sem eletricidade na Era Industrial (CASTELLS, 2003, p. 220).

O Mapa da Exclusão Digital, elaborado pela Fundação Getúlio Vargas, em 2003, aprofunda a dimensão do fenômeno no Brasil. O trabalho visa introduzir o conceito de capital digital, que seria uma releitura do capital social. Segundo o estudo, a falta de capital social não seria suficiente para explicar determinada situação de desigualdade e pobreza na atual sociedade brasileira. O processo de acúmulo de capital social passa pela mobilização interna da comunidade, por sua capacidade de articulação com outros níveis da sociedade, através do associativismo, pelo poder de pressão e solidariedade interna. Passa também pela interação com uma política de inclusão digital que contemple equipamentos e conhecimento técnico que possibilite a interação entre cidadão, coletividade e governo.

O capital digital teria três impactos determinantes na população: a geração de renda, o aumento de bem-estar e o aumento da capacidade de lidar com flutuações econômicas como, por exemplo, o desemprego temporário de um dos membros da família. Neste estudo, o segundo impacto é o que se destaca, pois tem ligação direta com o campo da cidadania, relacionando-o ao acesso a serviços de utilidade pública, em especial os de educação e saúde. Segundo a pesquisa, para se aumentar o impacto relacionado ao bem-estar é preciso disseminar as medidas de bem-estar social com a posse de recursos físicos, conhecimentos e redes, estes ligados ao uso da tecnologia de informática.

A construção de outras variáveis relativas ao capital digital é especialmente importante no Brasil e na América Latina pela longa tradição de usar medidas de pobreza baseadas em renda (FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS, 2003, p. 25) para explicar a desigualdade.

Qual relação entre inclusão social e inclusão digital?

Há vários esforços e iniciativas para categorizar a desigualdade social em todo mundo. Um consenso é que ela não tem uma dimensão só econômica. O capital social traz um novo conteúdo a esta discussão: o associativismo. Na Sociedade da Informação organizada em rede, mais um elemento está sendo usado para medir a desigualdade social: a capacidade de determinada comunidade se interligar na rede interplanetária de computadores.

Capital digital já é um dos índices para avaliar o acúmulo de capital social de determinada comunidade. É possível detalhar a política de inclusão digital através de modelos operacionais sob a ótica de Warschauer (2003). O pesquisador

observou, nos últimos cinco anos, iniciativas governamentais e da sociedade civil organizada para implantação de telecentros em vários países, inclusive no Brasil. Segundo o autor, há três modelos de acesso as TIC: o centrado nos equipamentos, na conectividade ou no letramento digital do cidadão a ser beneficiado. A combinação dos três itens, com ênfase na integração entre o sujeito e a implantação da TIC é o ideal.

A apropriação do “novo mundo digital” por parte dos conselheiros de saúde (letramento) está diretamente ligada a um novo patamar de desempenho institucional para o exercício do controle social, quando visa agilizar e amplificar contatos na discussão da operacionalização do Sistema Único de Saúde.

O SUS promove uma inclusão social?

Os princípios do SUS, elucidados pela Carta Magna e pela legislação pertinente, o tornam a mais inclusiva política pública do país. Um sistema de saúde público factualmente universal, equânime e integral pode poupar divisas para o país e proporcionar o acúmulo de capital social a várias camadas tradicionalmente excluídas da sociedade. Destaca-se neste processo que ser incluído também é ser informado. E o Conselho de saúde é uma das principais vias de esclarecimento à população sobre o funcionamento do SUS.

Estudos acadêmicos e diversos encontros entre conselheiros têm ligado a questão do controle social à da comunicação em saúde, conforme assinala Pitta (1999, p. 65):

Se tomarmos como ponto de partida a 10ª Conferência Nacional de Saúde [...], sobressaem, em especial nos itens referentes ao Controle Social, os contornos de uma política que dá mais concretude à relação entre comunicação e exercício da cidadania e ao conceito de liberdade de expressão (direito à comunicação) — já apontado, como princípio, desde a 8ª Conferência Nacional de Saúde, de 1986.

A população brasileira tem pouco conhecimento sobre o SUS. Os meios de comunicação disseminam uma visão distorcida e caricaturada. Mesmo a porta de entrada do sistema é confundida, se unidade de saúde ou hospital, apesar dos investimentos em atenção básica das últimas gestões. Em tempos de reedição das normas operacionais do SUS para os Pactos pela Saúde, os Conselhos de saúde nas três instâncias ainda não dominam o texto e os impactos desta pactuação nas três esferas. Para piorar o panorama, há uma tendência para culpabilizar os conselheiros por este desconhecimento popular em torno do SUS, afirmando que as instâncias deliberativas de gestão participativa não funcionam a contento. Porém, em meio a estudos e investigações, há escassos trabalhos sobre a relação da qualificação dos serviços de saúde oferecidos à população e a enorme rede de troca de informações do controle social, esta de caráter multicêntrico, emi-

nentamente presencial e documental ainda (manifesta-se através de relatórios, recomendações etc).

Comunicação em rede e TIC

As boas novas são que os conselheiros vêm mais paulatinamente incorporando as TIC em suas atividades. A governança eletrônica como dimensão avançada de *E-gov* está se estabelecendo no meio, como denota, por exemplo, a reformulação do sítio do Conselho Nacional de Saúde, <<http://www.conselho.saude.gov.br>>, operacionalizada pelo Datasus em 2005. Castells em investigação sobre o comportamento de vários países no uso da Internet observou que as TIC têm um baixo poder de modificações de hábitos sociais, apesar do entusiasmo de certos autores sobre o tema.

Por outro lado, este tipo de tecnologia amplifica a participação cidadã na esfera democrática, através da construção de fóruns interativos de atuação, da ampliação da inteligência coletiva preconizada por Lévy e do desenvolvimento de softwares com o design para grupos. Este último aspecto é especialmente relevante, pois o design voltado para as necessidades de um grupo, uma comunidade afim, é aquele que torna transparente os discursos, as subdivisões e as decisões desta determinada coletividade.

A Rede do SUS e do Controle Social no território brasileiro

Os gestores do SUS se organizam em rede de maneira muito eficiente. As comissões intergestoras foram previstas na primeira norma de operação básica do SUS de 1993 e se reúnem regularmente. São fortes espaços de articulação em rede a Comissão Intergestora Tripartite e as Bipartites, o Conass (Conselho Nacional de Secretários de Saúde) e o Conasems (Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde). Ao observar o uso das TIC por estas instâncias, visitando os sítios dos mesmos, constata-se o amplo uso da Internet, seja para divulgar eventos, seja para acompanhar a legislação. Não há só um vasto conteúdo como um também design amigável, que faz destes sítios, repositórios de informação mais ágeis do que o próprio sítio institucional do Ministério da Saúde. Há uma forte preocupação com a atualização do conteúdo, quase não se vê links quebrados ou partes do sítio sem funcionamento. Existem áreas restritas de acesso, fóruns, enfim, ferramentas de discussão e gestão coletiva de conhecimento e troca de informação entre pares. Um exemplo é a discussão do Pacto Pela Vida 2006. No sítio do Conasems, é possível com apenas dois cliques, acessar um pequeno e claro texto explicativo sobre o Pacto, links para todas as portarias e as diretrizes operacionais.

Para fiscalizar, planejar e controlar os recursos destinados à área de Saúde no orçamento do estado ou município, conforme o previsto em lei, o Conselho

precisa interagir com o Poder Executivo o tempo todo. O Conselho deve ainda fiscalizar o Fundo de Saúde e propor o Plano de Saúde na Lei de Diretrizes Orçamentárias. Porém, o descompasso tecnológico e organizacional entre os gestores e conselheiros é ainda mais patente na Internet. O caráter deliberativo dos Conselhos fica debilitado quando eles não conseguem acompanhar, trocar e refletir sobre os documentos de pactuação para o funcionamento do SUS. Os encontros presenciais tão característicos da área - conferências, plenárias locais, regionais e nacionais – não dão conta da velocidade de como estas medidas administrativas são editadas e executadas.

Esta rede presencial, uma teia multicêntrica com mais de cinco mil pontos, aglomerados regionais e um grande conglomerado nacional por ocasião das conferências nacionais de saúde precisa antes de tudo se conhecer, medir sua adequação às resoluções e estabelecer um canal de interlocução digital, assim, quebrando distâncias orçamentárias e espaciais. Para isto, ações envolvendo informática, sistemas de informação, conectividade e letramento digital podem alavancar o exercício do controle social do Sistema Único de Saúde, incluindo mais pessoas na operacionalização deste sistema que é de todos os cidadãos brasileiros.

O Programa de Inclusão Digital como uma proposta de fortalecimento da rede

As TIC são aplicadas pela comunidade acadêmica para a racionalização de dados em métodos qualitativos e quantitativos há mais de 20 anos. Cientistas sociais e políticos contam com o auxílio das TIC para observar os rumos do Estado e do controle social do mesmo, produzindo estudos, pesquisas e reflexões que auxiliam a gestão. Porém, a apropriação das TIC por parte dos conselheiros como um fator de ganho para o desempenho institucional destas arenas ainda é incipiente. Um marco deste tipo de ação é o Cadastro Nacional de Conselhos de Saúde (CNCS). O instrumento tem como objetivo principal fortalecer a comunicação e informação em saúde entre os Conselhos de Saúde e destes com a sociedade.

O CNCS foi implementado em 2005 pela Coordenação de Comunicação e Informação em Saúde da Secretaria Executiva do Conselho Nacional de Saúde. O projeto do cadastro foi discutido em reuniões ordinárias e extraordinárias dos Conselhos Estaduais e Nacional de Saúde. A metodologia levou em consideração a realidade local dos Conselhos de saúde. As Secretarias Executivas dos Conselhos Estaduais foram capacitadas para a operacionalizar do sistema. Esse processo fortaleceu a descentralização do cadastro, uma vez que os Conselhos Estaduais de Saúde passaram a coordenar localmente a implementação.

Além deste aspecto, uma questão de destaque é a aliança entre diferentes atores da saúde pública para a criação deste cadastro único. Foi formado um grupo de trabalho no Ministério da Saúde, reunindo o Conselho Nacional de Saúde, a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Secretaria de Gestão

do Trabalho e da Educação na Saúde, Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos (SIOPS), Diretoria de Investimentos e Projetos Estratégicos (DIPE) e o Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Ao avaliar outras tentativas de se elaborar sistemas de informação sobre os Conselhos de saúde, o grupo verificou que as informações apresentadas diferiam entre si, estavam defasadas e divergiam dos dados apresentados pelos Conselhos de saúde.

A elaboração dos campos e o design do sistema do CNCS contaram com a participação dos conselheiros da Comissão Intersetorial de Comunicação e Informação em Saúde. Uma conseqüência desta construção participativa é que, ao percorrer os dados que podem ser acessados por qualquer usuário na Internet, pode-se observar as vozes de conselheiros, indagando questões aos próprios conselheiros. Trata-se de um genuíno esforço de uma área, um campo de atuação, para se conhecer, se organizar, trocar, articular e conseqüentemente se fortalecer como ator, reivindicando um serviço de saúde pública de acordo com as diretrizes do SUS.

Ao completar um ano - iniciou em março de 2005 e terminou em agosto de 2006 – o sistema registrou a marca de 5.090 Conselhos de Saúde Estaduais e Municipais, 91,07% do universo de Conselhos. Mais de 72.000 vezes estão na parte pública da Internet, mostrando percalços e vitórias destas instâncias de controle social. A partir da avaliação destes dados, o Conselho Nacional de Saúde resolveu dar mais um passo, articulando a inclusão digital dos Conselhos cadastrados com vistas à melhoria da formação e da informação que chega aos conselheiros em todo Brasil. Assim, surgiu uma parceria entre Conselho Nacional de Saúde (CNS), Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e Banco do Brasil para realizar um Programa de Inclusão Digital, de alcance nacional em diferentes etapas.

Atualmente, o Programa de Inclusão Digital está sendo implantado em dez Conselhos de saúde (dois por região do país). As experiências-piloto têm como objetivo principal ajustar a proposta à realidade de cada Conselho e identificar a necessidade de adaptações no projeto inicial. Além dos computadores (dois por Conselho), os Conselhos de saúde vão participar de cursos de capacitação em dois módulos: o primeiro sobre “Informática” (realizado pelo Banco do Brasil), que já foi iniciado; e o segundo sobre “Comunicação, Informação em Saúde e Controle Social” (promovido pelo CNS, Ministério da Saúde e Fiocruz). Esta ação parte do princípio que o acesso as TIC é uma condição imprescindível para a superação da desigualdade social na sociedade da informação e integra aspectos modelos de acesso para políticas de inclusão digital: os equipamentos, a conectividade e o letramento digital dos conselheiros, enfatizando as necessidades apontadas pelos mesmos.

Conclusão

A cultura digital, numa visão semiótica, é uma combinação de culturas anteriores: a oral, escrita, impressa, de massas, de mídia e digital. O perfil cogni-

tivo do leitor atual é o imersivo, este incorpora todas as culturas com seus referenciais e benefícios. A cibercultura engloba as culturas anteriores e convive com as mesmas. Um programa de inclusão digital voltado para conselheiros de saúde deve, através de um processo de troca pedagógica, incorporar o controle social da saúde exercido por diferentes segmentos da sociedade e gestores (todos integrados num sujeito coletivo com voz na saúde pública) na dinâmica da cibercultura.

A Internet é atualmente um meio de comunicação rápido, acessível e menos oneroso do que a distribuição de impressos. Vale destacar que ela estará presente em computadores e aparelhos televisores num futuro muito próximo nos lares brasileiros.

O uso das TIC, com o objetivo de fomentar a participação cidadã e a governança eletrônica, traz um novo sopro da democracia à Sociedade da Informação. Mais uma vez os desbravadores da gestão participativa na Saúde traçarão os rumos desta apropriação por parte das instâncias colegiadas, responsáveis pelo controle social do Sistema Único de Saúde.

Referências Bibliográficas

CASTELLS, M. *A galáxia da Internet: reflexões sobre a Internet, os negócios e a sociedade*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS. *Mapa da exclusão digital*. São Paulo, 2003. Disponível em: <http://www2.fgv.br/ibre/cps/mapa_exclusão>.

GARTNER GROUP. *Singapore's E-Government Initiative*. Stamford: Gartner First Take, 2000.

JARDIM, J. M. A construção do e-gov no Brasil: configurações político-informacionais. In: CINFORM – Encontro Nacional da Ciência da Informação, 5., 2004, Salvador. *Anais...* Salvador, 2004. Disponível em: <http://www.cinform.ufba.br/v_anais/artigos/josemariajardim.html>. Acesso em: 20 maio 2005.

PHILLIPS, A. *Which Equalities Matter?* Oxford: Polity Press, 1999.

PITTA, A. M. R. *Comunicação e controle social: subsídios para o debate e formulação de uma política pública de (tele)comunicações para a promoção da saúde e da cidadania*. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 1999.

SILVEIRA, S. A. *Exclusão digital: a miséria na era da informação*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2001.

SORJ, B. *Brasil@povo.com – a luta contra a desigualdade na sociedade da informação*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.


WARSCHAUER, M. *Tecnologia e inclusão social: repensando a exclusão digital*. [S.l.]: MIT Press, 2003.



PARTE 3

**EXPERIÊNCIAS ESTADUAIS E MUNICIPAIS
DE COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO
PARA O CONTROLE SOCIAL**

Comunicação em pauta há mais de uma década¹



A Comissão de Comunicação e Formação apresenta-se como a principal responsável pelas ações de divulgação, informação e capacitação do conselheiro de saúde para o efetivo exercício do controle social. Tem a missão de facilitar o acesso à informação aos conselheiros e à população em geral sobre deliberações, discussões e demandas trazidas ao Conselho Municipal de Saúde (CMS), bem como sobre o papel do conselheiro no Sistema Único de Saúde (SUS).

Entre as prioridades da Comissão de Comunicação e Formação está a constante integração, por meio da divulgação de iniciativas planejadas pelas dez comissões temáticas do CMS de Curitiba – Assistência à Saúde, DST/Aids, Saúde Ambiental, Saúde do Idoso, Saúde Mental, Saúde da Mulher, Saúde do Trabalhador, Orçamento, Intersetorial de Recursos Humanos e Saúde da Pessoa com Deficiência.

A qualificação de conselheiros é uma outra prioridade da Comissão que, regularmente, reafirma sua responsabilidade na formação dos conselheiros, participando da concepção do programa de capacitação. No início de 2006, o CMS de Curitiba foi premiado no Concurso Nacional de Experiências Bem-Sucedidas em Controle Social no SUS, promovido pelo Conselho Nacional de Saúde.

¹ Experiência da Comissão de Comunicação e Formação do Conselho Municipal de Saúde de Curitiba/PR.


Atualmente a Comissão de Comunicação e Formação é composta por cerca de dez membros (abrangendo representantes dos segmentos de usuários, trabalhadores e gestores), incluindo uma coordenação eleita entre eles. As reuniões acontecem mensalmente, na quarta segunda-feira do mês, sendo os assuntos da pauta baseados no plano de trabalho definido no início de cada gestão.

Como material de apoio para suas atividades, a Comissão dispõe de jornal trimestral (tiragem de 10 mil unidades e versão *on-line*), informativo mensal, *folders*, *banners*, fotos e página na internet (vinculada ao site da Secretaria Municipal da Saúde).

História – A Comissão de Comunicação e Formação tem a sua origem em 1995, com a fusão das comissões de “Divulgação e Imprensa” e “Formação Continuada”, cujas principais ações eram a produção de informativo com as deliberações da plenária e a formação de conselheiros de saúde. No entanto, o primeiro boletim informativo circulou em 1993, ou seja, dois anos após a criação do Conselho. Nesta época, os textos eram redigidos pela Secretaria Executiva do CMS de Curitiba

Com o amadurecimento do trabalho do Conselho, surgiram novas demandas na área de comunicação e tornou-se necessário criar um boletim informativo com edições regulares, informação clara e concisa. Em 1999, a plenária deliberou pela contratação de um jornalista profissional para atuar junto à Secretaria Executiva, sendo essa uma grande conquista da Comissão de Comunicação e Formação. A partir daí, foi possível aprimorar a qualidade das informações e expandir os canais de comunicação para melhor aproximar a comunidade do controle social em saúde.

Mais espaço para divulgar o controle social¹



A Comissão de Comunicação, Informação e Informática em Saúde (CECIS) do Conselho Estadual de Saúde do Amazonas foi criada em dezembro de 2005 (Resolução nº 41/CES-AM). Busca contribuir para a consolidação do processo de democratização do Sistema Único de Saúde (SUS), por intermédio da abertura de um canal de diálogo com os espaços sociais em todos os seus níveis (gestor, trabalhador, usuário), favorecendo a prática do controle social.

Composta por 19 membros – um presidente, 10 membros efetivos e 8 suplentes – e estabelecendo, antes de tudo, o princípio da interinstitucionalidade como estratégia de transparência e clareza de ações, a CECIS no Amazonas vem procurando seguir as diretrizes dos *Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão*, aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde em fevereiro de 2006. Ou seja, o trabalho da CECIS, como preconizado nos *Pactos*, busca dar ênfase a um processo de descentralização compartilhada, valorizando a regionalização no sentido de reduzir desigualdades, garantindo integralidade na atenção à saúde, ao mesmo tempo em que racionaliza custos e fortalece os estados e os municípios, conferindo-lhes papel de gestores.

¹ Experiência da Comissão de Comunicação, Informação e Informática em Saúde do Conselho Estadual de Saúde do Amazonas.

Utilizando como ferramentas básicas alguns instrumentos de comunicação já disponíveis no Conselho Estadual de Saúde do Amazonas, o trabalho da CECIS tem colhido resultados significativos, apesar do curto período de existência.

Distribuído semestralmente, com uma tiragem de 1.000 exemplares, o boletim informativo *Notícias do Amazonas* divulga informações gerais sobre os eventos relacionados à saúde pública. O *Portal Eletrônico do CES* (<<http://www.saude.am.gov.br/ces/index.php>>) permite a publicação de informações sempre atualizadas na internet, bem como a disponibilização de *links* interativos aos usuários e servidores do SUS.

Por meio do serviço telefônico *Alô Conselho* (92 - 3643-6377 e 3643-6349), a população pode se comunicar diretamente com o CES-AM e fazer críticas, sugestões e esclarecer dúvidas sobre o SUS. O *Cadastro Estadual de Conselhos de Saúde* compre o papel didático de possibilitar a reflexão para o melhor controle social do SUS, mantendo uma constante articulação com os conselhos municipais de saúde, atualizando dados, avaliando ações e atos normativos, identificando problemas e contribuindo para superar eventuais distorções.

O *Projeto de Sensibilização Institucional* promove encontros freqüentes, palestras e núcleos de discussões com o objetivo de informar e conscientizar sobre a importância do controle social, contribuindo para a ampliação de seus espaços nas instituições e enfatizando o relevante papel do SUS.

Cerca de 320 pessoas já participaram do Projeto de Sensibilização Institucional, entre conselheiros, palestrantes, representantes de instituições, dirigentes de entidades de classes e usuários em geral. Nos eventos, foram debatidos temas como: “Antecedentes da Reforma Sanitária”, “Organização e Funcionamento dos Serviços de Saúde no Estado do Amazonas” e “Conselheiros de Saúde, Comissão de Intergestores Bipartite, Financiamento do SUS, Responsabilidades das Três Esferas”.

A intenção é ampliar o *Projeto de Sensibilização* para a rede de saúde da capital e do interior, procurando atingir uma maior parcela de usuários. Para ampliar ainda mais a abrangência do *Projeto*, a CECIS quer reforçar uma parceria com os meios de comunicação de massa do estado e com as redes de comunicação das comunidades (rádios comunitárias, auto-falantes fixos, etc.) para que ajudem a divulgar a estratégia.

Essas ações, aliadas a outras de caráter mais direto, como dramatizações e performances teatrais nas unidades de atendimento e nos locais de grande concentração popular, permitirão a multiplicação das informações e o fortalecimento da participação social.

Após quase duas décadas de implantação e implementação do Sistema Único de Saúde, apesar de todas as limitações de nossa região, sobretudo relacionadas ao isolamento geográfico e às dificuldades de transporte e difusão de informações, o Estado do Amazonas parece enfim ter encontrado, na Comissão de Comunicação, o caminho mais racional e prático para a solução desses problemas.

As diferenças cruciais entre serviços de Atenção Básica, Atenção Média, Alta Complexidade e suas vertentes deverão ter uma visibilidade muito mais precisa, a partir da difusão de informações simples e objetivas aos usuários do serviço público.

Fundamentada nesses princípios, a CECIS-AM se apresenta hoje como importante instrumento difusor do controle social, contribuindo para a organização de uma rede regional integrada e resolutiva de ações e serviços de atenção à saúde em todo o Amazonas, com planejamento regional, diversidade operativa e eficiência, estimulando a cooperação técnica e buscando sempre a equidade social.

Estratégias de comunicação para promover a integração entre conselhos e conselheiros de saúde¹



Criada a partir da reformulação do regimento interno do Conselho Estadual de Saúde do Mato Grosso (CES-MT), em fevereiro de 2004, a Comissão de Comunicação tem como meta trabalhar pelo fortalecimento do controle social, em parceria com as demais comissões do CES-MT e com os conselhos municipais de saúde do estado.

Desde 2004, quando iniciou efetivamente suas atividades, a Comissão de Comunicação busca promover a integração e a troca de informações entre conselhos e conselheiros de saúde, ajudando assim a aprimorar o controle social do SUS e interagir de forma efetiva no desenvolvimento de políticas públicas de saúde.

Com esse objetivo, a Comissão de Comunicação lançou, em janeiro de 2006, o "*Boletim Informativo Participação*", distribuído a cada três meses para os conselhos municipais, órgãos do governo e sociedade civil. O *Boletim Informativo Participação*, que está na quarta edição, divulga os trabalhos do CES-MT e outros temas relevantes para a atuação dos conselhos de saúde (ex: informações sobre o papel dos conselhos de saúde, financiamento do SUS, regulamentação da Emenda Constitucional n° 29).

¹ Experiência da Comissão de Comunicação do Conselho Estadual do Mato Grosso.

Outro trabalho importante da Comissão de Comunicação é na divulgação da Ouvidoria Geral do SUS. Além de reservar uma página exclusiva do boletim trimestral para a Ouvidoria Geral do SUS, a Comissão de Comunicação produziu materiais gráficos informativos, como banners, adesivos, folders e bottons, sobre a Ouvidoria para distribuir aos 142 municípios do estado do Mato Grosso.


Iniciou-se também o processo de elaboração da página do Conselho Estadual de Saúde do Mato Grosso na internet. Desde abril de 2006, o site conta com um novo *layout*, apresentando matérias publicadas nas edições dos boletins e algumas notas.

O Conselho Estadual de Saúde também completou com sucesso, o Cadastro Nacional de Conselhos: ferramenta de grande importância criada pelo Conselho Nacional de Saúde, para facilitar a comunicação entre os Conselhos Municipais, Estaduais e o Conselho Nacional. O trabalho de mobilização dos municípios, realizado pela equipe de técnicos da Comissão de Comunicação, durou cerca de cinco meses, por meio de ofícios e contato via telefone, fax e e-mail. Hoje todas as consultas de municípios para monitoramento são realizadas através do Cadastro.

A partir de 2007, a Comissão de Comunicação planeja uma reestruturação do *Boletim Informativo Participação* e da página na internet com a intenção de tornar as informações sobre o CES-MT cada vez mais acessíveis aos Conselhos Municipais e à sociedade organizada.

Enfim, o trabalho desenvolvido pela Comissão de Comunicação vem sendo aprimorado com a troca de experiências, que é o objetivo central desse processo, enriquecendo cada ação e renovando gradativamente a forma de colaborar com o controle social.

Comunicação e informação em saúde: uma prioridade¹



Manter uma comunicação permanente e de qualidade com os conselhos gestores e conselhos municipais de saúde sempre foi um desafio para o Conselho Estadual de Saúde de Pernambuco (CES-PE). A partir de 2004, o Conselho resolveu assumir, entre as suas prioridades, a realização de um trabalho de comunicação com as instâncias de controle social do estado, buscando municiá-las de informações sobre controle social e também sobre as deliberações e atividades do conselho estadual. Naquele ano, foi criada a Comissão de Comunicação.

A Comissão de Comunicação, então, passou a apoiar a Comissão de Assessoramento e Supervisão no trabalho de interlocução com os conselhos municipais e gestores. Nessa parceria, a Comissão de Comunicação começou a investir na produção de materiais sobre o controle social, em linguagem mais acessível (informações como: composição dos conselhos, papel dos conselhos de saúde, legislação em saúde, etc.) para atender as demandas apresentadas pelos conselhos municipais e conselhos gestores.

Com a intenção de dar mais visibilidade as atividades, resoluções e deliberações do CES-PE foi contratado um profissional da área de jornalismo para assessorar tecnicamente a Comissão de Comunicação. O trabalho desse profissional permitiu intensificar o contato com os meios de comunicação do estado. Assim,

¹ Experiência da Comissão de Comunicação do CES de Pernambuco.


a imprensa aproximou-se mais do CES-PE, acompanhando as suas reuniões e divulgando notícias, a partir dos debates e decisões do Pleno. O resultado desse trabalho trouxe uma maior visibilidade à atuação do Conselho e às informações do controle social. Isso pôde ser constatado a partir do aumento significativo da procura de informações sobre o conselho pela população.

Para contribuir ainda mais com a disseminação das informações veiculadas pela mídia, a Comissão de Comunicação criou um mural na sede do CES-PE onde são afixadas as principais notícias publicadas nos jornais de Pernambuco sobre o SUS e o controle social.

Outra ação importante trata-se da elaboração do Jornal do CES-PE, uma publicação bimestral a ser distribuída para os conselhos municipais e conselhos gestores, com informações sobre o plano estadual de saúde, deliberações e atividades promovidas pelo Conselho. A expectativa é de que a primeira edição do periódico seja distribuída até o final de 2006.

Todo esse trabalho que vem sendo construído pela democratização da comunicação e da informação em saúde tem como objetivo contribuir para que a população, por intermédio da atuação dos conselhos de saúde, possa participar de forma mais efetiva da formulação, acompanhamento e fiscalização das políticas de saúde.

Portal do controle social em saúde de Santa Catarina¹



O controle social está garantido na Constituição Federal e se constitui em um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Além da sua dimensão gerencial, o controle social é um valor democrático que exige permanente afirmação e estímulo.

Concebido pela Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, apresentado e aprovado pelo Conselho de Saúde do estado, o *Portal do Controle Social em Saúde* (<<http://controlesocial.saude.sc.gov.br>>) foi concebido pela Secretaria de Estado da Saúde para abrigar um espaço ampliado da participação social a partir de um site dinâmico que armazena os instrumentos de gestão do SUS, legislação, composição e funcionamento dos Conselhos de Saúde, com as suas respectivas atas e resoluções. Dessa forma, é possível o monitoramento do funcionamento das instâncias municipais, estadual e nacional de controle social, os conselhos de saúde de forma direta a partir do acesso de qualquer usuário do SUS.

A construção desse portal deu-se a partir da necessidade de transformação dos documentos físicos em meio digital, facilitando a publicação e divulgação. O que possibilita reforçar, para além do controle meramente cartorial e burocrático, a função propriamente dita de controle social, em substituição aos arquivos

¹ Experiência da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina.

físicos existentes na Secretaria Estadual de Saúde, até então inacessíveis e pouco utilizados.

O portal do controle social em saúde de Santa Catarina objetiva o acompanhamento e a divulgação dos instrumentos de gestão do SUS pela sociedade e tem o propósito de legitimar o controle da gestão municipal e estadual pelos conselheiros de saúde e tornar público a gestão da saúde. Além disso, assume o papel de espaço de troca de experiências e de divulgação de notícias e assuntos de interesse dos conselheiros e gestores do SUS.

A atualização do *Portal do Controle Social na Saúde* está hoje sob responsabilidade da SES de Santa Catarina. O próximo passo é descentralizar essa alimentação para que os próprios conselhos e secretarias municipais de saúde e sejam editores de conteúdo.

Como o projeto não chegou ainda à fase final, não é possível fazer uma avaliação plena dos resultados, mas percebe-se que o *Portal do Controle Social em Saúde* já é uma realidade a serviço da democracia no SUS de Santa Catarina. Desde a criação do projeto, temos observado o interesse e a mobilização dos municípios para disponibilizar conteúdos no portal, assim como o interesse gradativo em acessar atas, resoluções, notícias e atividades desenvolvidas pelos conselhos que já alimentaram o sistema. As perspectivas são de ampliação, gradativa, do acesso à informação para gestores e instâncias do controle social assim como o monitoramento mais efetivo do funcionamento das instâncias do controle social em Santa Catarina.



PARTE 4

EXPERIÊNCIAS INSTITUCIONAIS

Contribuições da Área de Documentação e Informação do Ministério da Saúde para construção da Política Nacional de Informação, Educação e Comunicação em Saúde com foco na participação e no controle social

Márcia Helena G. Rollemberg¹

Introdução

Uma das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), idealizada na 8.^a Conferência Nacional de Saúde, em 1986, e oficializada na Constituição Federal do Brasil em 1988 (art. 19), é a valorização do exercício da participação social por meio da estratégia de “empoderar” a sociedade de mecanismos que a torne capaz de atuar na formulação, na implantação e na avaliação das políticas públicas de saúde.

Pelo modelo estabelecido no campo da saúde pública foram criados os comitês tripartite e bipartite com representação de gestores e dos conselhos nacional, estaduais e municipais de saúde com a participação de outros segmentos representativos desse campo de atuação, como dos profissionais, dos usuários, dos professores, pesquisadores e representantes dos trabalhadores, do Ministério Público, das Defensorias e Procuradorias Públicas.

¹ **Márcia Helena G. Rollemberg** é coordenadora-geral de Documentação e Informação da Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde

A Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990) dispõe sobre o direito à informação em saúde e à divulgação de informações sobre serviços de saúde, mas sabe-se que muito ainda merece ser realizado e que a construção de um *Pacto pela Democratização e Qualidade da Comunicação e da Informação em Saúde* deve considerar as desigualdades do Brasil, que em muito dificultam a plena realização desse direito.

As desigualdades econômicas, sociais, políticas, étnicas, de consumo, geográficas podem ser minimizadas pela ampliação do acesso à informação em saúde e pela transparência das ações institucionais. A informação é um eixo transversal da pauta Saúde, e tem de estar presente em todas as políticas públicas do setor e do próprio SUS, de forma estruturante da gestão, da prevenção, da assistência e da regulação em saúde.

A excelência ou precariedade da informação pública e o seu grau de acessibilidade afetam o processo de construção da democracia de um país. Tentar traduzir as opções adotadas pelos governos para a gestão da informação de forma a instrumentalizar a ação do controle social é um grande desafio. Para que a sociedade desenvolva a capacidade de avaliar a atuação do Estado e do governo, é necessário garantir o acesso às fontes de informação que registram suas atividades, ações e trajetórias.

O registro, a preservação e o acesso à informação institucional passam a ser requisito precioso para a análise das relações de poder entre o Estado e a sociedade, pois a informação traduz a ótica de poder e não há neutralidade nesse campo de atuação. As fontes arquivísticas, bibliográficas, museológicas, artísticas, culturais, enfim, são a película da vida das sociedades, projetam a construção histórica, a disputa de interesses econômicos, políticos, sociais, científicos e ideológicos de vivência e prospecção de uma sociedade.

A gestão desses recursos pode definir a capacidade de intervenção social, pois as investigações, pesquisas e estudos em geral pautam-se em fontes de informação, patamar definitivo para a elucidação e a materialização dos processos de trabalho relacionados à função do Estado e à tomada de decisão.

É importante perceber que para o controle social, a gestão dos documentos institucionais (documento *lato sensu*) e da informação pode apresentar indicadores importantes para que a sociedade averigüe a gestão e a integridade desse patrimônio e o grau de respeito ao direito constitucional de acesso à informação pública. Certamente, quanto mais explícitas forem as informações públicas mais difícil será cometer atos ilícitos.

A gestão da informação também é um importante indicador para avaliar a relação de poder de uma instituição de assistência com o usuário, no processo de atenção à saúde. Assim, quanto menor a duplicação de dados, quanto mais

acesso do usuário as suas informações clínicas e quanto mais estruturados os dados para a tomada de decisão – permitindo uma maior agilidade na abordagem do paciente com informações científicas fidedignas e a implementação eficiente do monitoramento de terapêuticas – certamente mais perto a unidade de saúde estará de uma proposta humanizada que respeite as pessoas assistidas e viabilize um atendimento integral.

É necessário focar a Informação, a Educação e a Comunicação no seu amplo sentido e ao mesmo tempo com suas peculiaridades, envolvendo gestores, profissionais, conselheiros, usuários e utilizando vários suportes e meios de produção, captação, registro, acesso, intercâmbio e circulação de conhecimento. Uma política que expresse esse conceito de forma integrada e interdependente elucida sua dimensão emancipatória e traz à tona os princípios de integralidade, de universalidade e da equidade preconizados pelo Sistema Único de Saúde.

Gestão da Informação para o fortalecimento da Participação Social

A Coordenação-Geral de Documentação e Informação (CGDI) subordinada à Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde é uma instância gestora da informação no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Sua história institucional tem origem na criação do Ministério da Saúde em 1953. Tem por missão garantir o tratamento e o acesso aos documentos do Ministério da Saúde, promovendo a disseminação e a circulação das informações em saúde necessárias à efetividade da tomada de decisão e à participação social no SUS.

O trabalho desenvolvido se expressa principalmente por meio dos serviços de atendimento público e gratuito, presencial e *on-line*, ofertados aos cidadãos, profissionais, gestores e conselheiros. Integram também esse universo o desenvolvimento e integração de metodologias, tecnologias e sistemas afins; a produção e distribuição de publicações e outros produtos informacionais; e mais recentemente a implementação da Política Editorial do Ministério da Saúde, a cooperação técnico-financeira para o resgate da história e do patrimônio da saúde e a abordagem cultural do tema saúde, mobilizando parcerias com instituições públicas, privadas e a sociedade civil.

Cumpre também mencionar a parceria da CGDI para a atuação do Conselho Nacional de Saúde por meio: da prestação de serviços e de assistência para a gestão do Sistema Integrado de Protocolo e Arquivo (SIPAR) e da organização da documentação arquivística; da edição, distribuição e impressão de publicações avulsas e periódicas; da indexação das publicações e resoluções do CNS nas bases especializadas; e do atendimento pelo serviço de referência da Biblioteca do Ministério e da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), enfim, ações que revelam uma

importante interface institucional, a ser aprimorada e aprofundada, com novos projetos e iniciativas.

Com relação ao fortalecimento do componente controle social no processo de formulação de uma política nacional de informação, registre-se que o compromisso da CGDI se expressa pela constante cooperação e participação nos eventos afins realizados, como a oficina de 2003 e os seminários regionais com a participação dos conselheiros de saúde para implantação da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS) nas diversas regiões do país, e pelo ousado exercício de formular contribuições preliminares ao debate do Seminário Nacional de Comunicação, Informação e Informática em Saúde, realizado nos dias 8 e 9 de dezembro de 2005, em Brasília.

A proposta inclui a perspectiva da mobilização dos profissionais das áreas de Documentação e Informação para a efetivação do pacto proposto e para a formulação e execução da Política Nacional. Para melhor contextualização do trabalho, vale destacar que entre os marcos legais conquistados na 12.^a Conferência Nacional de Saúde, alguns resultaram de uma atuação mais política do setor de Documentação e Informação para a estruturação da ação institucional.

A participação da CGDI na equipe de elaboração da proposta oficial do Ministério da Saúde e na sua defesa no correspondente grupo de trabalho na 12.^a Conferência possibilitou a incorporação, como ações, de abrangência nacional, de importantes projetos desenvolvidos pelas unidades que integram a referida coordenação desde junho 2000, a saber: o Arquivo, a Biblioteca, a Editora e o Centro Cultural da Saúde.

Destacam-se, nesse sentido, principalmente, as recomendações que abordam a preservação e o mapeamento do patrimônio informacional e cultural da saúde; o diálogo entre a comunidade científica, a sociedade e os movimentos sociais para a democratização, a compreensão crítica e a participação pública; a expansão do modelo de biblioteca virtual em saúde para o acesso equitativo e eficiente à informação; a sistematização das fontes de informação para tomada de decisão; a adoção de uma política editorial; e o apoio à pesquisa, ao intercâmbio, à divulgação e à difusão do conhecimento em saúde.

Algumas Contribuições à Política Nacional de Informação

Denominação da Política Nacional

A proposta do setor de documentação e informação vai ao encontro de algumas manifestações dos conselheiros ocorridas durante os seminários regionais e Seminário Nacional de Comunicação, Informação e Informática em Saúde, realizados no ano de 2005 pela Comissão Intersetorial de Comunicação e Informação

em Saúde do CNS, qual seja o de repensar o escopo proposto para a Política Nacional. A formulação em curso deve contemplar uma Política de Informação, Educação e Comunicação em Saúde e identificar e explorar suas vertentes e componentes, bem como sua característica multidisciplinar, conforme preconizado nas Conferências Nacionais, o que certamente amplia bastante o contexto da discussão e retoma de forma explícita sua dimensão emancipatória para a sociedade.

As contribuições, ora apresentadas, constituem-se como uma proposta inicial e que será compartilhada com outros profissionais do setor e, portanto, não pretende ser conclusiva, mas antes de tudo visa expressar importantes compromissos com a participação social e com a busca de maior sintonia do trabalho desenvolvido pelo Ministério da Saúde com os interesses do controle social.

Princípios Norteadores da Política

- Compromisso social e acesso público;
- Interesse da saúde pública nacional;
- Institucionalidade e efetividade;
- Estimulo à participação e ao controle social;
- Comunicação permanente e democrática;
- Respeito às diversidades regionais, culturais e étnicas;
- Garantia de acessibilidade à informação com qualidade e clareza de conteúdos;
- Investimento em tecnologias, *softwares* livres e sistemas de telecomunicações;
- Estímulo à interlocução e à discussão crítica;
- Democratização da informação científica e epidemiológica;
- Desenvolvimento de trabalhos em redes cooperativas;
- Universalização do acesso às informações nos serviços de saúde;
- Atendimento mais rápido e integral ao usuário;
- Integração de sistemas e facilidade de acesso;
- Uso analítico das informações para o planejamento, formulação de políticas de saúde e avaliação do SUS;
- Inclusão de todos os atores na produção, análise e disseminação da informação e na apropriação dos meios de comunicação.

Diretrizes e Estratégias na Gestão da Informação para Fortalecer a Participação Social

Diretriz I

Ampliar a capacidade dos conselheiros e equipes de apoio para a gestão da informação e comunicação em saúde, favorecendo a participação e o controle social.

• Estratégias

- Promover a qualificação permanente dos conselheiros (cursos presenciais e à distância), para:
 - o acesso à literatura, aos sistemas, às instituições, a fóruns de discussão e outras fontes e serviços disponíveis na *internet*;
 - a gestão de informações relevantes, com a organização dos arquivos e das coleções bibliográficas locais;
 - a utilização de metodologias e aplicativos do modelo biblioteca virtual em saúde, tais como: comunidades virtuais, diretórios de eventos, agenda, Localizador de Informação em Saúde (LIS), etc.;
 - a pesquisa, a produção e a avaliação de produtos informacionais e dos meios de comunicação em saúde.
- Sistematizar e apropriar o conhecimento gerado no exercício da participação e do controle social em bases dados, com a possibilidade de acesso remoto aos registros dos trabalhos produzidos como: atas de reuniões, resoluções, publicações avulsas e periódicas, projetos e relatórios, participação em fóruns, comissões, redes, agendas, eventos, etc.
- Realizar oficinas de trabalho para construção de materiais informativos e utilização de mecanismos de comunicação dentro de um processo crítico e ampliado da participação social.

Diretriz II

Fortalecer a ação pública no campo informacional para o apoio a atuação dos conselhos de saúde e dos órgãos de controle interno e externo.

• Estratégias

- Apoiar as ações dos conselhos de saúde, por meio do fortalecimento dos setores de documentação, informação, comunicação, informática e educação, nas esferas federal, estaduais e municipais do SUS, na perspectiva do financiamento e da capacitação.

- Estabelecer mecanismos para integração dos conselhos de saúde com o sistema de ouvidoria do SUS, Canal Saúde e outros meios e veículos de comunicação e informação.
- Implementar a política editorial no âmbito das três esferas de gestão e institucionalizar a obrigatoriedade do uso da logomarca do SUS em todas unidades de saúde, veículos, uniformes, folheteria e publicações.
- Divulgar em todas as unidades e instituições de saúde, informações sobre os conselhos de saúde com endereços e formas de contatos e manter *links* permanentes e específicos referentes aos conselhos nos sítios da internet das instâncias gestoras do SUS.
- Empreender parcerias para a inclusão digital e o acesso à internet no âmbito dos conselhos de saúde.
- Identificar parâmetros e indicadores de monitoramento e avaliação da política de informação pública.

Diretriz III

Promover maior intercâmbio das diretrizes e ações dos conselhos de saúde com o meio acadêmico, institucional e com a própria sociedade.

• Estratégias

- Desenvolver a área temática “Participação e Controle Social” na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde (BVS MS). Integrar a coleção do controle social ao universo de fontes da BVS Saúde Pública – Brasil e, mais especificamente, à Coleção Nacional de Fontes de Informações do SUS (ColecionaSUS).
- Promover o resgate da história dos movimentos sociais e das Conferências Nacionais e o mapeamento e registro das manifestações populares.
- Identificar e estruturar a terminologia da participação e do controle social.
- Desenvolver, a partir de Sistema de Legislação em Saúde, coletâneas de interesse do setor como Direito Sanitário e dos Usuários.
- Divulgar as experiências exitosas relacionadas ao controle social que possam fomentar a implementação de outras iniciativas.
- Favorecer a integração dos conselhos com a da Rede de Bibliotecas e Unidades de Informação Cooperantes da Saúde – Brasil (Rede BiblioSUS).
- Sistematizar bases de dados com informações de interesse dos conselheiros e cidadãos (serviço público, ONGs, entidades, etc.).

Diretriz IV

Democratizar os mecanismos de produção, acesso e circulação das informações em saúde como forma de contribuir para redução das desigualdades sociais.

- **Estratégias**

- Potencializar os canais de comunicação com os usuários, conselheiros e profissionais de saúde por meio dos espaços existentes, como bibliotecas, correios, rádios comunitárias, postos de saúde, escolas, espaços de convivência, etc.
- Praticar a comunicação por meio de oficinas, encontros, rodas temáticas, comunidades virtuais, bate-papo na internet, videoconferências e outros mecanismos de troca entre gestores, usuários, profissionais e conselheiros, possibilitando espaços de interlocução e de produção de novos conhecimentos.
- Divulgar as ações relativas à participação e ao controle social nas atividades de promoção e prevenção da saúde.
- Apoiar a atuação dos conselhos como pólos produtores e disseminadores da informação em saúde.

Diretriz V

Aperfeiçoar o processo de comunicação e ampliar as formas de abordagem e circulação de temas de interesse dos conselhos de saúde e da sociedade.

- **Estratégias**

- Inovar e diversificar os espaços e os meios de informar, comunicar e educar os indivíduos, grupos e comunidades.
- Criar mecanismos de comunicação e acesso à informação para as pessoas vivendo com deficiência como leitura em Braille, Língua de sinais (Libras), utilização de legenda nos vídeos e de aplicativos especiais para uso na internet, veiculação de conteúdos em áudios, etc.
- Criar formas diferenciadas de acesso às informações em saúde para os grupos de população vulnerável como as comunidades ribeirinhas, quilombolas, portadores de deficiência e grupos em sistemas de reclusão.
- Incluir na grade curricular das escolas de Ensino Fundamental e Médio e de Educação Superior, como tema transversal, o SUS, os direitos dos usuários e as formas de participação e de controle social.
- Disseminar materiais informativos sobre os direitos e deveres dos usuários de serviços de saúde, responsabilidades dos profissionais, gestores e conselheiros.

- Promover a realização de mostras culturais itinerantes e virtuais sobre o tema da participação social e com debates, exibição de vídeos, cursos, registro e acesso à literatura e a outras fontes de informação.

Avaliação e Monitoramento da Política Nacional de Informação

Nas instituições do SUS, deve ser avaliado o grau de coerência entre as diretrizes estabelecidas na Política Nacional, nas deliberações das Conferências Nacionais e resoluções do Conselho Nacional de Saúde e as opções de gestão da informação, educação e comunicação realizadas na prática pelos dirigentes.

Dentro do propósito de ampliar a capacidade de efetivar o papel do controle social apresentam-se, a seguir, alguns tópicos para reflexão e observação sobre a gestão institucional na área de informação e comunicação.

Perfil do Modelo de Gestão

- Transparência sobre os processos e as atividades institucionais;
- Informações sobre as políticas, programas e projetos desenvolvidos;
- Disponibilidade e funcionamento de serviços públicos de informação e canais de comunicação com a sociedade;
- Definição de uma unidade responsável pela estrutura organizacional e regimental;
- Dotação de recursos orçamentários e execução financeira;
- Nível de disponibilidade e grau de acessibilidade da informação;
- Grau de integração entre os serviços, os canais e processos de gestão da informação;
- Qualidade e abrangência de publicações avulsas e periódicas de informações e formas de produção e circulação;
- Realização de pesquisas junto aos diversos públicos sobre os produtos, serviços e canais de comunicação ofertados;
- Desenvolvimento de uma política de recursos humanos.

Clareza na publicização dos seguintes processos de trabalho

- Forma de execução orçamentária e financeira:
 - funcionamento do repasse de recursos;
 - transferência fundo a fundo;
 - convênios;
 - contratos;
 - acordos de cooperação;
 - patrocínios;
 - licitações;
 - carta-convite;
 - registro de preço.
- Forma de calcular indicadores epidemiológicos e outras estatísticas;
- Forma de contratualização dos serviços de saúde (hospitais de pequeno porte, de ensino, entre outros).

Funcionamento de canais e serviços de comunicação e informação

- Centrais e/ou serviços de atendimento aos cidadãos (SAC-SUS);
- Sítio e/ou portal na internet;
- Sistema de Ouvidoria e Disques;
- Canais de TV e de radiodifusão;
- Correspondências postais e eletrônicas;
- Participação em redes;
- Arquivos;
- Bibliotecas;
- Espaços de acesso à informação;
- Museus e centros culturais;
- Editoras;
- Sistemas de atendimento personalizado.

Condições da infra-estrutura e logística tecnológica

- Identificação unívoca de usuários, profissionais e estabelecimentos;
- Existência de um plano diretor de informática;

- Amigabilidade da interface de navegação dos sítios, sistemas e bases de dados;
- Documentação sobre os sistemas, aplicativos e infra-estrutura;
- Percentual de utilização de *software* livre X *softwares* privados;
- Interoperabilidade entre sistemas e bases X grau de duplicidade de registros;
- Percentual de bases corporativas e grau de descentralização da operação;
- Matriz de responsabilidades das áreas gestoras;
- Publicação periódica de catálogo dos sistemas;
- Funcionamento de uma biblioteca de aplicativos;
- Lista de instituições receptoras de doações de equipamentos.

Gestão Editorial

- Existência de uma Política Editorial;
- Planejamento editorial integrado;
- Funcionamento de um Conselho Editorial e outros comitês correlatos;
- Publicação de catálogos de produtos informacionais;
- Realização de pesquisa de avaliação pré e pós-distribuição das publicações;
- Explicitação dos custos, dos fornecedores e da planilha de distribuição;
- Monitoramento e avaliação dos temas publicados e do impacto junto ao público;
- Monitoramento e avaliação das pautas dos periódicos publicados;
- Abrangência e incidência dos assuntos publicados;
- Percentual de tipos de materiais publicados (educativos, normativos, informativos e etc.);
- Cooperação e parcerias com entidades acadêmicas e da sociedade civil para publicação de títulos e outros materiais;
- Veiculação de relatórios gerenciais;
- Manutenção de cadastro de produtos informacionais.

Gestão Arquivística

- Existência de instrumentos metodológicos de gestão – Código de Classificação de Documentos de Arquivo e Tabela Básica de Temporalidade de Documentos de Arquivo;

- Funcionamento de sistemas integrados de protocolo e arquivo com acesso público;
- Funcionamento da Comissão do Sistema de Gestão de Documentos de Arquivo (Siga) na Administração Pública Federal e da Subcomissão do Siga no Ministério da Saúde com representantes de todas as unidades vinculadas;
- Participação da Câmara Técnica Setorial de Arquivos Médicos do Conselho Nacional de Arquivo (Conarq);
- Condições de armazenamento, preservação, organização, destinação final, mudança de suporte e acesso às fontes de informações arquivísticas em quaisquer suportes;
- Ações de capacitação de recursos humanos.

Gestão Bibliográfica

- Existência de política de desenvolvimento de coleções;
- Controle do acervo de memória institucional e nível de depósito legal das publicações;
- Acesso público às bases da bibliografia e legislação institucional;
- Disponibilidade e nível de acesso dos profissionais às bases de dados especializadas com protocolos clínicos, medicina de evidências e outras literaturas de interesse;
- Participação em redes de comutação bibliográfica e de cooperação;
- Realização de pesquisas sobre o nível de satisfação dos usuários;
- Ação de preservação da memória institucional;
- Formas de divulgação e intercâmbio da produção institucional;
- Indexação das publicações institucionais em bases de dados nacionais e internacionais especializadas;
- Gestão do vocabulário institucional e da terminologia oficial.

Iniciativas da Coordenação-Geral de Documentação e Informação (CGDI) para a gestão da informação e do conhecimento institucional

Compõem a estrutura da Coordenação de Arquivo e Gestão de Documentos (CGDI): a Coordenação de Biblioteca, o Centro Cultural da Saúde e a Coor-

denação de Gestão Editorial. Entre suas competências, destacam-se as ações de coleta, preservação, organização, divulgação e acesso aos acervos arquivísticos, bibliográficos, legislativos, multimídias e museológicos; as ações de fomento, disseminação e intercâmbio de informações em saúde; a proposição de diretrizes e a elaboração de projetos relacionados com a manutenção, o desenvolvimento e a integração de fontes de informação em saúde.

Atua ainda no patamar de articuladora e coordenadora de convênios e contratos de cooperação técnica com instituições atuantes no campo da Documentação e Informação que corroboram para a caracterização da informação como um bem público e um elemento fundamental de transparência do Estado.

Arquivo Central do Ministério da Saúde

Permite o acesso à documentação arquivística do Ministério da Saúde, bem como das instituições extintas tais como o Inamps, Inan e Ceme. Para tanto, é preciso preencher um termo de responsabilidade pelo uso e reprodução de documentos, apresentar carteira de identidade e carta de apresentação da instituição ao qual está vinculado e obedecer às normas da política de privacidade das informações estabelecidas pela Lei n.º 9.507, de 12/11/1997. O Arquivo Central do Ministério da Saúde funciona em Brasília (DF), no edifício Anexo do Ministério da Saúde, subsolo, de segunda a sexta-feira, das 8h às 18h. Telefones: (61) 3315-2321 e Fax: (61) 3226-8286.

Biblioteca do Ministério da Saúde

O espaço João Yunes oferece ao usuário: microcomputadores conectados à internet para a realização de pesquisas *on-line*, sala multiuso para exibição de filmes, realização de oficinas, serviço de referência para atendimento de solicitações de pesquisas e acesso ao acervo da Biblioteca e à Galeria de Ministros da Saúde que dispõe de fotos e período de gestão de cada ministro, desde 1953. A Biblioteca está situada em Brasília (DF), no Edifício Sede do Ministério da Saúde, térreo e funciona de segunda a sexta-feira, das 8h às 18h. Dúvidas e sugestões: (61) 3315-3200 ou 3315-2410 ou pelo *e-mail*: biblioteca@saude.gov.br.

Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde (BVS MS)

<<http://www.saude.gov.br/bvs>>

Parceria do Ministério da Saúde com o Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde – Bireme/Opas, a BVS MS oferece serviços de pesquisas em bases de dados e acesso a mais de 1.000 publicações institucionais em texto integral. Além disso, estão disponíveis cartazes, atos normativos, periódicos, eventos, galeria de ministros da saúde e dicas em saúde. O sítio da

BVS MS está organizado de forma fácil e interativa. Dúvidas, críticas e sugestões podem ser enviadas pelo *e-mail*: grupofocal@saude.gov.br. A integração com as bibliotecas virtuais temáticas é garantida pela forma rápida de acesso à BVS Saúde Pública Brasil, BVS Adolec, BVS Aleitamento Materno, BVS Doenças Infecciosas e Parasitárias, BVS Economia da Saúde, BVS Educação Profissional em Saúde, BVS Enfermagem, BVS História da Saúde e da Medicina, BVS Homeopatia, BVS Odontologia, BVS Vigilância Sanitária, entre outras.

Biblioteca Virtual em Saúde Pública Brasil (BVS SP Brasil)

<<http://saudepublica.bvs.br>>

Iniciativa do Ministério da Saúde e do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde – Bireme/Opas, a BVS SP Brasil visa a democratizar o acesso às fontes de informação em saúde pública produzidas pela rede acadêmica e de serviços do Brasil, integrando-se à produção da América Latina e do Caribe sobre o tema de interesse dos gestores, pesquisadores, profissionais e usuários em geral. Apresenta mais de 13 milhões de referências e textos completos disponíveis, com serviços de pesquisa simultânea nas principais bases de dados bibliográficas em ciências da saúde, tais como: Medline, Lilacs e SciELO, ColecionaSUS e fontes de informação para tomada de decisão.

Centro Cultural da Saúde (CCS)

<<http://www.ccs.saude.gov.br>>

Espaço cultural dinâmico e interativo que objetiva favorecer o debate, a produção e a disseminação do saber, na área da saúde pública. O CCS tem como estratégias principais: ampliar a visão sobre a saúde, abrangendo outros campos do conhecimento e da atividade humana (como artes, meio ambiente, cidadania, violência, trabalho, etc.); democratizar e universalizar a informação em saúde, desmistificando doenças e fortalecendo as práticas preventivas. O CCS realiza mostras artísticas e culturais locais, itinerantes e pela internet.

As organizações públicas vinculadas ou não ao Sistema Único de Saúde (SUS) com interesse em projetar parcerias com o CCS podem entrar em contato por *e-mail*: ccs@ccs.saude.gov.br ou pelos telefones (21) 2240-55 68 e 2240- 2813. Para agendar visitas guiadas de grupos e escolas, o telefone de contato é (21) 2240-5318 (o CCS dispõe de recepcionistas bilíngües).

Coleção Nacional das Fontes de Informação do SUS (ColecionaSUS)

Trata-se de uma base de dados que funciona como um mecanismo de integração e divulgação da produção institucional do SUS. Abrange monografias, periódicos, relatórios finais de projetos e programas de saúde, anuários estatísticos,

materiais gerados a partir de eventos oficiais. O objetivo dessa base de dados é retratar a memória técnica do SUS, consolidando-se como ferramenta de preservação do patrimônio informacional do sistema público de saúde brasileiro. A base ColecionaSUS pode ser pesquisada pela BVS Saúde Pública Brasil (<<http://www.saudepublica.bvs.br>>) e pela BVS MS (<<http://www.saude.gov.br/bvs>>).

Conselho Editorial do Ministério da Saúde (Coned)

<<http://www.saude.gov.br/editora/coned.htm>>

Colegiado responsável pela implementação da Política Editorial do Ministério da Saúde (MS), propondo e estabelecendo critérios de avaliação e planejamento editorial para as áreas técnicas do Ministério da Saúde e entidades vinculadas. Os principais objetivos do Coned são: editar publicações de qualidade, preservar o acervo informacional em saúde, incentivar a pesquisa, o intercâmbio e as parcerias de interesse da saúde pública.

Editora do Ministério da Saúde

<<http://www.saude.gov.br/editora>>

Setor de apoio e acompanhamento da produção editorial feita pelo Ministério da Saúde, observando o caráter da qualidade, normalização, economia e distribuição. Atua no registro dos títulos junto à Biblioteca Nacional cumprindo a Lei de Depósito Legal, na observância dos direitos autorais, respeito à impessoalidade e aos créditos institucionais. Sua atuação, junto à Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde (BVS MS) e à Rede de Bibliotecas e Unidades de Informação Cooperantes da Saúde (Rede BiblioSUS), garante a ampla acessibilidade ao conhecimento produzido pelo Ministério da Saúde e trabalhado na Editora MS. Contatos podem ser feitos pelos telefones (61) 3233-2020, 3233-1774 e 3233-9353 ou pelo *e-mail*: editora.ms@saude.gov.br.

Estação Biblioteca Virtual em Saúde (Estação BVS)

<<http://dtr2001.saude.gov.br/bvs/estacaobvs>>

É um espaço de acesso público criado em parceria com as secretarias estaduais de saúde para a realização de pesquisas pela internet, com orientação de profissionais especializados em gestão da informação. Permite acesso livre e gratuito a informações técnico-científicas em saúde geradas por instituições do Sistema Único de Saúde (SUS) e acadêmicas. O objetivo da Estação BVS é democratizar o acesso às fontes de informação, no campo da Saúde Pública, consolidando a Rede de Bibliotecas e Unidades de Informação Cooperantes da Saúde (Rede BiblioSUS). Para conhecer as estações BVS que já estão em operação, acesse: <http://www.saude.gov.br/bvs/estacao/onde_encontrar.htm>.

Patrimônio Cultural da Saúde

<<http://dtr2001.saude.gov.br/bvs/patrimonio/index.html>>

O enfoque histórico da abordagem em saúde, reconstituindo políticas, personalidades, documentos, fatos, cenários e serviços permite avaliar avanços e desafios, atores e estratégias, de forma a contextualizar a atual realidade e a importância da participação e do controle social na sustentabilidade do Sistema Único de Saúde e na sua apropriação, como um patrimônio do povo brasileiro e fruto de uma política de Estado que visa à universalidade, integralidade e equidade em saúde. A meta desse projeto é contribuir para a melhor apropriação do sentido público e democrático dessa política social em um país que abriga tantas desigualdades sociais.

Política Editorial do Ministério da Saúde

<http://www.saude.gov.br/editora/coned_pe.htm>

Essa Política estabelece princípios, diretrizes e responsabilidades que orientam a produção editorial, no âmbito do Ministério da Saúde e entidades vinculadas. Tem por objetivo proporcionar à sociedade brasileira produtos editoriais que subsidiem profissionais, gestores e demais interessados no setor. Pautada pela observância de aspectos legais, éticos, técnicos e científicos, essa política visa a estruturar os processos de planejamento, tratamento, edição, preservação, acesso e avaliação das informações em saúde, reconhecida como um patrimônio público e um direito constitucional.

Sistema Integrado de Protocolo e Arquivo (Sipar)

<<http://www.saude.gov.br/sipar>>

Sistema de controle documental que facilita a tramitação e o acesso aos documentos recebidos e produzidos pelo Ministério da Saúde. Foi implantado em 2000 e integra todas as unidades do Ministério da Saúde, inclusive as descentralizadas, e atualmente está em implantação nos hospitais federais do SUS. A pesquisa ao sistema é realizada de forma prática, possibilitando localizar o documento pelo número de registro, ano ou setor e/ou área responsável ou interessada.

Rede de Bibliotecas e Unidades de Informação Cooperantes da Saúde (Rede BiblioSUS)

<<http://www.saude.gov.br/bibliosus>>

A Rede BiblioSUS objetiva ampliar e democratizar o acesso às informações em saúde pública atuando na disseminação e distribuição de publicações técnico-

científicas, normativas, educativas e culturais, com economia de recursos, multiplicidade de opções bibliográficas e eficácia de resultados. Suas metas principais são o aperfeiçoamento da gestão da informação, o registro e a difusão do conhecimento em saúde e a integração em projetos de documentação, comunicação e informação desenvolvidos pelo governo brasileiro. As unidades de informação interessadas em fazer parte dessa sede podem preencher o formulário eletrônico disponível no sítio da BiblioSUS ou contatar a secretaria técnica pelo *e-mail*: bibliotecas.sus@saude.gov.br.

Referências Bibliográficas

BRANCO, M. A. F. *Política Nacional de Informação em Saúde no Brasil: um olhar alternativo*. 2001. 200 p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva)–Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2001.

BRASIL. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 19 set. 1990.

_____. Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Saúde. *O CNS e a construção do SUS: referências estratégicas para melhora do modelo de atenção à saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. p. 19.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. *Seminário de Comunicação, Informação e Informática em Saúde: pacto pela democratização e qualidade da comunicação e informação no âmbito do SUS*: Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. *Política Editorial do Ministério da Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/editora/portaria1958.htm>>. Acesso em: 1º out. 2005.

CARDOSO, J. M. *Comunicação, saúde, participação e controle social*. Rio de Janeiro, 2005. Documento em *power point* apresentado no Seminário Regional de Comunicação, Informação e Informática em Saúde na Região Sudeste, Rio de Janeiro, nov. 2005.

CASTRO, R. C. F. *Comunicação científica na área de saúde pública: perspectivas para a tomada de decisão em saúde baseada em conhecimento*. 2003. 228p. Tese (Doutorado em Saúde Pública)–Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003. Disponível em: <<http://www.bvs-sp.fsp.usp.br/tecom/docs/2003/cas001.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2005.

Rádio: poderoso aliado do controle social

Ana Luisa Zaniboni Gomes e Sergio Gomes¹

Compreendemos os meios de comunicação como verdadeiros agentes do controle social. É a imprensa, por sua natureza e função, um de seus maiores apoios. Entretanto, na configuração atual, podemos constatar que a mídia, em especial os grandes veículos, pouco tem atuado nesse sentido. O vínculo político e econômico e a subordinação das empresas jornalísticas às lógicas da globalização tiraram o foco da imprensa das grandes questões nacionais e locais.

O baixo envolvimento da imprensa nas questões de interesse social foi sinalizado pelo jornalista Marcelo Beraba, ombudsman da Folha de S. Paulo e atual presidente da Associação Brasileira de Jornalismo Investigativo – ABRAJI, em sua coluna do dia 9 de outubro de 2005. O tema indutor foi o referendo sobre as armas de fogo. O artigo dizia que a imprensa não estava preparada e nem atenta para os grandes problemas do país e que os temas de suas pautas eram normalmente tratados de forma simplificada e sem continuidade. Lamentava que não seria mais o debate nem a informação isenta, mas as propagandas oficiais carregadas de distorções e mistificações que iriam pautar a discussão e o resultado do referendo.

¹ **Ana Luisa Zaniboni Gomes e Sergio Gomes** são jornalistas e diretores da OBORÉ Projetos Especiais em Comunicações e Artes

A análise do advogado dos leitores de um dos maiores jornais do Brasil é muito interessante. Aponta que as políticas públicas e os grandes problemas do país estão pouco esclarecidos nos textos dos formadores da opinião pública nacional. Por consequência, suas abordagens agregam pouco significado ao repertório de seus leitores e denotam como é reduzido o terreno em que esses profissionais circulam quando o assunto a ser tratado requer contextualização nos pressupostos dessas políticas. Em especial às sociais, que são as permanentemente desafiadas a resolver os acessos, os meios e as formas de sobrevivência e garantia dos direitos sociais da grande maioria da população brasileira.

Neste contexto, destacamos o importante papel do rádio no Brasil: presente em cerca de 90% dos lares e acessível à quase totalidade da população. Como fazer, se o veículo ainda é pouco envolvido com as questões sociais emergenciais que desafiam o país? Um ambiente radiofônico sintonizado com os problemas sociais reais de seus ouvintes teria condições imediatas de trazer o veículo para mais perto das políticas públicas sem abandonar as principais características do rádio atual, que são a segmentação da audiência e o seu aspecto local.

Entendemos que a mudança do perfil do rádio, afora as condicionantes tradicionais ligadas ao mercado e ao projeto empresarial e político das emissoras, depende em grande parte de seus radialistas. Colaborar para a ampliação do repertório informativo e simbólico desses profissionais, resgatando o papel educador que lhes é peculiar, pode devolver ao rádio seus ouvidos, que aos poucos foram se ensurdecendo, e convocar outras palavras para chegar até os muitos que têm no veículo sua única fonte de informação.

A sub-valorização do rádio e do radialista na implementação e no acompanhamento das políticas públicas tem direcionado as atenções da OBORÉ nesta última década. Nosso contato regular com emissoras e alguns dos seus principais comunicadores tem demonstrado a importância de trabalhar pela qualificação do papel protagonista do radialista na mediação das questões de efetivo interesse social. Trazemos aqui um exemplo do que já estamos fazendo.

São Paulo foi palco, no fim dos anos 90, da implantação do Projeto Qualidade Integral de Saúde (Qualis) em dez áreas das regiões norte e sudeste da cidade. A Secretaria Estadual da Saúde, gestora do projeto, reconheceu que necessitava de forte apoio popular e da opinião pública para implantar esse novo modelo, célula inicial do Programa de Saúde da Família em disseminação por todo o território nacional, orientado pelas diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), mas ainda não experimentado em grandes cidades.

O Professor Adib Jatene, à época diretor da Fundação Zerbini – entidade civil ligada ao Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP –, convida o sanitarista David Capistrano da Costa Filho a assu-

mir o Qualis em 1997. Capistrano imediatamente identifica nessas dez áreas da capital um número alarmante de moradores com tuberculose, uma doença com um diagnóstico absolutamente elementar, cujo remédio é oferecido gratuitamente na rede pública de saúde e com grande chance de cura para quem obedece a prescrição médica: tomar os comprimidos diariamente, durante seis meses e sem interrupção.

O sanitarista procura a OBORÉ para desenvolver um plano de comunicação que ajudasse a reverter o quadro da doença e das mortes por tuberculose naqueles territórios. Para ele, era preciso informar e esclarecer a população sobre o tratamento melhorando a comunicação com todas as casas, pessoas, com os parentes e vizinhos. O trabalho foi montado com base nos resultados de duas pesquisas: uma junto aos 32 coordenadores e agentes comunitários de saúde desses dez centros do PSF das zonas norte e sudeste para identificar como eles se informavam no dia a dia e saber se tinham conhecimento de quais eram os recursos de comunicação existentes em seus territórios de atuação. E a outra junto à população para saber quais os comunicadores em quem as pessoas mais confiavam.

O plano de ação apontou, entre outras coisas, para a criação de um programa de rádio – Plantão Saúde – para abastecer as rádios comunitárias dos bairros onde atuava o Qualis. Nasceram, assim, as bases da Rede de Comunicadores pela Saúde, atualmente formada por 575 emissoras parceiras (172 comerciais e 403 comunitárias), alcançando 4.131 municípios brasileiros e cerca de 30 milhões de ouvintes potenciais.

Por adesão voluntária, as emissoras firmam com a OBORÉ um Termo de Parceria e Cooperação (TPC) cedendo gratuitamente espaço em suas grades de programação para a transmissão do Plantão Saúde, em dias e horários previamente estabelecidos pela direção da rádio. A OBORÉ faz a criação, produção e distribuição mensal desses programas, que têm oito minutos de duração e são montados em dois blocos para facilitar a inserção de publicidade local. No mesmo CD são enviadas mais duas Entrevistas Exclusivas e uma Carta Falada com comentários de pesquisadores, especialistas, dirigentes e profissionais da saúde, dando aos radialistas mais elementos para enriquecer as suas pautas e os seus comentários no ar.

O projeto tem seu monitoramento baseado no *Modelo de Avaliação Permanente* (MAP), ferramenta de gestão desenvolvida especialmente para as redes temáticas de parceria e cooperação da OBORÉ, que utiliza pesquisa por amostragem mensal, rotativa e permanente. Trata-se de método científico reconhecido pela Escola de Comunicações e Artes da Universidade de São Paulo (ECA-USP) como alternativo às tradicionais formas de medição de resultados de ações de comunicação e educação em rádio. Além do acompanhamento constante dos

parceiros, promove um alto volume de adesão espontânea e facilita a produção de pesquisas diversas, como a que indicou que o *Plantão Saúde* é ouvido por uma maioria de pessoas das classes C, D e E, do sexo feminino e com idade acima de 25 anos. Nota-se que atualmente as mulheres são a voz de decisão dentro dos lares brasileiros e que é preciso considerar a força do rádio como um grande formador de opinião para esse grupo populacional.

Para finalizar, queremos destacar um detalhe importante. Se as diretrizes das políticas públicas são definidas pela sociedade e para a sociedade, mas se essas conquistas nem são conhecidas e nem chegam à grande maioria da população necessitada, algo está errado. Uma aliança entre o controle social e os meios de comunicação poderia revitalizar esse fluxo e é isso que o *Plantão Saúde* procura fazer.

Mas para que os comunicadores atuem e estimulem o controle social, precisam ser igualmente habilitados também para mais essa conversa com os seus ouvintes. Enfim, entendemos que é hora de inverter a lógica tradicional que recai sobre o papel do rádio, baseada nas relações de mercado e pelas agências de publicidade que defendem o jabá testemunhal em detrimento à adesão genuína às causas públicas.

O entendimento sobre o papel do controle social e da participação popular na gestão e fiscalização das políticas públicas é mais um desafio a ser vencido por quem é dirigente comprometido com a cidadania.

PARTE 5

**SUBSÍDIOS PARA ELABORAÇÃO DOS
PLANOS DE TRABALHO DAS COMISSÕES DE
COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO EM SAÚDE
DOS CONSELHOS ESTADUAIS E MUNICIPAIS**

Subsídios para elaboração dos Planos de Trabalho das Comissões de Comunicação e Informação em Saúde dos Conselhos Estaduais e Municipais

Alessandra Ximenes¹

Angélica Silva²

Ilara Hämmerli S. de Moraes³

Marionita Queiroz⁴

Michèlle de Toledo Guirlanda⁵

Verbena Melo⁶

Partindo do princípio de que o direito à saúde, garantido na Constituição Federal de 1988, também se manifesta no direito ao acesso a informações sobre os serviços públicos de saúde, cabe às instâncias de controle social (conselhos de saúde e conferências de saúde) contribuir para viabilizar os meios de realizar a

¹ **Alessandra Ximenes** é Coordenadora de Comunicação e Informação em Saúde da Secretaria Executiva do Conselho Nacional de Saúde.

² **Angélica Silva** é Coordenadora de Inovações Tecnológicas do Canal Saúde/Fiocruz e Coordenadora do Programa de Inclusão Digital das Secretarias e Conselhos de Saúde do Rio de Janeiro.

³ **Ilara Hämmerli S. de Moraes** é membro da Comissão Intersetorial de Comunicação e Informação em Saúde do CNS.

⁴ **Marionita Queiroz** é jornalista da Coordenação de Comunicação e Informação em Saúde da Secretaria Executiva do Conselho Nacional de Saúde.

⁵ **Michèlle de Toledo Guirlanda** é jornalista da Fundação Hospitalar de Belo Horizonte.

⁶ **Verbena Melo** é jornalista da Coordenação de Comunicação e Informação em Saúde da Secretaria Executiva do Conselho Nacional de Saúde

interlocução entre os sujeitos envolvidos no processo (usuários, gestores, prestadores de serviço e trabalhadores de saúde) e a sociedade em geral.

As estratégias de comunicação e informação em saúde são instrumentos valiosos para o exercício do controle social. Afinal, não há como controlar algo que não se conhece. No entanto, tais recursos ainda são utilizados de forma tímida pelos conselhos de saúde. Daí a necessidade de incentivar nos conselhos de saúde a adoção de políticas para democratizar a comunicação e o acesso à informação na área da saúde, que estejam adequadas à realidade do controle social.

“Tornar concreta a democratização das informações em saúde significa ampliar o leque de participação dos conselheiros de saúde nos espaços decisórios sobre a gestão” (MORAES, 2005, p.38). Assim, modifica-se a prática convencional de que o usuário do SUS é um mero receptor de informações. Com a nova visão, ele passa a participar deste processo de construção da comunicação e informação em saúde.

Necessário se faz, então, analisar e apontar estratégias que permitam a socialização da informação em saúde a partir dos próprios conselhos de saúde. Entendendo que socializar a informação, conforme definem Braga e Cristóvão (1994), significa não somente traduzi-la para o público em geral, mas, principalmente, construir, tratar e divulgá-la de diferentes formas.

As duas últimas Conferências Nacionais de Saúde (11^a e 12^a) aprovaram propostas que deram destaque à comunicação e à informação em saúde. Esse avanço demonstra a importância atribuída à participação da sociedade na constituição e funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS).

Ao reconhecer o papel da comunicação e da informação em saúde como estratégia de transformação da realidade, a 12^a Conferência Nacional de Saúde (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 2004) deliberou pela necessidade de elaboração de uma Política de Comunicação, Informação e Informática para o SUS, comprometida com o fortalecimento do controle social. Uma política que, de acordo com relatório final da 12^a CNS, deve estar pautada nas diretrizes do SUS e na garantia de ações e recursos que permitam a qualidade e a democratização do acesso à comunicação, informação e informática em saúde.

Nesse trabalho em busca da democratização da comunicação e da informação em saúde, a criação das Comissões de Comunicação e Informação em Saúde nos conselhos de saúde é considerada uma prioridade.

Essas comissões é que vão atuar na pesquisa de informações de qualidade e na divulgação periódica destas para a comunidade, estendendo para a população os debates sobre o SUS, as políticas de saúde, a legislação, o financiamento e o controle social. Essas comissões podem ainda atuar na promoção de uma mudan-

ça na relação com a mídia, tornando os meios de comunicação fortes aliados do controle social.

O presente texto tem como objetivo justamente o de contribuir com os conselhos estaduais e municipais no processo de criação das Comissões de Comunicação e Informação em Saúde, bem como na elaboração dos planos de trabalho dessas comissões.

É importante destacar que as idéias aqui dispostas sobre comunicação, informação e informática em saúde foram elaboradas, a partir da experiência concreta do Conselho Nacional de Saúde e da vivência das autoras do texto nos respectivos ambientes de trabalho. Ou seja, os caminhos aqui citados não são os únicos possíveis. Ao contrário, cada conselho deverá traçar seu próprio caminho, suas metas e objetivos, levando em conta a realidade local.

Elaboração dos Planos de Trabalho: o primeiro passo

De acordo com a Resolução do CNS n° 333/2003, os conselhos de saúde exercem suas atribuições mediante o funcionamento do Plenário, que pode instalar comissões intersetoriais de caráter temporário ou permanente, além de grupos de trabalho. No Conselho Nacional de Saúde, por exemplo, as comissões e grupos de trabalho são constituídos por meio de resolução específica, na qual estão identificados finalidades, objetivos, produtos e prazos.

Dessa forma, a criação das Comissões de Comunicação e Informação em Saúde, bem como a definição do número de integrantes, é de responsabilidade dos Plenos dos conselhos de saúde estaduais e municipais.

A atuação das Comissões de Comunicação e Informação em Saúde deve estar descrita em planos de trabalho anuais. É importante que os planos de trabalho discutidos nas Comissões de Comunicação e Informação em Saúde sejam submetidos à aprovação dos Plenos dos conselhos de saúde.

Como colaboração sugere-se aqui algumas etapas para elaboração dos Planos de Trabalho das Comissões de Comunicação e Informação em Saúde:

a) Avaliação da realidade

- **Identificação dos problemas** – Analisar as dificuldades existentes devido à ausência de uma política de comunicação e informação nos conselhos de saúde. A partir deste levantamento é que se iniciará a elaboração do Plano de Trabalho de Comunicação e Informação em Saúde. Todas as sugestões devem ser feitas considerando a realidade vigente e as necessidades do SUS e também em busca da democratização da comunicação e da informação em saúde.

- **Identificação dos processos de comunicação e informação** – É necessário também fazer uma leitura crítica do que já existe nos municípios e estados em relação aos processos de comunicação e de produção/disseminação de informações em saúde. Com isso, é possível verificar o que pode ser aproveitado e o que precisa ser aprimorado. Essa avaliação preliminar é importante porque possibilita aos conselhos criar a partir das condições existentes. Ou seja, os conselhos que já possuem alguma estratégia não precisam, obrigatoriamente, começar do zero. Mas aperfeiçoar o trabalho já em curso para atingir as metas propostas.
 - **Identificação dos atores** – Outro passo essencial é relacionar as representações dos conselhos de saúde, grupos, organizações, instituições, entidades e movimentos sociais que de alguma maneira estão envolvidos no processo de elaboração e execução do plano de comunicação e informação em saúde.
- b) Definição das prioridades e metas a serem alcançadas** – Após o processo de avaliação da realidade (identificação dos problemas, dos atores e dos processos de comunicação e informação), a comissão se reunirá para definir as prioridades do trabalho. Essas prioridades devem levar em conta as necessidades do SUS e como o trabalho de comunicação e informação em saúde pode contribuir para que o conselho exerça melhor o seu papel de controle social. Definidas as prioridades, a intenção é estabelecer, com exatidão, as metas que se pretende alcançar a curto, médio e longo prazos.
- c) Definição das estratégias de comunicação e informação em saúde** – Nesta fase, deve se avaliar o que informar e como informar, utilizando estratégias de comunicação e informação convencionais ou outras estabelecidas pela comissão. Essas escolhas devem ser feitas respeitando as diversidades regionais, de forma que o processo de democratização das informações em saúde atinja os objetivos esperados.
- d) Elaboração de documento** – As Comissões de Comunicação e Informação em Saúde devem consolidar, em um documento, todas as atividades previstas no Plano de Trabalho e as formas de viabilizar execução deste, incluindo a análise dos custos e as interlocuções necessárias para que a gestão do SUS nos municípios e estados adote ações efetivas voltadas para a democratização e qualidade da comunicação e informação em saúde.

Recomenda-se que o documento do Plano de Trabalho seja elaborado no último trimestre do ano, para vigorar no exercício seguinte.

e) Apresentação e aprovação pelo Pleno: Comissões e grupos de trabalho dos conselhos de saúde não são deliberativos nem normatizadores. Têm como função discutir e articular as políticas, normas e programas das instituições e setores de interesse do Sistema Único de Saúde. Por isso, as comissões e grupos de trabalho devem submeter os resultados das discussões aos Plenos dos conselhos. Sendo assim, antes de começar a ser executado, o Plano de Trabalho de Comunicação e Informação em Saúde, preparado pelas Comissões de Comunicação e Informação em Saúde, deverá ser submetido ao Plenário dos conselhos de saúde.

Assessoria Técnica – um apoio ao trabalho das Comissões de Comunicação e Informação

As Comissões de Comunicação e Informação em Saúde são compostas essencialmente, por conselheiros e pessoas indicadas pelo Pleno dos conselhos. Cabe aos gestores, por meio das Secretarias Executivas dos conselhos, fornecer o apoio técnico-financeiro para garantir a execução das atividades de comunicação e informação em saúde presentes nos planos de trabalho das comissões.

Para colocar em prática das ações propostas nos planos de trabalho, é interessante que as Comissões de Comunicação e Informação em Saúde contem com uma assessoria técnica de apoio – que pode ser da própria Secretaria Executiva do conselho – capacitada nas áreas de comunicação, informação e informática. Por isso, é essencial que os setores de comunicação e informação em saúde, no âmbito das Secretarias Executivas dos conselhos de saúde, estejam organizados.

Também é importante a disponibilização de uma infra-estrutura mínima de equipamentos (computador, fax, impressora, telefone) e material de apoio (material básico de escritório: canetas, papéis, etc.) que permita a execução das ações planejadas.

Vale ressaltar que tanto a infra-estrutura básica quanto a formação de uma equipe de apoio deve se adequar à realidade do conselho e levar em conta as necessidades específicas do SUS na região.

Como divulgar as informações em saúde?

A necessidade de se criar estratégias que permitam divulgar as informações e decisões dos conselhos e conferências de saúde foi apontada pela 12ª Conferência Nacional de Saúde. No relatório final da 12ª CNS (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 2004), uma das diretrizes gerais defende que as três esferas de governo desenvolvam projetos para garantir a divulgação permanente desse conhecimento para a população, para as instituições públicas e privadas, para as comunidades, para os gestores e também para os meios de comunicação.

Assim, os Planos de Trabalho das Comissões de Comunicação e Informação em Saúde dos Conselhos de Saúde devem apontar estratégias de comunicação e disseminação das informações que serão utilizadas para contribuir com a promoção do acesso democrático ao conhecimento sobre as políticas públicas de saúde no SUS e com a socialização dos debates dos conselhos de saúde.

O objetivo não deve ser apenas o de divulgar as discussões do próprio conselho, mas também incentivar a troca de experiências entre conselhos, além de oferecer subsídios para que a população possa monitorar o financiamento e a execução das políticas públicas de saúde, a oferta e o desempenho dos serviços no SUS.

1) Características gerais

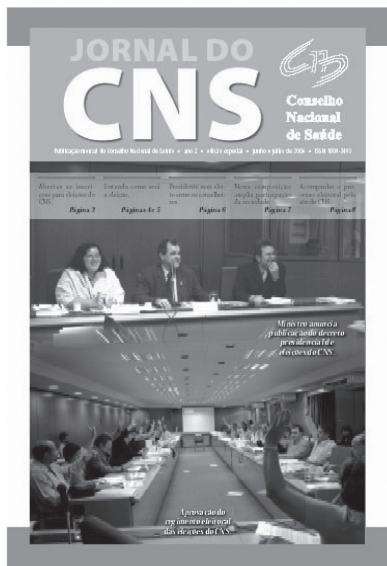
- **Definição de público:** para que a comunicação atinja os objetivos esperados, é fundamental conhecer o público a que se dirige. Sendo assim, as Comissões de Comunicação e Informação dos Conselhos devem apurar junto à comunidade sua diversidade sócio-cultural e associativa.
- **Linguagem:** uma das características essenciais das estratégias de comunicação e informação é oferecer a informação de maneira clara, ágil e de fácil compreensão. Não basta divulgar os dados pura e simplesmente, é necessário apresentar a informação numa linguagem adequada, de forma a permitir que qualquer cidadão possa se apropriar do conhecimento.
- **Conteúdo:** o conteúdo a ser veiculado por meio das estratégias de comunicação e informação em saúde deve primar pela veracidade. É importante contemplar informações sobre as políticas de saúde e as deliberações dos conselhos de saúde. Também se deve utilizar o espaço em busca de uma reflexão sobre como as condições de vida influenciam na saúde da população.
- **Distribuição:** é necessário se criar um banco de dados com os contatos – telefones, endereços, correios eletrônicos – dos sujeitos sociais com os quais o conselho quer manter uma rotina de comunicação. Assim, é importante relacionar contatos da imprensa (para oferta de pautas, *releases*, etc.), dos conselhos de saúde, de instituições diversas (hospitais, escolas, universidades, órgãos do poder executivo, judiciário, legislativo, entre outros) e dos próprios conselheiros para distribuição das publicações do conselho. Esse banco de dados deve ser atualizado periodicamente para manter sua eficiência.

2) Exemplos de estratégias de comunicação e difusão de informações

a) Impressos

- **Jornal**

Forma de comunicação impressa, constituída de folhas soltas. Tem caráter noticioso, tiragem regular e é distribuído de forma periódica. O formato (tamanho) pode ficar a critério das Comissões de Comunicação e Informação em Saúde.



- **Jornal mural**

É um espaço de comunicação visual, utilizado para divulgar, motivar e socializar rapidamente as informações. Ele pode ser criado com recortes de material veiculado na imprensa, ou ter material produzido para este fim pela Assessoria Técnica da Comissão de Comunicação e Informação em Saúde. Uma das grandes vantagens oferecidas por este instrumento é o baixo custo para sua viabilização.

MURAL de RH

Coordenação-Geral de Recursos Humanos
CGRH - 20º FEVEREIRO DE 2006 - ISBN 978-85-7216-216-0

Mural de RH de cara nova

O Mural de RH é o principal meio de comunicação da Coordenação-Geral de Recursos Humanos com os trabalhadores do MS em Brasília. Por isso, queremos saber sua opinião sobre o informativo. O que você achou do novo layout adotado desde janeiro de 2006? Que tipo de notícias gostaria de ver no Mural? Mande e-mail para maria.beatriz@saude.gov.br ou ligue no 3315-3888 e dê sua sugestão para que a CGRH possa elaborar um informativo sempre atualizado e cheio de novidades.

Outra novidade é que o Mural de RH ganhou novos pontos-murais. Agora, o informativo já pode ser encontrado facilmente ao lado de elevadores, no restaurante do MS e em outros pontos estratégicos do Ed. Sede, Ed. Anexo e demais unidades. Para aquisição e afixação dos pontos murais, a CGRH contou com o apoio da CGRI.

Censo realizado pela CGRH é prorrogado

O censo que está sendo realizado pela CGRH, desde o mês de dezembro e que tinha como prazo final o dia 31 de janeiro foi prorrogado. Os trabalhadores do Ministério da Saúde de todas as Unidades Pagadoras têm agora até o dia 31 de fevereiro para preencher o formulário. A CGRH agradece ao estado do Acre e ao Distrito Federal onde quase 100% dos trabalhadores participaram do censo dentro do prazo estabelecido. Quem ainda não preencheu o formulário deve entrar na página <http://intranet.saude.gov.br/2006>, pela intranet do MS.

Volta às aulas do Geração Saúde

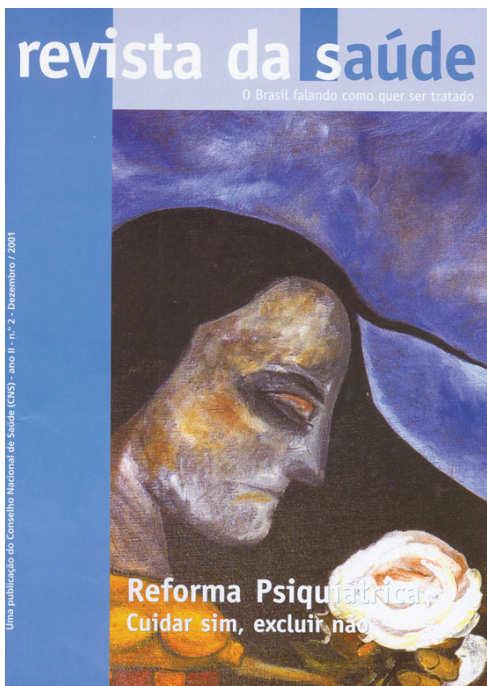
Agora é pra valer!!! Todas as atividades do Geração Saúde já retornaram e a equipe está com todo o pique para receber os trabalhadores do MS. Confira os horários que foram mantidos e as novidades para 2006.

Yoga - 2ª, 4ª e 6ª - 12h às 12h50	Jump fit - 3ª e 5ª - 12h às 12h50
Ginásticas - 2ª, 4ª e 6ª - 8h às 8h50, 16h às 16h50 e 3ª e 5ª - 12h às 12h50	Capoeira - 3ª e 5ª - 17h às 18h
17h50	Dança de salão - 3ª e 5ª - 19h às 19h50
Musculação - 2ª, 4ª e 6ª - 17h às 17h50	Dança do ventre - 3ª e 5ª - 16h às 17h e 18h às 19h
Alongamento - 3ª e 5ª - 8h às 8h30	Coral - 4ª e 6ª - 8h às 9h30
Abdominal Express - 3ª e 5ª - 8h30 às 9h	Ginástica laboral - Diariamente
Jiu-jitsu - 2ª, 4ª e 6ª - 18h às 19h	Massagem Expressa de 2ª a 6ª - de 8h às 11h30 e das 14h às 16h30
Violão - 3ª e 4ª - 13h às 14h	
Aerobáxia - 3ª e 5ª - 12h às 12h50	

Informações sobre o Mural pelos fones 3315-2192/2204/3882

Episódio
Publicado semanalmente pela Coordenação-Geral de Recursos Humanos (CGRH),
Subsecretaria de Assessoria Administrativa - Secretaria Executiva - Ministério da Saúde,
Brasília, Distrito Federal, Loteamento A Luziana Machado, Clonagem Saúde (CGS).
Responsible: Maria Beatriz Martins (3315-2030/3315-2030)

Produção pela Editora MSU
Coordenação-Geral de
Documentação e Informação
Tels.: 3315-2030 e 3315-1774
E-mail: editora.ms@saude.gov.br



• **Revista**

Publicação periódica que trata de assuntos de interesse geral ou relacionado a uma determinada atividade ou ramo do conhecimento, literatura, ciência, política e etc, (RABAÇA; BARBOSA, 2001). A intenção da revista é dar um destaque maior para os assuntos que tratem do controle social e do Sistema Único de Saúde.

• **Boletim**

Publicação periódica que se difere do jornal e revista por não ter conteúdo necessariamente técnico. A idéia parte do principio da necessidade de uma comunicação mais ágil e direta.

Boletim do Conselho Nacional de Saúde

ANO 3 - Número 28 Publicação Trimestral Agosto/Setembro/Octubro/2002

APRESENTAÇÃO

As deliberações e resumos executivos gerados pelas reuniões ordinárias do Conselho Nacional de Saúde nos meses de agosto, setembro e outubro compõem esta edição. Além dessas, estão incluídas informações da reunião extraordinária convocada ainda para o mês de outubro, convocada com a finalidade de discutir aspectos do financiamento do SUS.

No reunião do mês de setembro, conforme registrado no respectivo resumo executivo, estiveram presentes no CNS, como convidados, assessores diretos dos quatro principais candidatos à Presidência da República. Eles vieram ao Conselho para apresentar aos conselheiros os programas de governo de cada grupo, com ênfase especial no que diz respeito à saúde. É importante salientar que antes da vinda deles, o CNS havia encaminhado a cada um dos comitês eleitorais uma carta na qual apresenta uma série de pontos considerados fundamentais para a sobrevivência do atual modelo de atenção.

Ainda neste Boletim, é publicada a íntegra de homenagem ao professor João Yunes, um dos maiores especialistas em saúde do País, que faleceu em outubro. O texto preparado pelo plenário e encaminhado a várias autoridades e entidades demonstra o reconhecimento do Conselho Nacional de Saúde ao trabalho e à luta individual do ex-secretário de Políticas de Saúde e consultor da OPAS, reconhecido internacionalmente pela dedicação e amor à cidadania, à democracia e ao bem coletivo.

ABERTURA

Nos dias 7 e 8 de agosto de 2002, na sala de reunião Conselheiro Otilton Visconde, do Conselho Nacional de Saúde, realizou-se a 122.ª Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde.

ITEM 01 – ABERTURA, ATA E INFORMES

APROVAÇÃO DA ATA

Transferida a aprovação das Atas da 120.ª e da 121.ª Reunião Ordinária para a Reunião Ordinária de setembro de 2002.

NESTA SEÇÃO

Apresentação	1
122.ª Reunião Ordinária do CNS Agosto/2002 – Resumo Executivo	1
123.ª Reunião Ordinária do CNS Setembro/2002 – Resumo Executivo	8
124.ª Reunião Ordinária do CNS Outubro/2002 – Resumo Executivo	13
22.ª Reunião Extraordinária do CNS Outubro/2002 – Resumo Executivo	19

**122.ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS
RESUMO EXECUTIVO – AGOSTO/2002**

DST AIDS

Ministério da Saúde
Secretaria de Políticas de Saúde
Coordenação Nacional de DST e Aids

• **Release**

É o instrumento mais tradicional das assessorias de imprensa para chamar a atenção dos jornalistas para um assunto que pode se tornar notícia. Os conselhos de saúde podem usar os *releases* para divulgar suas pautas, atividades e deliberações junto aos meios de comunicação. Tratam-se de textos que podem ser enviado por fax, e-mail, correio, entregues pessoalmente, ou ainda disponibilizados na internet.

Alice Cortia de Imprensa
Conselho Nacional de Saúde
Ministério da Saúde



MINISTÉRIO DA SAÚDE
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

CNS elege nova composição

01.09.2006

O Conselho Nacional de Saúde (CNS) realizou, na última quinta-feira (31/08) eleição inédita para escolha dos membros do colegiado. O evento aconteceu no Pavilhão de Exposições do Parque da Cidade (ExpoBrasília), em Brasília-DF.

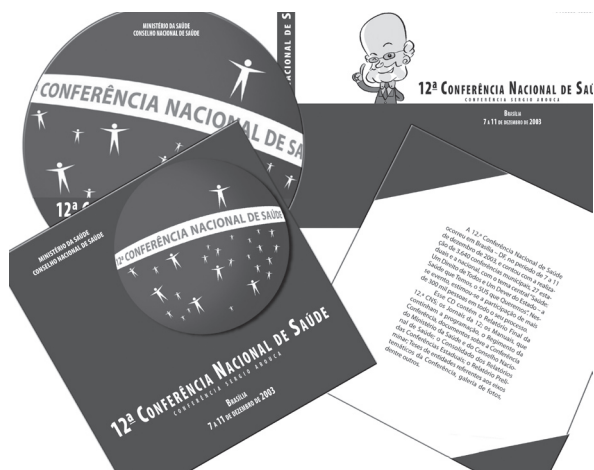
Pela primeira vez, em 70 anos de existência do CNS, é realizado um processo eleitoral. Ao todo, 116 entidades e movimentos sociais se inscreveram para concorrer às vagas de conselheiros dos segmentos de Usuários, de Trabalhadores da Saúde e Comunidade Científica e de Prestadores de Serviço e Empregariado com atividade na área da Saúde.

Para o ministro da Saúde, José Agenor Álvares da Silva, a eleição no Conselho Nacional representa uma conquista singular para a saúde pública brasileira. "É um momento de aperfeiçoamento do Conselho Nacional de Saúde que deve implicar também no aperfeiçoamento dos conselhos estaduais e municipais de saúde", afirmou o ministro durante a cerimônia de abertura da eleição.

O ministro José Agenor acrescentou ainda que os novos conselheiros devem assumir o compromisso de aprimorar as políticas públicas de saúde. "Temos que mostrar que o CNS é um conselho vigilante, fiscalizador, uma instância de luta para que o direito à saúde jamais seja negado", completou.

A lista completa das entidades e movimentos sociais eleitos para compor o Pleno do CNS, no período de 2008 a 2009, está disponível na página do Conselho Nacional na internet (www.conselho.saude.gov.br). Uma das novidades é a participação do movimento estudantil, da população negra, de gays, lésbicas, transgêneros e bissexuais, de ambientalistas, de defesa do consumidor e dos direitos humanos.

Eleição do presidente – As entidades e movimentos sociais eleitos, o governo federal, o Conselho de Secretários Estaduais de Saúde (Conases) e o Conselho de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) têm até o dia 10 de setembro para enviar os nomes dos conselheiros para a Secretaria Executiva do Conselho Nacional de Saúde.



• **Peças gráficas em geral**

Panfleto, pôster, cartaz, crachá, certificados, cartões, logomarcas, formulários de pesquisa, etc.

b) Audiovisuais

- Filmes institucionais;
- Parcerias com rádios e emissoras de televisão comunitárias para realização de programas;
- Filmagem, gravação e cobertura dos principais eventos.
- *Spots* de rádio

c) Eletrônico

• Informativo eletrônico

A idéia parte do princípio da necessidade de uma comunicação mais ágil e direta, via *on-line*. Existem informações que necessitam de uma divulgação que não pode esperar a reunião mensal, nem a divulgação de publicações com periodicidade mais alargada como jornais ou revistas.

Ex.: Informativo Eletrônico do CNS

Informativo Eletrônico

Informative eletrônico eletrônico do CNS em setembro de 2005

Brasília, 11 de agosto de 2005.

Eleições no CNS

Inscrições de entidades e movimentos sociais encerram no dia 18 de agosto

As entidades e movimentos sociais que quiserem participar das eleições do Conselho Nacional de Saúde (CNS) têm até o dia 18 de agosto para se inscrever. Os requerimentos e a documentação necessária devem ser entregues à Comissão Eleitoral, na sede do CNS, em Brasília-DF, das 8h às 18h, inclusive nos finais de semana. Também são aceitas inscrições via correio, mediante Aviso de Recebimento (AR) ou Sedex, desde que dentro do prazo estabelecido.

De acordo com o Regulamento Eleitoral (Resolução CNS nº 361/2005), a eleição será realizada no próximo dia 31 de agosto, em Brasília-DF. O calendário do processo eleitoral, o modelo de requerimento de inscrição e a documentação necessária estão disponíveis no site do CNS (www.conselho.saude.gov.br).

Requisitos – Podem participar como candidatos e/ou eleitores, as entidades e movimentos sociais de usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), de trabalhadores de saúde, incluindo comunidade científica, de prestadores de serviço e entidades empresariais. Um dos requisitos é ter dois anos ou mais de existência e atuação em, pelo menos, um terço das unidades da federação e três regiões geográficas.

Cadastros desta edição

- Última chamada para o Cadastro Nacional de Conselhos de Saúde;
- Levantamento nacional de conselhos cadastrados;
- Oficina de Comunicação e Informação em Saúde reúne 150 pessoas;

Cadastro Nacional de Conselhos de Saúde

18 de agosto é o último dia para inserir dados no sistema

Os conselhos de saúde de todo o país têm até o próximo dia 18 de agosto para se inscrever no Cadastro Nacional de Conselhos de Saúde (CNCS). Após essa data o sistema do cadastro será fechado para consolidação dos dados nacionais e realização dos ajustes necessários.

Atualmente, o CNCS armazena informações de 4.938 (88,32%) conselhos de saúde brasileiros. Um levantamento preliminar, do dia 11 de agosto de 2005, mostra que os dados de todos os conselhos estaduais, do conselho do Distrito Federal e de 4.009 conselhos municipais podem ser acessados pelo Cadastro Nacional.

• **Página na internet (home-page)**

Com a globalização da comunicação, a internet passou a ser um importante canal para veiculação de informações, que podem ser acessadas em qualquer parte do mundo e a qualquer momento. Dessa forma, os conselhos de saúde podem criar suas próprias páginas na rede, com diagramação e conteúdo que contemplem os interesses dos conselheiros.

Ex.: Página do CNS.

Entidades Eleitas para o Conselho Nacional de Saúde Triênio 2006/2009. clique aqui

Terça-feira, 12 de Setembro de 2006

apresentação | comissões | deliberações do plenário | legislação | links | atribuições | Biblioteca CNS | Informativos | Jornais CNS

CNS

- Apresentação
- Atas
- Atribuições
- Aviso de pauta
- Biblioteca CNS
- Composição CNS
- Conferências
- Deliberações Plen.
- Expediente
- EC - 29/2000
- Fale conosco
- História CNS
- Informativos CNS
- Jornal CNS
- Legislação
- Links
- Plenária Conselho
- Pareceres
- Regimento Interno
- Resol. 322/2003
- Resol. 333/2003
- Sisnep
- Notícias CNS

Notícia

Capítulo Constitucional Y ley Orgánica de la Salud. Legislación Brasileña de la Salud.

Oficina Nacional Debate sobre Comunicação e Informação em Saúde

Oficina da Rede Unida Conselhos definem agenda positiva de comunicação

Mortalidade materna Pacto quer reduzir índices em todo país

Serviços privados no SUS Gestor deve justificar necessidade de contratação

Jornal CNS

Conselho Nacional de Saúde aprova composição e regimento eleitoral.

Destaques

- Eleições CNS CNS elege nova composição.
- Inclusão Digital Capacitação dos conselhos começa no 2º semestre
- Medicamentos Cuidado com o consumo exagerado
- Financiamento Recursos para ações e serviços de saúde
- Práticas integrativas SUS estimula a ampliação do acesso

Links

Rumo a 13ª Conferência Nacional de Saúde

Cadastro dos Conselhos

Conferências

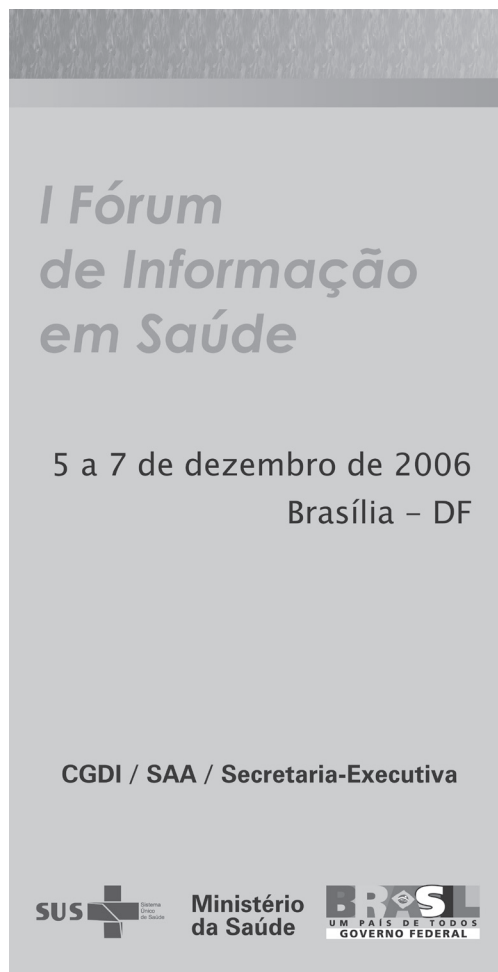
Aviso de Pauta

SISNEP

d) Presencial

- Teatro
- Palestras;
- Eventos (seminários, oficinas).

Ex.: Seminários de Comunicação, Informação e Informática em Saúde, realizados pelo CNS, em 2005; Oficina Nacional *Pacto pela Democratização e Qualidade da Comunicação e Informação em Saúde*, realizada pelo CNS, em 2006.



e) Campanhas de mobilização

Os conselhos podem promover mobilizações da comunidade a partir de temas específicos: combate à mortalidade materna; incentivo à vacinação; prevenção às doenças sexualmente transmissíveis, etc.

Ex.: Mobilização pela Regulamentação da Emenda Constitucional n.º 29, realizada pelo Conselho Nacional de Saúde na Câmara dos Deputados, em Brasília-DF, no Dia Mundial da Saúde (7/4/2006).

PELA REGULAMENTAÇÃO DA EC29



Considerações finais

Os conselhos, nos termos definidos pela Constituição Federal de 1988, são espaços públicos com força legal para atuar na formulação e avaliação das políticas públicas, definindo prioridades, conteúdos, recursos orçamentários e segmentos sociais a serem atendidos.

A composição plural e heterogênea com representação de vários segmentos caracteriza os conselhos como instâncias de negociação de conflitos entre diferentes grupos e interesses, portanto, como campo de disputas políticas. Como canais importantes de participação coletiva, os conselhos possibilitam a criação de uma nova cultura política e novas relações entre Estado e sociedade.

O acesso à comunicação e a apropriação das informações em saúde são fundamentais para uma participação propositiva no debate em torno das políticas públicas de saúde. Nesse sentido, as estratégias de comunicação dos conselhos de saúde podem contribuir decisivamente para facilitar a socialização do conhecimento sobre o SUS, ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde e, é claro, sobre a atuação dos conselhos de saúde.

Para uma comunicação em saúde eficiente, que concretize a necessidade de democratização das informações, é preciso mais do que planejamento, projetos ou materiais; a vontade política é um fator preponderante a se considerar, ao lado do compromisso com a veracidade da informação.

Os conselhos também devem procurar utilizar essas estratégias de comunicação e informação em saúde para promover uma maior interação entre conselhos

de saúde, governo e sociedade. E, assim, ampliar o diálogo entre esses segmentos, favorecendo a qualificação da participação popular nos processos de formulação e definição das políticas de saúde, incluindo a Política Nacional de Comunicação, Informação e Informática em Saúde comprometida com o exercício do controle social.

Referências Bibliográficas

BRAGA, G. M.; CRISTÓVÃO, H. T. (Coord.). *Socialização da Informação: desenvolvimento de metodologia para a sua efetivação*. Estudo aplicado às áreas de Ciência da Informação e Saúde. Projeto Integrado de Pesquisa. 1994. Rio de Janeiro: Pós-Graduação em Ciência da Informação, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Convenio CNPq/IBICT-UFRJ/ECO, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Saúde. *Coletânea de normas para o controle social no Sistema Único de Saúde*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Saúde. *O CNS e a construção do SUS: referencias estratégicas para melhora do modelo de atenção à saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Saúde. *O desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SÉRGIO AROUCA, 11., 2000, Brasília. *Relatório...* Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SÉRGIO AROUCA, 12., 2004, Brasília. *Relatório...* Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

DUARTE, J. (Org.). *Assessoria de imprensa e relacionamento com a mídia: teoria e técnica*. São Paulo: Atlas, 2002.

ENCONTRO NACIONAL DE CONSELHOS DE SAÚDE, 2., 1998, Brasília. *Relatório...* Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

KOPPLIN, E; FERRARETTO, L. A. *Assessoria de imprensa: teoria e prática*. 4. ed. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 2001.

MATOS, Gustavo G. de. *Comunicação sem complicação: como simplificar a prática da comunicação nas empresas*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

MORAES, I. H. *Informação em saúde para o fortalecimento do controle social*

do SUS. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Seminário de Comunicação, Informação e Informática em Saúde*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde, 2005.

OFICINA DE TRABALHO COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO EM SAÚDE PARA O CONTROLE SOCIAL. *Anais...* Brasília: Editora Ministério da Saúde, 2003.

RABAÇA, C. A.; BARBOSA, G. G. *Dicionário de comunicação*. 2. ed. São Paulo: Campus, 2001.

SILVA, Frederico Augusto Barbosa da. *Saúde: capacidade de luta, a experiência do Conselho Nacional de Saúde*. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2002.

Sobre os autores



Alessandra Ximenes da Silva

Assistente Social, especialista em *Saúde Pública*, mestre em *Serviço Social* pela Universidade Federal de Pernambuco. Professora da Universidade Estadual da Paraíba do Departamento de Serviço Social. Coordenadora de Comunicação e Informação em Saúde da Secretaria Executiva do Conselho Nacional de Saúde, Gerente do Projeto do Cadastro Nacional de Conselhos de Saúde. Conselheira do Conselho Estadual de Saúde de Pernambuco no (1996-2002). Membro da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde como representante da Região Nordeste (1997-2002).

Ana Luisa Zaniboni Gomes

Jornalista, especialista em *Gestão de Processos Comunicacionais* pela ECA-USP e Mestranda em *Ciências da Comunicação, Área Interfaces Sociais da Comunicação* na ECA-USP. Diretora de Projetos da *OBORÉ – Projetos Especiais em Comunicação e Artes*.

Angélica Silva

Jornalista, especialista em *Internet, Interface e Multimídia* pela Universidade Federal Fluminense (UFF) e mestre em *Gestão da Informação e Comunicação em Saúde* pela ENSP/Fiocruz. Coordenadora de Inovações Tecnológicas do Canal

Saúde/Fiocruz e Coordenadora do Programa de Inclusão Digital das Secretarias e Conselhos de Saúde do Rio de Janeiro.

Bia Barbosa

Jornalista, especialista em *Direitos Humanos* pela Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo. Integra o Conselho Diretor do Intervezes – Coletivo Brasil de Comunicação Social e é editora de *Direitos Humanos* da Agência Carta Maior.

Eliane Aparecida da Cruz

Secretária-Executiva do Conselho Nacional de Saúde. Presidente da CNTSS – Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social da Central Única dos Trabalhadores. Conselheira Nacional de Saúde – representando a Central Única dos Trabalhadores no período de 2001/2002 e dirigente do SindSaúde/SP no período de 1990 a 2001.

Geraldo Adão Santos

Administrador de empresas, bacharel em Ciências Sociais e Licenciatura pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Conselheiro Nacional de Saúde (titular), representante da Confederação Brasileira de Aposentados, Pensionistas e Idosos (COBAP). Membro da Comissão Intersetorial de Comunicação e Informação em Saúde do CNS. Presidente da Associação dos Aposentados e Pensionistas da Companhia Energética de Minas Gerais (Cemig). Conselheiro titular do Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa (até setembro de 2006). Ex-diretor-vice-presidente da Federação de Aposentados, Pensionistas e Idosos de Minas Gerais.

Geusa Dantas Lélis

Enfermeira com especialização em *Saúde, Trabalho e Meio Ambiente para o Desenvolvimento Sustentável*. Funcionária da Emergência do Hospital Geral de Fortaleza (Secretaria Estadual de Saúde do Ceará). Presidente do Sindicato dos Enfermeiros, diretora financeira da Federação Nacional dos Enfermeiros, membro da Mesa Estadual de Negociação Permanente do SUS do Ceará. Conselheira Nacional de Saúde (2ª suplente) e coordenadora da Comissão Intersetorial de Comunicação e Informação em Saúde do Conselho Nacional de Saúde.

Ilara Hämmerli S. de Souza

Assistente Social, doutora em *Ciências da Saúde Pública*, pesquisadora titular da Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ. Diretora-geral do Centro de In-

formações em Saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro. Coordenadora Nacional da Câmara Técnica de Informação e Informática em Saúde do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS). Coordenadora da Rede de Centrais de Regulação do Estado do Rio de Janeiro. Coordenadora do Mestrado Profissional Gestão da Informação e Comunicação em Saúde da ENSP/FIO-CRUZ.

Janine Miranda Cardoso

Cientista social, mestre em *Comunicação e Cultura*. Vice-diretora de Ensino do Centro de Informação Científica e Tecnológica da Fundação Oswaldo Cruz. Membro do Grupo de Trabalho Comunicação e Saúde (GT-COM) da Associação Brasileira de Pós-Graduação e Pesquisa em Saúde Coletiva (Abrasco).

Márcia Helena G. Rollemberg,

Coordenadora-Geral de Documentação de Informação do Ministério da Saúde, Bacharel em Serviço Social, com Especialização em Políticas Públicas e Gestão Estratégica da Saúde.

Maria Thereza Mendonça Carneiro de Rezende

Fonoaudióloga, especialista em *Motricidade Orofacial* pelo Conselho Federal de Fonoaudiologia. Membro do Departamento de Saúde Coletiva da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia. Membro do Departamento de Motricidade Orofacial da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia. Coordenadora adjunta do Fórum dos Conselhos Federais da Área de Saúde. Presidente do Conselho Federal de Fonoaudiologia. Conselheira Nacional de Saúde. Conselheira Nacional de Saúde (1.º suplente).

Mauricio Torres Tovar

Médico Sanitarista. Coordenador-Geral da Associação Latino-Americana de Medicina Social (Alames) e Membro do Movimento Nacional pela Saúde e Seguridade Social da Colômbia.

Marionita Teixeira de Queiroz

Jornalista, assessora de Imprensa do Conselho Nacional de Saúde. Assessora de Imprensa do Ministério da Saúde (1998 a 2005).

Nilson Alves de Moraes

Sociólogo, mestre em Sociologia e Antropologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, doutor em Ciências Sociais pela Pontifícia Universidade Cató-

lica de São Paulo e pós-doutor pelo Centro de Estudos Latino-americanos da Universidade de Varsóvia. Professor-adjunto da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Coordenador do Grupo de Trabalho Comunicação e Saúde (GT-COM) da Associação Brasileira de Pós-Graduação e Pesquisa em Saúde Coletiva (Abrasco), membro do corpo editorial da *Ciência & Saúde Coletiva* e membro de corpo editorial da *Achegas.net*.

Sergio Gomes

Jornalista, consultor de Análise e Planejamento de Comunicação. Diretor titular da OBORÉ – Projetos Especiais em Comunicação e Artes. Diretor da Associação Brasileira de Imprensa (ABI-SP) e responsável pelo Escritório Paulista da Associação Mundial das Rádios Comunitárias e Cidadãs (AMARC). Professor de Jornalismo Sindical e Comunitário na ECA-USP (1986-1992).

Verbena Melo

Jornalista, especialista em *Gestão Estratégica de Políticas de Saúde*. Funcionária da Secretaria Estadual de Saúde/DE, cedida ao Ministério da Saúde. Assessora de Imprensa de Conselho Nacional de Saúde. Assessora Técnica do Cadastro Nacional de Conselhos de Saúde e Assessora Técnica do Projeto de Inclusão Digital do Conselho Nacional de Saúde.

Equipe técnica

Conselho Nacional de Saúde

Comissão Intersetorial de Comunicação e Informação em Saúde do CNS

Geusa Dantas Lélis – Coordenadora da Comissão/Conselheira Nacional

Maria Thereza Mendonça de Carneiro Rezende – Conselheira Nacional/Seg. Trabalhador

Maria Helena Baumgarten – Conselheira Nacional/Seg. Usuário

Ilara Hämmerli Sozzi – Representante dos Gestores/Conass

Geraldo Adão – Conselheiro Nacional/Seg. Usuário

Secretaria Executiva do Conselho Nacional de Saúde/Coordenações

Eliane Aparecida da Cruz – Secretária-Executiva do CNS

Alessandra Ximenes da Silva – Coordenadora de Comunicação e Informação em Saúde

Lúcia Maria Costa Figueiredo – Coordenadora da Equipe Técnica Normativa

Jannayna Martins Sales – Coordenadora de Apoio Logístico

156

Organização

Alessandra Ximenes da Silva

Marionita Queiroz

Verbena Melo

Revisão Técnica

Marionita Queiroz

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde:

<http://www.saude.gov.br/bvs>

O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde pode ser acessado na página:

<http://www.saude.gov.br/editora>



EDITORA MS

Coordenação-Geral de Documentação e Informação/SAA/SE

MINISTÉRIO DA SAÚDE

(Normalização, editoração, impressão e acabamento)

SIA, trecho 4, lotes 540/610 – CEP: 71200-040

Telefone: (61) 3233-2020 Fax: (61) 3233-9558

E-mail: editora.ms@saude.gov.br

Home page: <http://www.saude.gov.br/editora>

Brasília – DF, dezembro de 2006

OS 1363/2006