

LEI DE ACESSO À INFORMAÇÃO E O SUS: uma experiência com os conselhos municipais de saúde do Ceará

INFORMATION ACCESS LAW AND SUS: an experience with municipal councils of Ceará

Ana Carolina Recamonde Capelo¹
 Thays Mariana de Oliveira Lavor²
 Karla Patrícia Martins Ferreira³
 Naiana Rodrigues da Silva⁴

Resumo: O artigo consiste no relato de um curso no campo da Comunicação e Saúde para os 184 conselhos do Ceará, em 2016. A LAI constituiu-se num importante pilar, por meio do qual foi possível trabalhar elementos como prazos, classificação de sigilo, recursos e punições. O curso foi realizado com base na Educação Popular em Saúde e, para a construção, utilizou-se o Modelo de Sistematização de Experiências (SE). O conhecimento sobre a LAI se apresentou como imprescindível para a constituição do processo formativo.

Palavras-Chave: Lei de acesso à informação. Saúde. Participação da comunidade.

Abstract: This article consists in a report about a communication and health course for 184 councils of Ceará, in 2016. The IAL is in important pillar trough it was possible work elements like deadlines, confidentiality classification, sources and punishments. The course was based on popular health education and to these construction was used the Experience Systematization Model (ES). The knowledge about IAL was indispensable for the constitution of a formative process.

Keywords: Information access law; health; community participation.

.....

¹ Psicóloga com Residência em Saúde Coletiva e mestranda em Psicologia pela Universidade de Fortaleza. carolinacapelo@gmail.com

² Jornalista e integrante do grupo de pesquisa PraxisJor da Universidade Federal do Ceará. thays.lavor@gmail.com

³ Pós-doutoranda e professora colaboradora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade de Fortaleza. karlaferreirapsi@gmail.com

⁴ Mestre e professora da Universidade Federal do Ceará. naianarodrigues@gmail.com

1 Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS), modelo organizativo da política de saúde brasileira, parte da concepção ampla de saúde como um direito a ser assegurado pelo Estado e “orientado por um conjunto de princípios e diretrizes válidos para todo o território nacional” (p.435). A saúde, constituindo-se como importante pilar da seguridade social garantida na Constituição de 1988, passa a ter a democratização dos espaços de decisão como importante ferramenta de gestão. (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2014)

A Lei Orgânica da Saúde (Lei n. 8.080), promulgada em 19 de setembro de 1990, dá início ao processo de implantação do SUS. Para Noronha, Lima e Machado (2014), essa lei, ao definir a participação da comunidade como um dos cinco princípios e diretrizes do Sistema Único, garante que a população participe do processo de formulação, fiscalização, controle e avaliação da política de saúde a nível municipal, estadual e federal. O princípio organizativo da participação da comunidade tomou precipuamente também o nome “controle social”, forma corrente ao tratar o princípio em textos e eventos específicos sobre o assunto.

A Lei 8.142/90 institui os conselhos de saúde em todas as esferas de governo, colegiados responsáveis pela materialização da participação da comunidade no SUS. Essas instâncias constituem-se em espaços de diálogo e deliberação permanente relativas a todo o processo de gestão em saúde. Em parceria com o Poder Executivo responsável por cada esfera, o Conselho de Saúde, assim como o disposto no Art. 1º da referida lei, tem:

caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo. (BRASIL, 1990)

Cada conselho de saúde possui regimento próprio onde são definidos, através de aprovação no pleno, a estrutura organizativa e normas de funcionamento. Apesar da autonomia regimental garantida pela Lei 8.142/90, há a obrigatoriedade na representação de gestores, profissionais de saúde e usuários na composição, sendo também obrigatória a representação de usuários “paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos”

(BRASIL, 1990). Sendo assim, a Lei determina que os usuários detenham a metade dos assentos nos conselhos destinados a entidades que representem esse segmento, enquanto a outra metade fica destinada a entidades que representam gestores, prestadores de serviço e profissionais de saúde.

A comunicação, quando inserida no campo da Saúde Coletiva, é orientada ao desenvolvimento desta de forma multidimensional e objetiva o envolvimento da sociedade na discussão acerca do sistema público de saúde. Ao contrário do que acontece na lógica privada, quando voltada para o marketing ou para a publicidade, o foco não se limita a informar, divulgar ou persuadir a população, mas “estabelecer um debate público sobre temas de interesse e garantir às pessoas informações suficientes para a ampliação de sua participação cidadã nas políticas de saúde” (ARAÚJO e CARDOSO, 2007, p.61)

Ferramenta imprescindível para o exercício do controle social, a comunicação se apresenta como demanda para os conselhos de saúde. O acesso e a interpretação de informações sobre a situação de saúde, recursos financeiros e sua utilização, organização de ações e serviços, bem como a divulgação desses dados para a população, são ferramentas fundamentais para que o trabalho dos conselheiros aconteça. A comunicação é transversal a todas essas necessidades, incluindo a socialização das informações geradas nas câmaras, comissões e plenos. (CARDOSO, 2006)

Antes da interpretação desses dados e informações, uma importante questão que se coloca tanto no simples exercício da cidadania quanto no controle social das políticas públicas é o acesso a eles. Considerado um direito fundamental garantido na Constituição Federal, em 1988, o acesso à informação constitui-se num direito negligenciado historicamente pelo Estado. Com o objetivo de excluir o cidadão do processo de participação social, a administração pública costuma não facilitar o acesso à informação.

Além disso, o desconhecimento dos processos de solicitação garantidos por lei afasta ainda mais os possíveis requerentes de uma atuação apropriada de fontes mais seguras. "A aplicação das leis de acesso à informação governamental inclui a emergência de zonas de tensão, espaços de consenso e práticas informacionais entre Estado e Sociedade, inerentes às dinâmicas requeridas pelo direito à informação" (JARDIM, 2012, p. 02). Daí a relevância social do conhecimento e uso da Lei de Acesso à Informação (LAI).

1.1 - Acesso à informação como direito fundamental

Desde a segunda metade do século XX, com a organização de uma infraestrutura tecnológica para a propagação de informações via redes de telecomunicações e satélites, que a sociedade ocidental vivencia uma mudança de grande envergadura a ponto de ser considerada uma sociedade da informação. Mas como destaca Sorj (2003, p. 35),

Embora útil como conceito identificador de um tema, não constitui uma teoria ou um arcabouço explicativo da dinâmica das sociedades no mundo contemporâneo, e, em sentido estrito, é incorreto. Em primeiro lugar, porque em todas as sociedades a informação é relevante. Em segundo lugar, porque a informação por si mesma não tem valor algum; sua relevância depende de sua inserção num sistema de produção de conhecimento.

Apesar de os atributos “informação” e “conhecimento” serem de certa maneira redundantes para qualificar a sociedade contemporânea, eles chamam a atenção para a dinâmica que a popularização das tecnologias de comunicação e informação mobilizam ao colocarem a informação e o conhecimento científico como valores, matéria-prima e *commodities* para os sistemas produtivo e social. Considerando o relevo desse binômio, emergem ao seu redor regulamentações e ordenamentos que visam à diminuição das desigualdades provocadas também pela posse das informações e conhecimentos. As leis e decretos coletivos e estatais visam exatamente essa garantia de acesso à riqueza simbólica da sociedade contemporânea.

No Brasil, apenas 23 anos após a promulgação da Constituição, passa-se a ter uma lei que favorece “a aplicação dos princípios do direito à informação” (JARDIM, 2012, p. 02). Jardim (2012) ressalta que até 2012, ano em que a Lei de Acesso à Informação entra em vigor através da regulamentação do Poder Executivo Federal, 90 países já haviam adotado práticas similares. A LAI constitui uma importante conquista para a consolidação do direito à informação no país uma vez que levamos em consideração o processo de redemocratização do Brasil pós 1985.

Aprovada em novembro de 2011 e entrando em vigência em 2012, a Lei 12.527 determina, em seu Art. 3º, a “observância da publicidade como preceito geral e do sigilo como exceção”. Em 2017, a norma completa cinco anos de vigência e seu processo de implantação é marcado por uma série de disputas entre setores do Estado considerados pouco

acessíveis ou transparentes, e organizações da sociedade civil que defendem o direito de acesso à informação.

Durante muito tempo, a lógica do sistema administrativo público não permitia ao cidadão ter acesso às informações sem apresentar uma justificativa prévia. Os servidores assumiam a postura de proprietários das informações produzidas pelo Estado, e não de guardiões. A LAI busca transformar essa tradição, fornecendo mecanismos para tornar o Estado brasileiro mais aberto aos cidadãos.

Ao ter como diretriz o princípio de publicidade máxima da administração pública onde o sigilo é exceção, a norma amplia a transparência nos três níveis da gestão pública, regulamentando o direito à informação. O acesso aos dados sobre a situação de saúde, por exemplo, sobre a utilização de recursos, organização de ações e serviços, e a divulgação desses para a população, são ferramentas fundamentais para o trabalho dos conselheiros de saúde.

Segundo Canela e Nascimento (2009), há uma compreensão de que o direito à informação é uma forma positiva de obrigar os governos a entregar a informação. Nas últimas décadas, esta obrigação tem sido cobrada por muito ativistas que defendem o acesso à informação em poder do governo por meio da adoção de leis de liberdade de informação ou leis de acesso. Entretanto, essa prática imposta aos governos, nem sempre foi interpretada em conjunto com o Artigo 19 da Declaração Universal dos Direitos Humanos, ou seja, como parte integral do direito à liberdade de expressão.

Diante desse cenário, a LAI mostra-se como subsídio efetivo para a validação de um direito humano negado historicamente pelos Estados e que agora desponta não apenas como uma ferramenta aos iniciados, mas como uma possibilidade de empoderamento de diferentes representações sociais por meio da informação e do conhecimento que o uso dessa pode vir a proporcionar.

1.2 Comunicação, saúde e educação

O direito à saúde de qualidade passa também pelo acesso às informações. Daí a relevância de políticas de comunicação transparentes e inclusivas, colocando a sociedade, os agentes da saúde e os usuários do sistema em nível de igualdade no processo de comunicação. Portanto, o compartilhamento de informações entre os próprios conselhos,

resultando em articulações regionais, estaduais e até nacionais se apresenta como outra dimensão de grande relevância para a democratização das pautas da saúde.

Araújo e Cardoso (2007) afirmam que, desde a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em 1986, marco fundante da Reforma Sanitária Brasileira, “o direito à informação, educação e comunicação como inerentes ao direito à saúde” (p.26) vem sendo discutido pelos atores sociais interessados no assunto. Na XI CNS, foi recomendada a criação das comissões de informação, educação e comunicação em saúde nos conselhos. Essa discussão caminha até hoje, quando, na XV CNS, realizada em 2015, segundo as Diretrizes aprovadas nos grupos de trabalho e na plenária final (2015), um dos eixos discutidos tratou desse assunto. Intitulado “Informação, Educação e Política de Comunicação do SUS”, teve como uma das diretrizes discutidas a elaboração e implementação de uma Política de Informação, Educação e Comunicação em Saúde ainda em processo de discussão.

Segundo as Diretrizes Nacionais para Capacitação de Conselheiros de Saúde (2002) elaborada pelo CNS com a participação de órgãos que possuem experiências em atividades de capacitação, considera-se “capacitação” processos de construção e transmissão de conhecimento por meio de encontros presenciais, educação a distância e processos participativos tais como conferências, plenárias e encontros. Esses processos devem ser continuados e objetivar a qualificação dos conselhos.

Para que existam avanços qualitativos da função de conselheiro e desempenho dos próprios conselhos, é necessário garantir a atualização sobre os temas da agenda política da saúde e superar os limites impostos pela complexidade das questões e domínio dos políticos e técnicos experientes. As diretrizes supracitadas recomendam o uso de metodologias que se baseiem na experiência do grupo, na construção coletiva dos conhecimentos e na prática concreta dos participantes.

A utilização de metodologias participativas e dialógicas no processo de ensino-aprendizagem em saúde, principalmente no contexto do controle social, é fundamental para que se construa, coletivamente, uma capacidade de análise e reorientação de ações no exercício da participação. Partindo das vivências e histórias dos indivíduos, nos é permitido ultrapassar as velhas formas de aprendizagem, onde os participantes são transformados em meros receptores de informação.

Vasconcelos (2004, p. 71) afirma que a educação popular em saúde apresenta-se como uma importante ferramenta pois envolve, no processo de participação popular, o trabalho com o homem e a coletividade. Ela busca trabalhar a promoção “da capacidade de análise crítica sobre a realidade e o aperfeiçoamento de estratégias de luta e enfrentamento” tendo como base o aprendizado e investigação coletivos.

Considerando a necessidade fundamental da articulação entre o controle social na saúde, comunicação e educação com o objetivo de fortalecer a política de saúde, a Comissão de Comunicação e Informação em Saúde (CCOM) do Conselho Estadual de Saúde do Ceará (Cesau-Ce) propôs a elaboração de um curso denominado “Curso de Comunicação, Informação e Redes Sociais para o Exercício do Controle Social”.

A LAI constituiu-se num importante pilar, onde foi possível trabalhar elementos como prazos, classificação de sigilo, recursos, punições e modelo de requerimento elaborados pela Associação brasileira de Jornalismo Investigativo (Abraji). O curso foi construído e executado pela comissão, composta por técnicos e conselheiros estaduais, sendo ofertado aos conselhos dos 184 municípios do estado do Ceará.

O relato que se apresenta é resultado da vivência de profissionais integrantes da assessoria do conselho, uma jornalista e técnica responsável pela CCOM, e uma psicóloga em processo de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva pela Escola de Saúde Pública do Ceará.

O trabalho tem como objetivo apresentar uma experiência exitosa de atuação no campo da Comunicação e Saúde utilizando o saber da Educação Popular e a Lei de Acesso à Informação como ferramentas de autonomia para os sujeitos sociais. Ao constituir-se num relato de experiência, baseia-se na reflexão teórica a partir da prática profissional objetivando o retorno a essa prática através de uma atitude consciente e transformadora da realidade.

2. Percorso metodológico

A educação popular em saúde serviu como ferramenta metodológica para a elaboração, facilitação do processo formativo e produção dos conhecimentos nas oficinas. Esta se utiliza de metodologias participativas e dialógicas com o objetivo de promover o

desenvolvimento da análise crítica para a elaboração de estratégias de enfrentamento das questões de saúde (CARNEIRO et al., 2010).

As oficinas aconteceram nos municípios-polo das cinco macrorregiões de saúde do Ceará – Fortaleza, Aracati, Juazeiro, Quixadá e Sobral - entre os meses de abril e julho de 2016. O processo em cada município teve dois dias de duração, envolvendo o desenvolvimento dos assuntos que faziam parte dos cursos. Os locais dos encontros foram determinados de acordo com a disponibilidade de auditórios em cada cidade, tendo como principais aliados os Institutos Federais de Educação, Ciência e Tecnologia e as Escolas Estaduais de Educação Profissional.

O modelo de Sistematização de Experiências (SE) proposto por Holliday (2006) foi utilizado como recurso metodológico para a construção deste relato. A partir da proposta de reflexão, organização e apresentação das vivências do campo de atuação profissional, tem-se a possibilidade de articular teoria e prática. Segundo o autor, as relações da prática social e histórica constituintes de cada processo social só podem ser vistas em totalidade através da interpretação da teoria, que não se esgota em si mesma, mas propõe um retorno à prática com o objetivo de orientação para uma ação com sentido consciente e transformador.

A SE não se constitui numa prescrição rígida com passos definidos onde o método é aplicado a qualquer experiência aleatória e descontextualizada. Uma vez que o movimento permanente é uma característica para compreender essas experiências como processos sociais complexos e dinâmicos, há fatores objetivos e subjetivos que devem ser analisados. Sendo assim, o significado atribuído pelos atores envolvidos no processo é fundamental na elucidação dos processos dos quais participaram ativamente (HOLLIDAY, 2006).

Durante a escrita, a partir do referencial teórico utilizado e das anotações realizadas ao final de cada dia dos cursos, a experiência tanto do processo de facilitação das oficinas quanto das impressões e sentimentos expressos nas falas dos demais participantes eram registradas a fim de avaliar a articulação com os demais conteúdos. Ao realizar esse procedimento, foi possível construir uma articulação para compreender a vivência de modo mais integral.

Com o objetivo de facilitar a compreensão da experiência, decidiu-se pela seguinte organização da sistematização: apresentação dos aspectos iniciais referentes ao percurso que

culminou na execução do processo formativo junto aos conselheiros municipais de saúde; fragilidades encontradas para os conselhos municipais diante de um possível processo de criação e construção das comissões de comunicação; estratégias encontradas para o desenvolvimento das comissões de comunicação nos conselhos; expectativas e desafios dos conselheiros sobre o uso da LAI; e, por fim, as impressões oriundas da vivência baseada na educação popular em saúde no contexto do controle social.

3. A experiência do processo formativo junto aos conselhos municipais de saúde

Desde a VIII CNS, o direito à informação, educação e comunicação são discutidos como inerentes ao direito à saúde visto que, sem essa articulação, torna-se impossível o empoderamento da sociedade em relação à política pública de saúde. O CNS recomenda a criação das comissões de comunicação e informação em saúde nos conselhos do país com o objetivo de democratizar a comunicação em saúde, pauta necessária para a formação política em todos os aspectos do controle social. O próprio CNS teve sua Comissão de Comunicação e Informação em saúde criada ainda na década de 1990, representando a necessidade de articulação e desenvolvimento da área.

A demanda da realização de uma capacitação em comunicação e saúde para os conselhos municipais de saúde do Ceará surgiu com a necessidade do Conselho Estadual de Saúde formar uma rede de comunicação com os conselhos dos 184 municípios do Ceará. Percebeu-se que, apesar dos esforços em repassar as informações, o que era deliberado no Conselho não reverberava nos municípios. Essa problemática se instalava desde a obtenção de dados básicos para o preenchimentos do Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (SIACS), passava pelo contato direto com os representantes dos conselhos municipais de saúde (CMS) para obtenção de informações relevantes para o cotidiano de trabalho e chegava até dificuldades na divulgação de eventos, reuniões e cursos realizados para os conselhos.

A partir de então, começou-se a pensar na necessidade da obtenção de informações sobre os conselhos municipais tais como: Quais os meios de comunicação utilizados pelos conselhos para efetuar a comunicação? Como divulgavam as ações? Havia comissão de

comunicação? O que eles compreendiam como comissão de comunicação? Tendo como objetivo respostas a essas indagações, a Comissão de Comunicação e Informação, através da assessoria técnica, realizou uma pesquisa de levantamento junto aos CMS's para responder ao questionamento através de telefonemas exaustivos levando em consideração a escassez de recursos humanos.

Constatou-se que a comunicação institucional era realizada por fax e telefone, não havendo utilização de e-mail institucional, site ou até mesmo redes sociais dos conselhos. Apenas um município, Juazeiro do Norte, possuía comissão de comunicação. A sondagem apontou a possibilidade de existência de uma rede de comunicação estadual, mas havia a necessidade urgente de capacitação. Havia o conhecimento da ferramenta das redes sociais, mas os conselhos não sabiam utilizar de maneira institucional, com o objetivo não apenas de divulgar as ações, mas também de tornar os dados públicos, facilitando o acesso da população às informações concernentes ao interesse da saúde municipal.

Com o apoio das informações obtidas através do levantamento, a CCOM passou a dialogar sobre uma proposta de curso voltado para a sensibilização, orientação e capacitação dos conselhos municipais quanto às comissões de comunicação e informação em saúde. Percebeu-se então, com o apoio da assessoria técnica, a importância da utilização de ferramentas gratuitas e democráticas que pudessem estar ao alcance dos conselheiros municipais para facilitar o processo de trabalho em favor da saúde.

Levando em consideração a escassez de recursos, mão de obra e estrutura física para que o trabalho dos conselheiros possa se desenvolver, ferramentas como Facebook, Youtube, WhatsApp e Gmail⁵ se apresentam como imprescindíveis. Uma vez que oferecem a possibilidade de difusão das informações geradas pelas organizações, também permitem anexar arquivos com resoluções, atas, imagens, divulgação de eventos etc.

Num segundo momento de debate sobre a construção dos cursos, colocou-se a necessidade de trabalhar também a possibilidade de utilização de bases de dados abertas em saúde para que os conselheiros pudessem aumentar sua capacidade de trabalho em prol do controle social no SUS, efetivando a fiscalização do orçamento público direcionado à saúde. Assim, a comissão decidiu inserir na programação do curso a apresentação de algumas bases

⁵ Aplicativos e sites de redes sociais disponíveis na web.

de dados como o Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (Cnes), Departamento de Informática do SUS (DataSUS), Fundo Nacional de Saúde (FNS), Portal da Transparência, Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde.

O conhecimento sobre a Lei de Acesso à Informação se apresentou como imprescindível para a constituição do processo formativo. Uma vez que garante o acesso a dados que não são divulgados pelos governos para a população, a LAI possibilita que o cidadão possa exercer a participação social efetivamente.

Faz-se importante ressaltar que, em decorrência da impossibilidade de realizar o curso nos 184 municípios cearenses, assim como a maior parte das ações direcionadas à organização das atividades e serviços de saúde no estado, os eventos aconteceram nas cinco macrorregiões de saúde: Fortaleza, Sertão Central, Litoral Leste/Jaguaribe, Sobral e Cariri. A divulgação foi feita por telefone, e-mail e site do Cesau-Ce, onde os conselheiros interessados deveriam preencher um formulário breve e, na data dos encontros presenciais, levar documentação comprobatória dos mandatos em vigência.

3.1 Fragilidades percebidas através da vivência e dos relatos dos conselheiros

No decorrer tanto da organização quanto da realização dos cursos, percebeu-se algumas fragilidades importantes diante de um possível processo de construção e implementação das comissões de comunicação. Elas se repetiam nos discursos dos conselheiros de todo o estado, parecendo fundadas na dimensão da construção política daquela realidade de trabalho. Fragilidades que, ao serem problematizadas nos grupos, eram apresentadas pelos participantes da grande maioria dos municípios como quase intransponíveis, salvo algumas exceções.

Do ponto de vista da organização dos cursos, quando foi necessária a busca de local com estrutura para a realização, houve dificuldade no apoio de órgãos estaduais aos quais solicitou-se suporte. Os municípios, em grande parte, não apoiaram o processo. As gestões não liberaram os carros necessários para o transporte dos conselheiros, houve muitos relatos de pessoas que não puderam estar presentes por não haver vagas nos transportes. Ressalta-se que, apesar da divisão do território estadual nas macrorregiões, muitos municípios se localizam a uma distância grande dos municípios-polo, o que dificulta a locomoção. Alguns

carros fizeram o percurso entre as cidades nos dois dias por não haver apoio financeiro para a hospedagem. Sendo assim, o número de inscritos (166) superava enormemente o de presentes (100) nos encontros, gerando um aproveitamento das vagas muito aquém do esperado.

Durante a realização das oficinas, os conflitos de interesses perpassados pelas questões políticas eram evidentes. Explicitava-se uma clara confusão de papéis entre a atuação concomitante como conselheiros e gestão ou profissionais de saúde. A atuação dos usuários muitas vezes se apresentava vinculada a cargos de familiares ou favores no município. Muitos conselheiros demonstravam receio ao serem filmados em alguma atividade por ressalvas de que as gestões os repreendessem pelas falas e atitudes.

Oliveira (2006, p. 33) aponta a existência de uma relação de tolerância entre representantes do governo ou do sistema privado para com os conselhos em decorrência unicamente do seu caráter institucional. Na prática, trabalham pelo enfraquecimento do papel decisório dos conselheiros ao reduzirem a sua atuação “a meros rituais de legitimação de políticas e decisões supostamente democráticas”.

A descrença de que era possível efetivamente divulgar o que era discutido nos plenos dos conselhos afastava a possibilidade de construir as comissões de comunicação por haver uma percepção com ênfase no sigilo das informações. Evidenciava-se um domínio da gestão, onde a maior parte das pessoas, incluindo profissionais de saúde e até usuários, desacreditava, inicialmente, na efetividade da Lei de Acesso à Informação. No decorrer das horas de curso, algumas questões se dissolveram e uma parte dos conselheiros passou a se direcionar para a tentativa da utilização da norma no seu cotidiano de trabalho no controle social.

3.2 Estratégias para reinventar as práticas dos conselhos voltadas para a comunicação e informação em saúde

Diante de um quadro repleto de dificuldades em torno de questões que abarcam a participação da comunidade no SUS, algumas estratégias foram percebidas e dialogadas junto aos conselheiros municipais. A partir da sensibilização para a necessidade de compartilhar informações no âmbito da gestão da política de saúde e da construção de saberes a partir do

diálogo entre conselheiros municipais, conselheiros estaduais e assessoria técnica estadual, houve a pactuação de alguns passos a serem dados pelos conselheiros.

A multiplicação dos conhecimentos trabalhados na formação dentro dos conselhos, apresentando a necessidade do compartilhamento das informações, foi um aspecto considerado relevante nos grupos e imprescindível para a formação e implementação das comissões de comunicação. O encaminhamento da demanda de formação dessas comissões para as reuniões plenárias apresentou-se fundamental para o processo.

A criação de uma rede de comunicação entre os municípios de cada macrorregião com o conselho estadual além da elaboração futura de uma agenda de comunicação para o controle social no estado foram os aspectos mais relevantes abordados como estratégias na reinvenção dessas práticas. A comunicação efetiva entre os conselhos e destes com o Cesau facilita o fluxo de informações e permite maior celeridade nos processos de trabalho.

A criação e manutenção das páginas dos CMS's nas redes sociais também foi pactuada em virtude da grande possibilidade de divulgação das ações dos conselhos, mobilização da sociedade na discussão de pautas relevantes e divulgação de documentos e outros materiais produzidos.

3.3 Expectativas e desafios dos conselheiros sobre o uso da LAI

O trabalho com a LAI englobou desde a importância da publicização da informação gerada pelos próprios conselhos quanto a necessidade de obtenção e interpretação de informações oriundas de outras esferas da administração pública. A apresentação e discussão das formas, prazos e classificações de sigilo realizou-se de forma dialogada, coletiva e partindo dos conhecimentos prévios e da realidade vivida pelos participantes.

Inicialmente, antes da leitura e discussão da Lei, os conselheiros afirmavam ter um total desconhecimento da LAI, não conheciam a Lei de Transparência e demonstravam não se sentirem protegidos pela existência do documento. Alguns tinham um conhecimento tímido sobre transparência como a exigência de portais e meios oficiais para a prestação de contas municipais. Não conheciam as formas de solicitação pela Lei, os recursos cabíveis, as classificações dos sigilos e os prazos para respostas. Desconheciam, inclusive, o direito que tinham como conselheiros de obterem as informações.

A descrença em instituições responsáveis pela fiscalização e cumprimento da Norma eram pontos comuns entre os conselheiros de saúde. A atuação do Ministério Público e das ouvidorias foram questionadas diversas vezes pelo conflito de interesses e partidarismo político. Os ouvidores são indicados pelos gestores municipais e os agentes da justiça municipal, em alguns casos, possuem relações estreitas com os prefeitos.

O único município que relatou práticas de solicitação de informações o fez sem o conhecimento da LAI. As solicitações foram realizadas através de ofícios enviados aos departamentos da administração pública daquela instância seguido, após negativas, de solicitações também negligenciadas pelo Ministério Público. O agente da justiça foi favorável ao município e havia, segundo os conselheiros, claro favorecimento do gestor municipal. As informações requeridas tratavam-se de detalhamentos de dados que constavam nos relatórios de gestão como prestação de contas, execução orçamentária etc. A cidade em questão era atravessada por importantes dificuldades na condução da pasta da saúde tendo, inclusive, seu hospital parcialmente fechado por uma incompatibilidade entre os recursos recebidos e os procedimentos realizados.

Uma importante estratégia para estimular o uso da LAI foi a exemplificação através da apresentação de reportagens onde os dados foram obtidos através da Norma e de casos onde os requerentes garantiram o seu direito até em comissões internacionais. A partir do conhecimento dos aspectos referentes à Lei de Acesso, uma parte dos conselheiros se mostrava com boas expectativas quanto ao uso da Lei. Outros, já desgastados pelos recorrentes embates ou simplesmente embotados da capacidade de acreditar na possibilidade de uma construção diferente dessa atuação cidadã, demonstravam resignação e descrença quanto ao cumprimento dos prazos por parte das prefeituras.

3.4 Impressões oriundas da vivência baseada na educação popular em saúde no contexto do controle social

Segundo as Diretrizes nacionais para o processo de educação permanente no controle social do SUS (2006), as metodologias utilizadas para o alcance dos objetivos devem buscar a construção coletiva de conhecimentos, baseando-se na experiência dos grupos e nas práticas concretas dos participantes a partir de suas histórias de vida e sua realidade.

A partir da discussão de Freire (1987), onde se apresenta uma profunda reflexão acerca do modelo de ensino vigente, reorientando práticas em educação voltadas para a horizontalidade num processo de ensino-aprendizagem ativo e dialógico, “muitos profissionais de saúde, insatisfeitos com as práticas mercantilizadas e rotinizadas dos serviços de saúde” (BRASIL, 2007, p. 19), se engajaram nesse processo onde a educação popular em saúde busca transformar a realidade na garantia do direito à saúde integral e equânime.

Para Falkenberg et al. (2014), o uso de metodologias participativas e dialógicas no processo de ensino-aprendizagem assim como as utilizadas pela educação popular em saúde tornam-se imprescindíveis por se apresentarem como estratégia para “uma formação profissional em saúde mais adequada às necessidades de saúde individuais e coletivas” (p. 851) A leitura crítica da realidade assim como o diálogo sobre a dimensão política no cotidiano de trabalho do conselheiro e do funcionamento do SUS são dimensões fundamentais tanto para o cuidado em saúde quanto para o exercício da participação da comunidade.

O curso foi planejado e teve seus conteúdos abordados a partir de oficinas em pequenos e grandes grupos facilitados pela assessoria técnica. O processo se iniciava a partir dos conhecimentos prévios dos participantes e se construía baseado no diálogo, na leitura compartilhada de textos, em momentos de exposição de conteúdo teórico e discussão de material audiovisual. Assim como os pressupostos éticos e perspectivas metodológicas propostos pela Educação Popular, houve o compromisso com o protagonismo dos conselheiros “para o enfrentamento das iniquidades e situações de exclusão social, para a construção de uma sociedade justa, solidária e democrática” (VASCONCELOS; CRUZ; PRADO, 2016, p.836)

Ao final de cada curso, em cada macrorregião, um processo avaliativo e anônimo foi realizado através de um breve instrumental elaborado com o objetivo de produzir melhorias na sistematização das oficinas a partir da vivência dos conselheiros.

4 Considerações Finais

O modelo de SE utilizado na construção do presente relato possibilitou a reflexão teórica e prática da elaboração, organização e realização do percurso formativo apresentado. O retorno à prática profissional alicerçado na reflexão teórica resulta num possível retorno para a ação com um novo sentido amplamente transformador e consciente.

Baseado nas contribuições da educação popular em saúde no campo do controle social, o “Curso de Comunicação, Informação e Redes Sociais para o Exercício do Controle Social” foi estruturado a partir de oficinas colaborativas, valorizando os saberes e experiências dos conselheiros e assessores técnicos com o objetivo de ampliar conhecimentos sobre a realidade e encontrar estratégias de enfrentamento. As ações de educação se voltaram para a construção e facilitação de um processo formativo com o objetivo de construir e fortalecer o campo da comunicação em saúde como um dos pilares fundamentais para a efetivação da participação da comunidade na gestão da política de saúde.

O percurso baseado na construção coletiva do conhecimento reafirma-se na condução do trabalho para além da vivência dos conselheiros, mas alarga-se para a realidade do desenvolvimento também dos assessores técnicos facilitadores das oficinas.

Do ponto de vista da comunicação, a experiência revelou o quão distantes ainda estamos da completa democratização do acesso à informação e consequente produção de conhecimentos por diferentes esferas sociais. A apresentação, para os conselheiros, da LAI e dos bancos de dados que guardam as informações em saúde foram apenas o primeiro passo rumo a essa descentralização do conhecer. A formação de comissões de comunicação e a criação de protocolos de divulgação de informações completa esse processo de autonomia política e compromisso social.

É importante perceber e ressaltar que, por mais que a LAI se apresente com uma ferramenta fundamental para a garantia da transparência do Estado, ela por si só não assegura a democratização do acesso à informação. Esse fenômeno passa ainda pela formação e compromisso democrático por parte de gestores e da sociedade civil. Daí a importância de inserir seu uso em uma política de comunicação efetiva e que visa não só a operacionalização de fluxos institucionais de informação, mas a publicização para a sociedade de dados relativos à saúde que são notoriamente de interesse público.

A consolidação do campo da comunicação e saúde para o fortalecimento do controle social no SUS requer o fomento de mais estudos e publicações na área uma vez que se faz necessária a articulação entre o campo teórico e a prática dessa dimensão. É preciso dialogar, divulgando para os setores da sociedade interessados na política pública em questão e aproximar os mais diversos segmentos do debate numa prática transformadora dos processos discursivos no controle social.

5. Referências Bibliográficas

ARAÚJO, I. S.; CARDOSO, J. M. **Comunicação e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

BRASIL. **Caderno de educação popular e saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. **Diretrizes aprovadas nos grupos de trabalho ou na plenária final**. Disponível em: <<http://conferenciasaude15.org.br>>. Acesso em: 10 dez. 2016.

_____. **Diretrizes nacionais para capacitação de conselheiros de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. **Diretrizes nacionais para o processo de educação permanente no controle social do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. **Lei Nº 8.142, DE 28 DE DEZEMBRO DE 1990**.

_____. **Política nacional de educação permanente para o controle social no Sistema Único de Saúde – SUS**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

CANELA, G.; NASCIMENTO, S. **Acesso à informação e controle social das políticas públicas**. Brasília: ANDI/Artigo 19, 2009.

CARDOSO, J. M. Comunicação e saúde: desafios para fortalecer o SUS, ampliar a participação e o controle social. In: BRASIL. **Coletânea de comunicação e informação em saúde para o exercício do controle social**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. p. 45-56.

CARNEIRO; OLIVEIRA; SANTOS; ALVES; CASAI, SANTOS. Educação Popular em Saúde Mental: relato de uma experiência. In **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 462-474. 2010.

FALKENBERG, M. B.; MENDES, T. P. L.; MORAES, E. P.; SOUZA, E. M. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. In **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 847-852. 2014.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

HOLLIDAY, O. J. **Para sistematizar experiências**. Brasília: Ministério do Meio Ambiente, 2006.

JARDIM, José Maria. **A lei de acesso à informação pública: dimensões político-informacionais.** 2013. Disponível em:

<http://repositorios.questoesemrede.uff.br/repositorios/bitstream/handle/123456789/1736/A%20LEI%20DE%20ACESSO.pdf?sequence=1>. Último acesso em: 22 de junho de 2017.

NORONHA, J. C.; LIMA, L. D. & MACHADO, C. V. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: GIOVANELLA, L. et al. (Orgs.) **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014.

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

SORJ, Bernardo. **Brasil@povo.com: a luta contra a desigualdade na sociedade da informação.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar editor; Brasília: DF Unesco, 2003.

VASCONCELOS, E. M. Educação Popular: de uma Prática Alternativa a uma Estratégia de Gestão Participativa das Políticas de Saúde. In **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 01, p. 67-83. 2004.

VASCONCELOS, E. M.; CRUZ, P. J. S. C.; PRADO, E. V. A contribuição da Educação Popular para a formação profissional em saúde. In **Interface: comunicação, saúde e educação**, Botucatu, v. 20, n. 59, p. 835-838. 2016.