



A INFORMAÇÃO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: PARTICIPAÇÃO, CONTROLE SOCIAL E PODER POLÍTICO

Reinaldo Zanardi

Universidade Norte do Paraná (Unopar - Londrina/PR)

1 – Introdução

Coefficientes, índices, taxas e outros termos estatísticos compõem um cenário complexo no sistema de saúde, público ou privado, que determinam os indicadores de morbimortalidade ou da qualidade de vida de uma população. Mais que termos ou expressões técnicas, os coeficientes, os índices e as taxas revelam um importante componente do sistema de saúde: a informação. Ressalta-se que o sistema de sistema atual é organizado a partir do Sistema Único de Saúde (SUS) que se descortina nas três esferas de governo: o município, o estado e a União.

Neste contexto, a informação em saúde é o ponto de partida para muitas ações e assume, portanto, um importante papel, o de servir de base para diagnósticos, planejamentos e a (re) organização de serviços, sejam assistenciais, preventivos ou de cura/reabilitação. O sucesso das ações no sistema de saúde depende, também, de como é formulada a política para o uso da informação, verificada em três etapas: produção, sistematização e divulgação/difusão dos dados. Para isso, é necessário entender a informação em saúde dentro do contexto de uma política ampla para o setor. Uma política global de comunicação deve fortalecer o controle social (aperfeiçoando os mecanismos de participação popular) e, para tanto, o próprio Sistema Único de Saúde.

Se a definição da política para uso da informação ocorre em nível central, seja em gabinetes de secretários municipais, estaduais e do Ministério da Saúde, este mesmo modelo é reproduzido em nível local, nas diferentes unidades administrativas e assistenciais do poder público em que os profissionais disputam o controle da informação entre si e com a comunidade, em reuniões com lideranças comunitárias ou em consulta com pacientes. Esta

realidade reflete as relações de poder em que o domínio da informação dentro do processo de comunicação interpessoal passa a ser um mecanismo de controle e, muitas vezes, de manipulação e sustentação de projetos políticos.

"A informação é poder quando informa aquilo que é importante para quem está de fato decidindo, quando instrumentaliza, ou escamoteia e/ou justifica as não-decisões, no sentido do avanço ou manutenção dos interesses hegemônicos (...) Conforme seu uso no processo decisório, pode ser um lugar, um centro de exercício do poder, mas que não possui poder próprio."(MORAES, 1993)

A observação empírica do atual modelo de política de comunicação em saúde, desenvolvido pelos diferentes níveis de governo na área de saúde permite constatar que se trata de um modelo controlado e fragmentado. As ações de comunicação estão mais para uma atitude pessoal de governo que de política sistematizada que contemple a relação poder público e usuário do SUS. Muitas vezes, são ações emergenciais conforme a demanda espontânea e não planejada.

Mais que exercer um direito, o acesso à informação é de fundamental importância nas relações sociais e, também, a base para se construir uma sociedade mais democrática. Entendida como instrumento e não um fim em si mesma, a informação no processo de comunicação em saúde é uma ferramenta de consolidação do SUS, de fortalecimento da participação social e de avanço na criação e implantação de novos programas de saúde.

2 – O direito à informação

A comunicação e a informação, como instrumentos da democracia, fazem parte do rol de garantias do cidadão, ou seja, a informação é um direito das pessoas ou de grupos coletivos, como relaciona o artigo 19, da Declaração Universal dos Direitos Humanos, da Organização das Nações Unidas que estabelece que *"Toda pessoa tem direito a... receber e transmitir informações e idéias por quaisquer meios e independentemente de fronteiras"*.

A legislação brasileira é farta em garantir o acesso do cidadão à informação. A Constituição Brasileira, de 1988, dedica no artigo 5º, vários itens ao tema. Assim, como a Lei



Federal 8.080, de setembro de 1990, que regulamenta o SUS criado pela Constituição Federal em vigor.

Mesmo a população tendo a garantia do direito à informação assegurado por leis, decretos, portarias e normas operacionais, sua efetivação prática não é a garantia de que este direito seja efetivamente respeitado. *“A história tem mostrado que nada acontece por acaso, todas as conquistas se dão através de fortes pressões sociais e lutas de grupos organizados em busca de seus objetivos comuns”*. (LOPES, 2000)

Portanto, a informação democratizada e socializada, entendida num contexto de política pública, deve entrar para a lista de reivindicações e lutas sociais daqueles grupos excluídos da ordem socio-político-econômica vigente.

Uma política de comunicação fragmentada interessa a grupos, sejam políticos ou econômicos, que objetivam interesses individuais e não coletivos. No entanto, há um componente muito importante – a subjetividade – que torna esta discussão, muitas vezes, abstrata, porém não menos importante. *“Se é a comunicação que constrói a realidade, quem detém a construção dessa realidade detém também o poder sobre a existência das coisas, sobre a difusão das idéias, sobre a criação da opinião pública”*. (GUARESCHI, 1993)

3 – A informação e o Controle Social

O Sistema Único de Saúde foi criado pela Constituição Brasileira de 1988, como fruto de intensa discussão da sociedade brasileira, a partir do Movimento da Reforma Sanitária, que teve início na década de 70. Os princípios e diretrizes do SUS norteiam a construção de um sistema de saúde, seja municipal ou estadual, num Brasil em que, historicamente, as políticas públicas formam-se por diferentes interesses, principalmente o do poder econômico.

“... a constituição dos serviços de saúde institucionalizados pelo Estado foi ao longo do tempo respondendo, por um lado, às reivindicações dos trabalhadores mas, ao mesmo tempo e principalmente, respondendo às necessidades políticas e econômicas do capitalismo”. (TOMAZI, 1986)

A doutrina do SUS se baseia em preceitos constitucionais e delimita princípios para garantir o acesso do usuário aos serviços públicos, gratuitos e de qualidade. Entre esses

princípios que tornam o atendimento pelo SUS universal, equitativo, integral, descentralizado e participativo, o direito às informações é igualmente importante porque *“todas as pessoas têm acesso garantido às informações sobre a situação de sua saúde, assim como à condição de saúde da comunidade, organizações dos serviços bem como forma de sua utilização”*. (LONDRINA, 1996).

A participação comunitária na gestão do SUS está prevista na Lei Federal 8.080, de setembro de 1990. O Artigo 7º - item VIII - estabelece a participação comunitária como princípio e diretriz. A Lei Federal 8.142, de dezembro de 1990, regulamenta a participação da comunidade no sistema de saúde, criando - em cada esfera de governo - a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde.

O controle social é um mecanismo que deve ser aperfeiçoado num processo permanente e contínuo. *“A população deve ter conhecimento de seus direitos e reivindicá-los ao gestor local do SUS, sempre que os mesmos não forem respeitados (...) Os gestores devem, também, dispor de mecanismos formais de avaliação e controle e democratizar as informações”*. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1990)

Além de lidar com as características específicas do próprio sistema, os segmentos que formam o SUS (trabalhadores em saúde, usuários, prestadores de serviço e gestores) ainda lidam com um processo, o da comunicação, que cria linguagens e significados próprios. Entender este processo é apropriar-se de um mundo de signos e mensagens. É perceber um código sobreposto a outro e decifrar significados que produzem um sentido social. *“É próprio da comunicação contribuir para a modificação dos significados que as pessoas atribuem às coisas. E, através da modificação de significados, a comunicação colabora na transformação das crenças, dos valores e dos comportamentos”*. (BORDENAVE, 1982).

O aperfeiçoamento do controle social, na perspectiva da comunicação e da informação, passa pela adoção de mecanismos que estabeleçam a comunicação como uma política pública. Para isso, é necessário pensar medidas que promovam o direito à informação, da formação dos profissionais de saúde à direção das secretarias de saúde, passando pelos profissionais da comunicação entendendo o seu papel como o de facilitador das relações entre emissor, receptor e mensagens. Neste contexto, devem ser considerados os diferentes públicos que compõem o cenário da saúde pública, seja em nível municipal, estadual ou federal.

Uma política de comunicação coerente com o processo democrático deve ser elaborada dentro de cada realidade (local, regional, estadual ou nacional), envolvendo o maior número de segmentos e indivíduos possíveis, levando em conta o conceito e a organização da atuação dos profissionais da comunicação social que evoluíram muito nas últimas décadas.

De uma atuação fragmentada dos profissionais de jornalismo, relações públicas, publicidade e propaganda, o mercado passou a exigir, em especial na década de 90, uma atuação planejada com esforços concentrados. Essa atuação conceitual também deve ser aplicada pelos gestores públicos da saúde.

Para a elaboração da política de comunicação no SUS, esses gestores devem apropriar-se e abordar fatores que são determinantes para o processo como os determinantes políticos, que evidenciam o relacionamento institucional com outras áreas pública ou não; sociais, que abordam características estruturais e culturais da população local e regional e internos, aspectos culturais da própria instituição.

Neste sentido, para efetivar o direito à informação em saúde, a política de comunicação deve considerar projetos específicos que contemplem as várias áreas que estruturam a comunicação social e não apenas a atuação de um ou outro profissional. Assim, não é compreensível uma política verticalizada que não respeite as diversidades de cada local.

As diversidades mencionadas devem considerar aspectos relevantes sobre a população alvo para o sucesso das propostas de comunicação, como culturais: forma de vida e hábitos comportamentais; geográficos: densidade urbana/rural e características de localização e demográficos: características e perfis populacionais.

Esses aspectos integrados proporcionam a melhoria da qualidade da proposta de comunicação potencializando a informação e tornando-a mais acessível aos diferentes grupos sociais e populares. (...) *informação é poder: informação controlada é poder fechado, concentrado, em benefício de poucos. Por isso a informação tem de ser aberta, democratizada, para que haja igualdade e oportunidades para todos, que é a base de qualquer sistema democrático*”. (NOVAES, 1996)

A comunicação e o uso da informação em saúde assumem, portanto, a função de planejar e intervir de forma estratégica em vários aspectos que envolvem a forma de administração dos gestores públicos, o conteúdo e serve de suporte para elaboração de projetos a discursos políticos.



4 – Noção de controle: social e popular

Com a municipalização da maioria dos serviços de saúde, antes sob responsabilidade do estado e da União, e a descentralização do poder político e dos recursos financeiros, diversas medidas foram adotadas visando ampliar a oferta e a qualidade dos serviços já ofertados. Na consolidação desses projetos vale refletir o papel dos movimentos populares e sua relação com a informação e o processo de comunicação social.

Para fazer valer as diretrizes previstas no SUS, apregoadas em diferentes subáreas do sistema, é fundamental a participação popular nas instâncias previstas na legislação, como as conferências e os conselhos oficiais. No entanto, a consolidação desses princípios não depende apenas do poder de participação e fiscalização dos representantes oficiais dos movimentos.

Nas instâncias oficiais, esses representantes são peças legítimas do jogo que revela a correlação de forças existentes entre os segmentos. Mas é preciso avançar a discussão dessa legitimidade para a representatividade efetiva junto ao próprio segmento. Na essência da discussão não há horizontes de transformação social a curto prazo e, por isso, podem perpetuar as relações e posições divergentes do próprio segmento.

A participação popular nos conselhos oficiais é, muitas vezes, um fim em si mesma. Ao mesmo tempo em que se institucionaliza a participação acaba-se por neutralizar a força e a atuação de lideranças que não compõem o cenário oficial. No entanto, é pertinente ampliar a noção de participação para além da oficial e institucionalizada.

Neste sentido, os movimentos sociais assumem um significado especial e atraem para si a responsabilidade de propor transformações na própria forma de participação o que implica no exercício do poder e da própria cidadania.

Para uma efetiva participação é preciso que se discuta e se estabeleça as noções e os conceitos de participação: passiva, controlada, participação-poder e poder compartilhado (PERUZZO, 1999). As duas primeiras formas são limitadas e dependem, necessariamente, do aval dos detentores do poder e do processo oficial. As duas últimas invocam a co-gestão e autogestão favorecendo uma participação mais democrática e autônoma.

É neste sentido que se faz necessário pensar a participação dos movimentos populares e seu relacionamento com os representantes institucionalizados. Essa discussão gera



uma prática na qual se deve empregar mecanismos que favoreçam, estimulem e incentivem o envolvimento de outros indivíduos no processo ampliando a capacidade de interlocução. São pontos que devem considerar uma estratégia de ampliação da própria capacidade de atuação dos movimentos populares.

Assim, confrontam-se a noção de controle social e controle popular. O primeiro está muito mais para uma participação consentida e o segundo, mais para uma participação desenhada pelos próprios movimentos populares. Aqui, ainda se faz necessário refletir o porquê da participação, uma vez que - no seio da própria população - os sentidos que movem essa participação são diferentes entre os diversos grupos que compõem a comunidade e, até mesmo, entre os indivíduos que integram um mesmo grupo.

Para uma efetiva participação popular, além dessas reflexões, é preciso pensar e consolidar mecanismos democráticos de participação. Tendo em vista a heterogeneidade existente entre os movimentos populares, esses mecanismos constituem-se, particularmente, num grande desafio.

Ficam claros, desta forma, as perspectivas e os limites que são colocados na construção desta relação. O conflito estabelecido, de forma visível e saudável, produz resultados que ajudam, inclusive, a amadurecer o processo e as pessoas envolvidas. Por isso, pode-se afirmar que a geração de conflitos constrói uma nova realidade a partir do momento em que se abandona a inércia para assumir, efetivamente, a ação.

5 – Ideologia e ética

Entendida como uma ciência natural da aquisição, pelo homem de idéias sobre a própria realidade (CHAUI, 1982), a ideologia relaciona-se intimamente com o processo da comunicação e da produção da informação. Estes como produto da necessidade de expressão e do relacionamento humano (BORDENAVE, 1982).

A ideologia permeia o processo comunicacional a partir do momento em que a comunicação serve de instrumento para a transmissão de dados, para que a informação atinja o seu público alvo contribuindo para a construção da realidade ou dos mitos que envolvem a sociedade. *“(...) ao querer penetrar nessa realidade da ideologia, é que existem hoje*



inúmeros enfoques teóricos, que dão, a conceito de ideologia, diferentes significados e funções.” (GUARESCHI, 2000)

A ética, compreendida como a ciência dos costumes ou das atitudes humanas, explica o comportamento de indivíduos ou grupos coletivos diante da informação e o seu uso. Explicar o comportamento de pessoas ou conjunto de pessoas diante da informação é necessariamente avaliar o resultado produzido, a partir de fundamentos filosóficos e de valores, ou seja, julgar os atos e o que se produziu a partir deles. *“Mas é decisivamente importante que, ao perseguirmos tais fundamentações, tenhamos sempre em mente seus possíveis limites. E a isso poderíamos chamar de postura crítica diante de todo criado e de todo o institucionalizado”.* (GUARESCHI, 2000)

6 - Os meios de comunicação

No Brasil, a política de comunicações nasceu e se desenvolveu sobre a tutela estatal, na qual a atribuição é de exclusiva competência do governo federal. O modelo brasileiro de telecomunicações e de radiodifusão centra na União, a responsabilidade por explorar ou autorizar a concessão desses serviços à iniciativa privada, conforme estabelece a Constituição Brasileira, de 1988, no artigo 21 incisos XI e XII. Em 1995, através da Emenda Constitucional n.º 8, foi dada nova redação ao texto constitucional, cujo conteúdo ratifica a competência exclusiva da União.

Apropriar-se da estruturação e da evolução da política de comunicações no Brasil, é entender como se dá a relação de troca entre o governo federal e os grandes grupos da comunicação, entendendo, neste contexto, a tendência privativista registrada no desenvolvimento de nossa sociedade. É fácil perceber o discurso privado que norteia, pelos veículos de comunicação, as informações sobre o SUS, valorizando os grupos particulares de medicina em detrimento da saúde pública coletiva.

Em determinados momentos, a concessão ou a permissão para explorar serviços de radiodifusão sonora e de sons e imagens serve de moeda de barganha para interesses particulares de governantes e detentores dos meios de comunicação.



“No Brasil, a radiodifusão e as telecomunicações sempre foram tidas como serviço público de responsabilidade do Estado. Se quiser, ele pode conceder esse direito à empresa privada. Mesmo assim, este serviço não perde legalmente, a característica de serviço público.” (CALDAS, 1987)

Para contrapor aos interesses da grande imprensa, grupos e movimentos populares buscaram estabelecer um canal próprio de comunicação resistindo à manipulação da informação. Essa resistência consiste em alternativas populares de comunicação com a criação de meios próprios de produção, sistematização e difusão da informação.

“A participação popular implica uma decisão política e o emprego de metodologias operacionais que o favoreçam. Em matéria de comunicação, não basta incentivar o envolvimento. É necessário criar canais para tanto e mantê-los desobstruídos. Isso tem a ver com objetivos estratégicos, ou seja, aonde se quer chegar”. (PERUZZO, 1999).

Além dos meios tradicionais de comunicação, publicações impressas e meios eletrônicos, a transmissão e difusão de dados e informações, principalmente, na última década, foi potencializada por meio de recursos tecnológicos, com destaque para a internet e outras tecnologias como, por exemplo, satélites e fibras óticas. Ao mesmo tempo que esse complexo tecnológico acelera a transmissão de dados e disponibiliza informações em tempo real, cria situações nas quais se intensifica o debate pelo acesso e controle da informação.

“Como os meios de comunicação deixaram de ser apenas veículos para a expressão de uma opinião pública e se transformaram em geradores, emissores originários e guias de opinião e em instrumento de propaganda de interesses privados e individuais, coloca-se cada vez mais a questão de sua democratização.” (ALMINO, 1986).

No SUS, as novas tecnologias encontram campo fértil para sua utilização, à medida em que o sistema de saúde brasileiro é composto por diversidades que mostram as diferentes realidades sócio-econômica-epidemiológicas da população. Também por isso, é necessária uma discussão aprofundada dos novos recursos tecnológicos a serviço da promoção, da prevenção, da assistência e da reabilitação em saúde.

“Se a produção teórica no campo dos discursos em Saúde através da grande imprensa e das campanhas educativas vem crescendo nos últimos anos, muito pouco vem sendo construído com respeito à natureza das políticas governamentais de comunicação e de



sua relação com o contexto contemporâneo das novas tecnologias de comunicação e da construção de instituições democráticas...”. (PITTA & MAGAJEWSKI, 2000).

7 - Considerações finais

O processo de comunicação é inerente à natureza humana e sua utilização nos dias de hoje é uma necessidade básica. Assim, é necessária a democratização das políticas públicas para o setor, com a consequente efetivação do direito de acesso à informação. Entender este processo é refletir sobre as próprias práticas, sobre as próprias atitudes, sobre a própria realidade.

O direito à comunicação é, ao mesmo tempo um ideal e uma idéia. É uma idéia quando existe somente no estágio conceitual e um ideal na medida em que os que o apoiam trabalham para construí-lo e efetivá-lo como um direito humano essencial. (FISCHER, 1984).

No SUS, estabelecer uma política descentralizada e participativa para a comunicação e a informação consiste em um importante passo para a construção e a consolidação do controle social e público, no qual os segmentos envolvidos possam efetivamente intervir, de forma livre, responsável e igualitária. Isso constitui numa ferramenta essencial para a construção e consolidação da cidadania.



8 – Bibliografia

ALMINO, João, O segredo e a informação: ética e política no espaço público. São Paulo: Brasiliense, 1986.

BORDENAVE, Juan Díaz. O que é comunicação. São Paulo: Brasiliense, 1982.

CALDAS, Waldenyr. Cultura de massa e política de comunicações. São Paulo: Global Editora, 1987.

CHAUÍ, Marilena. O que é ideologia. São Paulo: Brasiliense, 1982, 2 ed.

FISCHER, Desmond. O direito de comunicar: expressão, informação e liberdade. São Paulo: Brasiliense, 1984.

GUARESCHI, Pedrinho A. Primeira parte – quadro referencial de análise. IN: Guareschi, Pedrinho A. (coord.) Os construtores da informação: meios de comunicação, ideologia e ética. Petrópolis: Vozes, 2000. p. 35-92.

GUARESCHI, Pedrinho A. A realidade da comunicação – visão geral do fenômeno. IN: Guareschi, Pedrinho A. (coord). Comunicação e Controle Social. Petrópolis: Vozes, 1993. 2 ed. p. 13-22.

____ SUS - Cartilha da 4ª Conferência Municipal de Saúde de Londrina. Prefeitura do Município de Londrina. Autarquia do Serviço Municipal de Saúde, Conselho Municipal de Saúde de Londrina, 1996.

____ ABC do SUS: doutrinas e princípios. Ministério da Saúde, Secretaria Nacional de Assistência à Saúde: Brasília, 1990.

MORAES, Ilara Hammerli Sozzi de. Informações em Saúde: da prática fragmentada ao exercício da cidadania. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1993.



LOPES, Maria Lucia da Silva. Conselhos Locais de Saúde: um estudo sobre a participação e controle social. Londrina, Paraná, 2000. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina.

NOVAES, Washington. A quem pertence a informação? Petrópolis: Vozes, 1996. 2 ed.

PERUZZO, Cicilia Maria Krohling. Comunicação nos movimentos populares: a participação na construção da cidadania. Petrópolis: Vozes, 1999. 2 ed.

PITTA, Aurea Maria da Rocha & MAGAJEWSKI, Flávio Ricardo Liberali. Políticas nacionais de comunicação em tempos de convergência tecnológica: uma aproximação ao caso da saúde. Interface – Comunicação, Saúde, educação, 2000. Capturado on line – 30/04/2001: www.abrasco.gov.br

TOMAZI, Zelma Francisca Torres. Uma contribuição institucional para ampliação do controle social. In: SILVA, Silvio Fernandes da. (org.) A Construção do SUS a partir do Município – etapas para municipalização plena da saúde. São Paulo: Hucitec, 1996.