



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA**

VIOLETA CAMPOLINA FERNANDES

**Acesso às informações de saúde e inclusão digital:
a percepção dos Conselheiros Municipais de Saúde de
Botucatu – SP**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Câmpus de Botucatu, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Regina Stella Spagnuolo

**Botucatu
2016**

Violeta Campolina Fernandes

**Acesso às informações de saúde e inclusão digital:
a percepção dos Conselheiros Municipais de Saúde de
Botucatu – SP**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Câmpus de Botucatu, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Regina Stella Spagnuolo

Botucatu
2016

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE-CRB 8/5651

Fernandes, Violeta Campolina.

Acesso às informações de saúde e inclusão digital : a percepção dos Conselheiros Municipais de Saúde de Botucatu - SP / Violeta Campolina Fernandes. - Botucatu, 2016

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Regina Stella Spagnuolo

Capes: 40602001

1. Saúde Pública - Administração. 2. Conselhos de saúde. 3. Participação social. 4. Inclusão digital. 5. Tecnologia da informação.

Palavras-chave: Conselhos de Saúde; Informação; Internet; Participação social; Tecnologia da Informação.

Violeta Campolina Fernandes

**Acesso às informações de saúde e inclusão digital: a percepção dos Conselheiros
Municipais de Saúde de Botucatu – SP**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, para obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Profa. Dra. Regina Stella Spagnuolo

Comissão Examinadora

Profa. Dra. Regina Stella Spagnuolo
Departamento de Enfermagem
Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP

Prof. Dr. Antonio Luiz Caldas Júnior
Departamento de Saúde Pública
Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP

Profa. Dra. Edinalva Neves Nascimento

Botucatu, 22 de Janeiro de 2016.

*Ao meu querido pai Roberto, eu dedico esse projeto como forma de retribuição pela
educação que me ofereceu.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus e a Nossa Senhora das Graças por ter permitido que eu chegasse até aqui, sempre iluminando, protegendo e guiando o meu caminho.

À minha avó, Maria De Dom Viçoso Rodrigues Fernandes, gostaria de agradecer por estar o tempo todo me apoiando e aconselhando em cada decisão.

Ao meu tio Haroldo, pelo incentivo na realização do mestrado e minha irmã Roberta pelos momentos de descontração.

Ao meu amor, Rafael, pela ajuda nos momentos de dificuldade, pelo seu companheirismo, amor e carinho.

A minha querida orientadora Regina Stella, pelo apoio, atenção, amizade, compreensão e pelos ensinamentos.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela concessão da bolsa.

À Secretaria Municipal de Saúde de Botucatu por autorizar e facilitar a realização da pesquisa.

Aos conselheiros municipais de saúde de Botucatu por acreditarem no SUS e realizarem a sua função com amor, empenho e dedicação.

Aos meus colegas de pós-graduação, pela união e por momentos de alegria durante as aulas.

Ao meu sogro Antônio e minha sogra Eliane pelo acolhimento e carinho.

Às minhas amigas de Viçosa, Camila, Daniele, Livia, Paula, Paula e Raquel, por estarem sempre presentes apesar da distância e por nunca deixarem de me dar forças para seguir em frente.

A todos que não foram nominalmente citados, mas que fizeram parte dessa conquista. Muito obrigada!

*"Pedi e recebereis; procurai e encontrareis; batei e vos será aberto. Pois quem pede, recebe;
quem procura, encontra; e, para quem bate, se abrirá." Lucas 11, 9-10*

RESUMO

FERNANDES, V.C. **Acesso às informações de saúde e inclusão digital: a percepção dos Conselheiros Municipais de Saúde de Botucatu – SP.** Dissertação – Faculdade de Medicina de Botucatu (UNESP). Botucatu, 2016.

Introdução: Na sociedade da informação acredita-se que a internet e os meios digitais possibilitam a participação comunitária e ampliação do acesso às informações, fundamentais para um agir mais autônomo e crítico. O presente estudo insere-se no contexto da inclusão digital de conselheiros de saúde e no fortalecimento de suas práticas. **Objetivo:** Conhecer a percepção dos conselheiros municipais de saúde em relação ao acesso à informação de saúde e inclusão digital no município de Botucatu, SP. **Método:** Trata-se de pesquisa qualitativa, alicerçada no método “Estudo de caso”, realizada com dezesseis conselheiros municipais de saúde sendo, dois dos representantes da administração pública (gestores), dois dos prestadores de serviço, cinco dos trabalhadores da saúde e sete dos representantes dos usuários. Foi realizada entrevista orientada por roteiro semiestruturado de julho a agosto de 2014 e os dados analisados à luz da Análise de Conteúdo representacional temática. A discussão foi alicerçada pelos referenciais teóricos da “Teoria da Democracia Participativa” a partir dos pressupostos do filósofo Jean-Jacques Rousseau sob a ótica de Pateman e os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) com destaque para a diretriz da participação comunitária. **Resultados:** Revelaram-se quatro categorias temáticas: 1) “Percepções dos conselheiros sobre a sua qualificação em saúde”. Evidenciou-se a insuficiência da educação permanente para conselheiros por parte dos gestores e dos próprios representantes de cada categoria tanto na área do controle social quanto em inclusão digital, os quais apresentam dificuldades que inviabilizam sua inserção nas novas tecnologias da informação. 2) “A percepção dos conselheiros sobre o acesso às informações de saúde”. Ainda é incipiente o acesso às informações no campo da saúde por meio digital, tendo como desdobramento a fragilização democrática e participativa do conselho, pois, pode haver algum controle daqueles que detém melhor conhecimento sobre as informações relativas à política de saúde, restringindo assim o debate. 3) “A percepção dos conselheiros sobre inclusão digital”. Os conselheiros reconheceram a importância da inclusão digital na sociedade atual. Porém é necessário que os sítios visitados sejam seguros, confiáveis e que possibilitem a aquisição do conhecimento. 4) “Expectativas dos conselheiros em relação à inclusão digital”. Demonstrou-se uma realidade na qual não há estímulo para a inclusão digital, mostrando obstáculos de natureza pessoal e operacional. Entretanto, apesar das dificuldades os conselheiros desejam desenvolver competências e habilidades para sua inclusão. **Conclusão:** Os conselheiros concebem a inclusão digital como algo importante e de grande utilidade para exercer a sua função, porém existem lacunas no acesso às informações de saúde e uma frágil inserção digital, o que pode comprometer o reconhecimento e a efetividade da participação social.

Palavras-Chave: Tecnologia da Informação; Conselhos de Saúde; Participação Social; Informação; Internet.

ABSTRACT

FERNANDES, VC **access to health information and digital inclusion: the perception of Municipal Health Councils of Botucatu - SP.** Dissertation - Faculty of Medicine of Botucatu (UNESP). Botucatu, 2016.

Introduction: In the information society it is believed that the Internet and digital media enable the community participation and increased the access of basic information to an act more autonomous and critical. This study is part of the context of the digital inclusion of health counselors and strengthening of their practices. **Objective:** To know the perception of municipal health counselors in relation to access to health information and digital inclusion in the municipality of Botucatu, SP. **Method:** This is a qualitative research, based on the method "Case of Study" conducted with sixteen municipal health directors and two representatives of public administration (management), two service providers, five of health workers and seven representatives of users. The interview was conducted semi-structured guided by July-August 2014 and the analysis of data in the light of Analysis Representational thematic content. The discussion was grounded by the theoretical frameworks of the "Theory of Participatory Democracy" from the assumptions of Jean-Jacques Rousseau philosopher from the perspective of Pateman and the principles of the Unified Health System (UHS) with emphasis on the policy of participation Community. **Results:** were revealed four thematic categories: 1) "Counselors perception about their health qualification". The failure was evidenced continuing education for the counselors by managers and the own representatives of each category both in the area of social control as in digital inclusion, which present difficulties that prevent their involvement in the new information technologies 2) "The counselors perception about access to health information". It is still incipient access to information in the field of health by digital media, having as unfolding democratic and participatory weakening of the board, because there may be some control of those who has better knowledge about information relating to health policy, thereby restricting the debate. 3) "The perception of the counselors on digital inclusion." The counselors recognized the importance of digital inclusion in society today. However it is necessary that the visited sites are safe, reliable and that enable the acquisition of knowledge. 4) "Expectations of the counselors in relation to digital inclusion". Proved to be a reality in which there is no stimulus for digital inclusion, showing obstacles of personal and operational. However, despite of the difficulties the counselors want to develop skills and abilities to their inclusion. **Conclusion:** Municipal health counselors value digital inclusion as a key and highly important tool to their practice. However, the Brazilian Health System has gaps in access to information and weak digital inclusion which impacts community engagement recognition and effectiveness.

Keywords: Information Technology; Health Councils; Social participation; Information; Internet.

LISTA DE QUADRO E TABELA

Tabela 1 – Perfil dos sujeitos de acordo com as características sócio demográficas e atuação profissional28

Quadro 1 – Síntese dos artigos sobre participação comunitária identificados em periódicos nacionais indexados na LILACS, SCIELO e BDENF, no período de 1988 a 2014, segundo autores, ano de publicação, título e resultados.62

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AIS – Ações Integradas de Saúde

APS – Atenção Primária à Saúde

BDENF – Banco de Dados de Enfermagem

CCT – Comissão de Ciência, Tecnologia, Inovação, Comunicação e Informática

CLS – Conselhos Locais de Saúde

CMS – Conselho Municipal de Saúde

CNS – Conselho Nacional de Saúde

COAP – Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde

CONUS – Conselhos de Unidades de Saúde

ESF – Estratégia Saúde da Família

FMB – Faculdade de Medicina de Botucatu

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

LILACS – Literatura Latino – Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

LOS – Lei Orgânica da Saúde

MS – Ministério da Saúde

MST – Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra

PID – Programa de Inclusão Digital

PNBL – Programa Nacional de Banda Larga

SCIELO – ScientificElectronic Library Online

SGEP – Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa

SIACS – Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TIC – Tecnologias de Informação e Comunicação

UBS – Unidade Básica de Saúde

UNESP – Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”

USF – Unidade Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 Conselhos de Saúde: cenários nacional e municipal.....	16
2 OBJETIVOS	20
2.1 Objetivo geral.....	20
2.2 Objetivos específicos	20
3 MÉTODO	21
3.1 Tipo de pesquisa.....	21
3.2 Cenário.....	21
3.3 Participantes da pesquisa	23
3.3 Instrumento de coleta e análise dos dados.....	24
3.4 Fundamentação teórica	26
3.5 Aspectos éticos.....	27
4 RESULTADOS	28
4.1 Caracterização dos sujeitos.....	28
4.2 Análise qualitativa	29
4.3 Revisão de literatura.....	30
5 DISCUSSÃO	31
5.1 Percepções dos conselheiros sobre a sua qualificação em saúde	31
5.2 A percepção dos conselheiros sobre o acesso às informações de saúde	34
5.3 A percepção dos conselheiros sobre a inclusão digital	39
5.4 Expectativas dos conselheiros sobre a inclusão digital.....	43

6 CONCLUSÃO.....	48
REFERÊNCIAS	50
APÊNDICES	55
ANEXOS	77

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) conforma o modelo público de ações e serviços de saúde no Brasil. Orientado por um conjunto de princípios e diretrizes válidos para todo o território nacional, parte de uma concepção ampla sobre saúde e o papel do Estado, de modo que, o direito à saúde emerge no bojo das lutas pela justiça social e pelo fortalecimento da cidadania da população brasileira. Incorpora, assim, em sua estrutura institucional e decisória, espaços e instrumentos para democratização e compartilhamento da gestão do sistema de saúde ⁽¹⁾.

O processo de sua institucionalização como política social de saúde teve início a partir das definições legais estabelecidas pela Constituição Federal do Brasil de 1988, sendo consolidado com as Leis Orgânicas da Saúde (LOA), nº 8.080/90 e nº 8.142/90, que foi regulamentada pelo Decreto nº 7.508/11. Estas leis estabelecem as diretrizes e normas relacionadas à organização e seu funcionamento, além de critérios de repasses financeiros para os estados e municípios e de disciplinar o controle social em conformidade com as representações dos critérios estaduais e municipais de saúde ^(2, 3, 4, 5, 6).

Embasado nos princípios da universalidade, integralidade, equidade, e estruturado em ações de resolutividade, humanização, racionalização de recursos, hierarquização, regionalização, descentralização e co-responsabilização de todas as esferas de governo, abre-se finalmente um espaço à participação comunitária. Esta, quando presente nos fóruns decisórios da política de saúde permite aos sujeitos participarem de forma efetiva do processo de formulação e gestão das políticas de saúde, de forma democrática e paritária em relação às outras categorias que tem representação nos conselhos de saúde ^(7, 8).

Assim, a partir do surgimento do SUS, ocorreram mudanças e avanços nas políticas de saúde, dentre elas, a participação popular se efetivando com a inclusão de novos atores sociais no processo decisório, o que repercutiu de maneira positiva para a consolidação da democracia. Cabe ressaltar, que é de suma importância a participação de cidadãos de forma autônoma, crítica e engajada com as questões coletivas e sociais, de modo que viabilizem a transformação da realidade vivida no seu próprio sistema sanitário e no seu contexto de vida ⁽⁸⁾.

Há um consenso na literatura de que, de forma genérica, a participação é “a capacidade que têm os indivíduos de intervir na tomada de decisões em todos aqueles aspectos de sua vida cotidiana que os afetam e envolvem” ^(7 p. 222)

Portanto, entende-se que o conceito de participação tem um percurso dentro das ciências sociais relacionado com as teorias democráticas, sendo Rousseau considerado o teórico da participação por excelência e que alicerçou a Teoria da Democracia Participativa (7,8).

Como diretriz do SUS, a participação da comunidade é garantida pela Lei nº 8.142/90, tendo como instâncias colegiadas os conselhos de saúde. Estes, 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 (4). Sendo assim, os conselhos de saúde são definidos na lei, como:

Órgão colegiado, em caráter permanente e deliberativo, composto por representantes do governo, prestadores de serviço e usuários, [que] 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 de governo (4 p. 1).

Atualmente, os conselhos e conferências de saúde são considerados como principais espaços para o exercício da participação e do controle social sobre a implementação das políticas públicas em todas as esferas governamentais. É importante destacar que o conselheiro deve ter o papel de possibilitar que as informações e o poder de decisão sejam compartilhados com a sociedade, fazendo com que o usuário dos serviços de saúde seja co-responsável pelo processo decisório, através de uma gestão participativa (9). Os conselhos de saúde constituem-se como as principais instâncias de controle social no que tange o delineamento do sistema e dos serviços de saúde (10).

Nesta perspectiva, são considerados os cenários avançados de democracia, pois, determina uma nova relação entre o Estado e a sociedade, de maneira que as decisões sobre as ações devam ser negociadas com os representantes da sociedade, uma vez que eles conhecem a realidade da saúde dos indivíduos, famílias e comunidades (3). Dessa forma, “com a criação dos conselhos, o controle social assume lugar estratégico na definição e execução das políticas de saúde no Brasil” (10, p. 2438).

A participação no conselho deve ser vista como de relevância pública. Os seus membros precisam amparar o coletivo e não o individual ou suas corporações: de governo, gestor, profissionais, prestadores ou usuários (11).

Neste contexto inscrevem-se os conselheiros de saúde, atores que mediam a efetivação do controle social e que precisam para isso estar conscientes da responsabilidade

dos seus papéis no cenário político e social, buscando cada vez mais novas informações e reflexões sobre o que é o SUS e a sua finalidade, o que refletirá, assim, em ações mais eficientes para a obtenção de resultados positivos frente aos interesses sociais e a justiça.

No campo da saúde, avançou-se muito 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 ⁽¹²⁾.

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 ⁽¹³⁾.

Tendo em vista a Resolução nº 453, de 10 de maio de 2012, que traz as diretrizes para a instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos conselhos de saúde, destaca-se a quinta diretriz a qual apresenta as suas competências, destacando como papel do conselheiro a atuação em consonância com as TIC:

XXII - acompanhar o processo de desenvolvimento e incorporação científica e tecnológica, observados os padrões éticos compatíveis com o desenvolvimento sociocultural do País;

XXIII - estabelecer ações de informação, educação e comunicação em saúde, divulgar as funções e competências do Conselho de Saúde, seus trabalhos e decisões nos meios de comunicação, incluindo informações sobre as agendas, datas e local das reuniões e dos eventos [...] ^(14 p.5).

Deste modo, na perspectiva de fortalecer o exercício do controle social na política de saúde, faz-se necessário, por parte dos sujeitos políticos envolvidos no processo, conhecerem efetivamente o SUS e sua legislação, seus paradigmas epidemiológicos, assistenciais, financeiros, políticos, culturais e sociais, visando o acompanhamento e avaliação do sistema de informações em saúde nos níveis municipal, estadual e federal. O acesso a estes conhecimentos se dará, na maioria das vezes, por meio de ambientes virtuais ⁽¹⁵⁾. É preciso, pois, um processo de inclusão digital efetivo desses sujeitos para ampliar seu 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” ⁽¹⁶⁾. Pressupõe, dessa

forma, transcender a perspectiva de viabilizar acesso a computadores em rede, mas, sobretudo, tornar os sujeitos aptos a operá-los com autonomia ^(16, p. 213-214).

Destaca-se que no ano de 2007 foi criado pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) em parceria com a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde (SGEP/MS), o Programa de Inclusão Digital (PID). Este programa tem como finalidade contribuir com os conselhos de saúde no que tange a informática e a internet, como ferramentas para busca de informações em saúde e para melhorar a comunicação entre conselhos e também com a sociedade ⁽¹⁷⁾.

Para efetivar a aquisição de equipamentos foram disponibilizados computadores, impressoras e televisões para os conselhos de saúde do Brasil. Quanto à formação dos conselheiros, em parceria com o CNS, a SGEP, firmou convênio com o Departamento de Informática do SUS (DATASUS Regionais), para a realização do curso sobre Informática para conselheiros de saúde e com a fundação Osvaldo Cruz – Fiocruz, para a efetuação do curso Informação e Comunicação em Saúde para o Controle Social. No que tange a conectividade houve uma parceria entre as secretarias estaduais e municipais de saúde e ministério das Comunicações para a construção de estratégias conjuntas que assegure o acesso à internet a todos os conselhos de saúde ⁽¹⁸⁾.

O Conselho Estadual de Saúde do Estado de São Paulo desenvolveu no ano de 2014, o Curso de Multiplicadores do PID, sendo o treinamento realizado em Ribeirão Preto e Campinas e permitiu a capacitação dos conselheiros e servidores públicos ligados aos conselhos para ministrar aulas sobre os conceitos básicos de tecnologia e sistemas de saúde online ⁽¹⁹⁾.

Neste sentido, desde o ano de 2007, há esforços para que todos os conselhos de saúde do Brasil tenham infraestrutura em informática, qualificação da conectividade e investimento no processo de formação ⁽²⁰⁾. Nesta perspectiva, destaca-se que existem materiais e ações para que ocorram as mudanças necessárias na gestão e no controle social no Brasil.

Tendo como premissa que o acesso às informações de saúde é de suma relevância para o exercício mais otimizado e efetivo dos conselheiros, bem como, para melhor compreensão de seus papéis, e, tendo em vista que a inclusão digital constitui-se como importante ferramenta para viabilizar o acesso às informações, surge à inquietação com relação ao processo de inclusão digital dos conselheiros e dessa forma, questiona-se: *Os conselheiros municipais de saúde de Botucatu - SP têm acesso às informações digitais em saúde para o exercício do controle social? Como se conforma essa realidade?*

Frente à escassa literatura encontrada acerca do tema, o presente estudo procura oferecer subsídios ao planejamento de ações para melhoria do acesso às informações de saúde e da inclusão digital por parte dos conselheiros, além de estimular os gestores municipais a criarem espaços formais, rodas de conversas e de propor o debate acerca das dificuldades e dos desafios encontrados pelos conselheiros ao exercer o seu papel, onde encontrar informações de saúde e como utilizar o meio digital.

1.1 Conselhos de Saúde: cenários nacional e municipal

No ano de 2013, foram definidas as diretrizes, objetivos, metas e indicadores para 2013-2015 por meio do Ministério da Saúde (MS), com o objetivo do fortalecimento do planejamento integrado e implementação do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP) ⁽²¹⁾.

Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde – acordo de colaboração firmado entre entes federativos com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada, com definição de responsabilidades, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros que serão disponibilizados, forma de controle e fiscalização de sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde ^(5 p.1).

Nesse contexto, foram definidos 67 indicadores a serem utilizados nos instrumentos de planejamento do SUS e no COAP ⁽²¹⁾.

A diretriz nº12 do Caderno de Diretrizes, Metas e Indicadores 2013-2015 refere-se à elaboração de novo modelo de gestão e instrumentos de relação federativa, com centralidade na garantia do acesso, gestão participativa com foco em resultados, participação social e financiamento estável. Sendo assim, o objetivo 12.1 da mesma diretriz, é fortalecer os vínculos do cidadão, conselheiros de saúde, lideranças de movimentos sociais, agentes comunitários de saúde, agentes de combate às endemias, educadores populares com o SUS, tendo como meta ampliar o percentual dos conselhos de saúde cadastrados no Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (SIACS) e como indicador o número 64 que se refere à proporção dos conselhos de saúde cadastrados no SIACS ⁽²¹⁾.

O SIACS é uma ferramenta de comunicação e informação que possibilita um retrato detalhado dos conselhos de saúde de todo o país, em que mostra a composição dos colegiados e o cumprimento de normas legais relacionados ao SUS. Sendo assim, o indicador

número 64 permite mensurar o quantitativo de conselhos cadastrados no sistema além de contribuir para a efetividade do controle social, porém possui a limitação de depender da qualidade e agilidade na alimentação e atualização no SIACS ⁽²¹⁾.

O Conselho Municipal de Botucatu é cadastrado no SIACS e possui as seguintes informações ⁽²²⁾:

- a) Criação: Possui uma lei de criação do conselho;
- b) Comissão: Existe uma comissão no conselho de saúde;
- c) Periodicidade: As reuniões são realizadas mensalmente;
- d) Total de conselheiros titulares: 16 representantes dos usuários, oito trabalhadores de saúde, cinco prestadores de serviço e três gestores;
- e) Total de conselheiros suplentes: 16 representantes dos usuários, oito trabalhadores de saúde, cinco prestadores de serviço e três gestores;
- f) Total de conselheiros titulares e suplentes: 32 representantes dos usuários, 16 trabalhadores de saúde, dez prestadores de serviço e seis gestores;
- g) Temas abordados nas reuniões: planos estaduais ou planos municipais de saúde; relatórios de gestão; convênios; avaliação do atendimento à população; política de comunicação e informação em saúde; aquisição de materiais, equipamentos e medicamentos; campanhas de vacinação; informes da Secretaria de Saúde;

Entretanto, vale destacar que, ao acessar o SIACS, essas informações não retratam a realidade local, visto que esses temas são muito dinâmicos, sofrendo mudanças frequentes.

A implementação do COAP nesse cenário vem ao encontro da melhoria do mapeamento dos conselhos e seus conselheiros podendo oferecer visibilidade às necessidades de qualificação e educação permanente dos mesmos e em destaque, o acesso digital às informações no campo da saúde.

Em Botucatu, o Conselho Municipal de Saúde (CMS) foi constituído pela primeira vez no ano de 1992 e teve origem por meio da Lei Complementar nº 24, de 07 de novembro de 1991, na gestão do Prefeito Municipal Dr. Joel Spadaro ⁽²³⁾.

Dispondo-se no seu artigo 1º:

Fica criado, nos termos da legislação federal, estadual e municipal de saúde, o Conselho Municipal de Saúde – CMS – que funcionará em caráter permanente, como órgão colegiado superior, responsável pelo Sistema Único de Saúde – SUS – no município de Botucatu, com o objetivo de estabelecer,

acompanhar, controlar e avaliar a política municipal de saúde e efetivar a participação da comunidade na gestão do sistema ^(23 p.1).

Segundo o Regimento Interno, o CMS é integrado pelos seguintes membros, conforme dispõe o artigo 3º da Lei Complementar nº 24/91 alterada pela Lei Complementar nº 880, de dois de agosto de 2011:

I- Representantes da Administração Pública (Gestores)

Um da Secretaria Municipal da Saúde

Um da Secretaria do Estado da Saúde

Um coordenador da Atenção Primária

II- Prestadores de Serviço vinculados ao SUS

Um da atenção terciária

Um da atenção secundária hospitalar

Um da atenção secundária ambulatorial

Um da atenção primária complementar à Secretaria Municipal de Saúde

Um da atenção urgência e emergência

III- Trabalhadores da Saúde Vinculados ao SUS

Um da atenção terciária

Um da atenção secundária hospitalar

Um das unidades de atenção primária da Secretaria Municipal de Saúde

Um da atenção primária complementar à Secretaria Municipal de Saúde

Um da Vigilância em Saúde

Um da atenção secundária ambulatorial

Um dos profissionais da saúde em formação

IV- Representantes dos Usuários

Um dos Sindicatos

Seis dos conselhos de unidades de saúde – CONUS

Três Portadores de Necessidades Especiais

Dois das Entidades representativas de moradores de bairros

Quatro das entidades da Sociedade Civil

A Prefeitura de Botucatu, por meio da Secretaria Municipal de Descentralização e Participação Comunitária instituiu em maio de 2011, um espaço chamado Casa dos Conselhos para abrigar e ser utilizado por todos os Conselhos Municipais em atividade a exemplo: Saúde, Cultura, Assistência Social, Segurança, Defesa do Meio Ambiente, Direitos da Criança e do Adolescente, Pessoa com Deficiência, Desenvolvimento Rural, Idoso, Participação e Desenvolvimento da População Negra, Arquitetura, Políticas para Mulheres, Turismo, Esporte, entre outros ⁽²⁴⁾.

A Casa dos Conselhos recebeu o nome de Marli dos Santos Ribeiro, terapeuta ocupacional e pessoa ativa dentro das lutas da Saúde Mental. Ela foi homenageada cumprindo a Lei Municipal nº 5.233, de iniciativa do então vereador José Eduardo Fuser Bittar, 05 de abril de 2011 ⁽²⁵⁾.

O equipamento público também complementou a Lei nº 4.414, de 2003, e de iniciativa do então vereador, Antonio Luiz Caldas Júnior, que instituía o Serviço de Apoio aos Conselhos Municipais e já previa integrá-los, facilitando o acesso dos cidadãos junto a tais instituições representativas da sociedade civil ⁽²⁶⁾.

A estrutura física conta com sala de reuniões e atendimento ao público ⁽²⁴⁾. À época da inauguração havia um “Telecentro”, um espaço de inclusão digital que possuía dez computadores com acesso a internet ⁽²⁴⁾, sendo desfeito ao longo do tempo.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Conhecer a percepção dos conselheiros municipais de saúde em relação ao acesso às informações de saúde e inclusão digital no município de Botucatu, SP.

2.2 Objetivos específicos

- a) Levantar dados sócios demográficos como: sexo, idade, escolaridade, profissão/estado referido, tempo de permanência no conselho e categoria representativa dos conselheiros municipais de saúde do município de Botucatu, SP;
- b) Desvelar a percepção dos conselheiros sobre: sua qualificação em saúde, o acesso às informações de saúde e inclusão digital;
- c) Conhecer as expectativas dos conselheiros sobre a inclusão digital.

3 MÉTODO

3.1 Tipo de pesquisa

Trata-se de estudo de natureza qualitativa, de caráter descritivo-exploratório, alicerçado no método “Estudo de caso”, estratégia de pesquisa caracterizada pela investigação profunda e exaustiva de um ou poucos objetos, possibilitando seu amplo conhecimento, tarefa dificilmente realizável por meio de outros delineamentos ⁽²⁷⁾.

Definido ainda como uma inquirição empírica que estuda um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real, especialmente quando as fronteiras entre o fenômeno e o contexto não são claramente evidenciadas ⁽²⁸⁾.

É uma estratégia de pesquisa com dados existentes, por meio da qual o pesquisador se concentra sobre um caso, possivelmente escolhido por seu caráter típico, a fim de compreendê-lo em profundidade.

3.2 Cenário

Botucatu é um município localizado no centro do Estado de São Paulo, a 235 km da capital paulista, em uma área de 1.486,4 km² e, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) ⁽²⁹⁾, sua população estimada para 2013 foi de 136.269.

Em Botucatu, o Conselho Municipal de Saúde (CMS) foi constituído pela primeira vez no ano de 1992 e teve origem por meio da Lei Complementar nº24, de 07 de novembro de 1991, na gestão do Prefeito Municipal Dr. Joel Spadaro ⁽²⁴⁾.

Dispondo-se no seu artigo 1º:

Fica criado, nos termos da legislação federal, estadual e municipal de saúde, o Conselho Municipal de Saúde – CMS – que funcionará em caráter permanente, como órgão colegiado superior, responsável pelo Sistema Único de Saúde – SUS – no município de Botucatu, com o objetivo de estabelecer, acompanhar, controlar e avaliar a política municipal de saúde e efetivar a participação da comunidade na gestão do sistema ^(24 p.1).

Segundo o Regimento Interno, o CMS é integrado pelos seguintes membros, conforme dispõe o artigo 3º da Lei Complementar nº 24/91 alterada pela Lei Complementar nº 880, de dois de agosto de 2011:

V- Representantes da Administração Pública (Gestores)

Um da Secretaria Municipal da Saúde

Um da Secretaria do Estado da Saúde
Um coordenador da Atenção Primária

VI- Prestadores de Serviço vinculados ao SUS

Um da atenção terciária
Um da atenção secundária hospitalar
Um da atenção secundária ambulatorial
Um da atenção primária complementar à Secretaria Municipal de Saúde
Um da atenção urgência e emergência

VII- Trabalhadores da Saúde Vinculados ao SUS

Um da atenção terciária
Um da atenção secundária hospitalar
Um das unidades de atenção primária da Secretaria Municipal de Saúde
Um da atenção primária complementar à Secretaria Municipal de Saúde
Um da Vigilância em Saúde
Um da atenção secundária ambulatorial
Um dos profissionais da saúde em formação

VIII- Representantes dos Usuários

Um dos Sindicatos
Seis dos conselhos de unidades de saúde – CONUS
Três Portadores de Necessidades Especiais
Dois das Entidades representativas de moradores de bairros
Quatro das entidades da Sociedade Civil

O CMS de Botucatu, SP, órgão que se destina à discussão, aprovação, deliberação e gestão pública das ações e serviços de saúde do município, é composto por 32 membros titulares e 32 membros suplentes (64 membros), distribuídos entre as seguintes categorias: 50% da composição do CMS são de entidades e movimentos representativos de usuários (32); 25% de trabalhadores da área da saúde (16); 25% de representação de governo e prestadores de serviços privados conveniados (16).

A Prefeitura de Botucatu, por meio da Secretaria Municipal de Descentralização e Participação Comunitária instituiu em maio de 2011, um espaço chamado Casa dos Conselhos

para abrigar e ser utilizado por todos os Conselhos Municipais em atividade a exemplo: Saúde, Cultura, Assistência Social, Segurança, Defesa do Meio Ambiente, Direitos da Criança e do Adolescente, Pessoa com Deficiência, Desenvolvimento Rural, Idoso, Participação e Desenvolvimento da População Negra, Arquitetura, Políticas para Mulheres, Turismo, Esporte, entre outros ⁽²⁴⁾.

A Casa dos Conselhos recebeu o nome de Marli dos Santos Ribeiro, terapeuta ocupacional e pessoa ativa dentro das lutas da Saúde Mental. Ela foi homenageada cumprindo a Lei Municipal nº 5.233, de iniciativa do então vereador José Eduardo Fuser Bittar, 05 de abril de 2011 ⁽²⁵⁾.

O equipamento público também complementou a Lei nº 4.414, de 2003, e de iniciativa do então vereador, Antonio Luiz Caldas Júnior, que instituía o Serviço de Apoio aos Conselhos Municipais e já previa integrá-los, facilitando o acesso dos cidadãos junto a tais instituições representativas da sociedade civil ⁽²⁶⁾.

A estrutura física conta com sala de reuniões e atendimento ao público ⁽²⁴⁾. À época da inauguração havia um “Telecentro”, um espaço de inclusão digital que possuía dez computadores com acesso a internet ⁽²⁴⁾, sendo desfeito ao longo do tempo.

3.3 Participantes da pesquisa

Antes da inserção no Conselho Municipal de Saúde de Botucatu – SP para iniciar o processo de coleta de dados propriamente dita, foi realizada uma apresentação aos conselheiros a fim de explicar a presença da pesquisadora no local e o estudo a ser realizado.

A composição da amostra se deu por saturação teórica a partir de entrevistas com membros titulares que representam os quatro segmentos organizativos do conselho, a saber: dois gestores, dois prestadores de serviço, cinco trabalhadores de saúde e sete usuários, resultando em uma amostra final de 16 participantes.

Amostra por saturação teórica é entendida como “suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, uma certa redundância ou repetição, não sendo considerado relevante persistir na coleta de dados” ^(30 p. 17).

Os participantes do estudo foram conselheiros municipais de saúde titulares, do município de Botucatu (SP), que concordaram em participar da pesquisa, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – APÊNDICE A. Os membros titulares foram escolhidos por terem maior participação nas reuniões do conselho.

3.3 Instrumento de coleta e análise dos dados

Os dados foram coletados por meio de entrevistas com roteiro semiestruturado (APÊNDICE B) no período de julho a agosto de 2014. As questões abertas foram gravadas digitalmente e posteriormente transcritas mantendo a fidedignidade dos discursos.

O roteiro semiestruturado contemplou questões relacionadas ao acesso às informações de saúde dos conselheiros bem como ao seu processo de inclusão digital e as facilidades e dificuldades a ela relacionadas e foi composto por 18 questões abertas e 10 estruturadas.

Objetivando preservar a identidade dos mesmos, os sujeitos foram identificados pela letra C seguida da numeração correspondente à ordem das entrevistas. Consideram-se entrevistas semiestruturadas a utilização de perguntas abertas e fechadas, onde o informante tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto ⁽³¹⁾.

Os participantes foram contatados por telefone ou presencialmente, após as reuniões do conselho, momento em que foram convidados a participar da pesquisa. Foram realizadas entrevistas conforme agenda previa, sendo a maioria realizada na Casa dos Conselhos.

Para análise qualitativa dos dados optou-se pela análise de conteúdo de Lawrence Bardin (2011) ^(32 p.37), que é conceituada como: “um conjunto de técnicas de análise das comunicações”.

Buscando atingir os significados manifestos e latentes no material qualitativo, têm sido desenvolvidas como técnicas de análise de conteúdo a análise de expressão, a análise de relações, a análise temática e a análise da enunciação ⁽³¹⁾. No entanto, não existe nada pronto para aqueles que pretendem utilizar a análise de conteúdo como método em suas investigações.

O que existe são algumas regras básicas que permitem ao investigador adequá-las ao domínio e objetivos pretendidos, reinventando a cada momento uma maneira de analisar ⁽³¹⁾.

A análise de conteúdo, basicamente, desdobra-se em três fases, a saber, ⁽³²⁾:

1. Pré-análise;
 2. Exploração do material;
 3. Tratamento dos resultados, inferência e interpretação.
- 1- Pré-análise: nesta fase, o pesquisador faz uma leitura flutuante, atividade onde se estabelece o primeiro contato com os documentos a serem analisados, deixando-se

tomar contato exaustivo com o material. Além da leitura flutuante, o investigador faz a escolha dos documentos, ou seja, procede a demarcação do universo de documentos sobre os quais se procederá à análise, portanto constituindo o *corpus*, "conjunto de documentos tidos em conta para serem submetidos aos procedimentos analíticos". Ainda nesta fase, podem-se formular hipóteses e objetivos, não sendo obrigatório o estabelecimento de hipóteses como guia. Já os objetivos poderão ser aqueles que norteiam a investigação ou ser estabelecidos a partir desta fase. Seguindo os procedimentos da pré-análise, o autor recomenda que se determinem, também, as operações de recorte do texto em unidades comparáveis de categorização para análise temática e de modalidade de codificação para o registro dos dados ⁽³²⁾.

- 2- Exploração do material: ocorre logo após a pré-análise e consiste em uma fase longa de operações de codificação, enumeração, classificação e agregação, em função de regras previamente formuladas. Nesta fase o material é codificado, ou seja, submetido a um "processo pelo qual os dados brutos são transformados sistematicamente e agregados em unidades, as quais permitem uma descrição exata das características pertinentes do conteúdo". Para organização da codificação são necessárias três escolhas: - o recorte (escolha das unidades); - a enumeração (escolha das regras de contagem); e - a classificação e a agregação (escolha das categorias). Para realizar o recorte do material, torna-se necessária a leitura do mesmo e a demarcação dos "núcleos de sentido", ou seja, das unidades de significação. Estas unidades podem ser chamadas de unidades de registro que nada mais são do que um segmento de conteúdo a ser considerado como unidade de base, visando à categorização e à contagem frequencial. No caso de uma análise temática, o tema é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado. Logo, fazer uma análise temática consiste em descobrir os temas que são as unidades de registro neste tipo de técnica de análise, que corresponde a uma regra para o recorte. Após o recorte, ao invés de proceder à contagem das unidades de significação, a classificação e agregação em categorias será o significado, permitindo uma próxima fase denominada interpretativa, sem se preocupar em realizar inferências ⁽³²⁾.
- 3- Tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação: os resultados são submetidos a operações estatísticas, permitindo estabelecer quadros, diagramas, figuras e modelos. A partir disso, é possível propor inferências e interpretações a propósito dos objetivos previstos, ou que digam respeito a outras descobertas inesperadas ⁽³²⁾.

Inicialmente foi realizada uma leitura flutuante e exaustiva das questões das entrevistas de forma a haver uma familiarização com o texto e obter uma compreensão sobre o que o sujeito buscava transmitir. Em seguida procedeu-se à seleção temática, que consiste em identificar os núcleos de sentido, ou elementos semanticamente semelhantes, para posterior categorização. Por último, foi realizada categorização dos dados conforme revelaram os enunciados com posterior discussão com a literatura.

3.4 Fundamentação teórica

A discussão foalicerçada pelos referenciais teóricos da “Teoria da Democracia Participativa” a partir dos pressupostos do filósofo Jean-Jacques Rousseau sob a ótica de Pateman (1992) ⁽³³⁾ e dos princípios do SUS com destaque para a diretriz da participação comunitária (1990) ⁽⁴⁾.

A teoria da democracia participativa têm suas origens em Rousseau, que, segundo Pateman (1992) ⁽³³⁾, é considerado “o teórico por excelência da participação” ^(33 p.35) 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” ^(33 p.38), ou seja, quanto mais o sujeito participa, mais apto estará a fazê-lo.

A participação também tem função de oferecer para o indivíduo controle sob seu meio. Além de ser gerador de liberdade, o controle fortalece ainda mais sua participação, capacitando-o para ser senhor de si mesmo ^(33,34).

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 a sua sociedade e constitui o instrumental para transformá-la numa verdadeira comunidade” ^(33 p.42).

As diretrizes organizativas e princípios doutrinários são o arcabouço de sustentação do SUS. Eles se articulam e se complementam na conformação do ideário e da lógica de organização do sistema e estão em sintonia com os preceitos do bem-estar social e da racionalidade organizativa ⁽³⁵⁾.

Os princípios doutrinários são: a universalidade, a integralidade e a equidade. A universalidade assegura o direito à saúde a todos os cidadãos; a integralidade pressupõe

considerar as várias dimensões do processo saúde-doença que afetam os indivíduos e as coletividades; a equidade é a igualdade adjetivada pela justiça ⁽³⁶⁾.

As diretrizes organizativas mais significativas são a descentralização, a regionalização e hierarquização e a participação comunitária. Esta última é assegurada pela Constituição Federal e pelas Leis nº 8.142/90 e nº 8.080/90 que foi regulamentada pelo Decreto nº 7.508/11, em que ocorre mediante a participação dos atores sociais nas conferências e conselhos de saúde, nas três esferas de governo, e através da participação em colegiados de gestão nos serviços de saúde ^(2, 3, 4, 5, 35).

Na literatura nacional são encontradas diferentes designações para se discutir a participação em saúde, sendo: participação comunitária, popular, social, da sociedade civil e controle. Devemos enfatizar o termo “Participação da Comunidade”, como consta na Constituição Federal e na Lei Orgânica da Saúde – LOS (Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90). Este termo possui conteúdo mais amplo do que o simples controle social, o qual é apenas uma das funções da participação ⁽³⁷⁾.

Sendo assim, o cidadão participa na sociedade por meio de três maneiras: pela ação, proposição e controle. A ação refere-se à função de cada ser humano fazer bem feito tudo aquilo que faz. É o princípio da reciprocidade da ação perfeita de cada um. A proposição é outra maneira de participação do cidadão no seu mundo, soma-se à atitude pessoal o caráter propositivo de intervenção na sociedade. O controle social ficou como a essência da participação do cidadão, porém não é uma função única, caracteriza-se por controlar tudo o que for realizado, incluindo-se a questão econômico-financeira ⁽³⁷⁾.

3.5 Aspectos éticos

A pesquisa foi desenvolvida respeitando os aspectos éticos conforme a Plataforma Brasil/Sistema CEP/Conep da Resolução nº466/12 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP sob número 670.677/2014. O estudo foi realizado mediante autorização do presidente do CMS e após consentimento dos participantes. Os conselheiros de saúde, uma vez tendo manifestado concordância em participar da pesquisa, foram esclarecidos sobre os procedimentos da mesma e solicitados a assinar um TCLE (APÊNDICE A).

Os resultados da pesquisa serão validados e apresentados em forma de relatório ao presidente do CMS e ao conselho, em reunião ordinária para ser validado.

4 RESULTADOS

4.1 Caracterização dos sujeitos

Serão apresentadas as características sócias demográficas dos sujeitos da pesquisa, visando descrever a caracterização dos mesmos. Dos 16 entrevistados, a idade variou de 21 a 78 anos, sendo que a idade média foi 49,93 anos e 31,25% do total apresentaram 60 anos ou mais. Segundo ao sexo, 50% foram do sexo masculino e 50% do feminino. Quando à escolaridade, 56,25% possuíam ensino superior completo, 31,25% ensino médio completo e 12,5% ensino fundamental incompleto. A profissão/estado referido que mais se destacou foi aposentado (37,5%). (Tabela 1)

Tabela 1 – Perfil dos sujeitos de acordo com as características sócio demográficas e atuação profissional

Conselheiro	Sexo	Idade	Tempo no conselho (anos)	Escolaridade	Profissão/estado referido
C1	M	64	1	Superior completo	Representante comercial/Aposentado
C2	F	28	2	Superior completo	Enfermeira
C3	M	56	1	Superior completo	Dentista
C4	M	67	3	Médio completo	Modelador/Aposentado
C5	M	65	4	Médio completo	Funcionário público/Aposentado
C6	M	58	3	Fundamental incompleto	Mecânico de manutenção/Aposentado
C7	F	78	3	Superior completo	Aposentada
C8	M	37	1	Superior completo	Mecânico Aeronáutico
C9	M	54	1	Fundamental incompleto	Operador de máquinas pesadas/Aposentado
C10	F	41	1	Médio completo	Agente de Saúde Pública
C11	F	60	1	Médio completo	Auxiliar de Enfermagem
C12	F	50	1	Superior completo	Assistente Social
C13	F	50	1	Superior completo	Dentista
C14	F	37	1	Superior completo	Farmacêutica
C15	F	21	1	Médio completo	Estudante
C16	M	33	4	Superior completo	Médico

Fonte: Elaborada pela pesquisadora (2015)

A média de tempo de participação como conselheiro de saúde foi de 1,81 anos, sendo que 12,5% deles participam há 4 anos, 18,75% há 3 anos, 6,25% há 2 anos e 62,5% há 1 ano.

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. Vale destacar que, dois participantes não souberam informar em qual categoria se enquadram (pertenciam à categoria dos prestadores de serviço) e dois equivocadamente relataram representar o seguimento dos trabalhadores, porém, pertenciam a categoria dos usuários. Dessa forma, após as correções necessárias obtivemos a representação descrita acima.

4.2 Análise qualitativa

A partir da análise dos depoimentos, emergiram quatro categorias temáticas: 1)“Percepções dos conselheiros sobre a sua qualificação em saúde”. Evidenciou-se a insuficiência da educação permanente para conselheirospor parte dos gestores e dos próprios representantes de cada categoria tanto na área do controle social quanto em inclusão digital, os quais apresentam dificuldades que inviabilizam sua inserção nas novas tecnologias da informação. 2)“A percepção dos conselheiros sobre o acesso às informações de saúde”. Ainda é incipiente o acesso às informações no campo da saúde por meio digital, tendo como desdobramento a fragilização democrática e participativa do conselho, pois, pode haver algum controle daqueles que detém melhor conhecimento sobre as informações relativas à política de saúde, restringindo assim o debate. 3)“A percepção dos conselheiros sobre a inclusão digital”. Os conselheiros reconheceram a importância da inclusão digital na sociedade atual.Porém é necessário que os sítios eletrônicos visitados sejam seguros, confiáveis e que possibilitem a aquisição do conhecimento. 4)“Expectativas dos conselheiros em relação à inclusão digital”. Demonstrou-se uma realidade na qual não há estímulo para a inclusão digital, mostrando obstáculos de natureza pessoal e operacional. Entretanto, apesar das dificuldades os conselheiros desejam desenvolver competências e habilidades para sua inclusão.

4.3 Revisão de literatura

A revisão de literatura resultou em um artigo intitulado “A participação comunitária no Sistema Único de Saúde: revisão integrativa da literatura”, que encontra-se submetido segundo as normas da Revista Panamericana de Salud Pública *Printversion* ISSN 1020-4989 (APÊNDICE C).

5 DISCUSSÃO

5.1 Percepções dos conselheiros sobre a sua qualificação em saúde

A partir dos discursos, desvelaram-se as necessidades de melhorar o acesso ao aparato de informações em saúde referidas pelos participantes, sobretudo relacionadas aos temas julgados por eles mais importantes.

No que se refere à realização de qualificações, pode-se verificar que a maioria dos participantes (62,5%) não a recebeu para exercer as suas funções no conselho. Esse alto 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.

Entretanto, os participantes que relataram não receber qualificações, sentem falta de um auxílio formal para, principalmente, sanar dúvidas e melhorar a compreensão sobre os assuntos importantes do conselho, como se depreende das seguintes respostas:

Eu acho que seria interessante sabe. Mesmo por que no conselho tem uma gama de pessoas. Então tem pessoas que são bastante esclarecidas e tem outras que tem um esclarecimento muito limitado. Então acho que seria muito interessante por que iria abranger todo mundo. Eu mesmo tenho algumas dúvidas que eu acredito que são as dúvidas de todo mundo né. Então eu acho que seria bom ter essa capacitação (C3).

[...] Eu gostaria de receber, por que cada vez que a gente tem mais capacitação na atividade que você está exercendo fica muito mais fácil você ajudar o município e a população como conselheiro mesmo (C8).

Deve-se considerar a responsabilidade da execução das qualificações tanto dos gestores quanto do seguimento 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 cada indivíduo pode ter uma vontade particular contrária da vontade do todo, mas torna-se necessário estabelecer alguma forma de acordo no qual seja interessante para o indivíduo cooperar com uma causa comum ⁽³⁴⁾.

A interação entre planejamento e participação não é um processo de fácil conduta. O planejamento em saúde com diferentes visões de cada um dos atores envolvidos dificulta a efetivação de uma saúde pública de qualidade ⁽³⁸⁾.

Ressalta-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 ⁽³⁹⁾.

Segundo Cotta e colaboradores (2011), a educação seria uma boa forma de transformação da realidade dos conselhos, sendo esta entendida como uma ação para o empoderamento destes, por meio de um processo contínuo e participativo ⁽⁴⁰⁾.

A qualificação é uma oportunidade de contribuição para o conselheiro saber se informar e decidir melhor o que está sendo tratado dentro do conselho. Por meio dessa prática, o conselheiro consegue exercer a sua função com entendimento e compreender que as ações propostas estão em consonância com as políticas públicas de saúde ⁽⁴¹⁾.

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

[...] gostaria de saber qual que é o nosso papel né, o papel do conselheiro frente à organização da saúde mesmo né, no município. O que nos cabe, o que nos compete [...] (C12).

[...] desejo aprender mais sobre quais são as atribuições, as funções do conselheiro, de cada conselheiro. O que faz cada um, quais são as necessidades e atribuições que cada um tem [...] (C16).

Segundo os participantes, o tema mais desejado para melhora da atuação é o papel dos conselheiros dentro do município. Entretanto, uma parcela (37,5%) informou ter realizado qualificações em gestões anteriores a do conselho vigente em que foram trabalhados temas relativos ao funcionamento do CMS. É interessante considerar que a maioria que recebeu qualificação específica pertence ao segmento dos usuários, ao passo que nenhum conselheiro do segmento gestor e prestador a recebeu e apenas dois conselheiros do segmento trabalhadores foi qualificado.

Sendo assim, menos da metade dos participantes receberam qualificação formal para atuação de conselheiro, evidenciando um vazio de educação permanente, ou seja, há uma distância do que realmente é com o que deveria ser.

Este fato pode ser explicado devido à 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.

Logo, há que se introduzir uma política de educação permanente e uma participação efetiva para assegurar que os conselheiros estejam em todos os momentos devidamente qualificados, e que ao menos, tenha o conhecimento quanto ao seu papel, para que atue assim dentro do que é preconizado no Regimento Interno do CMS de Botucatu e demais leis e resoluções que se referem ao mesmo.

Rousseau acredita que:

por meio do processo de aprendizagem, o indivíduo, acaba por não sentir quase nenhum conflito entre as exigências das esferas pública e privada. Uma vez estabelecido o sistema participativo, ele se torna autossustentável porque as qualidades exigidas de cada cidadão para que o sistema seja bem sucedido são aquelas que o próprio processo de participação desenvolve e estimula; quanto mais o cidadão participa, mais ele se torna capacitado para fazê-lo ^(33 p.39).

Portanto, para ocorrer uma participação efetiva do conselheiro é preciso um bom processo de qualificação, pois, este é um caminho no qual as informações serão recebidas. Quanto mais informações forem adquiridas melhor será a visibilidade, o empoderamento e o sentimento de pertencer ao grupo, o que refletirá com o tempo no fortalecimento do papel participativo do conselheiro.

Associado a isso, para Rousseau, “o mais importante é a experiência da participação na própria tomada de decisões, e a complexa totalidade de resultados a que parece conduzir tanto para o indivíduo quanto para o sistema político como um todo” ^(33 p.42). Tal experiência permite que o cidadão tenha a percepção de um ser incorporado na comunidade e capaz de mudar a realidade vivida.

Não obstante esse fato, os participantes (81,25%) manifestam o desejo de participar de qualificações no âmbito da inclusão digital:

Eu acho que seria muito interessante. Porque eu já fiz um curso na faculdade e achei muito bom, é muito esclarecedor (C7).

Gostaria sim. Porque sempre é um aprendizado novo. Lógico que eu quero me evoluir mais, porque a internet é infinita né. Tem muita coisa, e assim, se você for dosar, eu sei muito pouco, eu sei o básico. Eu gostaria sim [...] (C11).

Gostaria sim. Porque eu sou bem deficitária. Eu mexo, sei acessar, entro, busco, mas eu tenho ainda bastante dificuldade (C12).

Eu gostaria. Apesar de particularmente achar que tenho habilidade, eu me sinto razoavelmente hábil. [...] a gente sempre teve o computador como uma ferramenta em casa, mas eu acho que todo treinamento que vem, ele vem para agregar um valor novo, ele vem para agregar uma tecnologia nova que a

gente não tinha tido contato. Então, apesar de me sentir hábil eu gostaria sim (C16).

Percebe-se que os participantes não apresentam conhecimento necessário para atuar no meio digital, 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 ⁽⁴²⁾. 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.

O processo de aprendizagem através de meios tecnológicos permite uma flexibilidade e visibilidade no acesso ao conhecimento e à informação, estimula a formação de ambientes virtuais em áreas de interesse comuns e, em geral, cria espaços dinâmicos com o desenvolvimento de debates ⁽⁴³⁾. Sendo assim, hoje em dia é possível articular a educação permanente com os aportes das tecnologias.

Deste modo, as atividades desenvolvidas nas qualificações buscam principalmente conscientizar os conselheiros sobre a sua representatividade, estimular o exercício da cidadania e impulsionar o conselho como local privilegiado de manifestação e de tomada de decisões. Assim, a qualificação de conselheiros de saúde ainda aparece como um desafio e como uma possibilidade de contribuição para a formação desses atores, que se tornam sujeitos ativos na construção de um sistema de saúde universal ⁽⁴⁰⁾.

5.2 A 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 sendo, os depoimentos revelaram que a internet se apresenta como realidade para receber informações de saúde, constituindo-se como um meio útil e prático de socialização de conhecimento, em que o ambiente de maior uso aos computadores é o próprio domicílio:

É passado para mim informações via Secretaria de Saúde, mas também tenho o meu e-mail, e eu recebo muitas informações no meu e-mail. Eu utilizo em casa, no meu próprio escritório (C1).

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

No Brasil, ocorreu a liberação do uso da internet para fins comerciais no ano de 1995. Desde então, vem impactando de forma positiva para a construção de um meio de disseminação de informações. O número de pessoas com acesso a esta ferramenta no Brasil no primeiro trimestre de 2014 chegou a 120,3 milhões. Este número considera pessoas de 2 a 15 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 (domicílios, trabalho, escolas, *lanhouses*, igrejas e outros locais) ⁽⁴⁴⁾.

Há também aquele participante que devido à formação profissional utiliza o meio digital para o trabalho, porém, não vê a internet como um auxílio:

O acesso em si não auxilia de forma alguma no conselho. A minha formação de assistente social já me capacita para trabalhar com grupos, com a liderança, com a questão do direito do cidadão (...). Então, talvez não me chame muita atenção buscar. Os meus acessos, a minha procura, a minha pesquisa é para o meu trabalho no dia a dia, para o conselho em si acabo não procurando nada no meio digital (C12).

Constata-se que para o participante o acesso às informações de saúde por meio digital está relacionado à sua inserção profissional. O fato de ser trabalhador de saúde facilita a sua atuação no conselho não precisando buscar informações na internet.

Sendo assim, 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 não. E não é por falta de computador não, porque tem dois em casa. É tipo assim sabe, a gente vem da roça e não tem paciência [...] É mais uma coisa para me dar dor de cabeça (C9).

A maneira como o conselho está disposto, sendo a maioria dos representantes da categoria dos usuários, com profissões, rendas e histórias de vida distintas, pode explicar este fato.

Apesar da importância desse tema, não se sabe ao certo até que ponto os conselhos se apropriaram da ferramenta internet. Porém, todos os indícios inferem que os conselhos não utilizam ainda práticas nas mídias digitais ⁽⁴⁵⁾.

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, na 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 ⁽¹³⁾.

Frente a essa realidade, entende-se que a equidade como um princípio do SUS, não está sendo de fato legitimada, ou seja, não está sendo ofertado mais acesso digital para aqueles conselheiros que mais precisam. É necessária uma iniciativa política dos representantes do conselho em reunir-se para organizar esta situação.

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

A exclusão digital está estreitamente ligada à exclusão social, onde a não familiaridade com o computador se une com poucos locais públicos de acesso à internet e a distante universalização das telecomunicações ⁽⁴⁵⁾.

Diante deste 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 ⁽⁴⁶⁾.

A Constituição Federal de 1988 garante aos indivíduos o acesso às informações de interesse coletivo ou geral e de interesse particular, desde que não implique em riscos à sociedade e ao Estado. A Lei nº 12.527/11 conhecida como Lei de Acesso à Informação foi criada para regulamentar esse direito ⁽⁴⁷⁾.

Assim, de acordo com a lei, o conceito de informação é “[...] dados processados ou não, que podem ser utilizados para produção e transmissão de conhecimento, contidos em qualquer meio, suporte ou formato” ^(47 p. 1). Diante disso, é possível solicitar quaisquer informações que sejam consideradas úteis para a produção do conhecimento desde que não forem consideradas sigilosas ou não contenham dados pessoais ⁽⁴⁷⁾.

Rousseau afirma que são necessários alguns condicionantes para que um sistema seja participativo, sendo eles a igualdade e independência econômica. Se houvessem tais condições, os cidadãos seriam capazes de unirem-se como indivíduos iguais, independentes,

mas também interdependentes, algo necessário para se preservar a igualdade e a independência ⁽³³⁾.

Entende-se por igualdade,o aceitar o 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 ⁽⁴⁸⁾.

Analisando esta realidade por meio deste conceito de igualdade é possível perceber que essa diferença de acesso às informações pode gerar relações dissimétricas de discussão dentro do conselho, permitindo aos conselheiros com acesso as mídias eletrônicas e a internet um potencial argumentativo diferenciado em comparação com os representantes que não a possuem. Em consequência, a configuração democrática do conselho fica fragilizada, pois, pode haver certo grau de controle daqueles que detém 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, de ficar mais informado (C.4).

Eu acho que a internet, pelo menos pelo que se comentam por ai é muito boa, porque atrai muitos conhecimentos. Eu acho que seria interessante ter o acesso. Interessante para aqueles que podem ter. E eu no momento eu falo para você... a gente vê que a internet não é de graça, você paga, você precisa ter um controle. Então, eu acho que eu ainda não me aventurei porque eu acho que é um gasto para mim. Que a internet seria útil até certo ponto e desnecessário em outro. É um gasto que não contabilizo dentro do meu orçamento e eu ainda não me enxerguei dentro disso (C.7).

Observa-se atualmente um crescimento da divulgação de informações e dados envolvendo doenças, pesquisas, diagnósticos, entre outros, pelos meios de comunicação, o que já caracteriza um avanço na disseminação de informação em saúde ⁽⁴⁹⁾.

Ademais, o CMS de Botucatu não possui acesso à internet ou essa não é utilizada por alguns conselheiros. A maior dificuldade é tornar a informação acessível, de forma a permitir que qualquer pessoa possa se aprimorar de forma ágil e clara. Deve-se então, solicitar ao poder municipal um local com internet para o uso do conselheiro quando necessário, além de solicitar aos gestores um material educativo para o uso correto da internet e do meio digital

e estimular o usuário a realizar as buscas no local adequado em que as informações sejam confiáveis, visto que a Casa dos Conselhos não dispõe desses equipamentos.

Sabe-se que o financiamento para cobrir os custos para o funcionamento do conselho vem do orçamento do Poder Executivo (prefeitura, governo estadual ou federal), por meio das Secretarias de Saúde. Desta forma, o recurso destinado ao conselho de saúde deve ser gerenciado pelo próprio conselho. 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 de deslocamento de conselheiros e matérias de divulgação, custear ações de educação no conselho na comunidade e a realização de conferências de saúde ⁽⁵⁰⁾.

As reuniões com os conselheiros e as participações nas conferências surgiram como outro caminho de acesso às informações de saúde:

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 do que se passa em cada lugar, em cada município, em cada estado, no país como um todo. Então, você acaba tendo uma visão muito mais apurada da verdadeira realidade da saúde no Brasil (C1).

Eu recebo informações de saúde através do meu e-mail, sites da saúde, mas também aqui, na prática com os conselheiros e com o presidente do conselho (C5).

Na perspectiva de Kleba (2010) ⁽⁵¹⁾ o CMS constitui-se como lócus privilegiado de construção da cultura cívica e de mudança da sociedade, fato que se alinha à Rousseau, quando trata do pacto social em que diz:

os homens não podem engendrar novas forças, mas somente unir e dirigir aquelas que existem, não tem nenhum outro modo, para se conservarem, que o de formar agregação um conjunto de forças que possa sobrepujar a resistência, de acioná-las para um único objetivo e fazê-las operar em concerto ^(52 p.26).

Assim, evidencia-se que a participação no conselho é algo que gera conhecimento, vai além do sistema eleitoral, penetrando em todos os aspectos dos indivíduos, seu trabalho e estilo de vida ⁽⁵³⁾.

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 ⁽⁵³⁾. Então, “quanto mais o cidadão participa, mais ele se torna capacitado a fazê-lo” ^(33 p.39).

A vivência de conselheiro permite uma 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.

A participação favorece ao indivíduo controle sob seu meio, o que gera sensação de liberdade e fortalece ainda mais sua participação, capacitando-o para ser senhor de si mesmo ⁽³³⁾. “O sistema ideal de Rousseau é concebido para desenvolver uma ação responsável, individual, social e político como resultado do processo participativo” ^(33 p.38).

Finalizando, constata-se que os participantes possuem diversas formas de acesso às informações a saúde, porém cada uma delas representa a realidade singular de vida do conselheiro.

5.3 A percepção dos conselheiros sobre a inclusão digital

Os participantes em sua totalidade (100%) entendem a inclusão digital como algo importante para exercer a sua função. Porém, para a garantia de debates democráticos na área da saúde não basta assegurar que os atores tenham consciência da importância da inclusão digital e acesso às informações. É preciso, sobretudo, possibilitar uma visão crítica e reflexiva sobre o assunto, observar a sua pertinência e relevância em relação à saúde.

Os fragmentos a seguir demonstram a aceitação dos participantes com relação à inclusão digital:

Eu considero muito importante à internet. Principalmente pela rapidez, pelo volume de dados e informações que a gente pode estar obtendo. Porque hoje em dia qualquer pessoa que tem acesso à internet tem uma enciclopédia na mão (C3).

Eu acho muito importante porque hoje nós estamos partindo para um caminho em que todos são convidados 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 internet é um meio muito importante porque ela difunde as informações. E a partir do momento que você está bem informado você pode produzir mais, auxiliar com a necessidade social, a necessidade de cada cidadão, além de transmitir o conhecimento adquirido para a população (C6).

Eu acho muito importante. Eu acho muito importante sim. No meu modo de ver a internet hoje é uma das melhores ferramentas que apareceu no mundo. Isso se ela for bem usada. Porque hoje tem tanta coisa errada difundida, mas ela bem usada é uma maravilha (C9).

Eu acho bastante importante. Principalmente para atualização do conhecimento e para ficar por dentro do que está acontecendo. Eu só acho que os conselheiros deviam ter uma lista dos e-mails de todos para termos mais contato por que a gente se vê na reunião, mas depois a gente não se vê mais, então, por exemplo, discutir uma coisa, aquilo que não me agradou, então eu poderia estar tendo um contato com os demais conselheiros e estar vendo uma resolução, a opinião de todos (C11).

[...] Então, o que eu acho que uma das coisas que faltam é informação, do que é o controle, qual é o papel, o que eu represento quem eu represento, por que eu estou aqui, e a internet é um veículo que pode ajudar muito nessa realidade (C12).

Eu acho que é importante sim à internet. O meio digital fornece tanta informação, tudo que eu preciso está lá, é só acessar (C13).

A facilidade de inserção de diversas fontes de informação, sobre vários temas, fez da internet uma ferramenta de grandes buscas na área da saúde. Porém, devem-se entender melhor os padrões de buscas 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 o tipo de informação, existe a dificuldade de localizar fontes seguras ⁽⁴⁹⁾.

O controle social para ser efetivo de fato, depende fortemente das informações em saúde, pois, sem uma inclusão digital efetiva, as decisões podem ser prejudicadas. Deve-se fazer uma busca ativa para encontrar fontes confiáveis, relevantes e compreensivas.

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

Desse modo, a inclusão digital pode ser entendida como um recurso que leva os indivíduos a saberem utilizar as TIC e obterem o acesso a esses meios. Esse processo deve estimular a capacidade das pessoas utilizarem os recursos tecnológicos de forma benéfica e eficaz, priorizando a educação para o uso adequado das TIC ⁽⁵⁴⁾.

Competências e habilidades devem ser desenvolvidas para transformar informação em conhecimento e assim tomarmos o gosto pelo aprendizado ⁽⁴⁶⁾.

Isto porque a internet promoveu a criação de novos espaços de conhecimento, interação e comunicação, gerando uma maior possibilidade de aprendizado individual e coletivo ⁽⁴⁶⁾.

Na atualidade, a expressão Informação em Saúde, integra vários outros termos e possui variadas dimensões, podendo ser caracterizada por um constructo multidimensional. Daí tem a possibilidade de observar a Informação em Saúde como subsídio para o setor saúde: em áreas da administração, assistência, controle e avaliação, orçamento e finanças, planejamento, recursos humanos, regulação, saúde suplementar, geoprocessamento em saúde, vigilância (epidemiológica, sanitária, ambiental) e para o empoderamento de pessoas ⁽⁵⁵⁾.

Neste contexto, faz sentido diferenciarmos o conceito de sociedade da informação, conhecimento e aprendizagem.

A sociedade da informação importa-se com as possibilidades de interação que a cultura digital proporciona e não com a tecnologia em si. Refere-se com o poder de influência que os meios tecnológicos exercem na sociedade ⁽⁴⁶⁾.

Assim, para que a sociedade da informação possa ser considerada do conhecimento, é fundamental que se estabeleçam critérios para organizar e selecionar as informações, e não ser influenciado pelos constantes fluxos informativos disponíveis. Não basta ter competências tecnológicas, mas, possuir competência para que possa fazer uma leitura crítica das informações que se encontram desorganizadas e difusas na rede ⁽⁴⁶⁾.

Já a sociedade de aprendizagem está ancorada em quatro pilares: aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a viver em comum e aprender a ser. O aprender a conhecer pressupõe o aprender a aprender, por meio da atenção, memória e pensamento crítico, requisitos necessários para que o indivíduo se posicione frente as inúmeras informações difundidas pelos meios digitais. O aprender a fazer tem como base o desenvolvimento de habilidades, tendo como finalidade tornar o indivíduo competente a enfrentar diferentes realidades. Aprender a viver juntos é a capacidade de estabelecer vínculos sociais por meio da compreensão no outro. E por fim, o aprender a ser, é a criação de estratégias de ensino que proporcionem aos indivíduos independência, discernimento e responsabilidade social ^(56, 46).

Desta forma, estratégias formais de inclusão digital têm o potencial de promover maior autonomia no uso das tecnologias de informações, desenvolvendo maior competência de utilizarem-nas em prol do crescimento pessoal e interesse coletivo.

Nesse olhar, entende-se que a inclusão digital também está incluída 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 ⁽⁵⁷⁾.

Para Rousseau, 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 moralmente e politicamente o indivíduo ⁽⁵²⁾. O autor definiu liberdade como “à obediência à lei que alguém prescreve a si mesmo” ^(33 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 ⁽³³⁾.

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.

Nos discursos abaixo, 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 veículo muito bom. 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 você acaba se informando e aprendendo. É muito rico (C1).

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

A visibilidade 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 a existência de canais de participação desobstruídos e fluxo constante de informações onde população e conselheiro se comuniquem com clareza e seja disseminado para a comunidade.

Sendo assim, devemos estimular a divulgação do trabalho do conselho através dos meios de comunicação como rádio, televisão, jornais impressos locais e internet, alinhada a Resolução nº 333/2003 ⁽⁵⁸⁾ onde refere que é competência dos conselhos divulgar em todos os

meios de comunicação as decisões e os trabalhos realizados, incluindo a socialização de informações como datas e local das reuniões e composição das agendas.

A inclusão digital tem o potencial de viabilizar a construção de canais de participação mais efetivos, seja por possibilitar qualificação dos conselheiros e aprimoramento de seu desempenho, seja pela democratização do acesso às informações para a comunidade e para as entidades que representam.

Aqueles participantes que possuem acesso à internet, quando indagados sobre as facilidades da inclusão digital, referiram (50%) a rapidez como o principal benefício.

Eu acho que o principal trunfo da internet é a sua rapidez. Você não precisa esperar sair um livro, participar de algum congresso ou participar de alguma capacitação. As informações estão no computador e chegam com uma maior rapidez [...] (C12).

Eu acho muito bom à agilidade que a internet possui. Eu consigo encontrar informações rapidamente tanto para o meu trabalho quanto para tirar dúvidas. Isso facilita muito (C14).

A internet poupa o meu tempo. O acesso é muito rápido e isso é muito bom. (C15).

Esses achados demonstram a magnitude que a internet vem ganhando como um local de busca e pesquisas.

Investir na inclusão digital de conselheiros de saúde pode significar um caminho para fortalecer a participação social ao propiciar empoderamento dos conselhos em relação ao seu próprio papel, pela reconstrução de si mesmo que o acesso ao conhecimento possibilita aos sujeitos e por dar mais visibilidade na comunidade aos trabalhos por eles desenvolvidos, aumentando a sua legitimidade perante a sociedade.

5.4 Expectativas dos conselheiros sobre a inclusão digital

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

O obstáculo maior que eu vejo com a inclusão digital é a falta de interligação das comunicações. Isto é, uma pessoa tem acesso a algo ou alguma informação e o outro não têm essa informação disponível, interligada (C5).

Acho que a maior dificuldade é o fato que hoje, no Brasil, ainda não são todos que possuem acesso à internet, muitas pessoas não tem o acesso. Além

dessa dificuldade, 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 fazer alguma coisa mais difícil, mexer em alguma página que nunca entrei, manusear mesmo, aí eu procuro ajuda (C13).

Percebe-se que, o fato de alguns conselheiros possuírem acesso à informação de saúde e outros não, 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 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 ⁽¹³⁾.

Segundo o Comitê Gestor da Internet no Brasil, 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 a falta de necessidade e interesse por esse tipo de serviço ⁽⁵⁹⁾.

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 ⁽⁵⁹⁾.

Uma iniciativa do governo federal para a expansão da infraestrutura e dos serviços de telecomunicações necessários à difusão do acesso à internet é o Programa Nacional de Banda Larga (PNBL), criado pelo Decreto nº 7.175, de 12 de maio de 2010. Seu objetivo é fomentar e difundir o uso e o fornecimento de bens e serviços de tecnologias de informação e comunicação, de modo a massificar o acesso à internet em alta velocidade a baixo custo, principalmente nas regiões mais carentes da tecnologia ⁽⁶⁰⁾.

No âmbito da Comissão de Ciência, Tecnologia, Inovação, Comunicação e Informática (CCT), no exercício de 2014, foi avaliado o PNBL, não logrando a meta de conexão estabelecida para 2014. A expectativa era finalizar com 35 milhões de domicílios com acesso à internet fixa, porém, em agosto do mesmo ano, os acessos à banda larga fixa chegavam a 23,5 milhões de locais, incluindo instalações em estabelecimentos comerciais. Ou seja, existe um abismo de mais de 10 milhões de acessos entre a meta e a realidade ⁽⁶¹⁾, não atingindo o objetivo principal de chegar aos mais carentes.

Assim sendo, não desfrutar do uso da tecnologia e do acesso à internet tornou-se uma divisão na sociedade. Nesse sentido, a inclusão digital tem a função de difundir o conhecimento possibilitando conectar os incluídos à informação ⁽⁶²⁾.

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 para a 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, as ações de inclusão digital, devem ser integradas às outras ações das demais políticas para promover um resultado social. Espera-se que essas atitudes sejam contextualizadas às necessidades dos grupos sociais, de modo que tenham uma conexão entre a utilização da tecnologia e o modo de vida de seus integrantes ⁽⁶²⁾.

Além de dificuldades operacionais (falta de provedor, acesso a banda larga, manuseio inadequado), existem também as dificuldades pessoais, como no caso de participantes idosos que apresentam um obstáculo ao transitar no meio digital. Estes 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 não tenho mais paciência de ficar ali tentando sozinho usar o computador, eu não fui preparado para isso. O meu jeito, a minha criação, a minha idade é outra (C4).

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).

Os discursos acima são corroborados por um estudo onde refere que as características cognitivas do idoso têm implicações no processo de aprendizagem sobre novas tecnologias ⁽⁶³⁾.

As principais mudanças cognitivas em idosos são a diminuição na capacidade de memória, perda da velocidade de processamento da informação e o decréscimo na habilidade de distinguir a informação relevante da não relevante ⁽⁶⁴⁾.

Com relação aos demais participantes que relataram possuir acesso, mas que necessitam de ajuda para lidar com a tecnologia (36,37%) evidenciou-se que a orientação é recebida por familiares ou pela secretária do conselho:

Eu preciso buscar ajuda para acessar sim. Às vezes eu busco com a secretária do conselho ou com os meus filhos. Então se tenho alguma dúvida, algum enrosco, eles estão lá e me dão a orientação necessária (C1).

Eu sempre preciso de ajuda. E aí eu peço aos meus filhos para me acudir (C12).

Eu sou um pouco ruim para acessar a internet. Se tem alguma coisa mais difícil para fazer, por exemplo, algum programa diferente, o meu filho me ajuda. (C13).

Para aqueles que não têm grande afinidade com a internet, faz-se necessário pedir ajuda a alguém em quem confia, pois, a tecnologia computacional tem mudado a realização de quase todas as atividades cotidianas. Isso implica em alterações a todos os segmentos da sociedade, afetando a nossa maneira de atuar e pensar ⁽⁶⁵⁾.

Nesse sentido, a inclusão digital só é realizada quando o próprio conselheiro aprender, a partir da sua realidade, o significado do meio digital e das informações presentes, em um diálogo constante como ser indivíduo, cidadão e conselheiro de saúde ⁽¹³⁾.

Associado a isso, vale destacar as contribuições de Rousseau para o processo de aprendizagem, onde refere que as diferentes etapas na educação do homem devem seguir para que os indivíduos se tornem cada vez mais livres, soberanos, autênticos e autônomos. Portanto, um homem livre é um homem que tem autonomia em suas decisões, e não necessita de outras pessoas para realizar as coisas no seu lugar, pois, a felicidade está no uso de sua liberdade, será feliz aquele que consegue ter o poder de fazer o que necessita ⁽⁶⁶⁾.

No que se refere ao apoio necessário para o acesso a internet, a maioria (63,63%) dos participantes que possuem o acesso digital, relatam que sentem capazes de conectar-se:

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

Atualmente não tenho dificuldade não, porque eu trabalhei na UNESP muito tempo então eu tive que aprender lá, fiz o curso lá. Agora já estou mais familiarizado com o computador, mas dúvidas sempre existem né, porque com o computador a gente tem que estar sempre se atualizando né (C5).

Às vezes a gente tem certa dificuldade para encontrar algo no site, às vezes tem algo lá no cantinho que você tem que encontrar, mas no geral eu não necessito de ajuda para acessar não (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. Sendo assim, 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 de toda a sociedade e cabem as universidades, pesquisadores, gestores e outros oferecerem apoio para que ocorra a consolidação das políticas públicas.

6 CONCLUSÃO

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

Evidenciou-se ainda, que os conselheiros não possuem qualificações para exercerem a função, além de disporem de pouco acesso às informações de saúde pelo meio digital, gerando uma desigualdade no uso da informação entre os segmentos representados, a qual, por sua vez, pode gerar 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 grande utilidade para exercer a sua função, porém alguns ainda 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 sua condição socioeconômica.

Constatou-se a necessidade dos gestores municipais juntamente com os representantes de cada categoria criar ambientes propícios para difusão do conhecimento. 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.

Sendo assim, é fundamental uma sensibilização dos conselheiros sobre a importância da inclusão digital, tendo em vista que os portais da transparência são eletrônicos, os Planos Municipais de Saúde e os Relatórios de Gestão têm sistemas próprios que precisam ser acessados, além do acompanhamento da implantação do Programa Telessaúde nos municípios.

Acredita-se que a contribuição deste estudo consistiu, principalmente, 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 intervenções e novos estudos que propiciem melhorias para a prática dos conselheiros e para o fortalecimento da participação popular no Brasil.

Como fatores limitantes, apresenta-se a locoregionalização 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 em seu controle social.

REFERÊNCIAS

- 1 Giovanella L, et al. Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.
- 2 Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado; 1988.
- 3 Brasil. Lei n. 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, 20 set 1990.
- 4 Brasil. Lei n. 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, 28 dez 1990.
- 5 Brasil. Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei n.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, 28 jun 2011.
- 6 Rolim LB, Cruz RSBL, Sampaio KJAJ. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. Saúde em debate. 2013; 37 (96): 139-147.
- 7 Santos CCS, Bastos RL. Participação social: a construção da democracia na saúde brasileira. RBPS. 2011; 24(3): 266-273.
- 8 Martins PC et al. Conselhos de Saúde e a Participação Social no Brasil: Matizes da Utopia. Physis Revista de Saúde Coletiva. 2008; 18(1): 105-121.
- 9 Rocha EM et al. O papel do conselheiro municipal de saúde na fiscalização do orçamento público. Saúde em debate. 2013; 37(96): 104-111.
- 10 Cotta RMM, Cazal MM, Martins PC. Conselho Municipal de Saúde: (re)pensando a lacuna entre o formato institucional e o espaço de participação social. Ciência e saúde coletiva. 2010; 15(5): 2437-2445.
- 11 Brasil. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Participação social no SUS: o olhar da gestão municipal. Coleção SUS (Brasil). S.d.s.l; s.n; 1-28.
- 12 Costa R. Inteligência coletiva: comunicação, capitalismo cognitivo e micropolítica. Revista FAMECOS. 2008; 37: 61-68.
- 13 Moraes IHSD, Veiga L, Vasconcellos MM, Santos SRFRD. Inclusão digital e conselheiros de saúde: uma política para a redução da desigualdade social no Brasil. Ciência e Saúde Coletiva. 2009; 14(3): 879-888.

- 14 Brasil. Resolução n. 453, de 10 de maio de 2012. Diário Oficial da União, 10 maio. 2012.
- 15 Cotta RMM, Cazal MDM, Rodrigues JFDC. Participação, Controle Social e Exercício da Cidadania: a (des) informação como obstáculo à atuação dos conselheiros de saúde. *Physis Revista de Saúde Coletiva*. 2009; 19(2): 419-438.
- 16 Passerino LM, Montardo SP. Inclusão social via acessibilidade digital: Proposta de inclusão digital para Pessoas com Necessidades Especiais. *Revista da Associação Nacional dos Programas de Pós-Graduação em Comunicação*. 2007; 1
- 17 Conselho Nacional de Saúde – CNS [homepage na internet]. [acesso em 2014]. Disponível em: www.conselho.saude.gov.br
- 18 Freitas ZDG, Souto, KMB, Bonetti, OP. O Programa de Inclusão Digital (PID): Fortalecimento dos Conselhos de Saúde do Brasil. V Congresso CONSAD de Gestão Pública. 2012; Painel 24/088: Gestão participativa, controle social e promoção da equidade na saúde.
- 19 Conselho Estadual de Saúde do Estado de São Paulo – CES-SP [homepage na internet]. [acesso em 2015]. Disponível em: www.saude.sp.gov.br
- 20 Carvalho ALBD, Sousa AAD, Santana MNGD, Freitas, ZDGB, Oliveira, IDRS. Programa de Inclusão Digital – PID: o uso da informação como estratégia para o fortalecimento do controle social. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*. 2009; 3(3): 31-43.
- 21 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013-2015. 2. ed. Brasília: 2014.
- 22 Conselho Nacional de Saúde – CNS [homepage na internet]. [acesso em 2015]. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/web_siacs/index.html
- 23 São Paulo – Botucatu. Lei Complementar n. 024, de 07 de novembro de 1991. Cria o Conselho Municipal de Saúde e define as suas atribuições. Prefeitura Municipal de Botucatu, 07 nov 1991.
- 24 Prefeitura Municipal de Botucatu [homepage na internet]. [acesso em 2015]. Disponível em: www.botucatu.sp.gov.br
- 25 São Paulo – Botucatu. Lei n. 5.233, de 05 de abril de 2011. Dispõe sobre denominação de serviço de saúde. Prefeitura Municipal de Botucatu, 05 abr 2011.
- 26 São Paulo – Botucatu. Lei n. 4.414, de 28 de agosto de 2003. Autoriza o poder executivo a instituir o serviço de apoio aos Conselhos Municipais de Botucatu e dá outras providências. Prefeitura Municipal de Botucatu, 28 ago 2003.
- 27 Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 4. ed. Porto Alegre: Bookman; 2005.
- 28 Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas; 2002.

-
- 29 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística –IBGE [homepage na internet]. [acesso em 2015]. Disponível em: www.ibge.gov.br
- 30 Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Caderno de Saúde Pública*. 2008; 24(1): 17-27.
- 31 Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 3. ed. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO; 1995.
- 32 Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edição 70; 2011.
- 33 Pateman C. *Participação e teoria democrática*. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1992.
- 34 Rousseau J-J. *Discurso sobre a economia política e do contrato social*. Petrópolis: Vozes; 1995.
- 35 Campos, GWS et al. *Tratado de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012.
- 36 Carvalho, GA. Saúde Pública no Brasil. *Estudos Avançados*. 2013; 27 (78): 5-26.
- 37 Carvalho, GCM. *Participação da Comunidade na saúde*. Passo Fundo: IFIBE; CEAP, 2007 (p. 21-57).
- 38 Trevisan LN; Junqueira LAP. Construindo o “pacto de gestão” no SUS: da descentralização tutelada à gestão em rede. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2007; 12 (4): 893-902.
- 39 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS 1996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília, 21 ago 2007.
- 40 Cotta RMM, Martins PC, Batista RS, Franceschini SCC, Priore SE, Mendes FF. O controle social em cena: refletindo sobre a participação popular no contexto dos conselhos de saúde. *Physis*. 2011; 21(3): 1121-1138.
- 41 Souza TO, Silva JM, Nóbrega SS, Constâncio JF. Controle Social: um desafio para o Conselho de Saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2012; 65(2): 215-221.
- 42 Silva H, Jambeiro O, Lima J, Brandão MA. Inclusão digital e educação para a competência informacional: uma questão de ética e cidadania. *Ci. Inf*. 2005; 34(1): 28-36.
- 43 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- 44 Nielsen IBOPE [homepage na internet]. [acesso em 2015]. Disponível em: www.nielsen.com

- 45 Silva AB. Multimídia e conectividade entre os Conselhos de Saúde: a Plenária Virtual Permanente [dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Mestrado Profissional em Gestão da Informação e Comunicação em saúde; 2005.
- 46 Coutinho C. Sociedade da informação, do conhecimento e da aprendizagem: desafios para educação no século XXI. *Revista de Educação*. 2011; XVIII(1): 5-22.
- 47 Brasil. Lei n.12.527, de 18 de novembro de 2011. Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal; altera a Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei nº 11.111, de 5 de maio de 2005, e dispositivos da Lei nº 8.159, de 8 de janeiro de 1991; e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 18 nov 2011.
- 48 Júnior JBF, Sobreira AS. Liberdade e Igualdade: a herança de Rousseau nos princípios de justiça de John Rawls. *Revista Húmus*. 2012; (6): 168-176.
- 49 Moretti FA, Oliveira VED, Silva EMKD. Acesso a informações de saúde na internet: uma questão de saúde pública? *RevAssocMed Bras*. 2012; 58(6): 650-658.
- 50 Brasil. Tribunal de Contas da União. Orientações para conselheiros de saúde. Brasília: Tribunal de Contas da União, 4ª Secretaria de Controle Externo, 2010.
- 51 Kleba ME, Matielo A, Comerlatto D, Renk E, Colliselli L. O papel dos conselhos gestores de políticas públicas: um debate a partir das práticas em Conselhos Municipais de Chapecó (SC). *Ciê. Saúde coletiva* [online]. 2010; 15(3): 793-802.
- 52 Rousseau, JJ. *Do contrato social e Discurso sobre a economia política*. 7. ed. Curitiba: Hemus, 1981.
- 53 Guisso, FH. Democracia e Educação: Conselhos Municipais como espaços de aprendizagem. *Revista Debates*. 2012; 6(2): 129-150.
- 54 Soares CS; Alves TS. Sociedade da informação no Brasil: inclusão digital e a importância do profissional de TI [Trabalho de Conclusão de Curso]. Rio de Janeiro: Centro Universitário Carioca; 2008.
- 55 Moreno AB; Coeli CM; MunkS . Informação em Saúde [homepage na internet]. [acesso em 2015]. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/infSau.html>
- 56 Delors J, et al. Educação: Um tesouro a descobrir. Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o Século XXI. UNESCO. 2010.
- 57 Gohn MG. Conselhos Gestores e participação sociopolítica. 4. ed. São Paulo: Cortez; 2011.
- 58 Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 333, de 4 de novembro de 2003. Aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. *Diário Oficial da União*, 4 dez 2003.

- 59 Comitê Gestor da Internet no Brasil. Pesquisa sobre o uso das tecnologias da informação e da comunicação no Brasil – TIC Domicílios e Empresas 2013 [homepage na internet]. [acesso em 2015]. Disponível em: www.cgi.br
- 60 Brasil. Decreto n.7.175, de 12 de maio de 2010. Institui o Programa Nacional de Banda Larga – PNBL; dispõe sobre remanejamento de cargos em comissão; altera o Anexo II ao Decreto n. 6.188, de 17 de agosto de 2007; altera e acresce dispositivos ao Decreto n. 6.948, de 25 de agosto de 2009; e dá outras providências. Diário Oficial da União, 12 mai 2010.
- 61 Ministério das Comunicações – MC [homepage na internet]. [acesso em 2015]. Disponível em: www.mc.gov.br
- 62 Célio ERM; Palmeira A; Silva RM. Inclusão digital: um desafio para a sociedade. Inc. Soc. 2012; 5(2): 17-31.
- 63 Vieira MC, Santarosa LM. O uso do computador e da Internet e a participação em cursos de informática por idosos: meios digitais, finalidades sociais. XX Simpósio Brasileiro de Informática na Educação. 2009
- 64 Oliveira FSD. Aprendizagem por idosos na utilização da internet. [Dissertação] Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2006.
- 65 Valente, JA. O computador na sociedade do conhecimento. Campinas: Unicamp/Nied; 1999.
- 66 Coura AS. Princípios fundamentais da educação em Rousseau. Anais do II Colóquio Rousseau. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas – IFCH. 2006.

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU

Pós-Graduação

BOTUCATU, SP - RUBIÃO JÚNIOR - CEP 18618-970 - Telefone (014) 3880-1126/3880-1128

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA CIENTÍFICA

Projeto de Pesquisa: “**ACESSO ÀS INFORMAÇÕES DE SAÚDE E INCLUSÃO DIGITAL: A PERCEPÇÃO DOS CONSELHEIROS MUNICIPAIS DE SAÚDE DE BOTUCATU - SP**”

Objetivo da Pesquisa: Conhecer como se processa o acesso a informações de saúde e a percepção dos conselheiros municipais de saúde do município de Botucatu, SP em relação à inclusão digital.

Convido o Sr(a) para participar da entrevista respondendo algumas perguntas sobre características sócio-demográficas, aspectos relacionados ao acesso às informações de saúde, percepção, dificuldades e expectativas de participar como membro do Conselheiro Municipal de Saúde. A entrevista será áudio-gravada por meio digital e posteriormente, as falas serão transcritas e destruídas.

Esta pesquisa faz parte do Programa de Pós Graduação da UNESP – Área Saúde Coletiva, apresentada pela pesquisadora para obtenção do título de Mestre.

Suas informações serão utilizadas exclusivamente pela pesquisadora que manterá sigilo sobre sua identidade. A pesquisadora estará disponível para responder quaisquer perguntas e você poderá retirar seu consentimento a qualquer momento, certo de que não terá nenhum tipo de prejuízo.

Eu, _____, tendo sido satisfatoriamente informado sobre a pesquisa sobre responsabilidade da orientadora Prof. Dra. Regina Stella Spagnuolo¹, do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP, declaro que concordo em participar da mesma.

Esclarecimentos adicionais poderão ser obtidos com a pesquisadora e/ou orientadora através dos telefones e e-mails listados abaixo. Qualquer dúvida adicional, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa, através dos fones: (14) 3880-1608 ou 3880-1609.

Este termo será feito em duas vias em que, uma ficará com a pesquisadora e a outra com o (a) participante.

Botucatu, ____ de _____ de 201

Assinatura do entrevistado

Violeta Campolina Fernandes
Pesquisadora

Regina Stella Spanuolo¹
Orientadora

Pesquisadora:

Endereço: José Benedito Nogueira, 500, 29, Residencial Le Ville – Botucatu – SP.

Fone: (14) 9971-4675

E-mail: vicampolina@gmail.com

Orientadora:

Endereço: Rua Luis Savini, 167, V1 dos Lavradores – Botucatu-SP.

Fone: (14) 98116-7876

E-mail: rsetlla@fmb.unesp.br

APÊNDICE B – ROTEIRO SEMIESTRUTURADO

ACESSO ÀS INFORMAÇÕES DE SAÚDE E INCLUSÃO DIGITAL: A PERCEPÇÃO DOS CONSELHEIROS MUNICIPAIS DE SAÚDE DE BOTUCATU - SP

Entrevista nº. : _____ Data: _____ Entrevistador: _____
Hora de início: _____ Hora de término: _____

1. Dados sociodemográficos:

- 1.1- Nome: _____
1.2-Sexo: () Feminino () Masculino 1.3-Idade(anos) _____
1.4-Escolaridade: _____
1.5- Profissão/ocupação: _____
1.6- Tempo de atuação no CMS: _____
1.7- Como entrou no CMS? _____
1.8- O senhor (a) sabe informar qual categoria representa? () Sim () Não
Se sim, qual? () usuário () trabalhador de saúde () representante do governo
() prestador de serviço.
Se não, qual o motivo do senhor (a) não conhecer?

2. Processo de trabalho:

- 2.1- Recebeu e/ou recebe capacitação para exercer suas funções no CMS?
() Sim () Não
Se não, o senhor (a) sente falta de receber as capacitações? Sobre que tema o senhor (a)
gostaria de receber auxílio?
Se sim, que instituição realiza as
capacitações? _____
Quais os temas que são trabalhados nas capacitações?

3. Acesso às informações de saúde e inclusão digital:

O Senhor (a) tem acesso à informação digital? Se **sim**, diga pra mim:

- 3.1- Qual o local o senhor utiliza para acessar a internet?
3.2- O senhor necessita de ajuda para acessar a internet?
3.3- Quais são as principais facilidades existentes para o acesso das informações em saúde
no meio digital?
3.4- Quais são os principais obstáculos existentes para o acesso das informações em saúde
no meio digital?
3.5- O acesso digital auxilia sua função de conselheiro? Como?
3.6- O Senhor (a) considera importante esse acesso para o exercício do controle social?
3.7- O Senhor gostaria de receber capacitações/treinamentos sobre o uso de computadores
e da internet?

Se **não**, diga pra mim:

- 3.8- Gostaria de ter acesso? Porque?
3.9- Que local seria mais conveniente?
3.10- O Senhor (a) considera a falta de acesso uma dificuldade? Porque?
3.11- Quais informações de saúde o Senhor (a) gostaria de acessar?
3.12- O Senhor (a) considera importante esse acesso para o exercício do controle social?
3.13- O Senhor gostaria de receber capacitações/treinamentos sobre o uso de computadores
e da internet?

APÊNDICE C- REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

A participação comunitária no Sistema Único de Saúde: revisão integrativa da literatura **Community participation in the Unified Health System: integrative literature review**

Violeta Campolina Fernandes ¹, Regina Stella Spagnuolo ¹

¹ Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista (FMB - UNESP), Botucatu (SP), Brasil. Correspondência: Violeta Campolina Fernandes, vicampolina@gmail.com

RESUMO: Trata-se de revisão integrativa da literatura que objetivou mapear e discutir o conhecimento científico acerca da participação comunitária, a fim de conhecer as dimensões práticas que vêm sendo destacadas na literatura nacional no período de 1988 a 2014. Utilizaram-se os bancos de dados BDENF, LILACS e SCIELO, com os descritores “Participação Comunitária”, “Sistema Único de Saúde” e “Saúde”. Os dados foram coletados de fevereiro a março de 2015, resultando em 30 artigos que foram organizados em duas categorias temáticas, a saber: “A participação comunitária na Atenção Primária à Saúde” e “A participação comunitária como ferramenta de controle social”. O estudo deu visibilidade à produção científica acerca da participação comunitária e pode-se inferir que a mesma apresentou crescente incorporação prática em diferentes campos da saúde, com destaque às Unidades de Saúde da Família e aos Conselhos Municipais de Saúde. O processo participativo encontra-se em evolução e indica a necessidade de práticas educativas e permanentes para aumento do conhecimento da comunidade a respeito de suas bases legais e ideológicas.

Palavras-Chave: Participação Comunitária; Sistema Único de Saúde; Políticas Públicas; Saúde Pública; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT: It is an integrative literature review that aimed to map and to discuss the scientific knowledge of the consumer participation in order to meet the practical dimensions that have been highlighted in the national literature in the period from 1988 to 2014. Three databases were used: BDENF, LILACS and SCIELO, using the keywords: "Community Participation", "Unified Health System" and "Health". The data was collected between February and March 2015, resulting in 30 articles that were organized into the following themes: “Community participation on Primary Health Care” and “Community participation as

a tool of social control”. The study gave visibility to the scientific literature about the community participation and it can be inferred that it showed further embedding practice in different fields of health, with emphasis on Family Health Units and Municipal Councils of Health. The participatory process is evolving and indicates the need for educative and permanent practices to increase community awareness about the legal and ideological bases.

Keywords: Community Participation; Unified Health System; Public Policies; Public Health; Primary Health Care.

Introdução

A participação comunitária no âmbito da saúde foi difundida nos países em desenvolvimento no início da década de 70, sendo considerada estratégia essencial para melhorar e incrementar o acesso aos serviços de saúde nos setores mais vulneráveis da população. Este fato legitimou-se em 1978 na Conferência Internacional de Atenção Primária em Saúde realizada em Alma Ata, União Soviética, sobre Cuidados de Saúde Primários, com o objetivo de alcançar, até o ano 2000, saúde para todos ⁽¹⁾.

No contexto brasileiro, a participação da comunidade é uma das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo entendida como um instrumento para fomentar o capital social, fortalecer a democracia e ampliar a cidadania ⁽²⁾.

Antes da criação do SUS, com a necessidade de dar maior cobertura à população em 1983 foram criadas as Ações Integradas de Saúde (AIS), que teve por objetivo diminuir a exclusão dos cidadãos a saúde. Nessa perspectiva, surgiu a possibilidade de descentralização do processo de planejamento e da administração, através da constituição de comissões nos níveis estadual, regional, municipal e local, em que difundiu a possibilidade concreta de uma participação popular organizada com a aproximação dos usuários aos serviços ⁽³⁾.

Sendo assim, os primórdios da participação comunitária no Brasil antecedem à criação do SUS iniciando-se com os movimentos sociais e a Reforma Sanitária nas décadas de 70 e 80, tendo como lema “saúde é democracia” ⁽⁴⁾.

Esses movimentos sociais foram liderados por intelectuais, profissionais de saúde e militantes de sindicatos, ultrapassando os limites da igreja progressista, pois representavam a sociedade civil organizada na luta pela redemocratização da saúde, fato que culminou na 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, um grande marco na nossa história, já que pela primeira vez a população pôde participar dessas discussões ⁽⁵⁾.

A importância da 8ª Conferência é reforçada por suas propostas contempladas na Constituição Federal de 1988, na Lei nº 8.080/90 e na Lei nº 8.142/90 (Leis Orgânicas da Saúde) ^(6, 7, 8).

No Brasil, a participação da comunidade é preconizada em todas as esferas do governo, nos conselhos de saúde e na gestão do SUS, sendo estabelecida como uma das diretrizes para as ações e serviços públicos de saúde, juntamente com a descentralização e o atendimento integral ^(6, 7, 8).

Há um consenso na literatura de que a participação é “a capacidade que têm os indivíduos de intervir na tomada de decisões em todos aqueles aspectos de sua vida cotidiana que os afetam e envolvem” ^(9 p.222).

A participação corresponde a um processo ativo de ressocialização, que faz que o indivíduo adquira uma cultura cívica própria. Assim, em uma sociedade democrática que valorize a interação e integração da participação, ocorre a tendência dos indivíduos se efetivarem como atores ativos com vistas à promoção de valores e interesses comuns, concretizando em uma medida do exercício efetivo dos direitos de cidadania política ⁽¹⁰⁾.

Nesse sentido, a importância do envolvimento dos cidadãos no processo de produção da saúde tem sido reconhecida internacionalmente. Entretanto, nota-se que poucos países têm a participação institucionalizada a exemplo do Reino Unido, Itália e Brasil, sendo este último e a Finlândia dois dos poucos países onde os conselhos de saúde têm autonomia para o desenvolvimento de funções deliberativas ⁽¹⁾.

Diante deste cenário, questiona-se: Quais conhecimentos a literatura nacional apresenta acerca da participação comunitária no âmbito do SUS? Neste sentido, objetivou-se mapear e discutir o conhecimento científico acerca da participação comunitária, a fim conhecer as dimensões práticas que vêm sendo destacadas na literatura nacional no período de 1988 a 2014.

Materiais e métodos

Trata-se de estudo de abordagem qualitativa alicerçado no método de revisão integrativa conforme os pressupostos de Ganong (1987) ⁽¹¹⁾, envolvendo seis passos: estabelecimento do problema da revisão, seleção da amostra, categorização dos estudos, análise dos resultados, apresentação e discussão dos resultados e apresentação da revisão.

Para o levantamento dos artigos, foram utilizados os bancos de dados BDENF (Banco de Dados de Enfermagem), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em

Ciências da Saúde) e SCIELO (Scientific Electronic Library Online), com os descritores: “Participação Comunitária”, “Sistema Único de Saúde” e “Saúde”.

A coleta de dados foi realizada no período de fevereiro a março de 2015. Foram adotados os seguintes critérios de inclusão: publicações completas em periódicos nacionais sem restrições de idiomas e publicações compreendidas no período de 1988 a 2014. Os critérios de exclusão foram: artigos incompletos, artigos de revisão da literatura, dissertações, teses ou capítulos de livros, artigos que não abordassem a participação comunitária como tema principal e trabalhos repetidos entre as bases.

A amostra inicial contou com 224 artigos, sendo 213 encontrados na base de dados LILACS, sete na SCIELO e quatro na BDENF. Após aplicados os critérios de inclusão e exclusão, resultaram 30 artigos.

A análise de conteúdo, na abordagem representacional do tipo temática (Bardin, 2011) ⁽¹²⁾ foi utilizada como estratégia metodológica qualitativa para organizar, sistematicamente, a produção do conhecimento através de etapas, a saber: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

A discussão foi alicerçada pelo referencial teórico da “Teoria da Democracia Participativa” pelos pressupostos do filósofo Jean-Jacques Rousseau ancorado em Pateman (1992) ⁽¹³⁾.

A teoria da democracia participativa têm suas origens em Rousseau, que segundo Pateman (1992) ⁽¹³⁾, é considerado o principal teórico da participação e a defende como uma ação individual, onde cada indivíduo deve participar no processo de político de tomada de decisões. Esta participação ativa 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 resultado do processo participativo” ^(13 p.38), ou seja, quanto mais o sujeito participa, mais apto estará a fazê-lo.

A participação favorece ao indivíduo controle sob seu meio, o que gera sensação de liberdade e fortalece ainda mais sua participação, capacitando-o para ser senhor de si mesmo ^(13, 14).

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 a sua sociedade e constitui o instrumental para transformá-la numa verdadeira comunidade” ^(13 p.42).

Resultados

O corpus de análise agregou 30 artigos, sendo 26 indexados na LILACS, três na SCIELO e um na BDENF. Na composição da amostra, o maior volume de artigos foi publicado no ano de 2012 (20%) e a região das revistas mais representada foi a Sudeste (60%). O método qualitativo foi predominante (80%), seguido pelo método quali-quantitativo (20%). Dentre os periódicos, a revista *Physis* (23,33%) e *Saúde e Sociedade* (20%) foram os que mais contribuíram. Um número expressivo de trabalhos não apresentou dados sobre a profissão dos autores (58%). Os profissionais que mais colaboraram foram os enfermeiros (24%) e autores com titulação de doutorado (36%).

O quadro abaixo apresenta uma síntese dos 30 artigos sobre participação comunitária que compuseram a amostra.

Quadro 1 – Síntese dos artigos sobre participação comunitária identificados em periódicos nacionais indexados na LILACS, SCIELO e BDENF, no período de 1988 a 2014, segundo autores, ano de publicação, título e resultados.

Autores/Ano	Título	Resultados
Moura EC. (1996)	Direito à Saúde: O papel de diferentes sujeitos sociais no exercício da cidadania	Depreende-se que a população luta pelo atendimento de suas necessidades e expectativas, exercendo a cidadania em um processo político amplo e democrático.
Fernandes JCL, Monteiro JGC. (1997)	Postos comunitários: uma alternativa para o sistema de saúde	O estudo apresenta as vantagens da descentralização, autonomia, controle social e desenvolvimento comunitário, aproximando comunidade e equipe de saúde, que produz ações preventivas e curativas mais eficazes.
Coura-Filho P. (1998)	Participação popular no controle da esquistossomose através do Sistema Único de Saúde (SUS), em Taquaraçu de Minas (Minas Gerais, Brasil), entre 1985-1995: construção de um modelo alternativo	A população de Taquaraçu de Minas, entre 1985 e 1995, teve participação ativa em ações de controle da esquistossomose, promovendo significativa redução da prevalência e intensidade de infecção nessa população.
Pessoto UC, Nascimento PR, Heimann LS. (2001)	A gestão semiplena e a participação popular na administração da saúde	O campo para participação popular é vasto e têm-se ampliado em razão do aumento do número de conselhos de saúde e pela busca de qualificação dos conselheiros, sendo um mecanismo de participação efetivo.
Vázques ML et al. (2003)	Participação social nos serviços de saúde: concepções dos usuários e líderes comunitários em dois municípios do Nordeste do Brasil	Houve pouca semelhança entre as concepções dos usuários e líderes comunitários sobre participação social em relação ao enfoque contemplado nas políticas públicas de saúde e requerem esforços para melhoria da participação social no Brasil.
Oliveira VC.	Comunicação, Informação e	Constatou-se a necessidade e a importância da

(2004)	Participação Popular nos Conselhos de Saúde	efetivação das informações, políticas, processos e recursos de comunicação pelos conselhos, preferencialmente dialógicos, para o exercício democrático do controle social e da participação popular no SUS.
Botti ML, Scocchi MJ. (2006)	O Aprender Organizacional: relato de experiência em uma unidade básica de saúde	A experiência organizacional da Unidade Básica de Saúde identificou que a Atenção Primária à Saúde (APS) pode reorganizar o sistema de saúde e reforça o direito de cidadania, confundindo-se com a noção de qualidade de vida, em seu significado mais pleno.
Morita I, Guimarães JFC, Di Muzio BP. (2006)	A Participação de Conselheiros Municipais de Saúde: solução que se transformou em problema?	Os conselheiros mais ativos reconhecem o conselho municipal de saúde como uma entidade sólida, integrada à administração do SUS, é um estímulo para sua atuação e comprova a construção de seus resultados.
Wendhausen ALP, Rodrigues IF. (2006)	Concepções de saúde de conselheiros municipais de saúde da região da AMFRI/SC e a relação com a prática no Conselho	As concepções do processo saúde-doença vão além da visão biológica e possuem determinantes, como condições de vida, equilíbrio, cuidados com o corpo e acesso aos serviços de saúde. Porém, os conselheiros ainda supervalorizam a medicalização em detrimento da APS.
Arantes CIS, Mesquita CC, Machado MLT, Ogata MN. (2007)	O Controle Social no Sistema Único de Saúde: Concepções e ações de enfermeiras da Atenção Básica	As enfermeiras relataram a realização de ações voltadas à participação, como convidar a população e funcionários a participar dos conselhos. Porém, outras ações ainda precisavam ser implementadas, como orientar a população para o fortalecimento do controle social.
Pestana CLS, Vargas LA, Cunha FTS. (2007)	Contradições surgidas no Conselho Gestor da Unidade Básica de Saúde da Família de Vargem Grande, Município de Teresópolis-RJ	Constatou-se que o conselho gestor da Unidade Básica de Saúde não representava uma possibilidade efetiva de participação popular, englobando impasses e problemas de ordem política, econômica, social e cultural que ultrapassam à resolução deste conselho e resultavam em perda de sentido político no exercício da cidadania.
Erdmann AL, Backes DS, Klock P, Koerich MS, Rodrigues CRL, Drago LC. (2008)	Discutindo o Significado de Cidadania a Partir dos Direitos dos Usuários da Saúde	Para o fortalecimento da cidadania, identifica-se a necessidade de um longo processo incluindo a participação das três esferas políticas, das organizações públicas e privadas e do cidadão consciente para atuar como protagonista social. Essa transformação passa pela educação de base, democratização de oportunidades e minimização de desigualdades sociais.
Martins et al. (2008)	Conselhos de Saúde e a Participação Social no Brasil: Matizes da Utopia	O autor reconhece como desafio a construção da cidadania exigindo ampla participação da população em projetos comuns, onde diversos atores sociais assumem responsabilidades.

Camargo-Borges C, Mishima SM. (2009)	A Responsabilidade Relacional como Ferramenta Útil para a Participação Comunitária na Atenção Básica	O estudo revelou a existência de vínculos entre comunidade e unidade de saúde emergindo um espaço de articulação e escuta entre as partes.
Carlos EF, Silva CC, Silva ATMC, Braga JEF. (2009)	Programa de Saúde da Família: Inclusão dos Usuários na Escolha dos Serviços Oferecidos	A população não é chamada a opinar sobre os serviços oferecidos na Unidade Saúde da Família (USF), fato que pode dificultar o conhecimento das reais necessidades de saúde da população.
Cotta RMM, Cazal MM, Rodrigues JFC, Gomes KO, Junqueira TS.(2010)	Controle social no Sistema Único de Saúde: subsídios para construção de competências dos conselheiros de saúde	Em oficinas de capacitação para conselheiros de saúde, focou-se em sensibilizá-los à ultrapassar a posição de expectadores passivos para protagonistas na construção de um sistema de saúde universal e equitativo.
Soratto J, Witt RR, Faria EM.(2010)	Participação popular e controle social em saúde: desafios da Estratégia Saúde da Família	A construção de espaços participativos por si só não garante a participação da população e o controle social. Este estudo buscou alternativas, reconhecendo o diálogo como instrumento eficaz para fomentar e buscar novos caminhos para a participação no SUS.
Batista EC, Melo EM. (2011)	A participação popular em Ipatinga (MG, Brasil): conquistas e desafios do setor de saúde	Reconhece-se uma importante história democrática no município de Ipatinga-MG, tendo como marco a criação dos conselhos de saúde, porém houve indícios de retrocesso ao verificar-se a reprodução de práticas tradicionais de governo.
Cotta RMM, Martins PC, Batista RS, Franceschini SCC, Priore SE, Mendes FF.(2011)	O controle social em cena: refletindo sobre a participação popular no contexto dos Conselhos de Saúde	Para os autores, a gestão participativa no SUS não se consolidou como uma prática efetiva. Percebe-se um desconhecimento sobre as bases legais e ideológicas da participação social e forte influência política na dinâmica dos conselhos municipais de saúde, principalmente na determinação de seus membros.
Longhi JC, Canton GAM. (2011)	Reflexões sobre cidadania e os entraves para a participação popular no SUS	A participação popular emerge como um movimento coletivo em busca de soluções para os problemas da comunidade, em um cenário onde o conceito de cidadania encontra-se limitado com a legislação, a repressão sofrida pelos indivíduos, a descrença na democracia representativa como prática de cidadania e a desigualdade de direitos na sociedade.
Ribeiro FB, Nascimento MAA. (2011)	Exercício de cidadania nos conselhos locais de saúde: a (re)significação do “ser sujeito”	Houve distanciamento entre a legislação e a prática do controle social no processo de trabalho das equipes de saúde em Feira de Santana-BA. Pode-se constatar uma grande diferença dos sujeitos envolvidos na construção desse processo passando por questões ideológicas, sociológicas e políticas.
Ferreira JBB, Forster AC, Santos JS. (2012)	Reconfigurando a Interação entre Ensino, Serviço e Comunidade	Constatou-se que o protagonismo do CMS foi o diferencial no processo de reconfiguração das relações entre o gestor local, o SUS, e as instituições de ensino superior da área da saúde, na medida em que mobilizou atores

		sociais em um modo de interação institucional mais participativo e reflexivo.
Fonseca GS, Paulino TSC, Morais IF, Valença CN, Germano RM. (2012)	Percepção de usuários e profissionais de saúde sobre o Sistema Único de Saúde no município de Santa Cruz - RN	O estudo revelou que os profissionais de saúde apresentaram capacidade crítica sobre o SUS, seus princípios e diretrizes, enquanto, os usuários desconhecem sobre o tema. Dessa forma, o trabalhador de saúde se torna importante para incentivar/educar a corresponsabilidade dos usuários na resolução das dificuldades encontradas.
Júnior JPB, Martins PC. (2012)	Envolvimento comunitário na Estratégia de Saúde da Família: dilemas entre institucionalização e efetiva participação	No município estudado, os dados demonstram que o principal entrave para o pleno desempenho dos conselhos locais é o baixo nível de interesse e de participação da população. Nesse sentido, evidencia-se que a institucionalização de um espaço participativo, mesmo com apoio e incentivo da gestão municipal, não é condição suficiente para promover a mobilização social e o envolvimento comunitário.
Martins ALX, Santos SMR. (2012)	O Exercício do Controle Social no Sistema Único de Saúde: a ótica do enfermeiro como membro do Conselho Local de Saúde	Considera-se importante a atuação dos enfermeiros como conselheiros uma vez que houve melhorias das condições de saúde da comunidade e dos serviços prestados pela Unidade Básica de Saúde. Com relação ao controle social na gestão do SUS, acredita-se que ele pode ser ampliado pela interação com a comunidade.
Severo DO, RosMA.(2012)	A Participação no Controle Social do SUS: concepção do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra	Para os membros do Coletivo Nacional de Saúde do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST) fazer o controle social não significa necessariamente participar das esferas institucionalizadas de controle social (Conselhos e Conferências de Saúde), mas, sobretudo, fazer a luta política fora do âmbito do Estado. A participação do MST ainda constitui uma questão a ser aprofundada no interior do movimento.
Souza TO, Silva JM, Nóbrega SS, Constância JF. (2012)	Controle Social: um desafio para o Conselheiro de Saúde	Evidenciou-se que ao atuar como Conselheiro, o sujeito contribui para o desenvolvimento dos serviços de saúde, consolidação e melhoria dos SUS. Foi percebida a necessidade de intensificar ações de capacitações, pois existem indivíduos no conselho que não tem claro o papel que devem desempenhar. Porém apesar das dificuldades os Conselheiros acreditam que por meio do conselho é possível lutar e conseguir benefícios para a população do município.
Quintanilha BC, Sodré F, Dalbello-Araujo M. (2013)	Movimentos de resistência no Sistema Único de Saúde (SUS): a participação rizomática	Enunciou-se uma nova forma de participação social, chamada de participação rizomática, em que se caracterizam como movimentos de resistência – que criam, inventam, produzem novos modos de existência – não restringindo somente a conselhos e conferências de saúde.

		Logo, a participação passa a não ter modo nem local exato para ocorrer, sendo vista nos serviços de saúde como um movimento que atrapalha e causa mal-estar.
Rocha EM, et al. (2013)	O papel do conselheiro municipal de saúde na fiscalização do orçamento público	Verificou-se que os conselheiros fizeram menção dos seus papéis no acompanhamento e na avaliação do orçamento para um adequado destino dos recursos à saúde. Além disso, demonstraram consciência da importância das suas funções e políticas na consolidação do controle social.
Silva RCC, Pedroso MC, ZucchiP. (2014)	Ouvidorias públicas de saúde: estudo de caso em ouvidoria municipal de saúde	A ouvidoria de saúde é compreendida como um canal que amplia a voz dos usuários e assegura o direito de opinar sobre as políticas públicas, destacando-se como um importante instrumento de controle social.

Fonte: Bases de dados LILACS, SCIELO e BDENF no período de 1988 a 2014.

A análise de conteúdo na vertente temática ⁽¹²⁾ desvelou duas categorias relativas à participação comunitária no SUS: “A participação comunitária na Atenção Primária à Saúde” e “A participação comunitária como ferramenta de controle social”.

Discussão

A participação comunitária na Atenção Primária à Saúde

Dos 30 artigos, 15 relacionaram a participação comunitária com a Atenção Primária à Saúde (APS), discutindo o processo participativo em seus diferentes cenários e contextos, como as Unidades Básicas de Saúde, com destaque às Unidades de Saúde da Família (USF) e os programas de controle de endemias ^(15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28,29).

As USF são consideradas microespaços favoráveis à participação, devido sua característica de proximidade com a população e consequente abertura à criação de vínculos entre profissionais de saúde e usuários, o que facilita a discussão das demandas encontradas na comunidade ^(16, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26).

Por outro lado, Botti e Scochi (2006) ⁽¹⁹⁾ discutem a proximidade da USF como fator desencadeante de ações de vandalismo por sensação de não pertencer de alguns usuários, já que para eles a USF pode representar a presença indesejada do Estado em dado território.

Na Teoria da Democracia Participativa de Rousseau, a principal variável a ser analisada é se a instituição é ou não participativa. Neste contexto, essa proximidade com a

comunidade favorece a participação comunitária, de forma institucionalizada ou não institucionalizada ^(13, 14).

Alinhados à USF, os Conselhos Locais de Saúde (CLS) criados no espaço territorial das USF mostram-se importantes instrumentos institucionalizados favoráveis à participação, já que os profissionais e usuários têm como propósito discutir e definir as demandas locais de saúde, as formas de intervenção e o envolvimento da comunidade. Esta revisão pode inferir que a criação dos conselhos e USF começam a ser discutidos e pesquisados a partir de 2007 ^(21, 26, 27, 28).

Alguns trabalhos apontam adversidades nesses conselhos, como a desarticulação entre as classes de conselheiros, poder limitados e níveis incipientes de envolvimento comunitário visto que muitas demandas não tiveram a atenção necessária por parte dos gestores e pelo conselho municipal de saúde, causando decadência e desinteresse dos usuários nesse espaço de participação ^(21, 25, 27).

Importa destacar a importância da atuação profissional do enfermeiro nos conselhos locais de saúde uma vez que ele pode contribuir para a melhoria da qualidade da assistência e principalmente na consolidação do SUS, no planejamento, acompanhamento e avaliação das ações de saúde ⁽²⁷⁾.

Para Rousseau (1995) ⁽¹⁴⁾, é importante a experiência do indivíduo na tomada de decisões para que seu empenho em participar seja efetivo. Como resultado de sua participação na tomada de decisões, o sujeito é ensinado a distinguir entre seus próprios desejos, aprendendo a ser um cidadão que pertence a uma comunidade.

É preciso que os conselheiros representantes da sociedade civil organizada se identifiquem com as causas apresentadas e se interessem na defesa do bem coletivo e não na busca de benefícios individuais e imediatos, para que não seja apenas uma participação simbólica, aprovando ações programáticas propostas pela gestão ^(16, 17, 18, 19, 20, 21, 23, 26, 27).

Na mesma direção, alguns estudos ^(15, 17, 18, 19, 22, 24) destacaram a importância de a população ser reconhecida como foco principal no processo participativo, assim como seu status de ator social, para que mudanças satisfatórias aconteçam.

No tocante a sabedoria popular, dois trabalhos ^(15, 16) destacam sua importância, já que a população tem consciência da sua participação efetiva. Assim sendo, sua criatividade e conhecimentos não devem ser menosprezados, podendo interferir nas questões sociais e nas políticas públicas em saúde.

Para alguns autores existem várias formas de participação, para além das já instituídas, que são movimentos de resistência – que fabricam, inovam, descobrem novos

modos de existência - denominados de participação rizomática. Não há uma configuração preestabelecida de existência ou ocorrência desses movimentos, eles ocorrem no cotidiano do serviço, e os usuários desempenham um importante papel de vocalizar os seus desejos, demonstrarem o que querem e esperam da gestão ⁽²⁹⁾.

Pode-se depreender dessa forma, que a participação comunitária é um instrumento para o exercício da cidadania ^(15, 16, 19, 21, 24, 25).

Os autores apresentam diferentes formas de se referirem à cidadania, porém, com significados análogos, sendo cidadão o indivíduo que exerce efetivamente seus direitos, buscando igualdade social. Da mesma forma, a cidadania envolve a saúde como direito universal e ferramenta de controle sob as políticas públicas ^(15, 20, 21).

Entretanto, deve-se considerar que, meios institucionalizados de participação em saúde não garantem a cidadania ^(15, 21, 24, 25, 27), como por exemplo, os conselhos de saúde. Novamente, Rousseau (1995) ⁽¹⁴⁾ sugere que uma situação ideal seria a não existência de grupos organizados, mas apenas indivíduos, já que indivíduos não organizados estariam unidos por um ideal comum, enquanto grupos organizados poderiam ter interesses particulares.

Caso contrário, recomenda que em situações onde seja inevitável a organização de tais grupos, que exista o maior número possível de grupos ou associações, de forma que interesses particulares sejam perdidos em prol dos interesses coletivos. No caso da participação comunitária no SUS, equiparam-se esses grupos aos conselhos locais das unidades de saúde, às associações de moradores e aos equipamentos sociais contidos nos territórios de saúde ^(13, 14).

Por fim, a cidadania quando entendida como uma ação exercida com responsabilidade, de forma individual, social e política, pode resultar em um processo participativo. É neste momento que o cidadão percebe que seus interesses individuais e coletivos são interligados e aprende a ser um cidadão tanto público quanto privado ^(13, 14).

A participação comunitária como ferramenta de controle social

A participação comunitária tem sido discutida como uma ferramenta de controle social, pois, é por meio dela que a população intervém na construção do SUS, formulando, executando e avaliando as políticas públicas de saúde. Portanto, o controle da população em relação ao Estado é uma estratégia para garantir o direito à saúde e construir uma sociedade democrática ^(30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44).

Alinhado a esse cenário, Rousseau apud Pateman (1992) ⁽¹³⁾ considera participação e controle, conceitos que possuem estreito vínculo e acrescenta sua correlação com a liberdade do indivíduo:

Tanto a sensação de liberdade do indivíduo quanto sua liberdade efetiva aumentam por sua participação na tomada de decisões, porque tal participação dá a ele um grau bem maior de controle sobre o curso de sua vida e sobre a estrutura do meio em que vive. ^(13 p.40)

Esta via de participação e controle, no caso da saúde, são os conselhos de saúde - principais órgãos de controle social na esfera municipal, tendo desdobramento estadual e nacional, considerando os princípios e diretrizes do SUS e as disposições da lei nº 8.142/90 (30, 35, 38, 39, 42, 43).

Os conselhos municipais de saúde são considerados espaços recentes, onde a redemocratização se faz presente e tem sido foco de discussões a partir da década de 1970 e especialmente após o fim da ditadura militar no Brasil ⁽³⁰⁾.

Desde então, a população vêm buscando vias de participação e outras formas de controle social além dos conselhos de saúde, como as associações de profissionais de saúde ou de usuários, Ministério Público, entre outras instâncias ⁽³¹⁾.

Rousseau defende que a sociedade opera modificações sobre os indivíduos, que podem ser positivas ou negativas. Dessa forma, as ações individuais devem estar de acordo com as leis que levam em consideração a vontade geral. Sendo assim, existem normas que regulam e limitam aquilo que os cidadãos podem ou devem fazer – o controle ⁽⁴⁵⁾.

Um exemplo adicional de ferramenta de controle social são as ouvidorias públicas em saúde que tem como principal função controlar o funcionamento da administração pública. Sendo assim, um importante instrumento que apura reclamações, denúncias e fiscaliza a política de saúde ⁽⁴⁴⁾.

Vale ressaltar o estudo de Severo e Ros (2012) ⁽⁴¹⁾ que destaca a concepção do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra sobre a participação no controle social do SUS, em que revela outra forma de controle social: a luta política através de estratégias de ocupação, de mobilizações e de marchas; e não necessariamente através da presença em conselhos e conferências de saúde.

Nessa linha, há evidências da representatividade de conselheiros associados a sindicatos, principalmente ligados à saúde do trabalhador e de trabalhadores portadores de problemas relacionados ao trabalho ⁽³²⁾.

Em relação aos avanços dessa representação, classificando-a fora dos moldes democráticos ideais, autores como Morita et al. (2006) ⁽³²⁾ e Martins (2008) ⁽³⁵⁾ evidenciam a pouca participação dos usuários do SUS em debates durante encontros e/ou reuniões de conselhos. Embora sempre estivessem presentes, apenas acompanhavam as discussões e votavam no momento em que eram solicitados, sem questionar decisões.

Neste sentido, deve-se considerar que a composição dos conselhos prevê a heterogeneidade e composição paritária dos usuários, sendo compostos por “50% de entidades de usuários; 25% de entidades dos trabalhadores de saúde; 25% de representação de governo, de prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos” ^(46 p. 5), sendo, dessa forma, um forte instrumento de controle social.

Apesar da prevista paridade, nota-se que apenas os conselheiros mais ativos reconhecem a importância de seu papel como cidadãos e do conselho de saúde para o município, podendo analisar criticamente os avanços e resultados alcançados ^(32, 35).

Por outro lado, não se pode desconsiderar que uma parcela da população brasileira é marginalizada e excluída e têm seus direitos negados, permanecendo sob doação de cidadania pelo Estado quando conveniente. Exemplo disso acontece em alguns municípios, onde a paridade é desrespeitada e sofrem fortes influências políticas partidárias ^(38, 42). Importante ressaltar, inclusive, que, muitas vezes a população tem pouco conhecimento da existência do conselho, e desse modo desconhece, o quanto se pode apoderar-se por meio de um conselho realmente ativo ⁽⁴²⁾.

Para que esta realidade seja modificada e para que haja a efetivação do controle social, é necessário aos conselheiros representantes da comunidade o reconhecimento de seu papel e sua capacitação quanto às bases legais e ideológicas sobre a participação propostas pelo SUS. Questões reflexivas devem ser levantadas em relação à cidadania e aos direitos coletivos na saúde. Assim, o conselheiro de saúde deve cumprir o compromisso de articular-se com diferentes atores; participar de debates e discussões frequentes; divulgar os resultados das reuniões mensais dos conselhos de saúde para a população e fiscalizar as políticas públicas ^(34, 35, 36, 42, 43).

Pode-se afirmar que na perspectiva de Rousseau o povo controla o Estado, já que esse é expressão da vontade geral. O controle social é do povo sobre o Estado para a garantia da soberania popular, ou seja, o limite do poder do Estado está na sua essência de representar a vontade geral do povo ⁽⁴⁷⁾.

Intrinsecamente relacionado às noções de controle e liberdade levantadas por Rousseau (1995) ⁽¹⁴⁾, encontra-se a função educativa como item central na participação da

comunidade: “Como resultado de sua participação na tomada de decisões, o indivíduo é ensinado a distinguir entre seus próprios impulsos e desejos, aprendendo a ser tanto um cidadão público quanto privado” (13 p. 39).

Neste caminho, pode-se relacionar com a função educativa da participação, o conceito de empoderamento (*empowerment*), sendo este um processo de controle exercido por indivíduos ou comunidades sobre as decisões e ações referentes à saúde (35).

O empoderamento tem similaridade com o termo “libertação”, usado por Paulo Freire. Segundo Freire, apontado por Martins (2008) (35), os cidadãos adquirem liberdade - no sentido de libertar-se de uma situação de exclusão social - por meio da educação, visto como fator predisponente para que o indivíduo reconheça e busque a prática participativa e de controle social (38).

Nessa perspectiva, destaca-se o estudo feito por Ferreira et al. (2012) (39) que registra o processo de reconfiguração entre o gestor local, do SUS, e as instituições de ensino superior, evidenciando que o Conselho Municipal de Saúde foi de grande importância, uma vez que trouxe diversos atores em um modo de interação institucional mais participativo e crítico, na perspectiva de formação profissional, da produção do cuidado, da educação em saúde e da participação e controle social.

Assim, acredita-se que a educação para o controle social e para o SUS deve estar integrada a uma política que estimule a transmissão de informações, tendo como atores os profissionais dos serviços, as universidades, os gestores da saúde e a comunidade (40).

Depreende-se finalmente, que o controle social tem função deliberativa na participação em saúde, com espaços amparados pela legislação vigente, chamados conselhos de saúde, em todas as esferas de governo, onde se concretiza e mostra sua importância ao afetar diretamente as políticas públicas de saúde no Brasil.

Considerações Finais

O presente estudo deu visibilidade à produção científica acerca da participação comunitária no SUS e pode-se inferir que a mesma apresentou crescente incorporação prática em diversos campos da saúde, revelando diferentes olhares sobre sua prática e apontando possibilidades e dificuldades no exercício da cidadania e no desenvolvimento da democracia.

A evolução da participação desde sua institucionalização enquanto diretriz do SUS é significativa, principalmente no que se refere aos Conselhos de Saúde e a implantação

da Estratégia Saúde da Família (ESF), e têm colaborado para re-despertar o interesse em participar dos cidadãos.

Como dificuldades, destacam-se o baixo interesse dos atores sociais em participar ativamente, insuficiência de capacitações e o descumprimento da legislação nos conselhos de saúde. Neste sentido, a Teoria da Democracia Participativa lançou novas luzes na discussão acerca da participação comunitária em saúde.

É um campo de pesquisa que se encontra em aberto e necessita de reflexões em diversos cenários, com foco nas práticas educativas e permanentes sobre as bases legais e ideológicas da participação, devendo ser estimulado por todos para a conquista de uma participação democrática, plena e efetiva, assim como proposto pela Reforma Sanitária.

Referências

1. Serapioni M, Antunes P, Ferreira PL. Participação em saúde: conceitos e conteúdos. Paper apresentado ao ThinkTank-Saúde e cidadãos: Sesimbra; 2010.
2. Cavalcanti MLT, Cabral MHP, Antunes LR. Participação em saúde: uma sistematização de artigos publicados em periódicos brasileiros – 1988/2005. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2012 jul; 17(7):1813-23.
3. Paim JS. Ações integradas de saúde (AIS): por que não dois passos atrás. *Cadernos de Saúde Pública*. 1986; 2(2): 167-183.
4. Bahia L[homepage na internet]. Dicionário da educação profissional em saúde: Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz [acesso em 2015]. Disponível em: www.epsjv.fiocruz.br
5. Cohn A. Políticas de saúde e reforma sanitária hoje: delimitações e possibilidades. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2008 dez; 13(2): 2021-23.
6. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado; 1988.
7. Brasil. Lei n. 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*, 20 set 1990.

8. Brasil. Lei n. 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, 28 dez 1990.
9. Teixeira ML et al. Participação em saúde: do que estamos falando?. *Sociologias*. 2009 jan-jun; 21: 218-51.
10. Cabral MV. O exercício da cidadania política em perspectiva histórica (Portugal e Brasil). *Revista Brasileira de Ciências Sociais*. 2003; 18 (51): 31-60.
11. Ganong LH. Integrativereviewsofnursingresearch. *Research in Nursing e Health*. 1987; 10(1): 1-11.
12. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edição 70, 2011.
13. Pateman C. *Participação e teoria democrática*. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1992.
14. Rousseau J-J. *Discurso sobre a economia política e do contrato social*. Petrópolis: Vozes; 1995.
15. Moura EC. Direito a saúde: o papel de diferentes sujeitos sociais no exercício da cidadania. *Saúde e sociedade*. 1996; 5(1): 101-119.
16. Fernandes JCL, Monteiro JGC. Postos comunitários: uma alternativa para o sistema de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*. 1997; 13(1): 127-135.
17. Coura-Filho P. Participação popular no controle da esquistossomose através do Sistema Único. *Cadernos de Saúde Pública*. 1988; 14(2): 111-22.
18. Vázques ML et al. Participação social nos serviços de saúde: concepções dos usuários e líderes comunitários em dois municípios do Nordeste do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2003; 19(2): 579-591.
19. Botti ML, Scochi MJ. O aprender organizacional: relato de experiência em uma unidade básica de saúde. *Saúde e Sociedade*. 2006; 15(1): 107-114.
20. Arantes CIS, Mesquita CC, Machado MLT, Ogata MN. O controle social no Sistema Único de Saúde: concepções e ações de enfermeiras da atenção básica. *Texto e Contexto Enfermagem*. 2007; 16(3): 470-478.

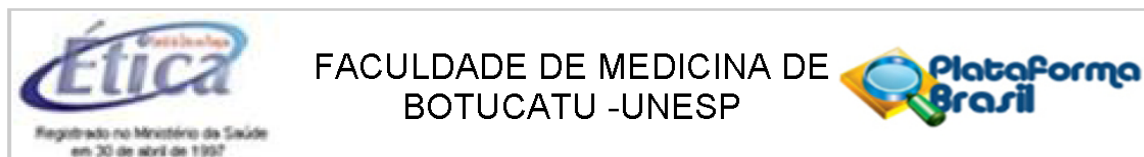
21. Pestana CLS, Vargas LA, Cunha FTS. Contradições surgidas no Conselho Gestor da Unidade Básica de Saúde da Família de Vargem Grande, Município de Teresópolis-RJ. *Physis*. 2007; 17(3): 485-99.
22. Camargo-Borges C, Mishima SM. A responsabilidade relacional como ferramenta útil para a participação comunitária na atenção básica. *Saúde e Sociedade*. 2009; 18(1): 29-41.
23. Carlos EF, Silva CC, Silva ATMC, Braga JEF. Programa de Saúde da Família: Inclusão dos Usuários na Escolha dos Serviços Oferecidos. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*. 2009; 13(2): 63-68.
24. Soratto J, Witt RR, Faria EM. Participação popular e controle social em saúde: desafios da Estratégia Saúde da Família. *Physis*. 2010; 20(4): 1227-1243.
25. Longhi JC, Canton GAM. Reflexões sobre cidadania e os entraves para a participação popular no SUS. *Physis*. 2011; 21(1): 15-30.
26. Ribeiro FB, Nascimento MAA. Exercício de cidadania nos conselhos locais de saúde: a (re)significação do 'ser sujeito'. *Revista Baiana de Saúde Pública*. 2011; 35(Sul): 151-166.
27. Júnior JPB, Martins PC. Envolvimento Comunitário na Estratégia de Saúde da Família: dilemas entre institucionalização e efetiva participação. *Physis*. 2012; 22(4): 1313-1332.
28. Martins ALX, Santos SMR. O Exercício do Controle Social no Sistema Único de Saúde: a ótica do enfermeiro como membro do Conselho Local de Saúde. *Saúde e Sociedade*. 2012; 21(1): 199-209.
29. Quintanilha BC, Sodré F, Dalbello-Araujo M. Movimentos de resistência no Sistema Único de Saúde (SUS): a participação rizomática. *Interface*. 2013; 17(46): 561-573.
30. Pessoto UC, Nascimento PR, Heimann LS. A gestão semiplena e a participação popular na administração da saúde. *Cadernos de Saúde Pública*. 2001; 17(1): 89-97.
31. Oliveira VC. Comunicação, informação e participação popular nos conselhos de saúde. *Saúde e Sociedade*. 2004; 13(2): 56-69.
32. Morita I, Guimarães JFC, Di Muzio BP. A participação de conselheiros municipais de saúde: solução que se transformou em problema. *Saúde e Sociedade*. 2006; 15(1): 49-57.

33. Wendhausen ALP, Rodrigues IF. Concepções de saúde de conselheiros municipais de saúde da região da AMFRI/SC e relação com a prática no Conselho. *Ciência, Cuidado e Saúde*. 2006; 5(2): 166-174.
34. Erdmann AL, Backes DS, Klock P, Koerich MS, Rodrigues CRL, Drago LC. Discutindo o significado de cidadania a partir dos direitos dos usuários da Saúde. *Revista Enfermagem UERJ*. 2008; 16(4): 477-81.
35. Martins PC et al. Conselhos de saúde e a participação social no Brasil: matizes da utopia. *Physis*. 2008; 18(1): 105-21.
36. Cotta RMM, Cazal MM, Rodrigues JFC, Gomes KO, Junqueira TS. Controle social no Sistema Único de Saúde: subsídios para construção de competências dos conselheiros de saúde. *Physis*. 2010; 20(2): 853-872.
37. Batista EC, Melo EM. A participação popular em Ipatinga (MG, Brasil): conquistas e desafios do setor saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2011; 16(1): 337-347.
38. Cotta RMM, Martins PC, Batista RS, Franceschini SCC, Priore SE, Mendes FF. O controle social em cena: refletindo sobre a participação popular no contexto dos conselhos de saúde. *Physis*. 2011; 21(3): 1121-1138.
39. Ferreira JBB, Forster AC, Santos JS. Reconfigurando a interação entre Ensino, Serviço e Comunidade. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2012; 36 (1): 127-133.
40. Fonseca GS, Paulino TSC, Moraes IF, Valença CN, Germano RM. Percepção de usuários e profissionais de saúde sobre o Sistema Único de Saúde no município de Santa Cruz – RN. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*. 2012; 24(4): 455-461.
41. Severo DO, Ros MA. A Participação no Controle social do SUS: concepção dos Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra. *Saúde e Sociedade*. 2012; 21(1): 177-184.
42. Souza TO, Silva JM, Nóbrega SS, Constâncio JF. Controle Social: um desafio para o Conselheiro de Saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2012; 65(2): 215-221.
43. Rocha EM, et al. O papel do conselheiro municipal de saúde na fiscalização do orçamento público. *Saúde em Debate*. 2013; 37(96): 104-111.

44. Silva RCC, Pedroso MC, Zucchi P. Ouvidorias públicas de saúde: estudo de caso em ouvidoria municipal de saúde. *Revista de Saúde Pública*. 2014; 48(1): 134-141.
45. Vilalba HG. O contrato social de Jean-Jacques Rousseau: uma análise para além dos conceitos. *Revista Eletrônica de Pesquisa na Graduação em Filosofia – Filogênese*. 2013; 6(2): 63-76. [acesso em: 21 abr 2015]. Disponível em: <http://www.marilia.unesp.br/filogenese/>.
46. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 333, de 4 de novembro de 2003. Aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. *Diário Oficial da União*, 4 dez 2003.
47. Silva HHC, Ferreira LPB, Barros ML. Divers@ *Revista Eletrônica Interdisciplinar*. 2008; 1(1): 23-29. [acesso em: 22 abr 2015]. Disponível em: <http://http://www.litoral.ufpr.br/divers>

ANEXOS

Anexo A – Parecer Consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Acessibilidade e inclusão digital: a realidade dos Conselheiros Municipais de Saúde de Botucatu - SP

Pesquisador: Violeta Campolina Fernandes

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 31021014.7.0000.5411

Instituição Proponente: Departamento de Saúde Pública

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 670.677

Data da Relatoria: 02/06/2014

Apresentação do Projeto:

Como diretriz do SUS, a participação social é regulamentada por lei federal, tendo como instâncias colegiadas os Conselhos de Saúde, que são compostos por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários. Esses conselhos são responsáveis por estratégias e pelo controle da execução da política de saúde, inclusive no que se refere aos aspectos econômicos e financeiros, sendo as decisões finais homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo.

O conselheiro deve ter o papel de possibilitar que as informações e o poder de decisão sejam compartilhados com a sociedade, fazendo com que o usuário dos serviços de saúde seja co-responsável pelo processo decisório, através de uma gestão participativa. Para tal, faz-se necessário, que esses conselheiros conheçam efetivamente o SUS e sua legislação, a realidade epidemiológica, assistencial, financeira, política, etc.

O acesso a estas informações se da, na maioria das vezes, por meio de ambientes virtuais.

Diante da relevância de se estimular a inclusão digital dos conselheiros municipais de saúde, de forma a contribuir para o exercício mais otimizado e efetivo dos seus papéis, a principal intenção do presente estudo é de averiguar se os conselheiros municipais de saúde de Botucatu - SP têm acesso às informações digitais para o exercício do controle social.

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

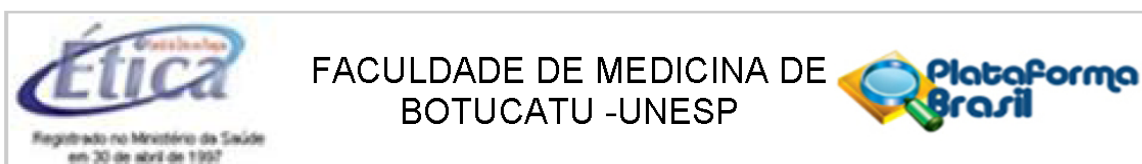
UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1608

CEP: 18.618-970

E-mail: capellup@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 670.677

Estudo de natureza qualitativa, de caráter descritivo-exploratório, alicerçado no método “Estudo de caso”. O estudo será desenvolvido no período de julho de 2014 a outubro de 2015. Os participantes do estudo serão os conselheiros municipais de saúde titulares (constituindo uma amostra intencional), do município de Botucatu (SP), que concordarem em participar da pesquisa, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Caso haja impossibilidade de contato e agendamento das entrevistas com os titulares, os suplentes serão contatados e convidados a integrar a pesquisa. O cenário da pesquisa é o Conselho Municipal de Saúde (CMS) de Botucatu, SP, composto por 32 membros titulares e 32 membros suplentes, distribuídos entre as seguintes categorias: 50% da composição do CMS é por entidades e movimentos representativos de usuários; 25% de entidades representativas de trabalhadores da área da saúde; 25% de representação de governo e prestadores de serviços privados conveniados. Serão realizadas entrevistas semiestruturadas aos participantes da pesquisa, que serão gravadas digitalmente e posteriormente transcritas mantendo a fidedignidade das falas. Os membros do CMS serão contatados por telefone ou presencialmente, no momento em que estiverem reunidos, onde serão convidados a participar da pesquisa.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Conhecer como se processa o acesso a informações de saúde e a realidade dos conselheiros municipais de saúde do município de Botucatu, SP em relação à inclusão digital.

Objetivo Secundário:

Identificar a trajetória dos conselheiros municipais de saúde do município de Botucatu, SP detalhando o tempo de atuação, tempo de permanência no conselho e a categoria representativa.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo os autores o estudo oferece algum risco de constrangimento aos participantes durante a aplicação do questionário, uma vez que serão investigados fatores relativos ao seu processo de vida e trabalho, mas que serão minimizados e/ou eliminados pela garantia do anonimato e viabilização de um clima e ambiente amistosos durante a entrevista.

No que diz respeito aos benefícios aos participantes, os achados da pesquisa poderão ser usados para subsidiar o planejamento de ações para melhoria da inclusão digital dos conselheiros.

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

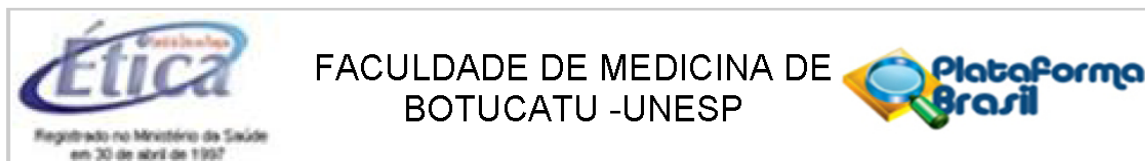
CEP: 18.618-970

UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1608

E-mail: capellup@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 670.677

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto apresenta justificativa plausível para sua execução, descrevendo com clareza os aspectos éticos e metodológicos que serão utilizados.

Os riscos e benefícios estão claramente expostos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos e declarações exigidos por esse CEP, incluindo termo de anuência da Secretaria de Saúde do Município, foram devidamente anexados. O TCLE está bem redigido e utiliza linguagem clara e compreensível para o público a que se dirige.

Recomendações:

Sem recomendações específicas.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sou de parecer favorável à aprovação do projeto, sem necessidade de envio à CONEP.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto de Pesquisa aprovado em reunião do CEP de 02 de Junho de 2.014, sem necessidade de envio à CONEP. O CEP solicita aos pesquisadores que ao final da execução deste projeto seja enviado o Relatório Final de Atividades.

BOTUCATU, 02 de Junho de 2014

Assinado por:
Eliana Aguiar Petri Nahas
(Coordenador)

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1608

CEP: 18.618-970

E-mail: capellup@fmb.unesp.br

