

Percepção de conselheiros de saúde sobre acesso às informações e inclusão digital¹

The perception of health councilors on access to information and digital inclusion

Violeta Campolina Fernandes

Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Medicina de Botucatu. Departamento de Saúde Pública. Botucatu, SP, Brasil.
E-mail: vicampolina@gmail.com

Regina Stella Spagnuolo

Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Medicina de Botucatu. Departamento de Enfermagem. Botucatu, SP, Brasil.
E-mail: rstella@fmb.unesp.br

Edinalva Neves Nascimento

Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. São Paulo, SP, Brasil.
E-mail: ediquata@gmail.com

Resumo

Este estudo se insere no contexto da inclusão digital de conselheiros de saúde e fortalecimento de suas práticas. O objetivo foi conhecer a percepção dos conselheiros municipais de saúde em relação ao acesso à informação de saúde e inclusão digital de um município de porte médio do interior paulista. Trata-se de pesquisa qualitativa, alicerçada no método de estudo de caso, realizada com 16 conselheiros titulares de saúde. Foi realizada entrevista orientada por roteiro semiestruturado e os dados foram analisados à luz da análise de conteúdo representacional temática. A discussão foi alicerçada nos referenciais da Teoria da Democracia Participativa e os princípios do Sistema Único de Saúde, com destaque para a diretriz da Participação Comunitária. Evidenciou-se uma insuficiência da educação permanente para conselheiros tanto na área do controle social quanto em inclusão digital. Ainda é incipiente o acesso às informações no campo da saúde por meio digital, tendo como desdobramento a fragilização democrática e participativa do Conselho. Pode haver algum controle daqueles que detém melhor conhecimento sobre as informações relativas à política de saúde. Os conselheiros reconhecem a importância da inclusão digital e desejam participar dela. Conclui-se que há lacunas no acesso às informações de saúde e uma frágil inserção digital, o que pode comprometer o reconhecimento e a efetividade da participação comunitária nas deliberações em saúde pública.

Palavras-chave: Tecnologia da Informação; Conselhos de Saúde; Participação Social; Informação; Internet; Inclusão Digital.

Correspondência

Violeta Campolina Fernandes
Rua José Benedito Nogueira, 500, ap. 29, Jardim Tropical.
Botucatu, SP, Brasil. CEP 18607-289.

¹ Fonte de financiamento da pesquisa: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes).

Abstract

This study is part of the context of the digital inclusion of health counselors and the strengthening of their practices. The objective was to know the perception of municipal health counselors in relation to the access to health information and digital inclusion of a medium sized city in São Paulo, Brazil. This is a qualitative research, based on the case study method conducted with sixteen tutelary health counselors. The interview was performed using a semi-structured guide and the data were evaluated in the light of Content Thematic Representational Analysis. The discussion was grounded on the theoretical frameworks of the Theory of Participatory Democracy and the principles of the Unified Health System with emphasis on the policy of Community Participation. It was evidenced an insufficiency of continuing education for directors both in the area of social control as digital inclusion. It is still incipient the access to information in the field of health by digital means, with the unfolding of democratic and participatory embrittlement of the board. There may be some control of those who have better knowledge on health policy information. The members recognize the importance of digital inclusion and want to be included. It was concluded that there are gaps in the access to health information and a fragile digital insertion, which can compromise the recognition and effectiveness of community participation in public health decisions.

Keywords: Information Technology; Health Councils; Social Participation; Information; Internet; Digital Inclusion.

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) conforma a política pública de Saúde no Brasil. Seu processo de institucionalização como política nacional de saúde teve início a partir das definições legais estabelecidas pela Constituição Federal do Brasil de 1988, sendo consolidado com a Lei nº 8.080/1990, regulamentada pelo Decreto nº 7.508/2011 e pela Lei nº 8.142/1990 (Brasil, 1988, 1990a, 1990b, 2011; Rolim; Cruz; Sampaio, 2013).

Embasado nos princípios da universalidade, integralidade, equidade, e estruturado em ações de resolutividade, humanização, racionalização de recursos, hierarquização, regionalização, descentralização e corresponsabilização de todas as esferas de governo, abre-se um espaço à participação comunitária (Martins et al., 2008; Santos; Bastos, 2011).

Como diretriz do SUS, a participação da comunidade é garantida pela Lei nº 8.142/1990, tendo como instâncias colegiadas os conselhos de saúde. Compostos por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, são responsáveis por estratégias e pelo controle da execução da política de saúde, inclusive no que se refere aos aspectos econômicos e financeiros (Brasil, 1990b).

Neste contexto inscrevem-se os conselheiros de saúde, atores que mediam a efetivação do controle social e que precisam estar conscientes da responsabilidade dos seus papéis no cenário político e social.

No campo da saúde, avançou-se na oferta de informações e serviços, mas pouco na formação de redes cooperativas que atuem na disseminação de boas práticas ou na construção conjunta de novas estratégias que impliquem os diversos usuários do sistema, como pacientes, profissionais de saúde, governo, pesquisadores e conselheiros de saúde (Costa, 2008).

Cada vez mais o acúmulo de força política está relacionado ao aumento da capacidade de apropriação de conhecimentos e informação, que possibilita, em última instância, maior habilidade argumentativa em espaços conquistados de participação. Nas sociedades atuais há que se pensar no uso das tecnologias de informação e comunicação (TIC), que ganha centralidade no debate contemporâneo, tanto

por seu potencial de democratização de saberes, quanto por sua magnitude na economia mundial (Moraes et al., 2009).

Nesse sentido, a Resolução nº 453, de 10 de maio de 2012, que reformula o funcionamento dos conselhos, destaca que o conselheiro de saúde deve atuar em consonância com as TIC (Brasil, 2012).

Deste modo, e na perspectiva de fortalecer o exercício do controle social na política de saúde, faz-se necessário que os atores políticos envolvidos tomem efetivo conhecimento do SUS e de sua legislação, assim como de suas práticas epidemiológicas, assistenciais, financeiras, políticas, culturais e sociais, para o acompanhamento e avaliação do sistema de informações nos níveis municipal, estadual e federal. O acesso a esses conhecimentos ocorre, na maioria das vezes, por meio de ambientes virtuais (Cotta; Cazal; Rodrigues, 2009).

É preciso, pois, um processo de inclusão digital efetivo dos conselheiros para ampliar o acesso às informações, sua reflexão crítica e potencial argumentativo em prol da coletividade.

Inclusão digital pode ser entendida como “o direito de acesso ao mundo digital para o desenvolvimento intelectual (educação, geração de conhecimento, participação e criação) e para o desenvolvimento de capacidade técnica e operacional” (Sampaio apud Passerino; Montardo, 2007, p. 6). Pressupõe transcender a perspectiva de viabilizar acesso a computadores em rede, mas, sobretudo, tornar os sujeitos aptos a operá-los com autonomia (Passerino; Montardo, 2007).

Tendo em vista que a inclusão digital constituiu-se como importante ferramenta para viabilizar o acesso às informações, surge a inquietação: os conselheiros municipais de saúde têm acesso às informações digitais em saúde para o exercício do controle social? Como se conforma essa realidade?

Este estudo teve como objetivo conhecer a percepção dos conselheiros de saúde em relação ao acesso às informações de saúde e inclusão digital.

Método

Trata-se de estudo de natureza qualitativa, de caráter descritivo-exploratório, alicerçado no método de estudo de caso, estratégia de pesquisa ca-

racterizada pela investigação profunda e exaustiva de um ou poucos objetos, possibilitando seu amplo conhecimento (Yin, 2005).

Teve como cenário de pesquisa o Conselho Municipal de Saúde (CMS) de um município de porte médio localizado no centro do estado de São Paulo, a 235 km da capital paulista, em uma área de 1.486,4 km² com população estimada para 2013, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), de 136.269 pessoas (IBGE, 2013).

O CMS é composto por 64 membros e, após aplicados os critérios de inclusão, resultaram 16 participantes. Os critérios de inclusão foram: conselheiros municipais de saúde titulares que concordaram em participar da pesquisa, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e tiveram maior participação nas reuniões do Conselho.

A composição dos participantes se deu por saturação teórica a partir de entrevistas e foram representados pelos quatro segmentos organizativos do conselho, a saber: dois gestores, dois prestadores de serviço, cinco trabalhadores de saúde e sete usuários. Os convites ocorreram por telefone ou presencialmente, após as reuniões do Conselho.

Para preservar o anonimato, os discursos foram identificados pela letra C seguida da numeração correspondente à ordem das entrevistas.

Os dados foram coletados por meio de entrevistas com roteiro semiestruturado, composto por 18 questões abertas e 10 estruturadas, que contemplou questões relacionadas ao acesso às informações de saúde dos conselheiros, ao processo de inclusão digital e as facilidades e dificuldades a ela relacionadas. As entrevistas foram realizadas no período de julho a agosto de 2014, sendo gravadas e, posteriormente, transcritas, mantendo-se a fidedignidade das falas.

Para análise dos dados foi aplicada a técnica de análise de conteúdo de Bardin (2011), que propõe uma sequência para análise baseada nas seguintes etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Inicialmente, realizou-se leitura flutuante e exaustiva das entrevistas para melhor familiarização com o texto. Em seguida procedeu-se a seleção temática para identificar os núcleos de sentido, ou elementos semanticamente semelhantes, para posterior categorização. Por último, os dados foram categorizados

conforme revelaram os enunciados com posterior discussão com a literatura.

A discussão foi alicerçada nos referenciais da teoria da democracia participativa, a partir dos pressupostos do filósofo Jean-Jacques Rousseau sob a ótica de Pateman (1992), e dos princípios do SUS, com destaque para a diretriz da participação comunitária (Brasil, 1990b). A teoria da democracia participativa tem suas origens em Rousseau, que, segundo Pateman (1992, p. 35), é considerado “o teórico por excelência da participação” e defende a “participação individual de cada cidadão no processo político de tomada de decisões”.

A participação, para Rousseau possui três funções: educativa, controle e integração. O significado de educação para Rousseau é amplo e desenvolve no indivíduo uma “ação responsável, individual, social e política como resultada do processo participativo”, ou seja, quanto mais o sujeito participa, mais apto estará a fazê-lo (Pateman, 1992, p. 38). A participação também oferece ao indivíduo controle sob seu meio, é geradora de liberdade individual, capacitando-o para ser senhor de si mesmo (Pateman, 1992; Rousseau, 1995).

Na função integrativa, a participação traz a sensação de pertencer à comunidade. A integração, por fim, agrega as outras funções da participação citadas anteriormente, já que participar da tomada de decisões “integra o indivíduo à sua sociedade e constitui o instrumental para transformá-la numa verdadeira comunidade” (Pateman, 1992, p. 33).

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Medicina da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” (Unesp), *campus* de Botucatu, sob número 670.677/2014. O estudo foi realizado mediante autorização do presidente do CMS e após consentimento dos participantes.

Resultados e discussão

A idade dos 16 participantes variou entre 21 e 78 anos, sendo que a idade média foi 49 anos, e 31,25% do total apresentaram 60 anos ou mais. Quanto ao sexo, 50% dos participantes eram do sexo masculino e 50% do feminino. Quanto à escolaridade, 56,25% possuíam ensino superior completo, 31,25%

ensino médio completo e 12,5% ensino fundamental incompleto. A profissão ou estado referido que mais se destacou foi aposentado (37,5%).

Em relação à representatividade no Conselho, 43,75% representam os usuários dos serviços de saúde, 31,25% os trabalhadores, 12,5% os prestadores de serviço e 12,5% os gestores.

A partir da análise dos depoimentos, emergiram quatro categorias temáticas: (1) “Percepções dos conselheiros sobre a sua qualificação em saúde”; (2) “Percepção dos conselheiros sobre o acesso às informações de saúde”; (3) “Percepção dos conselheiros sobre a inclusão digital”; e (4) “Expectativas dos conselheiros sobre a inclusão digital”.

Percepções dos conselheiros sobre a sua qualificação em saúde

No que se refere à realização de qualificações, pode-se verificar que a maioria dos participantes (62,5%) não as recebeu para exercer suas funções no Conselho. Esse número expõe uma fragilidade que pode ser consequência da não oferta por parte dos gestores e dos próprios representantes de cada categoria, tanto na área do controle social quanto em outros temas, como informação e inclusão digital.

Esse fato pode ser explicado pela reduzida oferta de cursos específicos em relação ao período de renovação dos membros do Conselho, os quais, pela legislação vigente, devem permanecer na função pelo prazo de dois anos.

Entretanto, os participantes que relataram não receber qualificações sentem falta de um auxílio formal para sanar dúvidas e melhorar a compreensão sobre os assuntos importantes do Conselho:

Eu acho que seria interessante, sabe [...]. Existem pessoas que são bastante esclarecidas e outras possuem um esclarecimento muito limitado. Eu acho que seria muito interessante porque iria abranger todo mundo. Tenho algumas dúvidas que acredito que são as dúvidas de todo mundo. Então, penso que seria bom ter essa capacitação (C3).

Deve-se considerar que a responsabilidade da oferta e aplicação das qualificações pode ser tanto por parte dos gestores quanto do segmento a que

pertence o conselheiro. Sendo assim, sugere-se que ocorram por iniciativa de quaisquer membros do Conselho, por meio de solicitações aos gestores ou outros segmentos, garantindo acesso às informações em saúde.

Segundo Rousseau (1995), cada indivíduo pode ter uma vontade particular contrária à vontade do todo, mas torna-se necessário estabelecer alguma forma de acordo em que seja interessante para o indivíduo cooperar com uma causa comum.

Sugere-se que a formação de conselheiros de saúde deve ser pautada nos princípios da educação permanente, em que formação e mobilização aconteçam de maneira articulada e interdependente e sejam construídas numa perspectiva de produção coletiva de saúde (Brasil, 2007).

Pôde-se observar que os participantes, em sua maioria, desejam receber qualificação principalmente acerca de suas funções, pois acreditam que tal tema é de extrema importância para melhora da atuação:

desejo aprender mais sobre as funções do conselheiro. Quais são as atribuições que cada membro tem (C16).

Portanto, para ocorrer uma participação efetiva do conselheiro é preciso um bom processo de qualificação, pois este é um caminho no qual as informações recebidas serão capazes de empoderar quem as possui, melhorando seu poder decisório.

Os participantes (81,25%) manifestam o desejo de participar de qualificações no âmbito da inclusão digital:

Eu gostaria. Porque sempre é um aprendizado novo. Lógico que eu quero evoluir mais, porque a internet é infinita, não é mesmo? Tem muita coisa, e assim, eu sei muito pouco, eu sei o básico (C11).

Gostaria sim. Eu mexo, sei acessar, entro em sites, busco algumas informações, mas ainda sinto muita dificuldade (C12).

Percebe-se que os participantes não apresentam conhecimento necessário para atuar no meio digi-

tal, o que se justifica por não terem participado de nenhuma qualificação sobre o tema.

Sabe-se que o conceito de inclusão digital não é apenas o conhecimento de habilidades básicas para o uso de computadores e da internet mas, também, a qualificação para a utilização dessas mídias em favor de benefícios e necessidades individuais (Silva et al., 2005). Assim, para haver a inclusão digital, é necessária a qualificação como ferramenta no acesso à informação na internet, sobre onde buscar e aprender a lidar com novas tecnologias. É necessário aprender a se informar e aprender a informar.

Percepção dos conselheiros sobre o acesso às informações de saúde

Evidenciou-se como se processa o acesso às informações de saúde por parte dos conselheiros, apontando os aspectos que contribuem para essa garantia ou não. Assim, os depoimentos revelaram que a internet permite receber informações de saúde, constituindo-se como um meio útil e prático de socialização de conhecimento:

A internet eu utilizo sempre [...] visito sites de política, sobre a questão da saúde no geral [...] Eu procuro estar bem informado com as informações que eu adquiro através da internet (C8).

No Brasil, ocorreu a liberação da internet para fins comerciais no ano de 1995. Desde então, vem impactando de forma positiva para construção de um meio de disseminação de informações. O número de pessoas com acesso a essa ferramenta no Brasil no primeiro trimestre de 2014 chegou a 120,3 milhões. Esse número considera pessoas de dois a quinze anos de idade com acesso à internet por meio de computadores em domicílios e considera pessoas de 16 anos ou mais com acesso à internet por meio de computadores em qualquer ambiente (domicílio, trabalho, escolas, *lan houses*, igrejas e outros locais) (Nielsen, 2015).

As entrevistas revelaram que há um desigual acesso e uso da informação e do meio digital entre os segmentos representados no Conselho, pois 25% não citaram a internet como um local de acesso às informações de saúde:

Eu não tenho acesso à internet, eu não tenho nem internet em casa. Eu não sei lidar com a internet (C4).

Não tenho acesso à internet, não. E não é por falta de computador, porque tem dois em casa. É assim, a gente vem da roça e não tem paciência [...]. É mais uma coisa para dar dor de cabeça (C9).

O uso da internet, as oportunidades de acesso aos instrumentos computacionais e o hábito de leitura variam de acordo com a história de vida, inserção social, econômica, cultural e política, da comunidade em que vive e o segmento/entidade que representa. Isto é, essa desigualdade é mais visível quando consideramos os conselheiros de saúde representantes dos usuários em relação aos demais segmentos (Moraes et al., 2009).

Diante dessa realidade, entende-se que a equidade não está sendo de fato legitimada como um princípio do SUS, ou seja, não há oferta de mais acesso digital aos conselheiros que mais precisam. É necessária uma iniciativa política dos representantes do Conselho em reunir-se para organizar essa situação.

Dessa maneira, o processo do qual o conselheiro necessita para obter informação e empoderar-se está ineficiente, o que dificulta o poder de decisão e a visibilidade. Assim, a iniquidade digital no acesso prejudica na hora de votar e conseguir, de fato, exercer a diretriz da participação comunitária e a cidadania.

Diante desse cenário, devemos tentar garantir a democratização do acesso às mais diferentes formas, meios e fontes por onde a informação circula para que possamos construir uma sociedade mais equitativa (Coutinho; Lisbôa, 2011).

São necessários alguns condicionantes, como a igualdade e a independência econômica, para que um sistema seja participativo. Se houvessem tais condições, os cidadãos seriam capazes de se unir como indivíduos iguais, independentes, mas também interdependentes, algo necessário para a preservação da igualdade e da independência (Pateman, 1992).

Entende-se por igualdade o aceitar do estabelecimento de regras que firmem direitos e deveres entre cidadãos, permitindo que se instaure uma sociedade

mais justa, onde cada um recebe aquilo que lhe é de direito e permite ao outro receber em igual forma tal justiça (Farias Júnior; Sobreira, 2012).

Analisando essa realidade por meio desse conceito de igualdade é possível perceber que a diferença de acesso às informações pode gerar relações dissimétricas de discussão dentro do Conselho, permitindo aos conselheiros com acesso às mídias eletrônicas e à internet um potencial argumentativo diferenciado em comparação aos representantes que não dispõem dos mesmos recursos. Em consequência, a configuração democrática do Conselho fica fragilizada, pois pode haver certo grau de controle daqueles que detêm o conhecimento sobre as informações relativas à política de saúde, restringindo, assim, o debate.

Na outra ponta, em relação aos conselheiros que não referiram acesso às informações de saúde por meio digital, foram configuradas diferentes realidades quanto ao interesse de introduzir a tecnologia:

Eu gostaria de ter o acesso, gostaria sim. Bom, para eu ficar sabendo de tudo, ficar mais informado (C4).

Eu acho que a internet é muito boa, porque atrai muitos conhecimentos. Seria interessante ter o acesso. Interessante para aqueles que podem ter. O problema é que a internet não é de graça, você paga. Então, eu ainda não me aventurei porque eu acho que é um gasto para mim. É um gasto que não contabilizo dentro do meu orçamento (C7).

Sabe-se que o financiamento para cobrir os custos para o funcionamento do Conselho vem do orçamento do Poder Executivo (prefeitura, governos estadual e federal), por meio das secretarias de saúde. Dessa forma, o recurso destinado ao Conselho de Saúde deve ser gerenciado pelo próprio Conselho (Brasil, 2010).

É direito do conselheiro requerer da administração municipal a disponibilização de recursos para estrutura física, administrativa e logística (secretaria executiva, sala própria, móveis como cadeiras e mesa, telefone, computador e internet), além do deslocamento de conselheiros e materiais de divulgação, custeamento de ações de educação do Conselho na comunidade e realização de conferências de saúde (Brasil, 2010).

Outros caminhos revelados pelos participantes para obter acesso às informações em saúde foram as reuniões com os conselheiros e as participações nas conferências:

Eu estou tomando ciência das informações através da internet e por frequentar mais o meio participativo. Eu participei da conferência municipal, vou participar da estadual e nacional, isso vai dando uma amplitude de visão muito grande, porque você acaba tendo conhecimento da verdadeira realidade da saúde no Brasil (C1).

Nos Conselhos, os cidadãos estabelecem relação com outros atores da coletividade, sendo ambientes democráticos e plurais. Por isso, compreendem um espaço que possibilita a troca de experiências e o aprendizado mútuo (Guisso, 2012). Então, “quanto mais o cidadão participa, mais ele se torna capacitado a fazê-lo” (Pateman, 1992, p. 39).

A vivência de conselheiro permite a construção da própria cidadania, em que o exercício do controle social representa valores de liberdade, cooperação, solidariedade, participação e respeito ativo, demonstrando que o sentido de ser conselheiro é atuar e lutar, e que o tempo de incorporação nas grandes lutas amplia o desempenho.

Percepção dos conselheiros sobre a inclusão digital

Os participantes, em sua totalidade, entendem a inclusão digital como algo importante para exercer a sua função. Porém, para garantir debates democráticos na área da saúde, não basta assegurar que os atores tenham consciência da importância sobre inclusão digital e acesso às informações. É preciso, sobretudo, possibilitar uma visão crítica e reflexiva do assunto, observar a sua pertinência e relevância em relação à saúde.

Eu considero muito importante a internet, principalmente pela rapidez, pelo volume de dados e informações que a gente pode estar obtendo (C3).

Eu acho muito importante, porque hoje nós estamos partindo para um caminho em que todos são convi-

dados a fazer parte desse meio digital. Então, com isso, fica mais fácil, conectado, e todo mundo fica sabendo ao mesmo tempo das coisas importantes, encurtando o caminho para a resolução dos problemas, porque a informação está mais visível (C5).

A grande oferta de informações sobre vários temas fez da internet uma ferramenta de amplas buscas na área da saúde. Porém, os padrões de busca devem ser mais bem entendidos, tendo em vista que o indivíduo pode estar exposto a um grande número de conhecimentos duvidosos. Além do mais, se por um lado existe a facilidade de encontrar todo tipo de informação, existe por outro a dificuldade de localizar fontes seguras (Moretti; Oliveira; Silva, 2012).

É preciso apropriar-se da informação em saúde que está sendo veiculada e fazer que o conhecimento adquirido por meio da internet seja útil para melhorar o quadro social, pois ter um computador por si só não garante o avanço da inclusão digital.

Competências e habilidades devem ser desenvolvidas para transformar informação em conhecimento e assim tomarmos gosto pelo aprendizado. Isso porque a internet promoveu a criação de novos espaços de conhecimento, interação e comunicação, gerando maior possibilidade de aprendizado individual e coletivo (Coutinho; Lisboa, 2011).

Nesse olhar, entende-se que a inclusão digital está inserida no universo da participação comunitária enquanto uma diretriz do SUS, possibilitando o fortalecimento da sociedade civil por meio das lutas por acesso aos direitos sociais, à cidadania e também o auxílio na produção de estratégias políticas inovadoras (Gohn, 2011).

Para Rousseau (1981), o conhecimento adquirido deve ser associado à liberdade, ou seja, nada deve ser obtido por imposição, obediência ou regra, e sim pela necessidade observada. Mais do que instruir, a educação deveria formar moral e politicamente o indivíduo. O autor definiu liberdade como a “obediência à lei que alguém prescreve a si mesmo” (Pateman, 1992, p. 39). Assim, a liberdade no contexto da participação nos mostra que o indivíduo pode ser forçado a ser livre e ao mesmo tempo forçosamente educado a participar na tomada de decisões (Pateman, 1992).

O conhecimento, o aprendizado e o acesso às mídias digitais podem refletir de maneira positiva para o crescimento pessoal do indivíduo no exercício participativo. Dessa forma, a inclusão digital pode ser compreendida como um importante instrumento político de participação e democratização dos Conselhos ao socializar informações, permitir o avanço do conhecimento e ampliar o acesso. Ela possibilita que sejam rompidos poderes instituídos a partir da inclusão desses atores sociais no processo de discussão efetiva das políticas de saúde.

A inclusão digital é percebida como algo auxiliar no âmbito das atribuições do conselheiro e como uma ferramenta útil de aprendizagem:

A internet é um ótimo veículo. Eu sinto que você acaba estudando via computador, entrando nas páginas do Ministério da Saúde, do Conselho Estadual de Saúde e de outros conselhos. Você começa a ter acesso a uma gama de informações e acaba se informando e aprendendo (C1).

A internet é o meio que traz todas as informações possíveis e imagináveis para você. Um grande facilitador que a internet tem é o acesso a novas informações, principalmente deliberações, resoluções, portarias vindas do Ministério da Saúde, da Secretaria do Estado da Saúde para o município (C16).

Avisibilidade dos conselhos é um ponto crucial para o exercício do controle social, caracterizando-se pela transparência das ações na criação de canais de comunicação com a população. Democratizar as informações e permitir sua avaliação por parte dos usuários seria colocar o usuário no centro do processo, numa relação de corresponsabilidade. Mas para que a gestão participativa aconteça, torna-se necessário o fluxo constante de informações, em que população e conselheiro se comuniquem com clareza. Sendo assim, devemos estimular a divulgação do trabalho realizado pelo Conselho por meio dos meios de comunicação como rádio, televisão, jornais impressos locais e internet.

Investir na inclusão digital de conselheiros de saúde pode significar um caminho para fortalecer a participação social, uma vez que oferece visibilidade dos trabalhos por eles desenvolvidos na comunidade, reforçando sua legitimidade.

Expectativas dos conselheiros sobre a inclusão digital

Esse tema aborda os caminhos vivenciados pelos conselheiros diante dos obstáculos da inclusão digital, mediante uma realidade em que não há estímulo para essa prática. Eles expressam dificuldades como:

Acho que a maior dificuldade é o fato que hoje, no Brasil, ainda não são todos que possuem acesso à internet. Além disso, tem também o problema dos provedores que não são satisfatórios, às vezes a internet trava, é muito lenta, não funciona em tal bairro (C8).

O meu obstáculo é quando tenho que mexer em alguma página que nunca entrei, manusear mesmo, neste caso eu procuro ajuda (C13).

Percebe-se que o fato de apenas alguns conselheiros possuírem acesso à informação de saúde é visto como uma dificuldade da inclusão digital. Além disso, a qualidade da banda larga e o manuseio adequado do computador também foram colocados como obstáculos.

Na perspectiva de Moraes (2009), os principais problemas encontrados por conselheiros de saúde para uma efetiva inclusão digital são: localidades com deficiência de energia elétrica, desigualdade na distribuição da infraestrutura de conectividade instalada no país, ferramentas disponíveis na internet em língua inglesa, existência de uma cultura com pouca publicação das ações governamentais, dependência dos conselheiros à facilitação do gestor para ter acesso à internet, dificuldade de entendimento devido à linguagem tecnicista em muitos sítios, desconhecimento dos benefícios do meio digital no exercício do controle social, desigualdade de formação/educação, desconhecimento sobre mecanismos possíveis de busca da informação útil para possibilitar o debate e não inclusão do tema “informação e tecnologias de informação em saúde” na agenda de discussões dos Conselhos.

Segundo o Comitê Gestor da Internet no Brasil (CGI, 2014), o custo elevado é o motivo mais mencionado para a ausência de computador nos domicílios

urbanos e rurais, e outro aspecto declarado é a falta de necessidade ou interesse.

Em relação à ausência de internet nos domicílios, os principais motivos são não ter acesso ao computador e falta de interesse por esse tipo de serviço. Além disso, para explicar a falta de acesso à internet, questões relativas à infraestrutura de provimento de internet também são importantes, uma vez que ainda há áreas com falta de disponibilidade do serviço (CGI, 2014).

A breve análise sobre a realidade do acesso às informações de saúde por meio da internet na população brasileira aponta para a necessidade de uma melhor discussão sobre estratégias à inclusão digital. Para isso, deve-se pensar que boa parte dos indivíduos possui baixa renda e escolaridade, fatores que são determinantes no processo de apropriação da informação. Sendo assim, ações de inclusão digital devem ser integradas às outras ações das demais políticas para promover um resultado social (Célio; Palmeira; Silva, 2012).

Além de dificuldades operacionais (falta de provedor, acesso à banda larga, manuseio inadequado), existem também as de ordem pessoal, como no caso de participantes idosos que se sentem embaraçados ao transitar no meio digital. Esses participantes apresentam uma particularidade, pois na época em que eles cresceram, se desenvolveram e foram para o mercado de trabalho, a tecnologia não estava presente como na atualidade.

Contudo, apesar dessas dificuldades, muitos participantes idosos mostraram disposição e interesse para utilizar tecnologias como o computador e a internet.

Eu tentei aprender a usar a internet, mas percebi que as coisas estão ficando muito difíceis, até porque, ao meu modo de ver, a internet é para a juventude. Tenho exemplo os meus netos, a garotada de hoje, aprende com uma facilidade. Facilidade esta que eu não tenho. Vontade de aprender eu tenho e muita, mas não consigo alcançar os jovens (C6).

O discurso acima é corroborado por um estudo que refere que as características cognitivas do idoso têm implicações no processo de aprendizagem sobre novas tecnologias (Vieira; Santarosa, 2009).

No que se refere ao apoio necessário para o acesso à internet, a maioria (63,63%) dos participantes que possui o acesso relata que se sente capaz de conectar-se:

Eu não preciso de ajuda nenhuma. Acesso tranquilamente (C3).

Às vezes tenho uma pequena dificuldade para encontrar algo no meio digital, mas no geral não necessito de ajuda (C16).

Dessa forma, podemos inferir que os conselheiros com internet não apresentam grandes dificuldades, o que pode ser entendido como um ponto positivo, uma vez que, na sociedade, está cada vez mais difundido o acesso às informações pelo meio digital.

Devemos destacar que, apesar das dificuldades dos conselheiros em acessar a internet e compreender as informações em saúde, há manifestações explícitas de que eles desejam receber o conhecimento. Essas dificuldades poderiam ser minimizadas pelo fortalecimento de qualificações exercidas por meio de um processo crítico e criativo, permitindo a troca de saberes entre os participantes. Trata-se de um desafio para a sociedade, e cabe às universidades e aos pesquisadores, gestores e segmentos que representam os conselheiros o oferecimento de apoio para que ocorra a consolidação das políticas públicas.

Conclusão

Os resultados revelaram que os participantes não são incentivados a utilizar a internet como uma ferramenta de acesso às informações de saúde e que é disponibilizada pouca informação por parte do governo municipal e dos próprios representantes sobre esse aspecto.

Evidenciou-se que os conselheiros não possuem qualificações para exercer a função, além de disporem de pouco acesso às informações de saúde pelo meio digital, o que gera desigualdade no uso da informação entre os segmentos representados, resultando em relações dissimétricas de poder no âmbito das discussões do Conselho.

O estudo apontou que os conselheiros concebem a inclusão digital como algo importante e de utilidade para exercer a sua função, mas alguns não fazem seu uso corretamente devido à falta de oportunidade em utilizar o computador, o que pode estar relacionado à sua história de vida e condição socioeconômica.

Constatou-se a necessidade de criação de ambientes propícios para difusão do conhecimento por parte dos gestores municipais e dos representantes de cada categoria. Para tanto, se faz necessário democratizar a comunicação e a informação.

Sugere-se que a inclusão digital aconteça no início do mandato dos conselheiros, juntamente com um curso introdutório que contemple temas básicos necessários para uma participação efetiva.

Acredita-se que a contribuição deste estudo consistiu em desvelar como ocorre o acesso às informações de saúde e a realidade dos conselheiros em relação à inclusão digital, evidenciando lacunas que abrem possibilidades de intervenção.

Como fatores limitantes apresenta-se a localregionalização do cenário estudado. Porém, infere-se que os resultados possam ser replicados em municípios semelhantes, auxiliando a elaboração de políticas públicas locais para melhoria do acesso às informações de saúde e dos meios digitais, tornando os conselheiros mais ativos, dinâmicos e participativos nas deliberações em saúde pública.

Referências

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2011.

BRASIL. Casa Civil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 5 out. 1988.

BRASIL. Casa Civil. Lei nº 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*, Brasília, DF, 20 set. 1990a.

BRASIL. Casa Civil. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências

intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 31 dez. 1990b.

BRASIL. Casa Civil. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 29 jun. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 22 ago. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 453, de 10 de maio de 2012. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 10 maio 2012.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. *Orientações para conselheiros de saúde*. Brasília, DF, 2010.

CÉLIO, E. R. M.; PALMEIRA, A.; SILVA, R. M. Inclusão digital: um desafio para a sociedade. *Inclusão Social*, Brasília, DF, v. 5, n. 2, p. 17-31, 2012.

CGI - COMITÊ GESTOR DA INTERNET NO BRASIL. *Pesquisa sobre o uso das tecnologias de informação e comunicação no Brasil: TIC Domicílios e Empresas 2013*. São Paulo, 2014. Disponível em: <<http://bit.ly/1FebiGo>>. Acesso em: 5 out. 2015.

COSTA, R. Inteligência coletiva: comunicação, capitalismo cognitivo e micropolítica. *Revista Famecos*, Porto Alegre, v. 15, n. 37, p. 61-68, 2008.

COTTA, R. M. M.; CAZAL, M. M.; RODRIGUES, J. F. C. Participação, controle social e exercício da cidadania: a (des)informação como obstáculo à atuação dos conselheiros de saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 419-438, 2009.

COUTINHO, C.; LISBÔA, E. Sociedade da informação, do conhecimento e da aprendizagem: desafios para educação no século XXI. *Revista Portuguesa de Educação*, Braga, v. 18, n. 1, p. 5-22, 2011.

- FARIAS JÚNIOR, J. B.; SOBREIRA, S. A. Liberdade e igualdade: a herança de Rousseau nos princípios de justiça de John Rawls. *Revista Húmus*, São Luís, v. 2, n. 6, p. 168-176, 2012.
- GOHN, M. G. M. *Conselhos gestores e participação sociopolítica*. São Paulo: Cortez, 2011.
- GUISSO, F. H. Democracia e educação: conselhos municipais como espaços de aprendizagem. *Revista Debates*, Porto Alegre, v. 6, n. 2, p. 129-150, 2012.
- IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Estimativa de população 2013*. Brasília, DF, 2013. Disponível em: <<http://bit.ly/202NiEA>>. Acesso em: 5 fev. 2015.
- MARTINS, P. C. et al. Conselhos de saúde e a participação social no Brasil: matizes da utopia. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 105-122, 2008.
- MORAES, I. H. S. D. et al. Inclusão digital e conselheiros de saúde: uma política para a redução da desigualdade social no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 879-888, 2009.
- MORETTI, F. A.; OLIVEIRA, V. E.; SILVA, E. M. K. Acesso a informações de saúde na internet: uma questão de saúde pública? *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v. 58, n. 6, p. 650-658, 2012.
- NIELSEN. Crianças e jovens da classe A utilizam mais o tablet do que adultos, aponta estudo da Nielsen Ibope. *Nielsen*, Cotia, 2015. Disponível em: <<http://bit.ly/29h1QGm>>. Acesso em: 6 jul. 2015.
- PASSERINO, L. M.; MONTARDO, S. P. Inclusão social via acessibilidade digital: proposta de inclusão digital para pessoas com necessidades especiais. *Compós: Revista da Associação Nacional dos Programas de Pós-Graduação em Comunicação*, Pelotas, v. 8, p. 1-18, 2007.
- PATEMAN, C. *Participação e teoria democrática*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.
- ROLIM, L. B.; CRUZ, R. S. B. L. C.; SAMPAIO, K. J. A. J. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. *Saúde em debate*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 139-147, 2013.
- ROUSSEAU, J.-J. *Discurso sobre a economia política e do contrato social*. Petrópolis: Vozes, 1995.
- ROUSSEAU, J.-J. *Do contrato social e discurso sobre a economia política*. Curitiba: Hemus, 1981.
- SANTOS, C. C. S.; BASTOS, R. L. Participação social: a construção da democracia na saúde brasileira. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, Fortaleza, v. 24, n. 3, p. 266-273, 2011.
- SILVA, H. et al. Inclusão digital e educação para a competência informacional: uma questão de ética e cidadania. *Ciência da Informação*, Brasília, DF, v. 34, n. 1, p. 28-36, 2005.
- VIEIRA, M. C.; SANTAROSA, L. M. C. O uso do computador e da internet e a participação em cursos de informática por idosos: meios digitais, finalidades sociais. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE INFORMÁTICA NA EDUCAÇÃO, 20., 2009, Florianópolis. *Anais...* Florianópolis, 2009, p. 1-10. Disponível em: <<https://goo.gl/MHCs2B>>. Acesso em: 6 jul. 2015.
- YIN, R. K. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. Porto Alegre: Bookman, 2005.

Contribuição das autoras

Fernandes e Spagnuolo realizaram a busca bibliográfica e atuaram na redação do estudo. Fernandes, Nascimento e Spagnuolo atuaram na correção e edição final do artigo.

Recebido: 02/08/2016
 Reapresentado: 24/02/2017
 Aprovado: 02/03/2017