

Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca



MESTRADO PROFISSIONAL EM
GESTÃO DA INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO EM SAÚDE

Multimídia e conectividade entre os Conselhos de Saúde: a Plenária Virtual
Permanente

por

Angélica Baptista Silva

Orientadora: Prof^a Maria Eliana Labra

Rio de Janeiro, Setembro de 2005.

Esta dissertação, intitulada

Multimídia e conectividade entre os Conselhos de Saúde: a Plenária Virtual
Permanente

Apresentada por

Angélica Baptista Silva

Avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. Dr. Miguel Murat Vasconcellos

Prof^a Dra. Maria Nélide González de Gómez

Prof. Dra. Maria Eliana Labra - Orientadora

Dedico este trabalho a todos os
conselheiros que acreditam no SUS e
realizam sua função com dedicação.

Ao meu marido Alexandre, pela força e motivação.

Ao meu eterno amigo e chefe Arlindo, por ter me apresentado à Reforma Sanitária.

Aos meus filhos Yuri, Yan e Helena, pela compreensão.

À minha equipe do Canal Saúde, e, em especial, a Neide, Mirela, Fátima e ao Marcelo.

Ao Guido e à equipe do Lavid, pelo brilhantismo e atenção.

Ao Edmundo, pela generosidade sem par.

Ao meu querido pai Pedro Paulo, pois sem ele eu nada faria.

À Suzana Silva, do CES/RJ.

À minha orientadora Maria Eliana Labra, pela dedicação e paciência.

Ao casal Ilara e Miguel, pelo carinho.

À minha brilhante turma do MPGICS.

Meus sinceros agradecimentos!

Resumo:

Este trabalho aborda a formação de uma rede de conexões através do uso das novas tecnologias da informação e da comunicação por parte dos conselhos de saúde e as perspectivas que a prática aponta. A partir das concepções de políticas de acúmulo de capital social, de exclusão digital e de governança eletrônica, realizou-se um trabalho de campo para determinar o uso da Internet entre os conselhos de saúde do Estado do Rio de Janeiro. Tendo por base este diagnóstico, concebeu-se uma ferramenta para amplificar a interlocução entre os conselhos municipais e estadual de saúde do Rio de Janeiro, utilizando vídeo e áudio em redes digitais, com a perspectiva de implantação num sistema de TV digital.

Palavras-chave: Conselhos de saúde, Controle social, Redes, Tecnologias da Informação e da Comunicação, TV Digital.

Abstract:

This study approaches the development of a network of connections through the use of the new information and communication technologies on the part of the health councils and the perspectives that this practical points. From the conceptions of politics of accumulation of social capital, of digital exclusion and e-governance, a research was done to determine the use of Internet between Rio de Janeiro health councils. Based in this diagnosis, an audio and video tool for digital networks was conceived to amplify the interlocution between the counties and state councils of health in Rio de Janeiro, prospecting an implementation in a digital TV system.

Key-words: Health councils, Social control, Networks, Information and communication technologies, Digital TV.

SUMÁRIO

CAPÍTULO I – REFERENCIAL TEÓRICO	14
Introdução	14
1. Redes e comunidades discursivas	14
2. Capital Social <i>versus</i> exclusão digital	20
3. Potencialidades das tecnologias da informação e comunicação	30
3.1 Casos exemplares em tempos de convergência tecnológica: <i>De Digitale Stad e Living Health</i>	34
3.2 Iniciativas no Rio de Janeiro: Pirai Digital e Rede de Centrais de Regulação	38
CAPÍTULO II – CENÁRIO DAS TIC	12
Introdução	44
1. Telecomunicações e Internet no Brasil	45
2. A conectividade no Estado do Rio de Janeiro	51
3. Comunicação na Fiocruz e usos das novas TIC	54
CAPÍTULO III – CONSELHOS DE SAÚDE	60
1. Aspectos gerais	60
2. A questão da visibilidade	64
3. Articulação presencial e virtual	67
4. A Fiocruz e os conselhos de saúde	68
5. Recomendações das conferências de saúde e de outros encontros	70
CAPÍTULO IV – METODOLOGIA E DIAGNÓSTICO DA CONECTIVIDADE DOS CONSELHOS DE SAÚDE	73
1. Aspectos metodológicos	73
2. O Conselho Nacional de Saúde e os conselhos estaduais	74
3. O CES/RJ e as articulações com os CMS	75
2. Conselhos de saúde, capital social e uso de mídias digitais	85
4. Os CMS na Internet – Itaperuna, Nova Friburgo, Paraíba do Sul, Resende e Rio de Janeiro	87
CAPÍTULO V – PLENÁRIA VIRTUAL PERMANENTE	73
Introdução	94
1. Requisitos técnicos	95
2. Requisitos de <i>design</i> e conteúdo	97
3. Protótipo da Plenária Virtual Permanente	102
CONSIDERAÇÕES FINAIS	94
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	113
BIBLIOGRAFIA CONSULTADA	119
ANEXO I - MUNICÍPIOS DO RJ NA REDE GOVERNO	120
ANEXO II – QUESTIONÁRIO PARA CADASTRO NA PVP-CS	122
ANEXO III - LISTA DE WEBSITES INSTITUCIONAIS CITADOS	125

Lista de Figuras

Nº	TÍTULO	PÁGINA
1	Topologia da Rede Rio	52
2	Situação da Rede Governo no Estado, segundo o PRODERJ	53
3	Municípios conectados no final de 2004	54
4	Página inicial da SMS de Paraíba do Sul	91
5	Página inicial do CMS de Paraíba do Sul	92
6	Tela de login (PVP-CS)	103
7	Tela principal (PVP-CS)	104
8	Tela de cadastro (PVP-CS)	105
9	Painel de inclusão de conteúdo (PVP-CS)	106
10	Mapa da rede de conselhos (PVP-CS)	107

Lista de Quadros

Nº	TÍTULO	PÁGINA
1	Os conselhos estaduais listados no <i>website</i> do Conselho Nacional de Saúde	74-75
2	Endereços na Internet das entidades representantes dos gestores, prestadores de serviços públicos e privados do CES/RJ	77
3	Endereços na Internet das entidades representantes dos profissionais de saúde do CES/RJ	78
4	Endereços na Internet das entidades representantes dos usuários do CES/RJ	81
5	Os municípios no <i>website</i> oficial do Estado do Rio de Janeiro de acordo com as macroregiões	83-84
6	Teledensidade dos municípios selecionados	89
7	Produto Interno Bruto dos municípios selecionados	89
8	Índices de Desenvolvimento Humano dos municípios selecionados	90

Lista de Gráficos

Nº	TÍTULO	PÁGINA
1	Segmento do CES/RJ: gestores, prestadores de serviços públicos e privados	77
2	Segmento do CES/RJ: profissionais de saúde	78
3	Segmento do CES/RJ: usuários	80
4	Endereços de municípios na Internet, segundo o Portal do Governo do Estado do RJ	82

Lista de siglas

ABERT	Associação Brasileira de Emissoras de Rádio e Televisão
ANSC	Academic Network at São Paulo
ATM	<i>Asynchronous Transfer Mode</i>
CBPF	Centro Brasileiro de Pesquisas Físicas
CES/RJ	Conselho Estadual de Saúde do Rio de Janeiro
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CS	Conselho de Saúde
CSS	Cascade Style Sheets
DCS	Dynavideo Conference System
FAPERJ	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro
Fenaj	Federação Nacional dos Jornalistas
FUST	Fundo de Universalização de Acesso aos Serviços de Telecomunicações
IDH-M	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IHC	Interação Homem Computador
JSP	Java Server Pages
Lavid	Laboratórios Associados de Vídeo Digital
LGT	Lei Geral das Telecomunicações
LNCC	Laboratório Nacional de Computação Científica
MCT	Ministério da Ciência e Tecnologia
Minicom	Ministério das Comunicações
NOB	Normas Operacionais Básicas
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
PHP	Hipertext Preprocessor
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PPI	Programação Pactuada e Integrada
PVP-CS	Plenária Virtual Permanente para o Controle Social
MS-SGP	Secretaria de Gestão Participativa do Ministério da Saúde
SIS	Sistemas de Informação em Saúde
TCP/IP	Transfer Control Protocol/Internet Protocol
TIC	Tecnologias da Informação e da Comunicação
TVDI	TV Digital Interativa
UNESCO	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
W3C	World Wide Web Consortium

INTRODUÇÃO

Ao completar 15 anos, o Sistema Único de Saúde contempla no seu arcabouço político-institucional uma extensa malha de conselhos de saúde disseminados em todo o território brasileiro. Concomitante a esta construção, outro fenômeno social complexo tem se consolidado nas últimas três décadas: a popularização das infovias digitais de informação, materializadas principalmente na Internet. Lidar com os novos panoramas, hábitos e outras formas de relações sociais suscita dúvidas sobre o impacto das novas tecnologias da informação e comunicação (TIC) no principal processo de gestão participativa do SUS, representado pelos conselhos de saúde nas três instâncias governamentais (federal, estadual e municipal).

Apesar da importância dessa questão, praticamente não existe literatura que permita saber até que ponto os conselhos se apropriaram deste novo ferramental. Porém, todos os indícios levam a concluir que os conselhos não se utilizam ainda das práticas na Internet e de mídias digitais em geral.

O propósito principal que guiou a elaboração desta dissertação foi desenhar um aplicativo multimídia — a Plenária Virtual Permanente para o Controle Social — a fim de tornar mais ampla e permanente a interlocução entre os conselhos de saúde do Estado do Rio de Janeiro.

A presente dissertação consta de cinco capítulos. O Capítulo I apresenta conceitos que fundamentam o objeto deste estudo. Entre eles, destacam-se o de capital social e o de governança eletrônica, que estão presentes em toda discussão sobre a inserção dos conselhos de saúde no cenário digital dado pela Sociedade da Informação. Além desta apresentação, discutem-se alguns casos exemplares, nos quais os diversos conceitos foram aplicados.

O Capítulo II expõe a formação da infra-estrutura da Internet e do capital técnico das inteligências coletivas em território brasileiro, que estão possibilitando aos cidadãos o acesso às novas TIC, também dando destaque a aspectos históricos que influenciam atuais entraves para a inclusão digital e para o acúmulo de capital social. Após esta discussão, aborda-se a questão da conectividade no Estado do Rio de Janeiro e são descritos os principais projetos de comunicação na Fiocruz, que fazem uso das TIC.

O Capítulo III examina os conselhos de saúde, seus principais problemas e detalha a questão que este estudo visa diretamente abordar: a falta de visibilidade dos conselhos de saúde perante a população em geral. Configuram-se os tipos de articulação entre conselhos nas diferentes instâncias, descreve-se a atuação da Fiocruz junto aos CSs e listam-se as recomendações dos diversos encontros entre conselheiros, onde a formação de uma rede de interlocução, o controle social, as estratégias de comunicação e a proximidade com a comunidade figuram como relevantes assuntos de discussão permanente.

No Capítulo IV, descreve-se a metodologia que levou à escolha dos cinco municípios do Estado do Rio de Janeiro — no universo de 92 — para participar do protótipo da Plenária Virtual Permanente para o Controle Social, a PVP-CS. Procurou-se investigar os fatores que levaram Itaperuna, Nova Friburgo, Paraíba do Sul, Resende e Rio de Janeiro a terem *website*, enquanto os outros 87 conselhos municipais do RJ não estão na Internet.

O Capítulo V detalha os aspectos de funcionamento da PVP-CS e os fatores levados em conta na construção da ferramenta.

Este estudo é concluído, apontando as perspectivas advindas do uso da Plenária. Um ambiente colaborativo num espaço virtual pode vir a contribuir para unir diferentes atores presentes no cotidiano dos conselhos de saúde, além de servir de ponto de interlocução entre diversos sujeitos. Certamente, a cultura de uso desta ferramenta pode servir como um instrumento de inclusão digital e, por conseqüência, de combate à exclusão social, além de ampliar e multiplicar as possibilidades de interação entre as múltiplas instâncias de decisão e gestão, tanto no âmbito dos CSs como em relação às comissões intergestoras e outros conselhos.

CAPÍTULO I – REFERENCIAL TEÓRICO

Introdução

Neste capítulo serão examinadas como as concepções de rede, capital social e exclusão digital podem ser úteis para explicitar situações de desigualdade na sociedade brasileira. A estes conceitos se somam as comunidades discursivas com outros adjetivos significativos (virtual e cívica). Nesta abordagem se situam os conselhos de saúde no novo cenário político, econômico e cultural que a Sociedade da Informação apresenta.

A seguir, são apresentadas discussões multidisciplinares, advindas da construção da teoria da comunicação, para compreender a mudança no papel dos meios de comunicação por ocasião da convergência tecnológica com o setor de telecomunicações.

Dos conceitos acima mencionados, merece atenção o de capital social — seus usos específicos e genéricos, seus tipos e a utilidade para a pesquisa em questão. Em seguida, listam-se algumas possibilidades de acúmulo de capital social e de desenvolvimento comunitário que as novas tecnologias da informação e comunicação apontam.

O capítulo é encerrado com a menção a experiências internacionais e nacionais de políticas públicas construídas sobre este arcabouço teórico.

1. Redes e comunidades discursivas

O conceito de rede nas ciências sociais é permeado por dicotomias tais como indivíduo *versus* sociedade ou subjetividade *versus* objetividade da realidade social. Apesar de o trabalho em redes de conexões ser um fenômeno antigo na sociedade, o uso do conceito como ferramenta de análise social começa a ganhar corpo durante a Guerra Fria para dar conta das singularidades das relações internacionais altamente bélicas e bipolares (Colonomos *apud* Marteleto 2001, p. 15)¹. O estudo das redes sociais tem evidenciado a forma como os indivíduos organizam ações em seus espaços políticos em função de mobilizações suscitadas pelo próprio crescimento das redes.

Como assinala Colonomos,

(...) de forma diferente das instituições, as redes não supõem necessariamente um centro hierárquico e uma organização vertical, sendo definidos pela multiplicidade quantitativa e qualitativa dos elos entre os seus diferentes membros, orientada por uma lógica associativa. Sua estrutura extensa e horizontal não exclui a existência de relações de poder e de dependência nas associações internas e nas relações com unidades externas [...]. Estudar a informação através das redes sociais significa considerar as relações de poder que advêm de uma organização não-hierárquica e espontânea e procurar entender até que ponto a dinâmica do conhecimento e da informação interfere nesse processo (p. 22-24)¹.

Segundo Rovere (*apud* Feuerwerker et al., 1998)², para constituir uma rede não basta existirem projetos trabalhando em torno de um mesmo tema, ou encontros regulares, nem mesmo uma racionalização das potencialidades e necessidades de vários projetos. Para que uma rede exista com êxito, é preciso que vários sujeitos se articulem para trocar experiências e se fortalecer reciprocamente, a partir da necessidade de enfrentar problemas comuns, cuja solução não está ao alcance de cada um, isoladamente. Um elemento mobilizador relevante para a articulação em rede é o reconhecimento de que a ação coletiva e a construção de um contexto externo favorável são essenciais para que se possa produzir uma mudança geral e para a sobrevivência do próprio processo inovador.

Os antecedentes da teoria de redes derivam da teoria geral dos sistemas, cujo precursor, Bertalanffy (1901-1972)³, tinha uma abordagem unificada dos problemas de comunicação e de controle, envolvendo todo um complexo de idéias; enfim, uma visão sistêmica. Portanto, um sistema e um recorte de rede para uma determinada análise social não são conceitos concorrentes. Uma análise de recorte de rede é efêmera e não deve ser desvinculada de fatores históricos contemporâneos. Nesse sentido, este trabalho traz algumas retrospectivas imprescindíveis para se entender o cenário da rede nascente que se está investigando.

Um outro conceito afim à presente discussão é o de Sociedade da Informação, que, segundo Castells, é global e informacional, com a economia baseada numa rede de interações de escala mundial. Nesta sociedade, há o predomínio da lógica das redes, porque ela está organizada mediante conexões entre agentes econômicos. Esta lógica, característica de todo tipo de relação complexa, pode ser, graças às novas tecnologias, materialmente implementada em qualquer tipo de processo. A rede digital, o meio físico

da Internet, fez acelerar o fluxo de informação, modificando as relações de trabalho e a circulação do capital econômico, social e simbólico.

Esta mesma lógica de redes estimula a construção individual de significado. Uma outra função significativa da articulação em rede para o enfrentamento de determinado obstáculo em comum seria aproximar os diversos pólos de construção de hipertextos personalizados (sejam eles de indivíduos ou de uma coletividade) através da construção de protocolos de significado, ou seja, significados discutidos e alterados por um determinado grupo. A rede para compartilhar um determinado significado na vida social é vital na Era da Informação. Castells afirma que, hoje, é principalmente na virtualidade que se processa a criação de significados. (2003, p. 165-167)⁴

Outra característica da Sociedade da Informação, útil a este estudo, é a crescente convergência de tecnologias, principalmente microeletrônica, telecomunicações, computadores e, também, biologia. O ponto central aqui é o fato de que trajetórias de desenvolvimento tecnológico em diversas áreas do saber tornam-se interligadas e transformam as categorias segundo as quais se pensam todos os processos.

O foco deste trabalho está numa rede desenhada a partir de uma metáfora sobre sua morfologia para se chegar a um conceito analítico. Para observar a formação de uma rede de interlocução de conselheiros de saúde no espaço digital, mais especificamente na Internet, optou-se pelo conceito da rede rizômica, com sua multiplicidade de relações assimétricas e assíncronas com fluxos regulares e não-regulares de informação.

Como sinalizam Deleuze e Guatarri (1996, p. 14-15)⁵, um sistema rizomático aponta para a necessidade de se elaborar o múltiplo, e, ao mesmo tempo, de retirar o específico da multiplicidade a ser constituída, que reflete a interação de comunidades discursivas (sujeitos) no ciberespaço, sejam elas instituições da sociedade civil, governamentais ou mesmo os indivíduos e cidadãos. Em vez da metáfora da árvore do conhecimento constituída de um único feixe de raízes gerador de um caule central e ramificações, a metáfora do rizoma faz pensar em uma função de fixação e crescimento, onde não existe uma individualidade central: os indivíduos conectam-se através do caule em uma rede única, formada nó a nó, onde cada nó possui raiz e folhas.

Todos os nós de uma rede hipertextual em um determinado momento podem fazer o papel de autores como centro do hipertexto num ambiente colaborativo. Os autores estão em pontos diversos, colaborando para a construção de um sentido, onde

certamente conviverão pilares de consenso e de divergência. O elemento mobilizador permanente para uma articulação em rede dos conselhos de saúde no meio digital é o **exercício do controle social do SUS**, que, apesar de toda a atividade de interlocução nos diversos conselhos, ainda não se tornou um protocolo de significado, conforme relatórios das conferências e plenárias de conselheiros e variados estudos sobre os conselhos.

Para chegar à comunidade discursiva, alguns aspectos da gênese da teoria da comunicação no século XX precisam ser revisitados. Pode-se afirmar que a teoria matemática da informação — elaborada por Shannon e Weaver (1949)⁶, dois engenheiros de telecomunicações — foi a matriz de como pensar o processo comunicacional. Trata-se de um modelo linear, com três elementos principais: um emissor, o canal por onde passa a informação e o receptor. O enfoque principal deste modelo é a diminuição do ruído, mediante o ajuste de códigos entre emissor e receptor.

Contribuições de outras ciências, como a Psicologia Cognitiva e a Sociologia, foram acrescentadas a este modelo por diversos autores. Um dos mais importantes para a questão da abordagem da prática comunicacional na saúde foi o *two-step flow*, proposto por Paul Lazarsfeld (1969)⁷, que introduz uma instância intermediária entre emissor e receptor: os líderes de opinião.

O modelo preconizado por Shannon e Weaver e enriquecido por Lazarsfeld, que na época se constituiu em paradigma, prevê emissores e receptores, um canal e um intermediário, o líder de opinião. Considera o processo de comunicação como um fluxo linear, posto que foi pensado para máquinas, e, portanto, não dá conta da comunicação entre duas ou mais pessoas, visto que ignora as influências do discurso e do meio ambiente à sua volta. Todavia, é até hoje amplamente usado para planejar ações em Comunicação para a população.

Outras áreas do conhecimento — contribuindo para o aprimoramento da teoria da comunicação — concluíram que as análises de conteúdo, as relações sociais, as formas de produção, veiculação e circulação da mensagem estão constantemente em modificação no processo emissão-recepção. As complexas redes de mediações (Araújo, 2004, p. 174)⁸ impedem o controle total de um ator social, de uma organização sobre os significados da recepção.

Modelos críticos surgiram nos anos de 1960 e de 1970 nos países latino-americanos, com propostas de incorporar a dimensão dialógica, descrita pela “comunicologia” de Flusser (1996 *apud* Capurro et al.)⁹, que, mais do que distribuir informação, cria uma nova informação. Porém, tais modelos ainda não estão suficientemente esquematizados para embasar um planejamento de ações em Comunicação, embora também colaborem com a visão crítica do processo comunicacional.

Alguns aportes dos Estudos Culturais, da Semiologia e da Lingüística, que fazem parte deste esforço multidisciplinar de elaborar uma teoria da comunicação, são fundamentais para a elaboração de ações estratégicas em comunicação. Comunicação é negociação discursiva, dos *sentidos* barthesianos que incorporam pluralidade e dinamismo ao conceito anterior de signo, que, segundo Saussure (1969)¹⁰, é principalmente uma conexão arbitrária entre o *conceito* (significado) e a *imagem acústica* (significante). Segundo a Semiologia, a negociação discursiva comunicacional é inerente à prática social, e capacidade de comunicar é capacidade de contextualizar.

A expressão *lugar de interlocução* é muito abrangente para explicar a Comunicação, pois agrega aspectos culturais e da sociedade. Conforme explica Araújo: “[lugar de interlocução] cobre o circuito produção-circulação-consumo, referencia o processo de negociação e põe em realce a noção de contexto”. (2001, p. 125)¹¹

É importante também ressaltar o conceito de hibridismo trabalhado por Canclini (1990)¹² para perceber o quanto qualquer lugar de interlocução é múltiplo e por isso difícil de determinar. O lugar de interlocução é temporário e está muito ligado ao pragmatismo do sujeito histórico.

Dentro destes conceitos, as *comunidades discursivas*, ideadas por Bourdieu (1989)¹³, aparecem como arenas de disputa de poder e troca de moedas simbólicas, estes espaços podem representar os conselhos de saúde.

Uma considerável parte da sociedade brasileira atual se configura como informacional e pós-moderna, no sentido de industrializada e integrada em redes de mercado ao processo econômico de globalização. Esta é também a sociedade do espetáculo, se for observado o fenômeno sob o viés ético trabalhado por Dupas (2000)¹⁴. A pós-modernidade não foi sem razão classificada como um mal-estar por Bauman (1998)¹⁵ à luz das idéias de Richard Rorty, Michel Foucault e Anthony

Giddens. Seguindo estes autores, Araújo (2001)¹⁰ caracteriza o pós-moderno principalmente como lugar de embate marcado pela incerteza e pela instabilidade, como condições estruturais, pela presença forte do mercado na organização da sociedade, pela emergência de novos atores sociais, pela desconstrução de sistemas de nomeação e por um estado permanente de busca e de transição.

Este desconforto, que perpassa o processo histórico denominado globalização, levantou alguns conflitos éticos acerca da manipulação da mídia eletrônica, como bem coloca Dupas:

(...) para controlar todas as fases de transformação da cadeia produtiva global e garantir sua compatibilidade, foram necessárias novas formas de Comunicação e processamento das informações, o que significou a necessidade de radicalização de um novo paradigma tecnológico já viável com a pesquisa básica desenvolvida pela microeletrônica e nas telecomunicações. (2000, p. 3)¹⁴

Como superar o desconforto, a manipulação da mídia e os conflitos éticos num contexto onde os *Big Brothers* são sinônimos de participação popular e os programas de auditório substituem os tribunais? É preciso levar em conta, na construção de um *locus* digital para interlocução entre os conselhos de saúde, que esta pós-modernidade pode ser também um lugar propositivo, de troca, de resistência, de acúmulo de capital social, onde há espaço para conselhos e conferências de saúde como comunidades discursivas.

Ainda referente ao conteúdo produzido para as diferentes mídias, outro novo fator complicador, disseminado pelas redes eletrônicas, é o que o *Critical Art Ensemble* (*apud* Ribeiro, 2000)¹⁶ chama de *white-out*, a nevasca da informação, onde o cidadão precisa de uma autoridade para “filtrar” a informação, dentro da sobrecarga de informações inúteis ou falsas a que tem acesso. Em tempos de globalização, onde uma miríade de autores declara o Estado como enfraquecido, quem fará o papel de distribuir a informação em prol da transparência do governo e da democracia? Quanto à informação em saúde relativa ao Sistema Único de Saúde brasileiro, reflexões que dizem respeito às práticas de produção, transferência, aquisição e utilização da informação em saúde são objetos de uma política de Estado, com repercussões para toda a sociedade (Moraes, 2002)¹⁷. Esta assertiva baseia-se na decisão da *United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization* (UNESCO), que, em 1983, estabelece o direito à informação como um dos aspectos inerentes aos direitos humanos, como valor ético universal: “O direito de todos à informação constitui um prolongamento lógico do processo constante em direção à liberdade e à democracia.”

Este trabalho analisa como acontece a circulação da informação pela Internet entre os conselhos de saúde nacional, estaduais e municipais, com foco no Estado do Rio de Janeiro, sem perder de vista a necessidade da gestão das informações em saúde para o controle social. Aponta, também, através de um protótipo, uma sugestão para incrementar esta circulação, tanto em nível quantitativo quanto qualitativo, com o uso das TIC. Para fins desta análise dos conselhos, discutir-se-á adiante o capital social, a fim de se visualizar como esta dimensão das relações em rede e a dinâmica do processo comunicacional podem influir na falta de oportunidades, perspectivas e na exclusão digital.

2. Capital social *versus* exclusão digital

Esta seção expõe a função da categoria capital social para abordar a inclusão digital dos conselhos de saúde. Assim, conceituar-se-ão os tipos de capital social, e serão explicitados o impacto e a relação do mesmo com a exclusão digital.

O capital social é, ao mesmo tempo, um conceito e uma ferramenta de análise política especialmente útil para pensar políticas públicas de caráter inclusivo. Ele tem relação com:

- valores sociais e igualdade – fornecendo um ambiente para indivíduos e comunidades, para realizar trocas sociais;
- regras de desenvolvimento comunitário – e sua contribuição para o bem-estar público e a coesão social;
- cidadania ativa e contemporânea – o que requer novo ímpeto e expressão neste tempo de significativa transição e mudança na sociedade. O desafio consiste em traduzir isto numa cidadania ativa, baseada numa série mais definida de direitos, oportunidades e responsabilidades;
- parcerias de voluntariado público e privado – e sua contribuição para aflorar uma nova energia cívica e comunitária em relação aos cuidados e serviços sociais na comunidade. Nenhum ator isolado pode fazer isso tudo;

- qualidade de governança pública e reforma do setor privado – requisito para se tornar mais “especificamente enraizado nas necessidades locais da comunidade e das pessoas” (Stewart-Weeks, 2000, p. 291)¹⁸;
- processo de parceria social – que irá prover uma base institucional para acomodar visões, capacidades e necessidades das várias partes interessadas.

O capital humano é adquirido pelos indivíduos em termos de conhecimento e habilidades, e pode ajudar a gerar bem-estar, renda e normas de cooperação. Já o capital social é adquirido por comunidades e sociedades. Existem diferentes maneiras de definir, mensurar e aplicar o conceito. Nossa intenção neste capítulo não é aprofundar o conceito, mas abordar brevemente três aspectos: o que se quer dizer com capital social, quais são suas dimensões-chave (voluntariado, desenvolvimento comunitário etc.) e quais são os diferentes tipos de engajamento social contidos neste conceito (vincular *bonding*, fazer-ponte ou *bridging*, ligar *linking*).

Entre os estudiosos que usaram o termo, figuram James Coleman (1990)¹⁹, Pierre Bourdieu (1986)²⁰, Francis Fukuyama e Robert Putnam. Este último enfatiza o papel de *redes sociais, confiança, normas e sanções* para facilitar a ação coletiva. Fukuyama se centrou no papel da confiança como um fator-chave mediador para o sombrio custo transacional nas comunidades e nas empresas, capacitando as pessoas a trabalhar juntas mais efetivamente (Fukuyama, 1997)²¹. Uma definição adotada no relatório da OECD – *Organisation for Economic Co-operation and Development*, intitulado *The Well-Being of Nations*²² é: “redes unidas com normas, valores e entendimentos compartilhados para facilitar a cooperação inter ou intragrupos” (OECD, 2001a, p. 41).

A definição acima provê um conceito flexível e abrangente de capital social, que chama a atenção para as conexões sociais como recursos dentro das comunidades regionais, da vizinhança, das empresas, das famílias e das associações comunitárias ou de voluntariado. Este é um exemplo prático e simples sobre como o termo é usado em nível local na secretaria de desenvolvimento de uma comarca irlandesa:

O conceito de capital social soa abstrato, mas poderia ser simples, você confia em pessoas? De quantos clubes, sociedades ou grupos sociais você faz parte? Se a sua criança fica doente, você tem a quem chamar para te ajudar? Basicamente, quanto contato social você tem na sua vida? Essas ligações sociais, de acordo com a pesquisa vão te ajudar a viver mais e provavelmente adiciona valor monetário à economia.¹

A definição de capital social da OECD é também compatível com uma abordagem política que enfoque a desigualdade social e a exclusão. Ao ver o capital social como um recurso de um determinado grupo, é possível que certos indivíduos e grupos estejam excluídos de redes sociais relacionadas a elites poderosas.

O comportamento do tipo “na minha área não permito isso!” surge em grupos sociais próximos. Similarmente, a inovação, o empreendimento e a ajuda a indivíduos e grupos através da rede de um indivíduo podem ser bloqueados. Portanto, o capital social tanto pode ser usado como um meio para aproximar a comunidade e engajar as minorias periféricas, como também para isolá-la mais ainda do resto do grupo. Assinala-se que:

Um dos fatores que fazem a desigualdade econômica destrutiva é o potencial que isso oferece para os que são economicamente poderosos de converter dinheiro (capital econômico) visivelmente e rapidamente em outras formas de capital. As pessoas com mais capital econômico estão melhores posicionadas para adquirir capital cultural tais como educação formal, aprendizagem para o trabalho ou capital social, (ex.: entrada em redes sociais valiosas), um fato que reitera a dominação. (Bourdieu e Passeron, 1977; Woolcock, 2000). Através do ganho da combinação entre capital social e cultural, os com mais capital econômico também estão mais bem posicionados para exercer o poder político. (Phillips, 1999)²³

Freqüentemente associada ao termo *capital social* é a noção de desenvolvimento comunitário, que admite várias abordagens e definições. O desenvolvimento comunitário pode delinear uma cidadania ativa própria e autêntica para os que formam comunidades geográficas ou de interesses. Um conceito ampliado de cidadania ativa diz respeito a todos os membros da sociedade, incluindo aqueles que estão excluídos sob o véu da etnia, posição social ou outras identidades.

Capital social envolve uma série de recursos inerentes às comunidades, às redes e aos relacionamentos. Em contraste, o desenvolvimento comunitário

descreve um processo e um efeito ascendente de uma grande série de níveis de recursos comunitários. Neste sentido, o desenvolvimento comunitário funciona com uma série de recursos sociais, humanos, institucionais e ambientais. O desenvolvimento pode referir-se a comunidades geograficamente unidas ou a comunidades dispersas, com interesses ou identidades em comum. O capital social — visto como propriedade de comunidades específicas — pode ajudar no desenvolvimento comunitário. Ao mesmo tempo, o desenvolvimento comunitário pode acelerar a qualidade e a extensão dos laços sociais e de confiança num fluxo de duas vias.

Existem várias dimensões inter-relacionadas e sobrepostas associadas ao capital social, a saber:

- engajamento comunitário – vários tipos de redes sociais e esforços voluntários;
- eficácia comunitária – um senso partilhado de empoderamento e uma capacidade para efetuar mudanças no nível comunitário;
- voluntariado – iniciativas individuais não-remuneradas em prol da comunidade;
- participação política – marcas de um engajamento cívico ativo, o voto etc.;
- redes informais de ajuda social – isto incluindo sua estrutura, densidade, tamanho e composição por idade, classe, gênero, etnia etc.;
- sociabilidade informal – regularidade de contatos sociais com outros (falando, escrevendo, indo a festas etc.);
- normas de confiança e reciprocidade – créditos mútuos, expectativas e obrigações, como igualmente sanções a um comportamento oportunista ou anti-social (também entendidas como regras formais e informais que guiam as relações de convivência entre membros de uma rede); e
- confiança nas instituições (públicas, empresariais e voluntárias).

Uma definição similar é usada por Donoghue (2001)²⁴: “tanto atividades individuais quanto grupais envolvidas no benefício de outrem que não o próprio ou a família do mesmo”.

Putnam definiu o capital social como “características da organização social como redes, normas e confiança mútua que facilitam a coordenação e a cooperação para benefício mútuo” (1995, p. 67)²⁵.

Porém, em escritos mais recentes, Putnam localizou a confiança como um resultado do capital social que ele entende se referir a redes sociais e normas de reciprocidade a elas associadas. (Woolcock, 2000)²⁶

Outras definições mais amplas incluem normas sociais e valores compartilhados que supõem comportamento e motivação (OECD, 2001a). Acreditar que é inaceitável trapacear, tirar dinheiro de outros e tratar estranhos com desrespeito ou violência é visto como parte integral do contexto onde normas sociais de comportamento e cooperação existem. Cidadãos decidem votar justamente porque acreditam que um voto extra, diferente dos outros, pode mudar o resultado final. Vizinhos zelam por pessoas idosas, vivendo perto delas, ou denunciam abusos em crianças. Estes e os mais diversos exemplos de comportamento cívico constituem um recurso vital e benéfico da comunidade. Eles são reforçados pelos modelos de comportamento cooperativo e interação no nível da comunidade e também contribuem para o engajamento cívico.

Alguns entendimentos vão mais além, incluindo vários tipos de instituições sociais num vasto conceito de capital social e de capacidades sociais, incluindo a regra da lei, estrutura de mediação de conflitos e instituições de governança pública (Ritzen, 2001)²⁷. O papel do Estado e da política pública se constitui como crucial para o impacto do capital social e humano, embora seja preciso distinguir entre o papel das estruturas legais e dos programas para a ação pública do papel dos vários tipos de redes e normas sociais que as sustentam e complementam.

A vantagem de uma definição mais específica de capital social é que ela contém uma fácil aplicação e generalização em modelos empíricos de pesquisa e análise política. Considerações sobre o contexto cultural e institucional fizeram o conceito de capital social difícil de ser aplicado como universal. A

noção de capital social, sem levar em conta as propriedades culturais, ao invés de ajudar, acaba se contrapondo a diferentes tipos de comunidades. Portanto, por sua importância, a cultura e o contexto institucional precisam ser levados em conta — especialmente em propósitos onde a abordagem política é sensível ao local, e também às características das comunidades. Melhor do que buscar uma definição pura ou uma medida precisa, uma abordagem pragmática é necessária para aplicar o capital social em qualquer dada circunstância, e compatível com as atuais comunidades existentes.

Freqüentemente, a noção de capital social é confundida com “fazer o bem”, simplesmente, ou com outro tipo de voluntariado. É importante sinalizar as seguintes diferenças, envolvendo o capital social:

- refere-se a todos os tipos de contato social e normas – não se trata de ações sociais positivas, meramente, de caridade ou de atenção em detrimento de outras;
- limitadas e amplas definições não são mutuamente exclusivas – definições amplas apenas contêm várias definições limitadas;
- indica recursos cumulativos em forma de redes e obrigações mútuas – não deve ser confundido com possíveis resultados benéficos, tais como harmonia social ou qualidade de vida;
- não se refere exclusivamente a estes aspectos do contato social que têm valor econômico ou monetário – é na verdade o capital para estender estes valores e gerar vários tipos de benefícios, incluindo a saúde pessoal e o bem-estar.

Em resumo, o termo capital social implica redes, laços sociais e obrigações mútuas que têm funções duais: são acumulados ou adquiridos, podem ser delineados e usados de maneira a produzir no futuro ganhos econômicos, pessoais e sociais. São recursos compartilhados ou grupais e, para isto, potencialmente constituem-se em um recurso social.

Uma distinção importante é feita, para fins analíticos (Macinko, 2001, p. 389)²⁸, entre os diferentes tipos de redes sociais: os de vínculos (*bonding*), os de fazer ponte (*bridging*) e os de ligações (*linking*).

A rede de vínculos ocorre mais freqüentemente em famílias ou grupos relativamente “parecidos”. O capital social de vínculo pode prover importantes benefícios relacionados à saúde, pessoais e emocionais para seus membros, através de laços próximos e ajuda (para continuar vivendo). Ele aparece em conexões entre as famílias ou etnias específicas. Pode surgir com um grupo social particular que divide identidades, interesses e local de residência. Este tipo de capital social não é necessariamente negativo ou exclusivo de grupos que não são parecidos. Embora, em alguns casos, ele exclua os “outros” do “clube” ou do “círculo de confiança” e ajuda mútua. O capital social de ponte (*bridging*) conecta diferentes tipos de pessoas e grupos (como, por exemplo, etnia, gênero, políticos) e pode ser particularmente efetivo para pessoas que estão procurando ganhos econômicos e sociais mediante sua sociedade imediata (para a ascensão na vida). Surge quando associações e conexões são feitas através de linhas sociais, geográficas ou de forte identidade. Já o capital social de ligação conecta grupos e indivíduos com outros em diferentes posições (como, por exemplo, elites mais poderosas e comunidades economicamente desfavorecidas).

Muito capital social de vínculo e pouco de ponte podem restringir seriamente a iniciativa pessoal e a inovação. Muito capital social de ponte e pouco de vínculo podem deixar os indivíduos vulneráveis. Por outro lado, a insuficiência de capital social de ligação pode levar ao distanciamento de determinados grupos dos centros de poder e influência necessários para a realização de seus direitos e interesses. Uma deficiência de capital social de ponte e de ligação entre as minorias as deixa expostas a continuar marginalizadas e sem poder. Portanto, um misto de capital social de vínculo, de ponte e de ligação é desejável. Um desafio-chave, porém, é promover o melhor balanceamento possível entre os diferentes tipos de engajamento social, assim como a inclusão de grupos empobrecidos.

O capital social é definido como redes conjuntas com normas compartilhadas, valores e entendimentos para facilitar a cooperação entre ou intragrupos. Adequadamente aplicado e desenvolvido, ele pode alavancar a ligação com instituições públicas, fazendo ponte para grupos empobrecidos e fomentando vínculos, a fim de desenvolver um nível de ajuda mútua

comunitária em determinada localidade. Embora não se aplique sozinho, o estímulo ao crescimento do capital social é um dos recursos que podem ser usados para acelerar o desenvolvimento comunitário e a inclusão social na atual conjuntura.

Em contraposição a iniciativas de acúmulo e fomento de capital social nas comunidades, afluente na Sociedade da Informação mais um elemento perverso para o grande contingente da população pobre no planeta — a exclusão digital. Vários autores têm se debruçado no binômio inclusão/exclusão digital. O termo *inclusão digital* geralmente é empregado em contextos de elaboração de políticas públicas estruturais e compensatórias de combate à pobreza; já o termo *exclusão digital* é usado em diagnósticos e panoramas de realidades específicas, porém ambos dizem respeito ao mesmo fenômeno.

Sob uma dimensão simplificada, um excluído digital seria aquele privado de acesso a um computador ligado à Internet, através de uma linha telefônica e um provedor de acesso (Silveira, 2001, p. 18)²⁹. Porém, a exclusão digital está inserida num contexto amplo e complexo de outras formas de exclusão social. Conforme assinala Dupas (2000, p. 20)¹⁴, um indivíduo pode estar excluído em algumas dessas categorias e incluído em outras. Por exemplo, um indivíduo pode estar excluído do mercado formal de trabalho, mas não da possibilidade de garantir a sua sobrevivência no mercado informal; ou, ainda, pode ele ser excluído de algo por estar incluído em outro: se um jovem começa a trabalhar cedo demais, provavelmente será excluída a possibilidade de ele obter uma formação escolar que lhe dê direito a concorrer às melhores vagas no mercado. Segundo Iizuka (2002)³⁰, a exclusão social não se restringe à questão da igualdade de renda, trabalho, direitos e deveres, mas também do respeito às diferenças no modo de vida, na cultura de um povo, diversidade política e religiosa etc., e a exclusão digital estaria neste feixe.

Bernardo Sorj (2003)³¹ compreende a exclusão digital como uma dimensão da desigualdade social. O autor enfatiza que a exclusão digital é a ausência de informação em resposta aos anseios locais de comunidades empobrecidas, pequenas cidades, bairros distantes e zonas rurais. Ela representa um desafio tecnológico para a Sociedade da Informação, que, ao produzir

conteúdos específicos para essas populações, não deve orientá-los por uma lógica exclusivamente comercial.

Ainda hoje existe uma disparidade muito grande entre países e, nestes, entre regiões, tanto no que diz respeito à qualidade da infra-estrutura em telecomunicações quanto à teledensidade^{II}. A falta de educação e a falta de infra-estrutura informacional deixam a maior parte do mundo dependente do desempenho de um pequeno número de segmentos globalizados de suas economias. Para um país, a gravidade da exclusão digital é estreitamente ligada ao seu desempenho econômico, e estar desconectado ou superficialmente conectado com a Internet equivale a estar à margem do sistema global, interconectado. Desenvolvimento sem a Internet seria o equivalente à industrialização sem eletricidade na Era Industrial (Castells, 2003, p. 220).

A dimensão técnica não é suficiente para explicar a existência da exclusão digital. Waschauer (2002 *apud* Starobinas)³² propõe a utilização da expressão Tecnologia para a Inclusão Social como base para pensar processos nos quais as tecnologias sirvam de meio para transformações mais substanciais no conjunto da sociedade:

Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC) não é uma variável externa a ser injetada de fora para produzir certos resultados numa realidade existente. Ela deve ser tecida de maneira complexa no sistema social e seus processos. Do ponto de vista político, o objetivo de usar TIC com populações empobrecidas não é superar a exclusão digital, e sim estimular um processo de inclusão social. Para atingir este objetivo, é necessário focar na transformação, não na tecnologia.

Os discursos e análises relativas ao tema — assinala Iizuka — recaem, na maioria das vezes, na questão da pobreza. Ou seja, tal como na exclusão social, busca-se contextualizar o fenômeno da exclusão digital na renda insuficiente; esquecem-se, porém, os componentes culturais e sociais, colocando-se demasiadamente em foco o fato em si, e não o processo e a dinâmica que excluem as pessoas e as organizações do acesso e do uso das tecnologias.

No Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Amostragem por Domicílio (PNAD) do IBGE, em 2000, havia de 10 a 20 usuários de informática a cada 100 mil habitantes. Dos 170 milhões de brasileiros, apenas 26 milhões têm acesso a um computador. A Região Sudeste concentra 58% dos provedores de acesso, sendo que 12% estão na cidade de São Paulo e 8% na cidade do Rio de

Janeiro. Na virada do milênio, apenas 6% dos municípios brasileiros, pouco mais de 300 Prefeituras, tinham uma infra-estrutura mínima necessária para que pudessem ser instalados serviços locais de acesso à Internet.

O Mapa da Exclusão Digital ³³, elaborado pela Fundação Getúlio Vargas, em 2003, aprofunda a dimensão do fenômeno no Brasil. O trabalho visa introduzir o conceito de capital digital, que seria uma releitura do capital social. Segundo o estudo, a falta de capital social não seria suficiente para explicar determinada situação de desigualdade e pobreza na atual sociedade brasileira. O processo de acúmulo de capital social passa pela mobilização interna da comunidade, por sua capacidade de articulação com outros níveis da sociedade, através do associativismo, pelo poder de pressão e solidariedade interna. Passa também pela interação com uma política de inclusão digital que contemple equipamentos e conhecimento técnico que possibilite a interação entre cidadão, coletividade e governo.

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

A construção de outras variáveis relativas ao capital digital é especialmente importante no Brasil e na América Latina pela longa tradição de usar medidas de pobreza baseadas em renda (Mapa da Exclusão Digital, 2003, p. 25) para explicar a desigualdade. A exclusão digital é um dos empecilhos para que a população usufrua novas oportunidades de acúmulo de capital social oriundas das tecnologias da informação e da comunicação.

O panorama da exclusão digital no Brasil estreitamente ligado à exclusão social também atinge o universo dos conselhos de saúde, onde a não familiaridade com o computador se alia a poucos locais públicos de acesso à

Internet e à distante panacéia da universalização das telecomunicações no território. Existe uma grande lacuna entre os conselheiros e o acesso às informações em saúde, uma vez que grande parte da população brasileira não só é excluída socialmente como também digitalmente. Há que se pensar um caminho para alcançar o desenvolvimento comunitário e a almejada igualdade social. Um dos passos em direção a este objetivo é a formulação e implementação de políticas públicas voltadas às áreas de informação, comunicação e educação em saúde, áreas estas consideradas estratégicas no novo milênio.

3. Potencialidades das tecnologias da informação e comunicação

O filósofo Pierre Lévy³⁴ tem estudado o quanto as comunidades virtuais podem contribuir para o avanço da humanidade. Neste sentido, uma de suas construções é o conceito de Inteligências Coletivas. Ele afirma que a Internet pode criar uma espécie de *ágora virtual*, onde os cidadãos poderão deliberar sobre assuntos que lhes concernem diretamente, criando espaços virtuais temáticos onde compartilhem suas inteligências individuais, memórias, percepções, imaginações, resultando numa aprendizagem coletiva, enfim, na troca de conhecimentos.

Uma tendência tecnológica — a digitalização dos mais diversos tipos de informação, tais como voz, dados, imagens, som e texto — vem trazendo à tona um dos fenômenos mais importantes do século XXI: a convergência entre as telecomunicações, no sentido tradicional de infra-estrutura e serviços básicos de comunicações, como telefonia e transmissão de dados. Fundem-se os meios de comunicação de massa e a informática, marcando a entrada definitiva das redes de computadores no cotidiano dos indivíduos. O fenômeno da convergência, também intitulado de multimídia, não obstante o entusiasmo e a certeza de muitos, tem gerado um quadro de incertezas, tanto políticas quanto, econômicas.

Este mesmo processo de convergência de tecnologias e de mídias é um dos motores na formação das Inteligências Coletivas. Segundo Lévy: “quanto mais esses órgãos de comunicação se aperfeiçoam, mais essa memória se torna

vasta e mais o ecossistema das idéias se transforma, a inteligência coletiva aumenta, se complexifica e evolui com rapidez” (1999, p. 30)³⁵.

Lévy concentra três pólos de significação do capital da Inteligência Coletiva: o técnico, o cultural e o social. O capital técnico consiste no ambiente físico, na mídia e nos próprios computadores ligados à Internet. Ao longo desta discussão, constatar-se-á que o problema da exclusão digital diz respeito diretamente a este pólo em todas as áreas, inclusive a da saúde. O capital cultural está no pólo do signo e é a memória gravada da cultura. Trata-se da estrutura abstrata das idéias e da maneira como são representadas. Já o capital social está na reunião das idéias produzidas pela população, segundo Lévy, embora para autores como Putnam (1993) o termo tenha mais abrangência e envolva as relações de cooperação, reciprocidade e confiança.

A rede complexa que o rizoma representa pode ser vista sob a ótica da participação de representantes da sociedade civil nos conselhos, empenhados na construção de uma política de saúde para a população. Já a metáfora da mutação constante da rede se adequa à visão contemporânea da comunicação como interlocução e busca da alteridade. Vários interlocutores — ou comunidades discursivas — são tubérculos nesta rede rizômica, inclusive os próprios conselhos de saúde. São vozes e discursos circulando nesta rede, que podem interagir com mais rapidez e ser aproximados num modelo virtual que a convergência tecnológica possibilita atualmente, através de ferramentas da Internet — tais como *websites*, listas de discussão e videoconferências.

As tecnologias da informação e da comunicação não devem ser mitificadas. As TIC não fogem à lógica de redes da Sociedade da Informação, caracterizada por Castells; mas criam uma dicotomia, envolvendo os hipertextos personalizados e os protocolos de significado. Qualquer projeto governamental que envolva participação cidadã, na área, deve tomar como ponto de partida o tipo de participação que se almeja fomentar (Torrás, 2004, p. 9)³⁶. Por isso, este estudo enfatiza a especificidade de dois dispositivos que fundem conteúdo e são fundamentais no processo de inclusão digital no Brasil: a televisão e o computador ligados nas redes digitais, pois eles simulam encontros e reuniões, apresentam imagens em movimento de vários pontos simultaneamente, com interação em tempo quase real.

A implantação de uma TV aberta interativa digital terrestre e gratuita no território brasileiro poderá elevar o patamar de inclusão digital e de esclarecimento político dos cidadãos. O parque de 57 milhões de TVs instaladas no Brasil, onde apenas uma porcentagem muito pequena recebe os sinais por cabo ou satélite, poderá ser cenário do que há anos acontece na Internet. Segundo Lemos, Elias e Silveira ³⁷:

A transição da TV analógica para a TV digital se dará no curto, médio e longo prazo, porque não é razoável esperar que os usuários troquem seus aparelhos receptores analógicos por digitais quando o sistema digital se tornar disponível. Prevê-se um período de transição de cerca de 15 anos onde as difusoras deverão transmitir sua programação simultaneamente nas formas analógica e digital (simulcast). Outra solução usada também para suavizar a transição é o uso de uma unidade conversora de sinais transportando vídeo digital (que serão recebidos da estação) para sinais com vídeo codificado na forma analógica, que é compatível com o sinal esperado pelos aparelhos receptores analógicos. Este conversor está sendo usualmente denominado Set-top Box (STB ou URD – Unidade de Recepção e Decodificação). O nome set-top box vem do inglês “caixa que fica sobre a TV”. Cabe ressaltar que o hardware e o software deste equipamento será totalmente incorporado ao aparelho receptor de televisão digital. (2004, p.7)

A TV digital representa uma nova tecnologia diversa do computador. Ambos têm dispositivos de entrada — controle remoto (TV) e teclado (computador) — e saída — tela (TV) e monitor (computador) — bem diferentes. Enquanto usuários buscam o computador para executar grande número de ações, telespectadores usam a TV para uma experiência basicamente passiva de entretenimento. A diferença técnica fundamental entre a TV analógica e a digital é a possibilidade de tráfego de dados junto com vídeo e áudio em aparelhos televisores. Isso implica haver programas de TV com a possibilidade de interação entre telespectadores ou entre emissora e telespectador. Exemplos de produções específicas para esta nova mídia são programas de auditório com participação, em tempo real, de telespectadores que permanecem dentro de suas casas, TVs regionais interativas e segmentadas, e programas de televisão voltados à educação à distância, como o *telecurso*, com interação em tempo real entre tutor e alunos etc. Neste cenário, poder-se-á citar como efeitos do uso de *hiperlinks*^{III} nas imagens em movimento: a segmentação

do público, a personalização de programação, o aumento da capacidade de crítica, a busca de conhecimento e a interação com outros espectadores.

Embora seja um meio de comunicação diferente da TV analógica e da Internet, a TV Digital Interativa permitirá que o telespectador interfira na programação, tenha contato direto com um especialista ou tutor e, ainda, que possa partilhar experiências com pessoas de diferentes localidades do país. O fato é que o fenômeno da convergência — que alguns autores chamam de tecnológica e outros de mídia ou digital — aproxima a Internet da TV. Ainda segundo Lemos (2004):

Em uma etapa mais avançada, espera-se que a rede de difusão de vídeo digital se torne uma das inúmeras redes que formam a imensa inter-rede que é a Internet. Em suma, quando a TV se tornar interativa (TVDI), espera-se que a mesma venha a associar imenso apelo e penetração com capacidade de interação instantânea com milhões de telespectadores e com uma vasta cadeia de produtores de conteúdo.

Diante deste panorama, adiciona-se à pauta de reivindicação do setor saúde o fomento de uma política governamental que incentive o uso de um espaço virtual identificado num endereço na Internet ou num canal de TV digital de livre acesso. Assim, o conselho poderá dar visibilidade a suas resoluções para qualquer cidadão ou para a comunidade interessada através de uma comunicação direcionada para públicos diversos, tais como gestores, conselheiros, comunidade acadêmica e população em geral. Tal fato poderá permitir a ampliação da discussão dos problemas pertinentes ao conselho, com a possibilidade de usos de instrumentos de medições de opinião, tais como votação on-line, enquetes e plebiscitos sobre determinado tema. Enfim, pode ser um processo de esclarecimento à população sobre as atividades dos conselhos de saúde, com o qual estes ampliarão a legitimação de sua representatividade social.

É preciso começar o desenho desta rede digital através do incremento da interlocução entre os conselhos. Trata-se de usar as TIC para acumular os capitais sociais de vínculo, de ponte e de ligação entre as comunidades discursivas. Esta interlocução já existe como processo rico, que se manifesta através de conferências, encontros, cursos, seminários e plenárias, e será descrito no próximo capítulo.

3.1 Casos exemplares em tempos de convergência tecnológica: *De Digitale Stad e Living Health*

A comunidade, o estado, o mercado, e, mais recentemente, a associação são modelos ideais da filosofia, da sociologia e da política para pensar as bases institucionais da ordem social. A comunidade caracteriza-se principalmente pela solidariedade espontânea, baseada em acordos e costumes, e suas regras de decisão estão no plano do consentimento comum (Streeck W & Schmitter, 1985, p. 27)³⁸.

Para fins desta análise, o conceito de comunidade incorpora três atributos na Sociedade da Informação. A comunidade é discursiva, virtual (como já foi citado anteriormente) e cívica. Este último atributo remete ao conceito de capital social, amplamente explorado por Putnam. Segundo seu amplo estudo sobre a implantação dos governos regionais italianos, quanto mais cívica a comunidade, melhor o desempenho institucional do governo. As comunidades cívicas — onde se incluem associações comunitárias, cooperativas, sindicatos — são formas de acumulação de capital social. Estudos recentes (Labra, 2005)³⁹ apontam que a participação de representantes da sociedade civil nos conselhos de saúde são também espaços de aumento de relações de reciprocidade e confiança e, concomitantemente, do índice de civismo.

Dois experiências nos anos de 1990 podem exemplificar esforços no sentido da formação das comunidades em espaço virtual, de suas redes e da relação entre o governo e seus concidadãos: uma das experiências se deu na Internet — a *DDS*, Cidade Virtual de Amsterdã — e a outra na implantação da TV digital pública terrestre britânica, o premiado projeto *Living Health*, do *National Health System*, com alcance na cidade de Birmingham.

Uma iniciativa cívica no ciberespaço: os cidadãos de Amsterdã se reuniram para formar a primeira cidade virtual da Internet. Apesar de ela ter terminado e se tornado um provedor comercial de acesso, a *De Digitale Stad* foi inspiração para várias experiências de *cibercidades* em capitais importantes no mundo e em outras cidades de menor porte (inclusive no Brasil, a exemplo de Pirai, município do Rio de Janeiro). A *DDS* foi objeto de vários estudos sociológicos que são referência para abordar a configuração de uma

comunidade virtual na Internet. Esta experiência, inclusive, deu início ao debate sobre governança eletrônica.

Segundo Jardim (2005)⁴⁰, o termo *e-governance*, isto é, governança eletrônica, centra-se em uma visão ampla de governabilidade, sinalizando como opera, trabalha e se organiza a sociedade à qual o governo deve assegurar o acesso e a participação em diversas redes de informação. Possui um sentido mais amplo e abrange o conceito de *e-government*, o qual teria como foco as tarefas gerenciais que conduzem à interação cidadania-governo (Gartner, 2000 *apud* Jardim). Do ponto de vista estritamente tecnológico, o *E-gov* visaria o cidadão como um ponto a conectar dentro de uma rede, enquanto a governabilidade eletrônica asseguraria o acesso e a participação dos cidadãos, individual e coletivamente, dentro das redes governamentais.

Em 1994, a cidade digital de Amsterdã⁴¹ surgiu como uma iniciativa inovadora para melhorar a comunicação entre os cidadãos e os políticos locais e disseminar as informações políticas entre os habitantes. Os organizadores, autoridades locais e nacionais, criaram um sistema baseado em texto, acessível pela Internet através de modem. Havia também terminais em lugares públicos, tais como bibliotecas e centros culturais, que foram instalados para aumentar a acessibilidade do sistema. A cidade digital era um projeto para acabar depois das eleições, porém provou ser um sucesso e estimulou enormemente o interesse pela Internet na Holanda. Os resultados desta explosão são vistos até hoje — em janeiro de 2005, segundo a *Network Wizards*, a Holanda ocupava o quarto lugar na publicação de páginas registradas na Internet, só perdendo para o Japão, a Itália e os EUA. O número de usuários registrados na *DDS* superou as expectativas de todos: nas primeiras dez semanas, em média 1.300 habitantes foram registrados, bem como mais de 100.000 visitantes.

A *DDS* se organizou na *www* como uma metáfora do espaço urbano real. A cidade consistia num determinado número de quadras, cada uma delas caracterizada por um tema específico. As quadras abrigavam casas (*websites*) e lojas. Elas atraíam pessoas que, interessadas em diferentes temas, podiam se encontrar, achar informação e trocar idéias. Em 1998, o sistema se expandiu para 3D. Existiam 32 quadras com temas culturais, políticos, recreativos, tecnológicos e cívicos.

A cidade virtual oferecia outras facilidades como o *metrô*, um texto complexo baseado em MUD (*Multi Users Domains*), onde os moradores podiam criar seus avatares^{IV}. Outros diferenciais — que inspiraram os provedores comerciais de Internet — eram os vários cafés, um jornal semanal, quiosques, e-mail, grupos de discussão e faixas para publicidade. Com o predomínio da Internet comercial no fim dos anos de 1990, a *DDS* desmoronou como projeto cívico. Os *cibercidadãos* de Amsterdã migraram para provedores de acesso comerciais, que ofereciam o mesmo serviço. O grupo que criou a cidade partiu para outros projetos. Um de seus idealizadores, o engenheiro Peter van den Besselaar (1998)⁴², já identificava a *DDS* como uma rede fomentadora de outras redes:

A cidade digital é na maioria das vezes vista como a comunidade das comunidades, que estão ativas acerca de tópicos específicos, localizados em quadras específicas: a quadra da Mulher, a quadra do Livro, a quadra do Esporte, a quadra das Autoridades Locais entre outros. [...] A dinâmica das redes sociais é, ao meu ver, dependente de vários fatores tais como pesquisa, infra-estrutura, mídia e código. A Cidade Digital e outras comunidades digitais adicionam uma camada a mais de comunicação nas existentes. Porém, de acordo com as mudanças dinâmicas na sociedade, os antigos canais de comunicação estão desaparecendo e freqüentemente se pensa que isso resulta na erosão de comunidades existentes. De que modo essa nova forma de comunicação e interação resulta em nova, reestruturada e sustentável comunidade? As comunidades tradicionais são redes organizadas de pessoas locais, realizando diferentes funções necessárias para reprodução da comunidade. Como isto funciona na comunidade moderna? Este moderno meio de comunicação cria novas comunidades sustentáveis, menos baseadas no espaço real e mais no espaço da informação?

As *cibercidades* estão no meio do caminho entre a comunidade informacional e a local. Besselaar fez indagações que ainda perpassam este novo milênio e suscitam várias respostas. De fato, as questões levantadas pelas *cibercidades* estão no espaço de discussão da sociologia política, que envolve a interface entre o Estado Democrático e o Cidadão. A cultura cidadã no *website* da cibercidade deve estar visível digitalmente, os serviços de utilidade pública devem estar o máximo possível acessíveis. A discussão do *Pacific Council on International Policy* (*apud Santos, apud Jardim, 2003*) reflete um perfil mais direcionado em termos de exploração das tecnologias da informação e comunicação e o amadurecimento na conceituação de *e-gov*.

Governo Eletrônico é o uso da tecnologia da informação e da comunicação para promover maior eficiência e maior efetividade governamental, facilitando o acesso aos serviços públicos, permitindo ao grande público o acesso à informação, e tornando o governo mais accountable para o cidadão. Porém, o Governo Eletrônico não é um atalho para o desenvolvimento econômico, o salvamento orçamentário ou a eficiência governamental. O Governo Eletrônico não é o Big Bang, um único evento que imediatamente e para sempre altera o universo do governo. O Governo Eletrônico é um processo – chamado evolução – e também um grande esforço que apresenta custos e riscos financeiros e políticos. Esse risco pode ser significativo. Se não forem bem conceituadas e implementadas, as iniciativas de Governo Eletrônico podem desperdiçar recursos, falhar em sua promessa de entrega útil de serviços e, assim, aumentar a frustração com a administração pública por parte do cidadão. Particularmente nos países em desenvolvimento, os recursos são escassos, de modo que o Governo Eletrônico pode ter como alvo áreas com alta chance para sucesso e produzir ganhos. Além disso, o Governo Eletrônico nos países em desenvolvimento pode acomodar certas condições únicas, necessidades e obstáculos (*Pacific Council on International Policy*, 2002).

O segundo exemplo de uso das TIC é o *Living Health*⁴³, o primeiro serviço de cuidados em saúde pela TV do mundo, um teste-piloto, realizado na cidade de Birmingham, que começou em 2001. O projeto foi o mais bem sucedido de uma série de quatro projetos em TV digital interativa — *Living Health*, *Communicopia*, *Channel Health* e *DKTV (A Different Kind of Television)* — concebidos pelo *National Health System* britânico para testar a abrangência e eficácia da TVDI nos cuidados em saúde. O projeto original, que envolvia o *National Health System* e uma operadora de TV digital, a *Telewest*, duraria seis meses e foi estendido por mais seis. O serviço-piloto foi implementado em 50 mil lares de Birmingham, para testar a reação dos consumidores aos serviços de cuidados de saúde vistos numa TV interativa. Ele foi usado por pacientes e profissionais de saúde, e acabou sendo a principal diretriz para o governo britânico incrementar o acesso aos cuidados em saúde. Com 21 mil páginas do NHS com conselhos e informação em saúde, o serviço oferecia a facilidade de agendar consultas nos postos de saúde sem sair de casa. Esta experiência, como a citada anteriormente, gerou muitos estudos e pesquisas.

O *Living Health* também permitia aos consumidores fazer perguntas diretamente a uma enfermeira através da tela de TV, 24 horas por dia, sete dias

na semana. Os consumidores falavam com a enfermeira via telefone e podiam ver a resposta pela TV, sincronicamente. A enfermeira era capaz de mostrar fotos e vídeos para ajudar em sua resposta. Desde o começo do projeto, em 2001, *Living Health* foi bem recebido tanto pelos consumidores quanto pelos profissionais de saúde. Entre seus resultados, destacam-se: mais de dois milhões de páginas foram impressas; pelo menos 44% dos clientes da Telewest em Birmingham usaram o serviço; 150 clientes por semana, em média, solicitavam uma consulta ao vivo com a Enfermeira do *NHS Direct*⁴⁴ em suas TVs, no serviço *NHS Direct in Vision*, que foi incorporado aos serviços prestados pelo *NHS Direct*^V.

Resguardando as diferenças sócio-culturais e econômicas entre Birmingham e as cidades brasileiras, acredita-se que uma das conclusões possíveis desta experiência inglesa é a de que um meio digital de interação pode ser uma ação eficaz de gestores para sanar alguma deficiência na área de informação e comunicação em saúde. Ganhador da categoria *melhor serviço interativo* no 10th *Internacional EMMA (Electronic Multimedia Awards)* e melhor projeto na categoria *Serviços Governamentais para os Cidadãos* no *Government Computing Innovation Awards*, ambos em 2001, o *Living Health*, como ação governamental, reforça o conceito transversal de promoção da saúde. O projeto usou a conectividade digital, a convergência tecnológica e de mídias, para promover a saúde de seus cidadãos e acabou se tornando uma ação nacional.

3.2 Iniciativas no Rio de Janeiro: Pirai Digital e Rede de Centrais de Regulação

Conforme afirmam Hiller e Bélanger (*apud* Santos, *apud* Jardim 2002), o governo pode usar diferentes níveis de tecnologia de sofisticação no desenvolvimento potencial do Governo Eletrônico.

Diante disso, têm sido identificados cinco estágios de *e-gov*, Governo Eletrônico:

1. Informatização. É o estágio mais rudimentar no qual pode estar o Governo Eletrônico, num ambiente governamental em que o governo simplesmente põe informações em um *website*. Uma mudança neste

estágio se estabelece quando as informações tornam-se acessíveis, acuradas e disponíveis durante todo o tempo.

2. Comunicação em duas vias. Nesta etapa, os sítios governamentais possuem um canal de comunicação com os governados por meio de e-mail, por exemplo. A maioria dos países em desenvolvimento se encontra nesta fase, ainda longe de passar para o estágio de transação.

3. Transação. Neste estágio, o governo tem sítios mediante os quais é possível efetuar transações com os governados. Indivíduos interagem com o governo e fazem transações totalmente on-line, sobretudo em pontos de auto-atendimento. Esta é a fase para a qual tende o Brasil atualmente.

4. Integração. No estágio de integração, todos os serviços estão na forma de transação e estão integrados. Não somente entre as diferentes esferas de um mesmo poder, mas também entre os poderes, eliminando toda a cadeia formal que a estrutura hierárquica produz. Isso pode ser conseguido mediante um portal único pelo qual os governados podem ter acesso a todos os serviços já na forma de transação.

5. Participação. Nenhum país alcançou na plenitude tal estágio, exceto alguns governos locais de um mesmo país. Alguns sítios oferecem votação on-line ou formas interativas semelhantes, que apenas mostram que o governo está na fase de comunicação em duas vias. Esta fase se caracteriza pela generalização dos procedimentos de participação política nas decisões por meios eletrônicos, que oferecem privacidade e segurança ao cidadão.

A partir desta tipologia, em seu relatório investigativo sobre desburocratização eletrônica nos municípios do RJ, a Federação das Indústrias do Rio de Janeiro concluiu que os *websites* das 92 prefeituras só contemplam os primeiros estágios da informação e da comunicação (2002, p. 16)⁴⁵.

Uma experiência municipal que foge a este quadro geral no RJ é o projeto Piraí Digital. Com mais de 400 terminais de computadores, operando com Internet de banda larga em escolas, quiosques nas ruas e em outros locais públicos, Piraí, com 23 mil habitantes, é a primeira cidade latino-americana a concorrer ao título de “Cidade inteligente” em 2005, concedido pelo Fórum Comunidade Inteligente. A Prefeitura de Piraí resolveu investir em governança eletrônica e no acúmulo de capital técnico para a população. O acesso à Internet de alta velocidade em Piraí pode ser feito por meio de um sistema híbrido com suporte *wireless* (sem fio), através de computadores com sistemas operacionais e softwares livres. Vários serviços da prefeitura estão disponíveis pela Internet. O Piraí Digital assume a visão estratégica de uma sociedade de informação

local, lugar onde o cidadão se torna o principal ator na produção, gestão e usufruto dos benefícios de novas tecnologias de informação e comunicação. Revisitando o Plano Estratégico de Desenvolvimento Local, o Governo resolveu integrar a visão de Município Digital a este contexto, visando à participação e ao engajamento de vários atores e comunidades organizadas em torno de um processo virtuoso de melhoria das condições sociais, econômicas, culturais, ambientais e políticas dos municípios. Uma de suas primeiras ações foi criar o Conselho da Cidade, nos moldes das recomendações da Agenda 21^{VI}, reunindo representantes da sociedade civil, que, junto com a Universidade Federal Fluminense e com o Governo Municipal, desenvolveram quatro linhas de ação: *Piraí.gov*, *Piraí.edu*, *Piraí.com* e *Piraí.org*. O *Piraí.gov* é uma linha voltada a dar visibilidade às ações do poder público. Já o *Piraí.edu* tem como eixo principal a utilização da informação como fundamento da pedagogia democrática e da interação social, informatizando todos os espaços de produção de conhecimento formal, escolas e bibliotecas, entre outros. O *Piraí.com* organiza o envolvimento das empresas e do comércio numa perspectiva de responsabilidade social no processo de inclusão digital. E, finalmente, o *Piraí.org* prioriza os jovens no desenvolvimento de conteúdos digitais que ampliem sua cultura, formação profissional e empregabilidade. O projeto já recebeu a chancela da Unesco (órgão da ONU para a Educação, Ciência e Cultura) como exemplo mundial de inclusão digital irrestrita, e também recebeu o prêmio Cidades Digitais Latino-Americanas, conferido pelo Instituto para a Conectividade nas Américas (ICA) e pela Associação Hispano-Americana de Centros de Investigação e Empresas de Telecomunicações (Ahciet). Neste caso brasileiro, há uma iniciativa ousada em termos de governança eletrônica e inclusão digital, que não poderia se realizar sem o aporte tecnológico da conectividade *wireless* e da infra-estrutura de *software* livre.

Na área da saúde, um projeto que se articulou com o Centro de Tecnologia da Informação e Comunicação do Estado do Rio de Janeiro PRODERJ foi a Rede Nacional de Informações em Saúde (RNIS)⁴⁶ no Estado do Rio de Janeiro, que foi denominado de Rede Estadual de Informações em Saúde por ocasião de sua implantação, em 1998. Entre várias ações, destaca-se a criação da Rede de Centrais de Regulação no Estado. A missão da Rede de

Centrais de Regulação é qualificar o fluxo de acesso do cidadão aos serviços e ações de alta e média complexidade em saúde, embasando a tomada de decisão de gestores. A primeira delas foi instalada em dezembro de 1999, em Teresópolis, município-pólo da Região Serrana. A Rede de Centrais de Regulação no Estado do Rio de Janeiro abrange todas as especialidades, inclusive os atendimentos em oncologia, emergência, UTI Neonatal com nove municípios-pólo regionais. Um Protocolo de Cooperação Técnica foi firmado entre a SES/RJ, o PRODERJ e o DATASUS. Deste modo, em um processo colaborativo entre o DATASUS e a SES/RJ nasceu o SISREG – Sistema de Informação de Regulação das Ações de Saúde, aplicativo que está instalado nas Centrais no Estado do Rio de Janeiro em versão que funciona por telefone, fax e Internet.

Em tempo real, via Internet, os gestores de saúde, além da busca por leitos disponíveis, têm acesso a um conjunto de relatórios gerenciais disponíveis na Central de Regulação, tais como: a dotação da Programação Pactuada e Integrada (PPI) por município e unidade assistencial, internações por referência, mapa de leitos disponíveis por unidades assistenciais, pacientes internados por município de residência e por localização da internação, permanência em excesso, programação de eletivas. Em 2002, já se encontravam instaladas as Centrais de Regulação da Região Serrana (Pólo: Teresópolis); da Região Norte Fluminense (Pólo: Campos); da Região Noroeste Fluminense (Pólo: Itaperuna); da Região Médio Paraíba (Pólo: Volta Redonda); da Região Metropolitana I (Pólo: Nova Iguaçu – Consórcio de Saúde da Baixada Fluminense e Pólo Estadual: UTI Neonatal); da Região Metropolitana II (Pólo Niterói, Pólo Estadual: Geração de Alto Risco); Região Centro Sul (Pólo Três Rios); Região da Baixada Litorânea (Pólos Cabo Frio e o Município do Rio de Janeiro).^{VII}

Vê-se que tanto o Piraí Digital como a Rede de Centrais de Regulação são experiências pioneiras no sentido de colocar como responsabilidade do Estado a conexão das instituições de utilidade pública à Internet, garantindo-lhes infra-estrutura suficiente para tirar os cidadãos do limbo da exclusão digital, um dos maiores desafios da sociedade de rede. Até porque, segundo Castells:

(...) a declaração freqüentemente ouvida sobre a necessidade de se começar com os problemas reais do “Terceiro Mundo” – designando com isso saúde, educação, água, eletricidade e assim por diante – antes de chegar à Internet, revela uma profunda incompreensão das questões atuais relativas ao desenvolvimento. Porque, sem uma economia e um sistema de administração baseados na Internet, qualquer país tem pouca chance de gerar os recursos necessários para cobrir suas necessidades de desenvolvimento, num terreno sustentável – sustentável em termos econômicos, sociais e ambientais. (Castells, 2003, p. 220)

Outro fator importante que se destaca na implantação da Rede de Centrais de Regulação é que, sob o enfoque da atenção e dos cuidados, os gestores já estão se beneficiando da incipiente interiorização da rede digital no Estado do Rio de Janeiro, materializada na Internet. Porém, os diferentes fóruns dos mais de 2.500 conselheiros que representam a população fluminense não utilizam ainda as benesses da conectividade digital. Existe uma lacuna entre a implantação do governo e da governança eletrônica, até porque, conforme assinala Perri (2001 *apud* Jardim):

Essa [a governança] seria a área menos estudada de Governo Eletrônico. Inclui, entre outras atividades: suporte digital para elaboração de políticas públicas; tomada de decisões; *public choices* e *workgroup* entre os vários gestores públicos de diferentes escalões.

Práticas ligadas ao funcionamento dos conselhos de saúde e principalmente a seu desempenho institucional devem ser renovadas para que eles se empoderem destas novas tecnologias de informação e comunicação. O fomento à governança eletrônica no que diz respeito aos CS equivale a uma política de capital social de ligação.

Feitas estas considerações teóricas, o próximo capítulo tratará sobre como as novas TIC se formaram no território brasileiro, e, por conseguinte na área geográfica do estudo, o Estado do Rio de Janeiro. Além desta retrospectiva, demonstrar-se-á como os principais meios de comunicação da Fundação Oswaldo Cruz estão usando as TIC para divulgar questões relacionadas à saúde da população.

Notas

^I Cork County Development Board

[http://www.cdbcorkco.ie/aboutus\(march02\)_seminar.htm](http://www.cdbcorkco.ie/aboutus(march02)_seminar.htm).

^{II} Índice que compara acessos à telefonia fixa à demografia de determinada área geográfica.

^{III} Recurso que permite uma figura ou texto dentro de uma página na Internet, ao ser clicado, abrir outra página com mais informação.

^{IV} Figuras em três dimensões, que personificam o gosto do usuário.

^V Hoje é um serviço que funciona 24 horas por dia, sete dias na semana, vide

<http://www.nhsdirect.nhs.uk>.

^{VI} A Agenda 21 é o resultado da Conferência das Nações Unidas sobre o Meio Ambiente e Desenvolvimento Humano - ECO/92. Ela procura servir de base para que governos e sociedades possam incorporar e traduzir em suas ações o conceito de desenvolvimento sustentável.

^{VII} Informações retiradas do Relatório de Implantação da Primeira Fase do Projeto RNIS no Estado do Rio de Janeiro, vide em

http://www.datasus.gov.br/rnis/relatorios_estaduais/Rio.doc.

CAPÍTULO II – CENÁRIO DAS TIC

Introdução

O Brasil está entre os 10 países do mundo que mais usam a Internet. O país fechou o mês de maio de 2005 com 73,7 milhões de usuários de celulares - crescimento de 4,2% em relação aos 70,9 milhões registrados em abril - enquanto os telefones fixos estão na faixa de 42 milhões de linhas^{VIII}. Tais números e a tecnologia de banda larga em celulares apontam para uma estratégia que use conexões sem fio, a fim de combater a exclusão digital. A resposta para estes números surpreendentes está numa série de fatos, que resultaram na implantação do setor de telecomunicações no território nacional.

Antes de se fazer uma revisão detalhada sobre a situação dos conselhos de saúde, será apresentado um breve histórico sobre a formação das vias digitais da informação e da Internet no país. Ao mesmo tempo, destacar-se-á a forma como os projetos de comunicação da Fiocruz — que se consolidaram ao longo dos anos como mídia especializada em saúde e ciência & tecnologia em saúde — se apropriaram da interligação entre as diversas redes digitais. A menção à Fiocruz neste capítulo refere-se a uma *expertise* e a uma estratégia institucional direcionadas a fazer funcionar uma infra-estrutura pública dada. Através das TIC, a comunidade discursiva Fiocruz destaca-se como uma das vozes que circulam na rede da sociedade informacional em prol do Sistema Único de Saúde.

A Sociedade da Informação se configura numa meta-rede em escala global, ligada por diversos meios físicos (cabos coaxiais, fibras óticas, satélites, microondas etc.). Mais ainda, o conteúdo desta rede eminentemente multimídia será visto por diversos dispositivos, sendo os principais: computadores de tamanhos variados, aparelhos celulares e televisores.

Ocupar este campo para falar de uma determinada visão de saúde é um dos fatores decisivos para salvar vidas e aumentar a qualidade de vida do cidadão brasileiro. Neste contexto, usar as TIC para fortalecer os conselhos e o controle social que permeiam todo o SUS é uma ação de fomento da governança eletrônica brasileira.

1. Telecomunicações e Internet no Brasil

Na década de 1970, durante os anos de ditadura militar, o processo de implantação de uma rede de telecomunicações sofisticada, em nome da segurança nacional, merece uma breve retrospectiva para que se possa entender a amplitude da exclusão digital no Brasil. Ainda assim, o país ocupa o nono lugar no mundo em número de usuários da Internet^{IX}. Conforme assinala Pitta,

(...) no caso das telecomunicações, o modelo adotado pelos militares foi o de estabelecimento de um monopólio estatal, inspirado, em grande parte, no modelo europeu vigente desde o início do século. (2000, p. 69)⁴⁷

Com o golpe militar de 1964, todas as políticas para as comunicações passaram a ser tomadas nos gabinetes fechados do Executivo. Desses gabinetes saíram decisões estratégicas, tais como a criação do Ministério das Comunicações (Minicom), em 1967, por meio de um decreto. O novo Ministério assumiria as atribuições do Conselho Nacional de Telecomunicações (CONTEL) — o órgão colegiado criado pelo Código Brasileiro de Telecomunicações, espaço que foi esvaziado até ser extinto. Nas décadas de 1960 e 1970, outras decisões estratégicas seriam tomadas pelo Minicom. Uma delas foi a criação da Telecomunicações Brasileiras S.A. (Telebrás), em 1972. Além de passar a controlar a Empresa Brasileira de Telecomunicações (Embratel) — companhia estatal responsável, desde 1965, pelos serviços de longa distância, depois de ter implantado uma moderna infra-estrutura de redes físicas e de microondas —, a Telebrás assumiria também a gestão da Embratel, após vários processos de encampações de companhias privadas locais e regionais, das empresas estaduais de telecomunicações, à custa de investimentos estatais. Sistema Telebrás, Embratel, Ministério das Comunicações: em tempo recorde o Brasil receberia um complexo sofisticado de gestão e de implantação de redes e serviços. O uso deste complexo de conectividade estava a serviço de poucos, e, entre estes, figuravam empresários de serviços de comunicação, sendo que uma das maiores beneficiárias desta rede estatal foi o complexo de comunicação da Rede Globo. Outros segmentos da sociedade só conseguirão participar da discussão sobre telecomunicações a partir da Lei do Serviço de TV a Cabo, em 1989, já finda a ditadura.

O Brasil passou por uma mudança substantiva na legislação do setor de telecomunicações a partir do ano de 1995. Por meio da Emenda Constitucional nº 8 ao art. 21 da Constituição Federal, quebrou-se o monopólio estatal nas telecomunicações e se estabeleceu a criação de um órgão regulador para o campo. Mais do que isso, a mudança não previa como competência do Estado a exploração dos serviços da Telecom. Após esta alteração, em 16 de julho de 1997, o governo brasileiro aprovou a Lei Geral de Telecomunicações (Lei Federal nº 9.472), que autorizou o governo federal a iniciar o programa de privatização. A função da União já não seria mais a de controlar, mas, sim, a de organizar a exploração do setor. Essa organização passava às mãos de uma agência reguladora, fora do Ministério das Comunicações, órgão que até então tinha esta função.

Com isso abriu-se espaço para a privatização de todo o sistema Telebrás, que incluía uma operadora nacional, a Embratel, e diversos operadores regionais, divididos por estados. Essa operação foi consumada em 1998. Ao contrário da maioria dos países europeus, a privatização brasileira significou a opção do país por não controlar diretamente nenhuma porção das telecomunicações. O país foi dividido em três grandes áreas, leiloadas entre consórcios formados por operadoras estrangeiras, como, por exemplo, a Portugal Telecom e a Telefônica de Espanha — cuja presença de capital foi permitida em 100% —, bancos e setores de mídia brasileiros. Além disso, a operadora nacional Embratel (com toda a rede de fibras óticas) foi para as mãos da empresa norte-americana MCI. Já em 2004, a Embratel foi adquirida pela mexicana Telmex. Além dessas quatro operações, oito operadoras regionais de telefonia celular foram leiloadas. Tanto no caso da telefonia fixa como na móvel, previu-se a entrada de empresas-espelho, e a futura abertura completa do mercado para a livre concorrência. A agência reguladora ANATEL (Agência Nacional de Telecomunicações) lançou vários documentos para estabelecer metas práticas de universalização de acesso às telecomunicações; entre elas, pode-se destacar a que previa que em menos de dois anos não seria necessário andar mais de 800 metros para encontrar um telefone público, e que, em 2003, essa distância seria de, no máximo, 300 metros.^X

Como a tendência do regime de livre concorrência não é a universalização, a LGT previu a criação de um fundo específico para garantir a

universalização do serviço de telecomunicações para áreas não-lucrativas. Cerca de dois anos após a privatização do setor, o governo criou o FUST, pela Lei Federal nº 9.998.

Os recursos do Fundo de Universalização de Acesso aos Serviços de Telecomunicações – FUST estão previstos para sanar o déficit da universalização das telecomunicações com ênfase em programas voltados para saúde, educação e segurança pública. O FUST é constituído por 1% da receita das operadoras de telefonia, de TV por assinatura e outros serviços de telecomunicações, além de 50% das receitas da Anatel, referentes a concessões de serviços públicos, exploração de serviços privados e direito de uso de radiofrequência, até o limite de R\$ 700 milhões por ano. Em 2005, já há mais de R\$ 4 bilhões acumulados.

Em paralelo à “pavimentação” da rede de telecomunicações nos anos de 1980, a sociedade civil exerce um papel pioneiro na implantação da Internet no Brasil, em especial a comunidade científica e as organizações não-governamentais. A importância da utilização de redes de computadores para a comunidade acadêmica já havia sido reconhecida em várias instituições. Projetos independentes estavam sendo geridos, projetos que iriam prover soluções parciais, especialmente no Laboratório Nacional de Computação Científica (LNCC), na Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) e na Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Neste mesmo ano, o Ibase (Instituto Brasileiro de Análises Sócio-Econômicas), uma das organizações não-governamentais mais importantes da época, criou o Alternex, um serviço de conferências eletrônicas, o primeiro nó da Internet operado por uma ONG na América Latina. Em 1991, foi criada a conexão entre Rio e São Paulo, através da FAPESP, que passa a trafegar TCP/IP^{XI} e fica responsável pelos domínios *.br* e pelos endereços IPs no Brasil. Segundo Stanton (1993)⁴⁸, o “marco zero” da Internet no Brasil foi a Conferência das Nações Unidas sobre Meio-Ambiente e Desenvolvimento, realizada no Rio de Janeiro durante duas semanas, em junho de 1992 (ECO-92). Em maio deste mesmo ano, foi inaugurada a fase Internet da Rede Rio, a rede estadual criada e mantida pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ). A Rede Rio presta para este estado o mesmo tipo de serviço que a rede estadual

em São Paulo, a *Academic Network at São Paulo* (ANSP). Ambas interligam as universidades e os centros de pesquisa e lhes provêm acesso ao exterior. O acesso à Internet para os jornalistas e as ONGs da conferência no Rio seria provido pela Alternex. A Rede Rio era importante para o evento, pois a Alternex tornou-se um dos seus clientes, obtendo assim acesso internacional à Internet global na taxa de 64 kbps (*quilobits* por segundo), e estas estruturas de acesso continuaram funcionando após o encerramento da conferência. O evento no Rio teve repercussões nacionais, e serviu para impulsionar a ANSP a inaugurar um acesso Internet de produção (64 kbps — já havia um acesso experimental desde 1991, compartilhando uma linha de 9,6 kbps), para poder atender seus usuários em São Paulo, e para fazer decolar a instalação do primeiro *backbone*^{XIII} nacional da Rede Nacional de Ensino e Pesquisa – RNP, oferecendo acesso à Internet aos demais estados fora do eixo Rio-São Paulo.

Entretanto, seu uso ainda era inicialmente restrito a algumas áreas de poucos centros de pesquisa e universidades, concentrados principalmente nas capitais dos estados, com algumas exceções. A capilaridade desta rede era pequena, como era também sua capacidade — basta pensar que os dois enlaces internacionais originais, do Rio e de São Paulo, juntos, comportavam 128 kbps, para atender a todos os então usuários no país. Hoje esta capacidade é freqüentemente disponível para um só usuário dos atuais serviços de acesso em banda larga. Na época ainda não estava claro para todos que o acesso público à Internet viria a ser importante. Suspeitava-se do fato, pois havia um forte indício disto através da experiência dos EUA, onde a Internet havia iniciado em 1990 uma expansão para atender a população em geral, não se restringindo mais ao setor de ensino e pesquisa. E era também uma questão de equidade: se a Internet fosse realmente tão boa, não havia nenhuma justificativa para limitar seus benefícios apenas ao meio acadêmico.

A organização das redes brasileiras, no final de 1991, foi eminentemente cooperativa, onde cada instituição participante custeava seu enlace de telecomunicações para o Rio ou para São Paulo. Construir e operar uma rede com uma topologia em malha requer uma estrutura administrativa própria. Adotou-se uma estratégia na qual o governo, através do CNPq, proveria uma infra-estrutura inicial de rede com uma arquitetura que refletisse a organização

administrativa do País. Esta arquitetura era semelhante à adotada pela *National Science Foundation* (NSF) nos EUA, com os três níveis de espinha dorsal (*backbones*) o nacional, as redes regionais e as redes institucionais. No caso do Brasil, a espinha dorsal nacional foi um projeto do Governo Federal (CNPq), que se configurou na Rede Nacional de Ensino e Pesquisa, enquanto as redes regionais foram de responsabilidade dos governos dos estados, individual ou coletivamente. Em termos funcionais, a premissa era a de que a rede regional interligaria as redes institucionais numa determinada região; que a espinha dorsal nacional proveria serviços de interconexão entre as redes regionais, e que as conexões internacionais seriam feitas a partir da espinha dorsal nacional. Estas três ações foram implementadas ao longo dos anos de 1990.

Em 1995, a Embratel entra com toda a sua rede, cuja capilaridade ainda é ímpar em território brasileiro, e lança o serviço definitivo de acesso comercial à Internet. Provedores surgem em profusão, popularizando de vez o acesso à mesma. Ao mesmo tempo, os Ministérios das Comunicações e da Ciência e Tecnologia decidiram, por meio de uma portaria interministerial, atribuir a um comitê gestor o desafio de cuidar do desenvolvimento da Internet no Brasil, a partir da efetiva participação da sociedade nas decisões, envolvendo a implantação, administração e utilização de seus recursos.

A ocupação da infra-estrutura de telecomunicações subutilizada é uma reivindicação constante da sociedade civil brasileira atualmente. Entidades da sociedade civil organizada, entre elas a Fenaj (Federação Nacional de Jornalistas) e a ABERT (Associação Brasileira de Emissoras de Rádio e TV)^{XIII}, participam ativamente da discussão sobre a democratização do espectro da comunicação via satélite, que, com a atual tecnologia, pode abrigar até quatro vezes mais canais do que o sistema analógico de transmissão de TV. Outra discussão paralela é a utilização de redes óticas como a da Eletronorte, na Região Norte do Brasil, para levar informação de utilidade pública e conectar aqueles cidadãos ao mundo.

Entre as ações nacionais para reverter a situação de exclusão digital, deve-se citar a iniciativa da Rede Nacional de Informações em Saúde (RNIS). A rede foi concebida originalmente em 1998 como um projeto do REFORSUS, que pretendia dotar o SUS, em todos os níveis, de comunicação eletrônica, serviços de rede e acesso a

informações de saúde com base na Internet. Os recursos alocados da RNIS foram destinados à aquisição de equipamentos, à contratação de consultoria e à realização de cursos para capacitação de recursos humanos. Segundo o documento “Comunicação e Controle Social”⁴⁹, elaborado por Pitta, a RNIS dotaria a Rede Nacional de Informação e Comunicação em Saúde de parte do capital técnico (computadores). Porém, a implementação do projeto RNIS não previa infra-estrutura de conectividade (o acesso) para os estabelecimentos de saúde. Esta ação seria realizada com verbas do FUST. Entra aí um grande impedimento: o adiamento das políticas de apoio ao acesso universal, tanto às redes de telecomunicações como de dados e, conseqüentemente, a exclusão digital de um grande contingente populacional residente onde não é lucrativo para operadoras concessionárias de telecomunicações investir.

Entre as prioridades da política de informação e informática em saúde, urge cobrar do governo os recursos para viabilizar a conectividade dos estabelecimentos do SUS. Isto pode ser feito não só para estabelecer a conexão entre os municípios, mas também para elaborar ações em conjunto, com o objetivo de “encampar” as redes de alta velocidade já existentes e capilarizá-las em nome da utilidade pública. Como será sinalizado ao longo deste trabalho, o *backbone* do Rio de Janeiro, a Rede Rio, é um dos mais antigos da Internet no Brasil.

A infra-estrutura das telecomunicações no Brasil está avançada, porém a tríade gerencial formada por Minicom, Embratel e Telebrás foi desfeita. A Embratel foi privatizada. Já o Minicom divide a gestão das telecomunicações com uma agência reguladora, a ANATEL, que controla o FUST. Cabe à parcela da sociedade civil envolvida com o processo de construção do SUS, nestes novos ventos de democracia, retomar o uso da infra-estrutura de telecomunicações como ferramenta de combate à desigualdade e de promoção da saúde. Este espaço envolve nuances tecnológicas de conexão em redes digitais e luta política. Castells nos dá uma pista do fenômeno, quando fala sobre a cultura da Internet (2003, p. 53)⁴:

A apropriação da capacidade de interconexão por redes sociais de todos os tipos levou à formação de comunidades on-line que reinventaram a sociedade e, nesse processo, expandiram espetacularmente a interconexão de computadores, em seu alcance e em seus usos. Elas adotaram os valores tecnológicos da meritocracia e esposaram a crença dos hackers no valor da liberdade, da

comunicação horizontal e da interconexão interativa, mas usaram-na para sua vida social, em vez de praticar a tecnologia pela tecnologia.

Sob a perspectiva da promoção da saúde, onde a comunicação e a disseminação de informações são fundamentais para a melhor qualidade de vida da população brasileira, o SUS também tem um histórico de reivindicação de seu quinhão digital. Até porque, conforme assinala Pitta (2000)⁵⁰,

Nesta REDE se posicionam, em desiguais posições de poder de enunciação e autonomia, sujeitos. Assim entendida e aceita, esta rede é essencialmente assimétrica, e, portanto, atravessada por desiguais possibilidades de incorporação de tecnologias de Informação e Comunicação e requer igualmente políticas reguladoras que permitam a redução destas desigualdades de acesso.

2. A conectividade no Estado do Rio de Janeiro

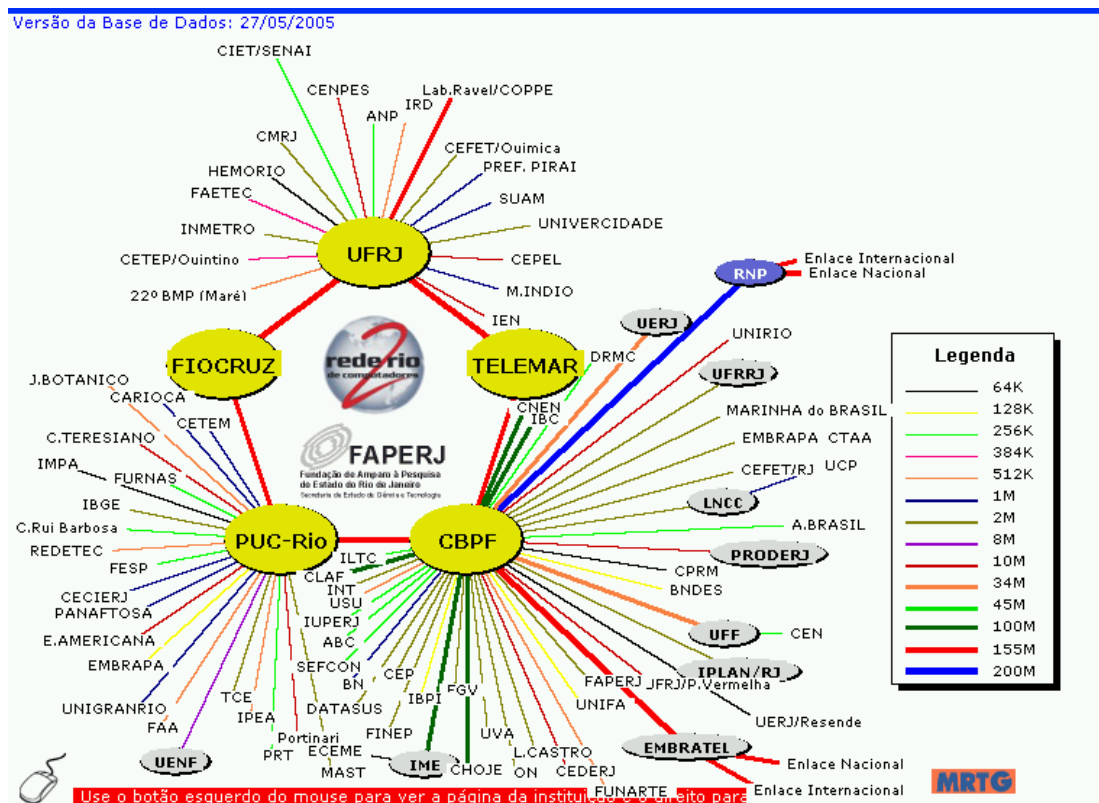
Na seção anterior foi sinalizado que o Rio de Janeiro saiu à frente na estruturação de sua rede de dados acadêmica e metropolitana. Cabe neste momento dar alguns pormenores desta história de acúmulo de capital técnico. Desde 1992, a Rede Rio de computadores liga centros de pesquisa sediados nas universidades e nas empresas públicas e privadas do Estado. A FAPERJ, instituição vinculada à Secretaria de Estado de Ciência, Tecnologia e Inovação, é o órgão responsável pela coordenação e pelo financiamento da iniciativa. Inicialmente, a Rede Rio interligava três instituições principais: a UFRJ, o LNCC e a Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio), que funcionavam como ponto de troca de tráfego, através de um *backbone* de 256 kbps. Em 2000, foram implementados alguns avanços: o aumento da velocidade de transmissão do *backbone* — 600 vezes superior à utilizada quando da inauguração da rede —; a substituição de uma das instituições principais — LNCC — por outra: o Centro Brasileiro de Pesquisas Físicas (CBPF); a inclusão de duas novas organizações na função de ponto de troca de tráfego: a Fiocruz e a Telemar; e a ampliação do alcance da rede.

Atualmente, são mais de uma centena de instituições conectadas. Entre elas, destacam-se prefeituras, como a de Pirai, organizações não-governamentais exemplificadas pelo Projeto Portinari e por instituições em outras áreas do Estado, como a Universidade Estadual do Norte Fluminense, em Campos dos Goytacazes, e a Universidade Estadual do Rio de Janeiro, em Resende. Outras 100 instituições se ligam

via IplanRio, Empresa Municipal de Informática (instituições municipais) e o PRODERJ, Centro de Tecnologia da Informação e Comunicação do Estado do Rio de Janeiro (instituições estaduais). A Rede Rio está conectada à Rede Nacional de Ensino e Pesquisa (RNP), espinha dorsal das redes acadêmicas do Brasil, a uma velocidade de 200 Mbps, através do CBPF. Já o acesso internacional é garantido por um enlace de 155 Mbps^{XIV}, por meio da Embratel.

A Rede Rio também integra, hoje em dia, o projeto da Rede Metropolitana de Alta Velocidade do Rio de Janeiro (REMAV/RJ), um projeto nacional de um *backbone* de alta velocidade no Brasil. Atualmente o REMAV/RJ utiliza o *backbone ATM*^{XV} da Rede Rio, proporcionando à comunidade científica e acadêmica do Rio de Janeiro um sistema de comunicação de dados baseado nos padrões da Internet2, que é uma estrutura de rede Internet mais veloz, com equipamentos no estado da arte e anéis em fibra ótica, podendo suportar um tráfego de até 622 Mbps. Novamente, o Rio de Janeiro foi o primeiro estado a disponibilizar tal tecnologia aos grupos de pesquisas e à comunidade acadêmica. É importante notar que a Fiocruz está numa posição privilegiada em termos de conectividade, e que o DATASUS também está ligado ao referido consórcio (Figura 1).

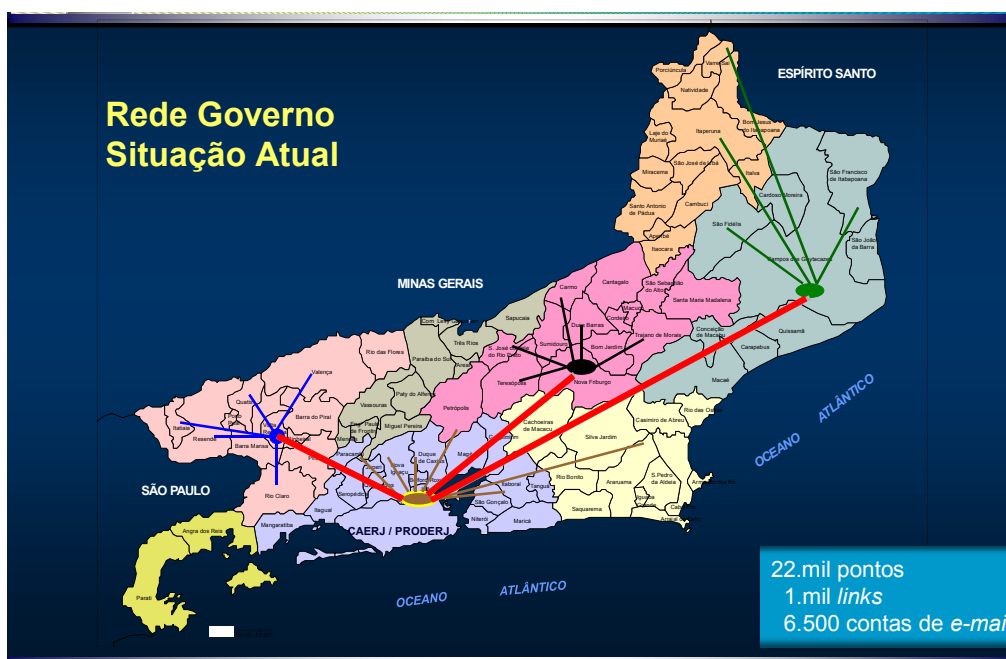
Figura 1 – TOPOLOGIA DA REDE RIO



A estrutura física da Rede Rio tem o formato de um pentágono, cujos vértices são a UFRJ, o CBPF, a PUC-Rio, a Fiocruz e a Telemar-RJ. Nestes pontos ficam localizados os roteadores, máquinas responsáveis pelo encaminhamento de dados através da rede. A interconexão é feita por meio de enlaces de fibra ótica, operando à velocidade de 155 Mbps. A menor das conexões com os associados é de 64 kbps, através de circuitos digitais dedicados providos pela Telemar.

Para observar a construção da rede digital pública de conectividade entre os 92 municípios do Rio de Janeiro, é imprescindível mencionar a iniciativa da *Infovia.RJ*, que está sendo implementada pelo PRODERJ. Este centro desempenha o papel de propor diretrizes e orientações técnicas voltadas para o estabelecimento da política de TIC – Tecnologia da Informação e Comunicação no âmbito do governo estadual. Trata-se de um projeto que está implantando uma rede de alta velocidade para alcançar todos os municípios do Estado, integrando a Rede Governo à Rede Rio. Nos lugares onde ele já está implantado, foram abertos centros comunitários com acesso gratuito à Internet.

Figura 2 – SITUAÇÃO DA REDE GOVERNO NO ESTADO, SEGUNDO O PRODERJ.



O projeto *Infovia.RJ* prevê a operacionalização dos Pólos Regionais de Angra dos Reis e Cabo Frio, além dos já existentes em Campos, Nova Friburgo e Volta Redonda. Estes pólos atuam como concentradores de *links*, permitindo maior penetração no interior do Estado, como pode ser visto nas Figuras 02 e 03.

Figura 3 - MUNICÍPIOS CONECTADOS NO FIM DE 2004



Existe uma hierarquia institucional e geográfica em termos de capacidade de tráfego de dados na rede pública, o que se denomina conectividade, um pressuposto fundamental para a inclusão digital. Através desta breve retrospectiva, pode-se constatar que o Rio de Janeiro é uma área privilegiada em termos de conectividade. A Fiocruz está bem inserida neste processo: ela é um dos vértices do *backbone* da Rede Rio e um dos seus nós desde a sua criação. Trata-se de uma instituição amplamente conectada, que acumulou bastante capital técnico para estimular a formação de inteligências coletivas na área da saúde.

Na próxima seção, será descrito como os principais projetos de comunicação da Fiocruz se reformularam a fim de usufruir esta infra-estrutura, produzindo e fazendo circular o conteúdo sobre saúde.

3. Comunicação na Fiocruz e usos das novas TIC

Não só na Fiocruz, mas as principais mídias no mundo (TV, rádio, impressos) estão em plena transformação com o advento da Internet. Não há consenso quanto a se a presença da Internet faz as pessoas verem mais ou menos TV. Só se sabe que as tentativas de fazer o aparelho televisor e o computador *desktop* convergirem para um único sistema ainda não se

consolidaram. Castells aponta em 2000 um reflorescimento da radiodifusão — que vem se tornando efetivamente a mídia de maior penetração no mundo — e de publicações eletrônicas na www. Em estudo sobre a influência do uso da Internet nos telespectadores de São Paulo, Silva (2003)⁵¹ concluiu que as pessoas que podem acessar a grande rede em casa vêem menos televisão. A *Forrester Research* (apud Castells, 2003) revela uma mudança sutil de hábitos entre as famílias norte-americanas:

Na verdade, o que as pessoas faziam era aceitar a TV e o vídeo como entretenimento, manter o rádio como companheiro e usar a Internet para seus interesses relativos a conteúdo. (2003, p. 158)

Num futuro próximo, todas estas coisas serão realizadas num aparelho só. A tendência no Brasil é o aproveitamento do grande parque televisivo analógico. Diante deste panorama, as principais ações da Fiocruz na área da Informação e Comunicação em Saúde com meios de comunicação próprios televisivos, impressos e radiofônicos têm se reconfigurado para se adaptar ao fenômeno da convergência tecnológica. Os temas referentes à saúde pública e controle social estão circulando através de diversas redes digitais (Rede Comep, Rede Gigabit)^{XVI} com o estímulo da instituição. Atualmente, além de meios de comunicação, estes programas se configuram como fomentadores de redes disseminadoras de Informação, Educação e Comunicação (IEC) em Saúde, a saber:

- Programa Radis (impressos);
- Rádio Comunitária MareManguinhos (rádio);
- Canal Saúde (TV).

Criado em 1982 na ENSPSA, o Programa Radis (Reunião, Análise e Difusão de Informações sobre Saúde) é um programa nacional de jornalismo em saúde pública, ligado à ENSPSA. O Radis publicou durante vinte anos as revistas *Súmula*, *Tema* e *Dados*. De 1986 a 1993, publicou também o tablóide *Proposta – Jornal da Reforma Sanitária*, renomeado em 1994 como *Jornal do Radis*. Em 2002, o Programa lançou a *Revista Radis*, em substituição a todas as publicações anteriores. *Radis* é uma revista mensal, destinada não só a unificar as funções das publicações anteriores, como também a proporcionar um salto qualitativo na prática jornalística na área da Saúde. Ela é enviada para 42 mil

assinantes de todo o país. Atualmente, o *Radis* tem uma página na Internet, onde é possível consultar todo o seu acervo, publicado entre 1982 e 2002. O programa também editou um CD, que funciona em computadores fora da Internet para pesquisa do material produzido. Há uma atividade de indexação do material jornalístico coletado no período de existência do Radis, a fim de traçar um histórico do movimento sanitário e do SUS sob o ponto de vista da imprensa, com o objetivo de digitalizar o acervo a ser disponibilizado na Internet. Sua atividade hoje marca a racionalização e o amadurecimento do jornalismo em saúde em face da convergência tecnológica que se apresenta.

A Rádio *MareManguinhos* resulta de um processo de mobilização que vem acontecendo desde abril de 2003. A programação da *MareManguinhos*, que pode ser acessada num *website*, é voltada à promoção da saúde pública, à preservação do meio ambiente e à cidadania. A rádio fica no ar das 10h às 16h, com uma dezena de programas. A emissora tem o apoio da Fiocruz, da Associação dos Servidores da Fiocruz e do Centro de Estudos e Ações Solidárias da Maré. Com a transmissão em FM, pleiteada pela Associação de Comunicação Comunitária MareManguinhos, serão atingidas as comunidades de Manguinhos e da Maré, vizinhas da Fiocruz. Além do amplo uso da Internet para sua disseminação e articulação, a Rádio *MareManguinhos* faz parte de uma rede mundial de rádios comunitárias via Internet.

As atividades do Canal Saúde — programa de produção e veiculação de material audiovisual sobre saúde da Fiocruz — tiveram início em dezembro de 1994, como resposta às deliberações das Conferências Nacionais de Saúde, que apontam Informação, Educação e Comunicação como elementos estratégicos para a consolidação do Sistema Único de Saúde e para a conquista da cidadania plena no Brasil.

Ao longo de sua trajetória, os três programas têm demonstrado o compromisso de divulgar e multiplicar a interlocução e a interação entre os conselhos de saúde.

Cabe aqui ressaltar um pouco da história do Canal Saúde, local da instituição que abrigará o dispositivo a ser implementado para melhorar a interlocução dos conselhos de saúde, através do uso das novas tecnologias da informação e comunicação.

Há dez anos, o Canal Saúde desenvolve metodologias de produção e veiculação de material de natureza audiovisual e multimídia para atender às demandas específicas do setor saúde. Alguns dos objetivos do Canal Saúde têm relação direta com a criação de um dispositivo de interlocução para os conselhos de saúde, a saber: propiciar o debate sobre políticas e programas da área da Saúde; apoiar a coordenação e o desenvolvimento de programas, projetos, serviços e ações do setor saúde; difundir informações, visando o exercício do controle social no SUS; favorecer a visibilidade do controle social junto à população brasileira; promover e favorecer a troca de experiências e conhecimentos na área da saúde; e difundir informações epidemiológicas, ambientais e sanitárias.

Em 2000, chegou-se à conclusão de que o espaço na Internet deveria incorporar a principal vocação institucional do Canal Saúde como veiculador e produtor de audiovisual. Primeiro, constituiu-se um novo *website*, onde o alvo principal são os vídeos. Eles estão em bancos de dados, podem ser escolhidos conforme o perfil do internauta e estão disponíveis em *streaming*^{xvii}. Em 2001, consolidou-se a Internet como novo espaço de veiculação do Canal Saúde, que, inclusive, coloca on-line uma hora diária de programação internacional.

A pesquisa de recepção realizada em 2001 demonstra que 73% do público do Canal Saúde são constituídos por profissionais de saúde. Quase a totalidade deste contingente busca na programação subsídio para o trabalho e a formação profissional. Paralelamente, conselhos de saúde, escolas, universidades, centros de pesquisa, hospitais, associações, sindicatos e outras entidades também assistem, gravam e divulgam os programas do Canal Saúde.

Ao mesmo tempo, existe uma pesquisa constante para colocar no site vídeos digitais de alta qualidade de resolução e que permitam a interatividade entre usuário e veiculador. Esta pesquisa envolve a busca de inovações tecnológicas e de integração em redes digitais de alta velocidade, que permitam acesso de um grande volume de dados a instituições de pesquisa e ensino. Um exemplo desta estratégia é a colaboração entre o Canal Saúde e a Rede Nacional de Ensino e Pesquisa (RNP), atualmente um elemento-chave na construção da infra-estrutura pública de telecomunicações no país.

A RNP foi criada em 1989 pelo Ministério da Ciência e Tecnologia (MCT), com o objetivo de construir uma infra-estrutura de rede Internet nacional para a comunidade acadêmica. Atualmente, a RNP oferece conexão gratuita à Internet de alta velocidade, denominada Internet2, para instituições federais de ensino superior ligadas ao Ministério da Educação (MEC), para unidades de pesquisa federais ligadas ao MCT, agências de ambos os ministérios e outras instituições de ensino e de pesquisa públicas e privadas, num universo estimado em 800 mil usuários.

Em 2005, para dar continuidade à nova infra-estrutura nacional em nível metropolitano, a RNP iniciou a implantação das Redes Comunitárias de Educação e Pesquisa (Redecomep), que prevê, num prazo de dois anos, a implantação de redes de alta velocidade nas 27 capitais atendidas pelos pontos de presença do *backbone* nacional da RNP. Inclusive, as unidades da Fiocruz estabelecidas em outros estados brasileiros estarão interligadas a partir das Redecomeps estaduais. Há quatro anos, a RNP tem se dedicado à promoção do uso de aplicações avançadas em redes de computadores. Telefonia sobre a rede Internet, educação à distância e videoconferência IP e TV digital transmitida pela rede são algumas das aplicações que estão sendo testadas para o estudo da viabilidade de oferta na forma de novos serviços para os usuários.

O Canal Saúde colabora desde 2003 com o grupo de trabalho de Vídeo Digital, cujo objetivo é implantar, de forma integrada, uma infra-estrutura que ofereça suporte a aplicações que envolvam transmissão ao vivo e sob demanda de vídeo digital. Este esforço visa a induzir o desenvolvimento de uma nova geração de aplicações de vídeo digital que explore ao máximo o potencial de redes de alta velocidade no país.

No final de 2004, o Canal Saúde convidou todas as Secretarias Estaduais de Saúde do país para realizar o seminário “Que Saúde Você Vê?”; entre as deliberações do encontro, surgiu a recomendação para que o Canal Saúde disponibilizasse um espaço na Internet para cada SES, favorecendo a consolidação de uma rede de interlocução entre os estados.

Atualmente, o Canal Saúde está ligado à Rede Gigabit, também conhecida como Internet 3, no projeto Diverge, da RNP. Sua missão no consórcio — formado por instituições como Puc-Rio, UFMG e UFRJ — é

fornecer conteúdo multimídia sobre saúde em vídeos de alta resolução, para testar a capacidade desta rede.

As estratégias traçadas pelo Canal Saúde para a exploração dos espaços na Internet e em outras redes de alta capacidade de tráfego de dados são também uma adaptação ao fenômeno da convergência tecnológica. Estas estratégias seguem a linha de “encampamento” de espaços nas redes de alta velocidade digitais para fazer circular conteúdo sobre saúde. Por esta singular experiência, o Canal Saúde está apto a fornecer uma série de boas práticas e um ferramental adequado à criação de uma rede de interlocução no ambiente virtual, que propague o diálogo dos conselhos e seja mais um instrumento de uso das novas tecnologias da informação e comunicação, concebido para a área da saúde.

Notas

^{VIII} Fonte: ANATEL vide <http://www.anatel.gov.br>.

^{IX} O Brasil ocupa o nono lugar no ranking de acesso a Internet no ano de 2005, segundo o Comitê Gestor da Internet, vide <http://www.nic.br/indicadores/brasil-mundo.htm>.

^X Programa de Recuperação e Ampliação do Sistema de Telecomunicações e do Sistema Postal, edição de 1997. Fonte: ANATEL.

^{XI} *Transfer Control Protocol* e *Internet Protocol*, padrões universais de transmissão da Internet.

^{XII} Espinha dorsal da rede, termo empregado para descrever a parte principal de uma rede digital.

^{XIII} Destaco estas duas entidades pelo fato de elas terem posições antagônicas quanto ao tema.

^{XIV} Unidade de dados trafegados na rede por segundo. 1 Megabite é igual a 1.000 quilobites.

^{XV} *Asynchronous Transfer Mode* – Modo de Transferência Assíncrono. Trata-se de uma tecnologia de comunicação que suporta taxas de transferência de dados até 10 Gigabites por segundo.

^{XVI} Ambas são redes de alta velocidade para aplicações avançadas.

^{XVII} Forma diversa de tráfego de dados, na qual o usuário pode ver parte do vídeo durante o *download* do mesmo.

CAPÍTULO III – CONSELHOS DE SAÚDE

1. Aspectos gerais

A experiência da implantação dos conselhos populares na Zona Leste de São Paulo, na década de 1970, deu lugar a uma nova relação entre os movimentos populares e o Estado, que implementaram estratégias, visando à democratização da gestão local. Esta foi a gestação do princípio do controle social da política de saúde, presente em toda a organização do SUS.

Vários autores definem as características e as especificidades do termo controle social no setor saúde. Para fins deste trabalho, será adotado um preceito bem específico formulado por Arita Bergman, segundo o qual o controle social envolve basicamente a

(...) fiscalização direta da sociedade civil nos processos de gestão da coisa pública. [...] é a apropriação, pela sociedade civil organizada, dos meios e instrumentos de planejamento, fiscalização e análise das ações e serviços de saúde. (Bergman, 1992, p. 4)⁵²

A Constituição Federal Brasileira de 1988 regulamentou um aspecto fundamental para o surgimento dos conselhos paritários e deliberativos: as formas diretas e indiretas de participação popular nas decisões públicas. Diversas leis orgânicas e complementares à Constituição regulam a participação popular na esfera dos processos decisórios da construção das políticas públicas. Com a criação do SUS, foram implementados os conselhos de saúde. Sinalizam Labra & Figueiredo:

O setor saúde se destaca não só no país, mas também na América Latina, pelo surgimento de mais de 5.500 conselhos de saúde, dos quais, por força da lei, os representantes da sociedade civil organizada participam de forma paritária com representantes da autoridade setorial e prestadores profissionais e institucionais de serviços. (2002, p. 538)⁵³

O Sistema Único de Saúde foi criado em setembro de 1990, através da Lei Federal 8.080/90, para regular as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal. A participação da comunidade está entre os princípios do SUS, dispostos no artigo sétimo da Lei 8.080. Vale assinalar também que esta lei, em seu art. 15º, define como atribuição comum a todas as instâncias executivas coordenar e organizar os sistemas de informação em saúde, e, além disto, em seu art. 17º, inciso III, atribui à esfera estadual a função de prestar apoio técnico e financeiro aos municípios. Trata-se

de uma lei que, para ser executada, exige comunicação e pactuação constantes entre as três esferas do Executivo.

Em dezembro do mesmo ano, é promulgada a Lei Federal 8.142/90, que trata das instâncias colegiadas do SUS, onde a participação da sociedade civil na gestão dos serviços de saúde foi explicitada, sendo consubstanciada em conselhos e conferências de saúde. Um importante dado desta lei é que ela condiciona o repasse de verbas da saúde aos municípios à existência e ao funcionamento dos conselhos de saúde. Em 1992, o Conselho Nacional de Saúde edita a Resolução 33, com recomendações sobre o funcionamento, a composição dos conselhos e sua competência. O objetivo principal do documento era acelerar o processo de controle social e corrigir algumas disparidades na formação dos conselhos.

Atualmente, há conselhos de saúde nas três das esferas do Poder Executivo: o Conselho Nacional de Saúde, 27 Conselhos Estaduais de Saúde, conselhos municipais, além dos regionais, locais e distritais, que contemplam a realidade das cidades de médio e grande porte no Brasil, e os conselhos sanitários indígenas, configurando cerca de 5.700 instâncias colegiadas. Isto significa que, com uma média de 30 integrantes por conselho, são cerca de 200.000 conselheiros discutindo e tentando ser co-partícipes no processo de gestão dos serviços de saúde pública em sua localidade. Eles atuam na formulação de estratégias, no controle da execução da política de saúde e na própria gestão do fundo público destinado a este setor.

Podem-se definir os conselhos de saúde como arenas de disputa de poder, onde o representante do Estado disputa com representantes da sociedade a gestão e aplicação do fundo público, realidade esta que não é alcançada na maioria dos conselhos no Brasil (Paiva, 2002). Em seu trabalho pioneiro sobre o tema, Carvalho caracteriza os conselhos como espaços contra-hegemônicos:

(...) os conselhos se apropriam de parcela do poder de governo e devem usá-lo a favor da proposta de uma reforma democrática do sistema e da ampliação de seu espaço político. (1995, p. 112)⁵⁴

As leis do SUS acima mencionadas e as edições das Normas Operacionais Básicas (NOB) de 1991, de 1993 e de 1996, relativas à descentralização, fomentaram a criação dos Conselhos. Particularmente a última, implementada em 1998, deu impulso definitivo à disseminação dos colegiados em todo o Brasil. A NOB 96 detalha aspectos quanto à exigência do funcionamento dos conselhos de saúde como condição para o

Ministério da Saúde repassar recursos financeiros a estados e municípios, recursos estes que permitem a continuidade dos diversos programas lá desenvolvidos. Dentre esses aspectos, os que aqui interessam referem-se à obrigatoriedade, por parte do gestor do SUS, no nível que lhe corresponda, de submeter anualmente ao conselho o Plano de Saúde, a Programação Pactuada e Integrada (ações, metas e orçamento) e o Relatório de Gestão, em tempo prévio hábil para permitir a discussão pertinente. Outro reforço da engenharia institucional do SUS ao papel dos CS deve-se à criação da Secretaria de Gestão Participativa (SGP), cujos objetivos principais são: estimular e apoiar os CS através de uma avaliação permanente; fortalecer o controle social por meio das Conferências Nacionais de Saúde, da Rede Nacional de Conselhos de Saúde e da capacitação de conselheiros; promover a articulação entre níveis de gestão do SUS e a sociedade; coordenar a Ouvidoria Geral do SUS; realizar fóruns de usuários do SUS; e cooperar com entidades de defesa de direitos do cidadão.

Porém, o cotidiano e a efetividade das ações dos conselhos de saúde resvalam a todo momento na questão da conectividade e trazem à luz uma série de dificuldades para o exercício do controle social. A Resolução 33/92, do CNS, estabelece as competências dos conselhos estaduais e municipais, a saber:

- atuar na formulação e no controle da execução da política de saúde, incluídos seus aspectos econômicos, financeiros e de gerência técnico-administrativa;
- estabelecer estratégias e mecanismos de coordenação e gestão do SUS, articulando-se com os demais colegiados em nível nacional, estadual e municipal;
- traçar diretrizes de elaboração e aprovar os planos de saúde, adequando-os às diversas realidades epidemiológicas e à capacidade organizacional dos serviços;
- propor a adoção de critérios que definam qualidade e melhor resolutividade, verificando o processo de incorporação dos avanços científicos e tecnológicos na área;
- propor medidas para o aperfeiçoamento da organização e do funcionamento do Sistema Único de Saúde – SUS;
- examinar propostas e denúncias, responder a consultas sobre assuntos pertinentes a ações e serviços de saúde, bem como apreciar recursos a respeito de deliberações do Colegiado;
- fiscalizar e acompanhar o desenvolvimento das ações e dos serviços de saúde;
- propor a convocação e estruturar a comissão organizadora das Conferências Estaduais e Municipais de Saúde;

- fiscalizar a movimentação de recursos repassados à Secretaria de Saúde e/ou ao Fundo de Saúde;
- estimular a participação comunitária no controle da administração do Sistema de Saúde;
- propor critérios para a programação e para as execuções financeira e orçamentária dos Fundos de Saúde, acompanhando a movimentação e destinação de recursos;
- estabelecer critérios e diretrizes quanto à localização e ao tipo de unidades prestadoras de serviços de saúde públicos e privados, no âmbito do SUS;
- elaborar o Regimento Interno do Conselho e suas normas de funcionamento;
- estimular, apoiar ou promover estudos e pesquisas sobre assuntos e temas na área de saúde de interesse para o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde.

Supõe-se que este grupo está organizado de maneira que haja conhecimento, preparo, experiência em lidar com estes temas, uma profícua articulação em rede e uma estrutura técnico-operacional mínima para realizar as ações inerentes ao controle social. Porém, há uma grande contradição nesta situação: a verba referente à infra-estrutura dos conselhos está nas mãos do gestor. Segundo o Cadastro Nacional dos Conselhos de Saúde (MS/SGP, 2004a)⁵⁵, a maioria dos mesmos funciona dentro da respectiva secretaria de saúde. À medida que a efetividade das ações do conselho vá de encontro a alguma proposição no plano de saúde do gestor, a infra-estrutura técnico-operacional do conselho pode virar moeda de troca. Segundo o estudo de Silva & Labra sobre o papel do CES e da CIB do Rio de Janeiro no processo decisório no setor saúde estadual, o conselho:

(...) não teve respaldo da SES, já que não foi legitimado enquanto fórum de discussão da política de saúde estadual. Vimos que o desempenho das instâncias está condicionado pela autoridade da SES e, no caso do Rio de Janeiro, a experiência de gestão estadual autocrática se contrapôs às propostas do SUS. (2001, p. 168)⁵⁶

Portanto, trata-se de uma relação desigual e de tensão constante. Porém, este estudo se concentra nos problemas relacionados diretamente ao fluxo comunicacional dos conselhos, tanto entre eles quanto entre os mesmos e a população em geral.

2. A questão da visibilidade

Outros problemas atravessam o cotidiano dos conselhos. Entre eles, destaca-se, para fins deste estudo, a baixa visibilidade quanto à existência deles perante a população em geral. Questões relativas ao controle social e à participação popular não são uma pauta atrativa para a mídia. Oliveira aponta o fenômeno:

Nesse contexto político-comunicacional, enquanto política pública de saúde, o SUS ainda não conseguiu criar para si uma melhor imagem na esfera pública e tampouco desmontar uma construção discursiva sectariamente corrosiva e conduzida por grupos contrários a ele. A seu favor, tem a luta de movimentos sociais e populares, que fazem da defesa da plena implementação e efetivação do SUS sua principal bandeira. Luta que se dá, precisamente, no espaço aberto pelas possibilidades de participação e controle social previstas nas premissas constitutivas do SUS, entre outros, os Conselhos de Saúde. Essa forma de alargamento da esfera pública é um terreno propício para o efetivo exercício da cidadania e uma importante instância de participação da sociedade, de confronto e debates de idéias, de cooperação, de entendimento e de discernimento. Quando essa luta estiver na pauta da rede midiática que forma e informa a maioria da população brasileira talvez o SUS possa construir uma outra imagem enquanto política pública. (2000, p. 79)⁵⁷

A questão da visibilidade tem sido constantemente debatida em outra instância importante de troca e interlocução dos conselhos, a Plenária Nacional dos Conselhos de Saúde, cuja décima segunda e última edição foi em novembro de 2004. A Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, espaço de articulação entre os conselhos de saúde das diferentes esferas de controle social, foi construída a partir do I Congresso Nacional de Conselheiros de Saúde em 1995, em Salvador, e vem se realizando desde então. Até 1997, a Plenária realizava-se esporadicamente, por convocação de algumas Entidades Nacionais, de conselheiros nacionais de saúde ou por militantes na área. Em dezembro de 1995, foi constituída a primeira coordenação nacional, representada por conselheiros das cinco regiões do país, com o objetivo de planejar o II Encontro Nacional de Conselheiros de Saúde (1998, Brasília-DF). No encontro, foi sinalizada pela primeira vez a composição de uma rede de comunicação entre os conselheiros. Segundo Pitta:

(...) passa a ser visualizada no Encontro uma outra e mais ampla política: de natureza pública e não apenas governamental. Política que se institui e operacionaliza na forma de REDE, e que desloca o campo governamental da posição de único agente produtor e emissor de informações em saúde, reconhecendo um novo e diversificado espectro de atores, formas e tecnologias de Comunicação e Informação.

Na dimensão social desta REDE, os Conselhos Nacional, Estaduais, Regionais, Municipais, Distritais, Universidades, Centros/Núcleos/Institutos de Pesquisa em Saúde Coletiva, entidades e movimentos da sociedade civil, legislativo, judiciário, Ministério Público, gestores públicos e privados, cidadãos: todos, ao mesmo tempo, produtores e receptores de uma ampla gama de informações a serem reapropriadas segundo contextos, interesses e desiguais possibilidades técnicas de emissão, circulação e recepção.

Em sua dimensão técnica, uma ampla gama de meios, tecnologias e processos de trabalho em Comunicação que colocam os atores — "nós" da REDE — em desiguais posições de visibilidade, transparência e proximidade espacial na esfera pública.^{XVIII}

A partir de então, são realizadas Plenárias Nacionais de Conselhos tendo dois eixos temáticos, sendo um deles fixo, a Efetividade do Controle Social, e o outro de acordo com os problemas de determinada época, que durante anos traduziu-se em luta pelo financiamento para a saúde. A participação de conselheiros de todo o país cresceu ao ponto de a Plenária Nacional ser instituída como espaço permanente de articulação e exercício do controle social.

Em setembro do ano 2000, alguns segmentos começaram a questionar o funcionamento e a organização das Plenárias Nacionais. Tal questionamento provocou uma ampla reflexão sobre o tema. Desta forma, as Plenárias Estaduais e Regionais, e os Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional debruçaram-se sobre o assunto. Ao mesmo tempo, a 11ª Conferência Nacional de Saúde apontou para a necessidade de atualização da Resolução CNS nº 33/92. Assim, a X Plenária Nacional de Conselhos de Saúde decidiu por organizar o funcionamento das plenárias e propor a atualização da Resolução nº 33/92 ao Conselho Nacional de Saúde. O encontro resulta na modificação da Resolução que adiciona outras nove competências aos conselhos, a saber:

- apoiar e promover a formação permanente de conselheiros de saúde, sendo o conteúdo programático referente às atividades e competências do conselho, bem como legislação do SUS, políticas de saúde, orçamento e financiamento;
- estimular intercâmbios, articulação entre os Conselhos e entidades filantrópicas ou não-filantrópicas, governamentais ou não-governamentais, com a finalidade fundamental de educação em saúde;
- avaliar e deliberar sobre os contratos e convênios de acordo com as diretrizes dos Planos de Saúde Nacional, Estaduais, do DF e Municipais;
- aprovar, previamente, projetos referentes à saúde a serem encaminhados ao Legislativo;

- revisar, periodicamente, os Planos de Saúde, através da realização de plenárias e da posterior aprovação dos conselhos, observando as diretrizes das conferências;
- dar publicidade dos seus atos, utilizando-se para tanto os meios de comunicação próprios, como boletins, jornais, murais, diário oficial, meios de comunicação de massa e outros;
- promover curso básico sobre atividades, competências e legislação da área da saúde para conselheiros que estão ingressando na gestão;
- deliberar sobre os programas de saúde com a respectiva análise prévia e propor campanhas regionais.^{XIX}

Um novo dado aparece neste encontro: a questão da publicidade dos atos em meios de comunicação próprios. No fim de 2003, através da Resolução CNS nº 333, o Conselho Nacional de Saúde incorpora estas atribuições às competências dos conselhos; sua definição reza:

O Conselho de Saúde consubstancia a participação da sociedade organizada na administração da Saúde, como Subsistema da Seguridade Social, propiciando seu controle social.

Por diferentes caminhos, estudos acadêmicos e diversas plenárias de saúde vão ligando a questão do controle social à da comunicação em saúde, conforme assinala Pitta:

Se tomarmos como ponto de partida a 10ª Conferência Nacional de Saúde [...], sobressaem, em especial nos itens referentes ao “Controle Social”, os contornos de uma política que dá mais concretude à relação entre comunicação e exercício da cidadania e ao conceito de liberdade de expressão (direito à comunicação) — já apontado, como princípio, desde a Oitava Conferência Nacional de Saúde, de 1986. (2000, p. 65)⁵⁸

Esses variados encontros apontam para a configuração de uma rede dos Conselhos de Saúde que possa se articular rapidamente, com um crescimento rizômico e independente de deslocamentos físicos para pactuar ações consensuais. Esta rede materializada na Internet configura-se no ponto de partida para confeccionar um projeto de comunicação direcionado a reverter a situação de invisibilidade dos conselhos junto à população em geral.

Na próxima seção, será examinado como os conselhos usam das novas TIC para se articular.

3. Articulação presencial e virtual

Embora haja uma ampla interlocução entre os conselheiros de saúde, configurada em plenárias, conferências e cursos, entre outros tipos de encontros, esta rede de conexões se caracteriza eminentemente como presencial e documental. A utilização da Internet pelos conselhos, que poderia ser uma ferramenta poderosa para atingir a visibilidade e uma ampliação exponencial da interlocução, se revela praticamente ausente. Nem todos os conselhos estaduais de saúde têm *website* próprio e o *website* do Conselho Nacional de Saúde tem erros de navegação, que escondem importantes documentos sobre o controle social. Por exemplo, as XI e XII Plenárias Nacionais de Conselhos de Saúde (2002 e 2004) não têm seus relatórios finais publicados na página do CNS.

Por sua parte, em conjunto com o Ministério da Saúde, o CNS começou a unificar as iniciativas de cadastrar os conselhos de saúde. No momento existem quatro cadastros (dois do CNS, um do Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde – SIOPS, gerido pelo DATASUS, e um da Secretaria de Gestão Participativa do Ministério da Saúde), mas os dados armazenados diferem entre os cadastros citados. Além disso, nenhum deles possui uma rotina de atualização de dados, fato que acarreta a defasagem nas informações.

Desta forma, concluiu-se pela construção de um único cadastro com a utilização da Internet, através de uma ferramenta construída pelo DATASUS. Segundo o projeto, a atualização dos dados será anual, feita mediante senha de acesso fornecida aos presidentes de conselhos. O projeto-piloto está sendo implantado em duas Regiões, Norte e Sul, e, segundo o último boletim do CNS, a previsão era a de que até o final de maio de 2005 todas as Regiões tivessem acesso e pudessem aderir ao sistema^{XX}. De acordo com informações da gestora do cadastro, será feita uma avaliação da implantação e depois o cadastro será estendido a outras Regiões do país. Os dados estarão disponíveis para os conselhos e também para pesquisas. Os conselhos municipais que não tiverem acesso à Internet receberão um formulário com todas as informações do cadastro para serem encaminhadas ao conselho estadual e, em seguida, para o CNS, a fim de integrar o cadastro. A importância de um sistema que “localize” e “nomeie” os conselhos reside no fato de torná-lo o ponto de partida para elaborar uma política de comunicação que ajude a superar os obstáculos do exercício do controle social.

Realizada em novembro de 2004 com a participação de 469 conselheiros de saúde, representando 22 Estados e o Distrito Federal, a última Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, cujo relatório foi divulgado pelo *website* do Conselho Municipal de Joinville (SC), contou com um painel dedicado à apresentação e análise do Cadastro Nacional de Conselhos de Saúde. Além da vinculação do cadastro à comunicação com/entre conselhos (p. 40), a necessidade de ter visibilidade perante a população para melhor exercer o controle social está patente nas suas deliberações:

8. Que os Conselhos de Saúde sejam mais unidos com a comunidade e conscientizem a população em geral sobre seus direitos como usuários do SUS e sobre o dever do Conselheiro para com a população. (2005, p. 12)⁵⁹

Em resposta ao problema da falta de visibilidade dos conselhos perante a população e dos outros problemas apontados, está sendo proposto um protótipo — a Plenária Virtual Permanente — que viabilize o delineamento de uma rede digital para fortalecer os fóruns existentes, promovendo maior integração dos conselhos de saúde, e que posteriormente possa ser estendida a outras comunidades discursivas empenhadas no controle social do SUS com fins de acumulação de capital digital. A exposição adiante apresenta o papel da Fiocruz na construção desse protótipo.

4. A Fiocruz e os conselhos de saúde

Desde o movimento pela democratização do país e a Reforma Sanitária, nos anos de 1980, e da promulgação da Lei Federal 8.142/90, que institui os conselhos de saúde, a Fundação Oswaldo Cruz participa diretamente do desenho do SUS. Além de contribuir na realização, direção e relatoria das conferências de saúde no país e na 12^a Conferência Nacional de Saúde, a Fiocruz acompanha de perto a instalação dos conselhos e lhes oferece assessoria direta. Este foi o caso, por exemplo, do consórcio entre várias instituições, liderado pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, para ministrar o primeiro Curso Nacional de Capacitação de Conselheiros, realizado de março a dezembro de 2003. Além disso, os temas relativos aos CSs constituem objeto de debate interno e pesquisas, disciplinas, teses acadêmicas e publicações, contribuindo assim para o debate nacional sobre esse relevante assunto. A ENSPSA tem ainda vários projetos de pesquisa que têm por objeto os conselhos de saúde e que já resultaram em várias teses, dissertações e publicações. Cabe mencionar a colaboração da ENSPSA, através do Núcleo de Estudos Político-Sociais em Saúde, no projeto da Secretaria de

Gestão Participativa do Ministério da Saúde destinado a cadastrar todos os conselhos de saúde do Brasil e cujos resultados estão citados ao longo deste trabalho.

No documento concebido pela Fundação Oswaldo Cruz, onde os dez eixos temáticos da 12ª Conferência Nacional de Saúde foram discutidos por profissionais de todas as unidades, os Conselhos de Saúde são citados tanto no eixo relativo à Gestão Participativa quanto no de Informação e Comunicação.

(...) a gestão participativa é o resultado da natureza dos Conselhos de Saúde enquanto espaços de interlocução democrática e de concertação, mediante negociações e consensos, em torno de objetivos e ações voltados para o interesse geral. Os Conselhos de Saúde são uma inovação político-institucional da maior relevância porque legitimam os princípios do SUS e dão sustentação às políticas no médio e longo prazo. Nesse contexto, a concertação propicia a governabilidade setorial enquanto a gestão participativa aproxima os gestores, gerentes e funcionários dos serviços da população em torno de um propósito comum de prestar atendimento de qualidade. (Fiocruz, 2003)⁶⁰

Mais uma vez, no eixo relativo à Informação e à Comunicação, os conselhos ganham um papel de destaque:

(...) que assuma e exercite [o Ministério da Saúde] um conceito de Comunicação tão ampliado quanto o conceito de saúde que fundamenta o SUS, e que, assim, seja capaz de contemplar diversos componentes de uma política pública de Comunicação (...) buscando maior visibilidade para seus princípios e atores, notadamente, dos conselhos de saúde; a relação entre os conselhos, e dos conselhos e conselheiros com os grupos, entidades e movimentos que representam; a relação com outras instâncias e órgãos governamentais, não-governamentais e movimentos sociais (2003, p. 28).

O texto ainda reforça a necessidade de uma Rede Pública Nacional de Comunicação e Saúde e recomenda:

(...) a XII [CNS] deve apontar uma instância responsável pelo mapeamento e convocação de seus componentes — nas esferas municipal, estadual e nacional —, para pactuação da agenda e compromissos comuns. (2003, p. 29)

Vistas estas proposições, conclui-se que a Fiocruz está comprometida historicamente com as deliberações previstas nas conferências e plenárias de conselhos de saúde e pode utilizar toda a sua conectividade e todo o seu capital técnico acumulado para criar a Plenária Virtual Permanente, a ser alimentada e desenvolvida pelos conselheiros, principais agentes do controle social do SUS.

Passam-se agora em revista algumas recomendações das principais reuniões de CSs, onde são descritas as características desta rede virtual.

5. Recomendações das conferências de saúde e de outros encontros

A comunicação numa rede de conselhos é uma necessidade sentida com crescente urgência pelos Conselhos de Saúde após mais de uma década de funcionamento, e reiterada em diversos documentos oriundos de conferências de saúde e outros encontros entre representantes do setor. Se fossem reunidas as propostas, diretrizes e estratégias formuladas coletivamente da XVIII até a 12ª Conferência Nacional de Saúde, ter-se-iam aí delimitados formalmente, para além dos Conselhos de Saúde, os fundamentos de uma política pública para o exercício efetivo, pela sociedade brasileira, da relação entre o direito à saúde e os direitos de acesso à informação, à liberdade de expressão — direito à comunicação e à educação.

O relatório final da 12ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2003, no eixo temático Gestão Participativa, prevê:

(...) parcerias com instituições de produção do conhecimento (universidades), comunicação (escolas de comunicação e mídia), informática, movimentos sociais e populares para realizar oficinas, seminários e capacitações acerca dos temas: controle social, informação em saúde, gestão participativa, comunicação e formação de redes de controle social (...). (2004, p. 164)⁵⁸

Assim também, dentro das recomendações de Políticas de Informação, Educação e Comunicação (IEC) no SUS, no capítulo referente à Democratização da Informação, a 11ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2000, recomenda a

Institucionalização de uma Rede Pública Nacional de Comunicação em Saúde, com diretrizes previstas nos planos de saúde e deliberadas pelos Conselhos e Conferências; que integre, via Internet e outros meios de Comunicação, os conselhos de saúde, Poder Executivo (os três níveis), comissões intergestores, Legislativo, Ministério Público e todos os segmentos envolvidos com o controle social. (2001 p. 166)⁵⁹

Dois anos depois, a idéia desta rede ganhou um contorno mais definido entre os delegados que participaram da 12ª Conferência Nacional de Saúde, que ratificaram a Rede e acrescentaram a ela algumas características, a saber:

Assegurar recursos orçamentários para viabilizar e implantar a Rede Pública e Nacional de Comunicação, de acordo com a recomendação das 11ª e 12ª Conferências Nacionais de Saúde, como materialização

de uma política de comunicação ampla, plural, horizontal e descentralizada, que fortaleça as redes e movimentos sociais. Articulada ao controle social, essa política deve garantir o acesso à informação, troca de experiências, capacitação para o controle social e para a gestão democrática do sistema, fornecendo informações em saúde *on-line*, com livre acesso para os usuários do SUS.

Já no Estado do Rio de Janeiro, as plenárias e conferências de saúde também ratificaram a necessidade de uma interconexão mais ágil entre os conselhos. Durante o segundo semestre de 2003, houve vários destes eventos municipais e regionais no estado, articulado por membros do CES/RJ. A IV Conferência Estadual de Saúde (2004) destacou-se como um momento singular para o controle social no estado. Foi neste evento que se escolheu a representação do Rio de Janeiro de 204 delegados para a 12ª CNS e os conselheiros da atual gestão do Conselho Estadual de Saúde. Sessenta e um municípios estiveram representados na IV Conferência, mais de 66% do total de municípios do estado. O critério de seleção dos delegados foi a densidade populacional do município. A cada 25 mil habitantes, eram destacados quatro delegados. Este esforço de mobilização está registrado na Internet na página do CES/RJ. Todos os documentos produzidos pelas conferências e plenárias (moções, recomendações etc.) desde 1999 estão disponíveis na página do CES/RJ na Internet. Além disso, as conferências e plenárias tiveram tratamento jornalístico no boletim informativo do conselho, o *VIA CES*, que teve a tiragem impressa de três mil exemplares e está disponível também *on-line*.

Na última plenária estadual dos conselhos de saúde, que aconteceu em 2003, a necessidade de haver maior interação entre os conselhos é citada em quatro tópicos do documento, conforme pode ser visto nas propostas a seguir:

NOVOS FÓRUNS

17. Criar outros fóruns de discussão sobre os Conselhos além dos já existentes, para juntar os Conselhos Distritais, os Municipais e o Estadual.
18. Realizar encontros de Conselhos Municipais por Região.
19. Realizar encontros entre os Conselhos Estadual, Municipais e Distritais de Saúde e os Conselhos Gestores de Unidade.
 - a. Incentivar a criação de novos Conselhos Gestores de Unidades.

QUESTÕES DIVERSAS

20. O CES deve estabelecer contato mais estreito com os Conselhos Municipais de Saúde, garantindo-lhes informação, assistência e assessoria.

Além da função de registro, a Internet pode ser um meio de mobilização e de troca constante entre os conselheiros. O avanço da tecnologia de vídeo e voz sob IP nos permite que tal interação aconteça, mesmo em bandas estreitas, ou seja, conexões com a Internet via modem e acesso discado, que são a ponta da inclusão digital, onde se encontram vários conselhos, secretarias de saúde e prefeituras de pequenos municípios, que já podem utilizar este recurso proporcionado pelas TIC.

No próximo capítulo, delinear-se-á o caminho percorrido para alcançar dois propósitos anteriores à feitura da Plenária: aferir se os componentes do CES/RJ utilizam a Internet para divulgar as ações do mesmo e identificar os municípios cuja governança eletrônica se fez presente na área da saúde.

Notas

^{xviii} Disponível em <http://www.datasus.gov.br/cns/temas/infsaude/aureapitta.htm>. Destacado por mim.

^{xix} Retirado do Relatório Final da XI Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, disponível em http://conselho.saude.gov.br/eventos/xi_plenaria/index.htm.

^{xx} Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Informativo/boletim%20n%BA%208.pdf>.

CAPÍTULO IV – METODOLOGIA E DIAGNÓSTICO DA CONECTIVIDADE DOS CONSELHOS DE SAÚDE

Este capítulo apresenta os passos metodológicos executados para construir a Plenária Virtual Permanente — o protótipo do aplicativo multimídia para tornar mais ampla e permanente a interlocução entre os conselhos e conselheiros de saúde do Estado do Rio de Janeiro. Ademais, serão expostos os diagnósticos, advindos da análise dos conselhos de saúde que estão habilitados a usar o dispositivo proposto por esta pesquisa.

1. Aspectos metodológicos

As pesquisas formais levadas a cabo entre março de 2004 e maio de 2005 compreenderam seis etapas, descritas a seguir:

1. Participação em reuniões do CES e do CMS do Rio de Janeiro, com o objetivo de conhecer a composição, o modo de funcionamento, as relações entre eles e as vias utilizadas para divulgar suas atividades.
2. Levantamento dos CSs com *website* na Internet.^{XXI}
3. Contato telefônico com os CSs para saber se os conselheiros tinham acesso pessoal à Internet e se mantinham contatos entre si.
4. Análise dos municípios segundo três índices: PIB per capita (IBGE, 2002); IDH-M (PNUD, 2004) e Teledensidade (ANATEL, 2004), com o objetivo de comprovar alguma relação entre o nível sócio-econômico e a existência de *website* municipal com qualidade.
5. Levantamento dos programas (*softwares*) mais adequados à conectividade entre os conselhos de saúde.
6. Esboço de protótipo adequado à realidade encontrada.

Em relação ao universo da pesquisa realizada, destacam-se dois aspectos que serão examinados em maior detalhe nas próximas seções.

(a) Dos 92 municípios do Estado do Rio de Janeiro, apenas cinco — Rio de Janeiro, Itaperuna, Resende, Nova Friburgo e Paraíba do Sul — têm *website* com informações sobre os CSs e utilizam o correio eletrônico para convocar e informar os conselheiros.

(b) Não há relação entre a posse de *website* e demais recursos por parte das prefeituras e os índices mencionados (PIB per capita, IDH e Teledensidade).

O estudo se centrou no desenho de um protótipo de uma **Plenária Virtual Permanente para o Controle Social**, a fim de conectar, em princípio, os cinco municípios assinalados e o Conselho Estadual de Saúde do Rio de Janeiro.

2. O Conselho Nacional de Saúde e os conselhos estaduais

O *website* do Conselho Nacional de Saúde está inserido no Portal do Ministério Saúde e tem um endereço direto de acesso à Internet (<http://conselho.saude.gov.br>). Há *links* para o CONASS e o CONASEMS, além dos *links* para os conselhos estaduais. Conforme pode ser observado no Quadro 1, dos 27 *links* para conselhos estaduais de saúde listados na página, apenas 19 estão ativos, apontando para páginas das secretarias de saúde e não diretamente para as dos conselhos. A exceção é o *link* para o conselho estadual do Rio Grande do Sul.

Quatro estados, entre os 27 da federação, estão com *links* apontados de maneira errada pelo CNS. Um dos links, o do estado de Goiás, aponta para um *website* de comércio. Os conselhos do Maranhão, do Piauí e de Rondônia estão com *links* inativos, ou seja, nem estavam apontados no *website* do CNS.

Rio Grande do Norte, Sergipe e Tocantins não tinham *websites* de conselhos estaduais de saúde e o do Acre estava em manutenção por ocasião da pesquisa. Seis estados têm publicações, boletins informativos e biblioteca, conforme pode ser visto no Quadro 1.

Quadro 1- OS CONSELHOS ESTADUAIS LISTADOS NO *WEBSITE* DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

Estados	Observações
CES/AL, CES/AM, CES/AP, CES/CE, CES/DF, CES/ES, CES/MG, CES/MT, CES/PA, CES/PE, CES/RR, CES/SC	Ativos
CES/SP	Ativo. Com biblioteca própria.
CES/RS	Ativo. Informativo funcionou até 2003.
CES/PR	Ativo. Muita informação. Aponta para conselhos municipais. Várias publicações. Tem logomarca.
CES/BA	Ativo. Muita informação. Aponta para <i>websites</i> de conselhos municipais.
CES/RJ	Ativo. Tem publicação on-line e impressa.
CES/MS	Ativo. Tem publicações específicas.

CES/PB	Ativo, mas desatualizado.
CES/AC	Em manutenção
CES/GO	Link errado na página do Conselho Nacional de Saúde.
CES/MA, CES/PI, CES/RO	Links inativos na página do Conselho Nacional de Saúde.
CES/RN, CES/SE, CES/TO	Não existe página do conselho.

Bahia e Paraná destacam-se por terem *links* para os conselhos municipais de saúde, além de outras informações. Há iniciativas incipientes por parte dos estados (CES) para se tornarem pontos aglutinadores de conselhos municipais e também de registro e visibilidade das plenárias de saúde. Porém, a página do Conselho Nacional de Saúde, que podia ser um espaço virtual de convergência e troca de experiências das ações comunicativas dos conselhos estaduais, não cumpre este papel. Isto denota que a visibilidade no mundo digital dos conselhos, das conferências e a governança eletrônica na área da saúde estão aquém do necessário.

Num panorama de poucas iniciativas, o Conselho Estadual de Saúde do Rio de Janeiro destaca-se entre os conselhos estaduais. Trata-se de um *website* com um *design* simples e muita informação. Não há *links* para os conselhos municipais, nem para o nacional. Há disponível toda a legislação referente à criação do CES/RJ e os boletins editados no período de 2002 a 2004. As atas são disponibilizadas e já estão acessíveis as do primeiro semestre de 2005 para consulta.

A partir desta constatação, serão detalhadas neste trabalho a constituição do CES/RJ e a articulação das entidades-membros do conselho no mundo digital. A seguir, serão sinalizadas quais são as prefeituras do RJ que estão na Internet e se os conselhos municipais fazem uso da mesma para estabelecer comunicação entre si e com o CES/RJ.

3. O CES/RJ e as articulações com os CMSs

O Conselho Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, criado em 1991, tem caráter deliberativo, é responsável pela elaboração e atualização da política estadual de saúde, bem como pela fiscalização e pelo controle de programas e ações desenvolvidos no estado (CES/RJ, 1996). O CES/RJ tem ações voltadas para a visibilidade de suas deliberações e para a comunicação com os CMSs. Ele confecciona um boletim impresso, o *VIA CES*, que é distribuído a todos os CMSs do Estado. Além disso, é de competência do CES/RJ organizar a conferência estadual de saúde e apoiar

tecnicamente a realização das conferências regionais. Entre seus membros, são eleitos os articuladores regionais, que percorrem os municípios frequentemente. Atualmente, o presidente do CES/RJ é o secretário de estado de saúde.

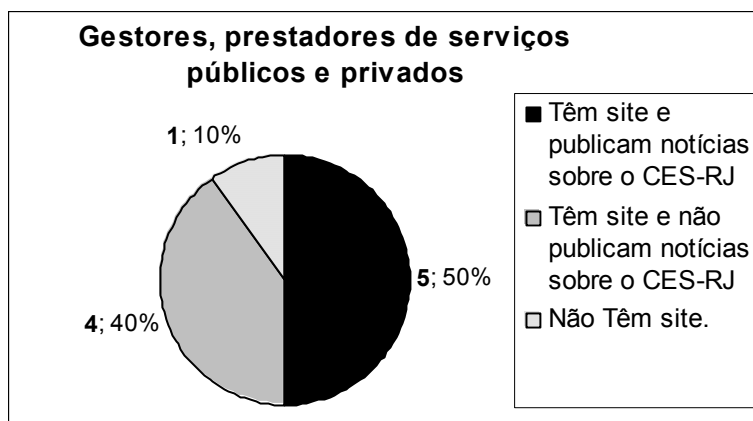
Este diagnóstico diz respeito a como os representantes que compõem o CES/RJ divulgam as ações do conselho através de seus *websites* institucionais. Para obter este dado, pontua-se como os três segmentos que compõem o Conselho Estadual de Saúde — a saber: gestores, prestadores de serviços públicos e privados (25%); profissionais de saúde (25%) e usuários (50%) — se organizam em redes de interlocução e troca no espaço digital. Os *websites* institucionais existentes das entidades que compõem a plenária do CES/RJ foram varridos, a fim de encontrar notícias concernentes à atuação do conselho.

Quanto ao primeiro segmento, que reúne gestores e prestadores de serviços públicos e privados, vale a pena pontuar tratar-se de grupos bem heterogêneos num mesmo segmento. Prestadores de serviços públicos e privados têm diferentes interesses, status, e acúmulos de capital social na discussão do conselho.

Exemplificar-se-á a principal forma de organização em rede dos gestores federal, municipais e estaduais, que se dá através de duas comissões. Estas atuam na instância decisória e funcional do Sistema Único de Saúde: a Comissão Intergestores Tripartite e as Comissões Intergestores Bipartite. Ambas integram o CONASS – Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde e o CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, dois profícuos espaços de associação e troca. Ao se observar os *websites* das duas organizações, pode-se encontrar muita informação (dados, *links* para sistemas de informação, registros de encontros, legislação pertinente) em relação à gestão do SUS e ao controle social. Pela natureza operativa destas comissões, elas têm necessidade de se articular constantemente, reúnem-se muito e usam o meio digital para estes fins, através de *websites* e troca de mensagens.

No Rio de Janeiro, conforme pode ser visto no Gráfico 1, metade do segmento dos gestores, prestadores de serviços públicos e privados divulga em seus *websites* atividades concernentes ao CES/RJ, apesar de ser um grupo diferenciado, com interesses díspares.

Gráfico 1 – SEGMENTO DO CES/RJ: GESTORES, PRESTADORES DE SERVIÇOS PÚBLICOS E PRIVADOS.



Ao observar o Quadro 2, é fato que, das dez instituições que exercem mandato no conselho, só uma não tem *website*, o que denota um grau elevado de uso da Internet por parte deste segmento. Além dos gestores, destaca-se a divulgação das resoluções do CES/RJ em *website* dos representantes da comunidade acadêmica — constam na universidade federal e não na estadual.

Quadro 2 – ENDEREÇOS NA INTERNET DAS ENTIDADES REPRESENTANTES DOS GESTORES, PRESTADORES DE SERVIÇOS PÚBLICOS E PRIVADOS DO CES/RJ.

REPRESENTANTE	URL	CITA O CONSELHO? ^{XXII}
Secretaria de Estado de Saúde	http://www.saude.rj.gov.br	sim
Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ	http://www.ufrj.br	sim
Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado do Rio de Janeiro (COSEMS)	http://www.cosemsrj.com.br/	sim
Conselho Estadual dos Direitos da Mulher (CEDIM)	http://www.cedim.rj.gov.br	sim
Federação das Misericórdias e Entidades Filantrópicas e Beneficentes do Estado do Rio de Janeiro	http://www.femerj.org.br/	sim
Secretaria Municipal de Saúde de Paraty	não	não
Universidades Públicas do Estado do Rio de Janeiro	http://www.uerj.br	não
Secretaria Municipal de Saúde de São José do Vale do Rio Preto	http://www.sjvriopreto.rj.gov.br	não
Sindicato dos Hospitais e Estabelecimentos de Serviços de Saúde no Estado do Rio de Janeiro - SINDHERJ	http://www.sindherj.com.br/	não
Secretaria de Estado da Defesa Civil (SEDEC)	http://www.sedec.rj.gov.br/	não

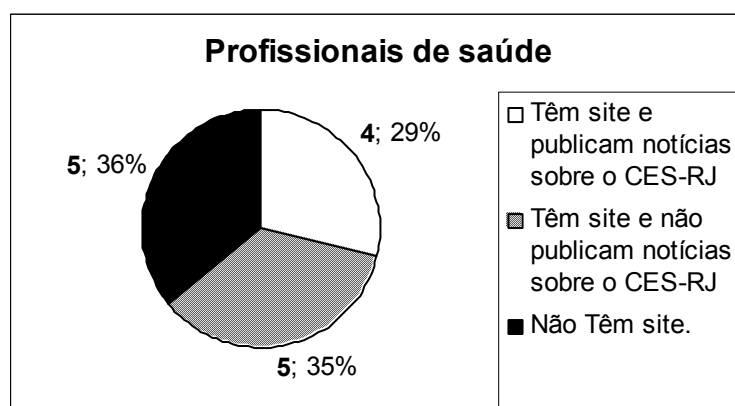
Um elemento mobilizador permanente para o segundo segmento examinado do CES/RJ — o dos profissionais de saúde — é a formação, capacitação e atualização profissional. Nesta perspectiva, está mais evidente na Internet a formação de redes propícias ao fomento de capitais sociais de vínculo, de ponte e de ligação no segmento

de profissionais de saúde em nível nacional, cujo maior exemplo é a Rede UNIDA. Criada em 1985, a Rede conecta pessoas, que executam ou articulam projetos, onde o objetivo comum é o desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde, usando as várias ferramentas na Internet (*websites*, fóruns, mensagens eletrônicas etc.). A Rede caracteriza-se pela multiplicidade de iniciativas na área da saúde que buscam uma mudança no modelo de atenção, no modelo de ensino e na participação social no setor. Como forma de articulação multicêntrica de situações heterogêneas, as Redes UNIDAS têm vários nós que constituem lugares de articulação, não estando a propulsão das suas ações localizada em um lugar fixo. Para garantir a sustentação e aumentar a governabilidade dos projetos, era importante intervir no cenário externo, nacional, e construir ambientes mais favoráveis ao desenvolvimento mais amplo dos processos inovadores; assim, foi criada a associação, Rede UNIDA. A entidade busca ser um ator social a mais para influir nas políticas públicas relativas à formação do profissional para o SUS. Observa-se que a estratégia é de fomento de capital social de ponte (*bridging*).

Ao analisar os relatórios referentes aos diversos encontros e conferências que envolvem conselheiros, pode-se observar o sucesso da empreitada da Rede. O tema recursos humanos freqüentemente figura como pauta prioritária nas reuniões.

Apesar deste exemplo de ampla articulação em nível nacional, utilizando a Internet, pode-se observar no Gráfico 2 que apenas 64% das entidades representantes dos profissionais de saúde no CES/RJ têm *website*. Deste universo, menos da metade (quatro instituições) publicam notícias relativas às atividades do conselho.

Gráfico 2 - SEGMENTO DO CES/RJ: PROFISSIONAIS DE SAÚDE



Nota-se no Quadro 3 que não há distinção entre conselhos regionais e sindicatos profissionais no que diz respeito à divulgação de atos do CES. Porém, é possível também visualizar a ausência de *website* institucional na categoria de sindicatos.

Quadro 3 - ENDEREÇOS NA INTERNET DAS ENTIDADES REPRESENTANTES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO CES/RJ.

REPRESENTANTE	URL	CITA O CONSELHO?
Sindicato dos Assistentes Sociais do Estado do Rio de Janeiro-SASERJ	http://www.saserj.org.br	sim
Sindicato dos Médicos do Rio de Janeiro-SINMED	http://www.sinmedrj.org.br/	sim
Conselho Regional de Psicologia-CRPSI	http://www.crprj.org.br	sim
Conselho Regional de Farmácia-CRF	http://www.crf-rj.org.br/	sim
Sindicato dos Trabalhadores em Saúde, Trabalho e Previdência Social - SINDSPREV	não	não
Sindicato dos Fonoaudiólogos - SINFERJ	não	não
Sindicato dos Auxiliares e Técnicos de Enfermagem do Município do Rio de Janeiro - SATEMRJ	não	não
Sindicato dos Nutricionistas do Estado do Rio de Janeiro-SINERJ	não	não
Sindicato dos Enfermeiros do Rio de Janeiro-SINDENF/RJ	não	não
Sindicato dos Psicólogos do Estado do Rio de Janeiro-SINDPSI	http://www.sindpsi-rj.org.br/	não
Conselho Regional de Nutricionistas-CRN	http://www.crn4.org.br/	não
Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional-CREFITO	http://www.crefito6.org.br	não
Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro-CREMERJ	http://www.cremerj.com.br	não
Conselho Regional de Fonoaudiologia-CRFo	http://www.crf1.org.br/	não

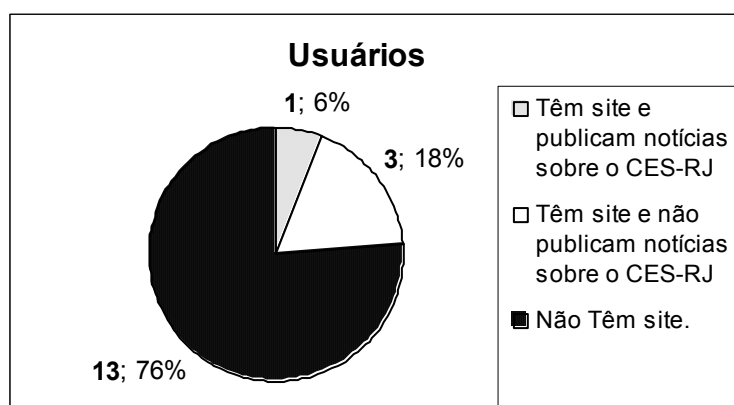
Se o primeiro segmento do CES/RJ (gestores, prestadores de serviços públicos e privados) tem um caráter institucional heterogêneo, a situação para o segmento dos usuários é muito mais complexa. Neste segmento, que compõe 50% da plenária do CES/RJ, identificam-se entre conselheiros titulares e suplentes representantes de 17 instituições, entre elas organizações não-governamentais, associações de moradores, entidades representantes de portadores de patologias, organizações sindicais e conselhos municipais de saúde. Não foi possível averiguar a existência de *website* dos representantes dos usuários, advindos de conselhos municipais de saúde, pois a composição só informa de qual município vem o representante do CMS.

Mesmo assim, onde se supunha, pela diversidade de interesses, uma ampla e heterogênea articulação na Internet, materializada em várias páginas das organizações, encontra-se uma demonstração de exclusão digital — 76% das entidades representantes

dos usuários não têm *website* institucional na Internet. Tal dado pode significar que o acúmulo de capital social entre este segmento é predominantemente de vínculo (*bonding*). Labra já alertou sobre a dimensão associativa neste segmento:

A cultura das organizações de interesses, nas quais se incluem as associações de vizinhança, que são o principal veículo para a representação dos usuários do SUS nos CS, apresenta traços pouco afins com uma democracia moderna. E contribui para isso o fato da maioria dos brasileiros desacreditar da política e demonstrar baixíssimo engajamento cívico nas atividades associativas. Poder-se-ia afirmar, no extremo, que as unidades do mundo associativo sofrem o impacto do déficit mais geral da sociedade brasileira de atributos próprios de comunidades cívicas nas quais, como ensina Putnam, a participação pressupõe mais espírito público do que atitudes voltadas para a afirmação do interesse pessoal, onde “a cidadania implica direitos e deveres iguais para todos” e se “mantêm unidas por relações horizontais de reciprocidade e confiança, e não por relações verticais de autoridade e dependência. (Labra, 2005, p. 30) ⁶¹

Gráfico 3 - SEGMENTO DO CES/RJ: USUÁRIOS.



Conforme pode ser visto no Quadro 4, somente uma entidade representante do usuário divulga as ações do CES/RJ. Trata-se de uma organização verticalizada, que ocupa a vaga no conselho destinada a movimentos não-governamentais de defesa do interesse da mulher. Porém, a entidade suplente não segue a mesma diretriz, mesmo tendo um *website* institucional com bastante conteúdo. Ao olhar sob uma perspectiva nacional, o movimento feminista conseguiu ocupar vários lugares-chave na discussão das políticas públicas em defesa da mulher, acumulando capital social de vínculo, de ponte e de ligação em diferentes contextos comunitários. Embora o movimento feminista use amplamente a rede digital, ele ainda não usou todo o seu potencial de mobilização na Internet para se tornar divulgador dos atos do CES/RJ. No entanto, este processo está mais avançado com as feministas do que entre outras categorias de usuários.

Quadro 4 - ENDEREÇOS NA INTERNET DAS ENTIDADES REPRESENTANTES DOS USUÁRIOS DO CES/RJ

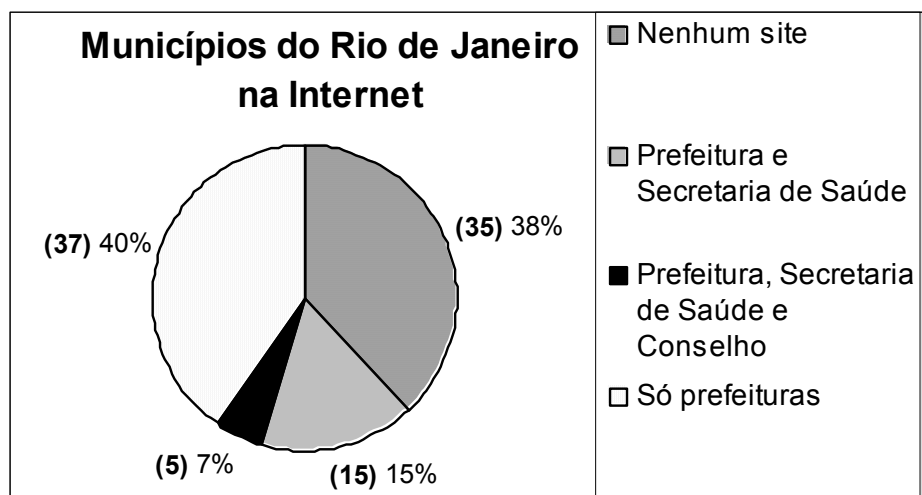
REPRESENTANTE	URL	CITA O CONSELHO?
Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos - Regional Rio de Janeiro	http://www.redesaude.org.br/	sim
Sociedade de Amigos da Vila Kennedy	não	não
Associação dos Falcêmicos e Talassêmicos do Rio de Janeiro:	não	não
Associação de Renais Crônicos do Estado do Rio de Janeiro-ARERJ :	não	não
Federação das Associações de Aposentados do Estado do Rio de Janeiro-FAAPERJ	não	não
Federação dos Trabalhadores na Agricultura-FETAG	não	não
Conselho Municipal de Saúde de Queimados	não	não
Conselho Municipal de Saúde de Carmo	não	não
Conselho Municipal de Saúde de Campos dos Goytacazes	não	não
Conselho Municipal de Saúde de Mangaratiba	não	não
Conselho Municipal de Saúde de Volta Redonda	não	não
Federação das Associações de Favelas do Estado do Rio de Janeiro (FAFERJ)	não	não
Federação das Associações de Moradores do Estado do Rio de Janeiro (FAMERJ)	não	não
Ser Mulher	http://www.sermulher.org.br/	não
Conselho Municipal de Saúde de Niterói	não	não
União dos Cegos no Brasil-UCB	http://www.brasil-total.com.br/uniaocegos.htm	não
Central Única dos Trabalhadores (CUT)	http://www.alternex.com.br/~cutrj/	não

Através da análise do aproveitamento da Internet pelos segmentos que compõem o CES/RJ — gestores, prestadores de serviços públicos e privados, profissionais de saúde e usuários — pode-se concluir que há pouca divulgação por parte das entidades representantes dos conselhos que têm *website* institucional, o que reafirma a necessidade da existência dos veículos de comunicação próprios aliados às estratégias de comunicação para aproveitamento dos mesmos. Não há praticamente “municipalização” digital das informações, a não ser pelo *website* do CES/RJ e pela tiragem esporádica do impresso *VIA CES*. Portanto, o que vai ser exposto a seguir sobre os conselhos municipais não é consequência só de uma dimensão técnica. Essas constatações se somam ao panorama de exclusão digital para entender as poucas ações em governo e governança eletrônica, executadas pelos municípios do Rio de Janeiro,

onde a discussão sobre a existência de *websites* de secretarias e conselhos de saúde está inserida.

O ponto de partida para chegar aos municípios foi o portal oficial do governo do Estado do Rio de Janeiro, o Portal do Cidadão. Pode-se observar no Gráfico 4 que 38% das prefeituras (35 municípios) na área do Estado não têm sequer um *website* na Internet que apresente os diversos serviços de utilidade pública cuja responsabilidade cabe à instância Executiva em nível municipal. São áreas invisíveis dentro da malha universal internáutica. Os outros 62% (57 municípios) não revelam números mais animadores no que diz respeito à saúde. A maioria (40%) tem só *website* oficial da Prefeitura. Todos dão ênfase às atrações turísticas do município, sendo que 80% daqueles municípios com mais de 200 mil habitantes no Estado já utilizam a rede.^{XXIII}

Gráfico 4 – ENDEREÇOS DE MUNICÍPIOS NA INTERNET, SEGUNDO O PORTAL DO GOVERNO DO ESTADO DO RJ.



No Portal do Cidadão (*website* oficial do Governo do Estado do Rio de Janeiro), as prefeituras que não têm *website* têm um mapa com aspectos turísticos da localidade. Destas 57 prefeituras com *website*, só 22% das prefeituras (num total de 20) abrigam referências a suas respectivas secretarias de saúde^{XXIV}. No caso dos conselhos de saúde, o número diminui ainda mais.

Do universo de 92 municípios do Estado, só 6% (cinco prefeituras) contemplavam as três instâncias: *website* da prefeitura, da secretaria de saúde e do referido conselho, no período de janeiro a fevereiro de 2005, sendo estes: Itaperuna, Nova Friburgo, Paraíba do Sul, Resende e Rio de Janeiro.

Segundo o Plano Estadual de Saúde^{XXV}, aprovado pelo CES/RJ, o Estado do Rio de Janeiro se divide em nove macroregiões: Baía de Ilha Grande, Baixada Litorânea, Centro Sul, Médio Paraíba, Metropolitana I, Metropolitana II, Noroeste, Norte e Serrana.

Ao se observar o quadro 5, da esquerda para direita, é possível aferir o grau crescente de governança eletrônica para a saúde de cada região. Pode-se ver que a Região Noroeste é a que tem menos municípios na rede, enquanto a Região Centro Sul se equipara à Metropolitana I no que diz respeito à governança eletrônica na área da saúde. Cada município selecionado para participar do protótipo está em uma macroregião diferente, conforme pode ser visto no Quadro 5, não fazendo parte de uma malha metropolitana específica, a não ser no caso do Rio de Janeiro. Itaperuna está na Noroeste. Rio de Janeiro na Metropolitana I. Nova Friburgo está na Serrana. Paraíba do Sul está na Centro Sul e Resende está no Médio Paraíba. Cada um com um histórico de desenvolvimento econômico e industrial bem específico.

Quadro 5 - OS MUNICÍPIOS NO *WEBSITE* OFICIAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO DE ACORDO COM AS MACROREGIÕES.

Região	Sem website	Só da Prefeitura	Prefeitura e órgão municipal responsável pela Saúde	Prefeitura, órgão municipal responsável pela Saúde e conselho de saúde
Metropolitana I	- Belford Roxo - Mesquita - São João de Meriti - Seropédica	- Itaguaí - Magé - Nilópolis - Nova Iguaçu - Queimados	- Duque de Caxias - Japeri	- Rio de Janeiro
Metropolitana II	- Itaboraí - Tanguá	- São Gonçalo - Rio Bonito - Silva Jardim	- Maricá - Niterói	
Centro Sul	- Areal - Mendes - Sapucaia - Vassouras	- Comendador Levy Gasparian - Engenheiro Paulo de Frontin - Miguel Pereira	- Paty dos Alferes - Três Rios - Paracambi	- Paraíba do Sul
Baixada Litorânea	- Armação de Búzios - Iguaba Grande - São Pedro da Aldeia	- Araruama - Arraial do Cabo - Cabo Frio - Rio das Ostras - Saquarema	- Casimiro de Abreu	

Noroeste	<ul style="list-style-type: none"> - Aperibé - Bom Jesus do Itabapoana - Cambuci - Italva - Laje do Muriaé - Miracema - Varre-Sai - Santo Antônio de Pádua - São José de Ubá 	<ul style="list-style-type: none"> - Itaocara - Natividade - Porciúncula 	<ul style="list-style-type: none"> - Cardoso Moreira 	<ul style="list-style-type: none"> - Itaperuna
Norte	<ul style="list-style-type: none"> - Conceição de Macabu - São Fidélis - São Francisco de Itabapoana 	<ul style="list-style-type: none"> - Macaé - Quissamã 	<ul style="list-style-type: none"> - Campos dos Goytacazes - Carapebus - São João da Barra 	
Serrana	<ul style="list-style-type: none"> - Bom Jardim - Carmo - Cachoeiras de Macacu - Macuco - São Sebastião do Alto - Trajano de Moraes 	<ul style="list-style-type: none"> - Cantagalo - Cordeiro - Duas Barras - Guapimirim - Petrópolis - Santa Maria Madalena - São José do Vale do Rio Preto - Sumidouro - Teresópolis 		<ul style="list-style-type: none"> - Nova Friburgo
Médio Paraíba	<ul style="list-style-type: none"> - Porto Real - Pinheiral - Quatis 	<ul style="list-style-type: none"> - Barra do Pirai - Itaiaia - Rio Claro - Rio das Flores - Valença - Pirai 	<ul style="list-style-type: none"> - Barra Mansa - Volta Redonda 	<ul style="list-style-type: none"> - Resende
Baía da Ilha Grande	<ul style="list-style-type: none"> - Mangaratiba 	<ul style="list-style-type: none"> - Parati 	<ul style="list-style-type: none"> - Angra dos Reis 	

Ao se observar, no Quadro 5, as duas últimas colunas da esquerda para direita, pode-se notar o baixo acúmulo de capital digital na área da saúde pública. Em contato com os conselhos que têm *website* na Internet, uma conselheira representante dos usuários de Itaperuna afirmou que “os conselhos de maiores instâncias (*Conselho Nacional e Conselho Estadual*) não enviam informações em tempo hábil, e estas chegam desatualizadas”. Diante deste quadro, pode-se observar que os conselheiros municipais raramente usam a rede digital para se manter a par do que acontece em fóruns distantes (decisões em esfera estadual e federal), pelo pouco uso da mesma como meio de registro, divulgação e interlocução e, principalmente, de compartilhamento.

Porém, como esclarecem os estudos de Putnam e outros autores, há outros fatores que influenciam no bom funcionamento de instituições públicas. Cabe investigar também a relação entre o acúmulo de capital social e o incipiente (ou nulo) uso das mídias digitais por parte dos governos municipais que contemplam as três instâncias.

2. Conselhos de saúde, capital social e uso de mídias digitais

A primeira tentação, ao se observar o grau de desempenho de determinada instituição, é imediatamente associá-la ao desenvolvimento econômico da região, ignorando outros fatores a ele associados. Entretanto, apenas este dado não basta para explicar um conselho mais eficiente em um ou mais aspectos atuantes em detrimento de outros. Seguindo alguns preceitos da sociologia política trabalhados por Putnam em suas investigações, pode-se observar desempenho institucional dos conselhos de saúde na democracia brasileira sob a ótica do grau de associativismo e do acúmulo do capital social nestes municípios. O grau de desenvolvimento econômico é fundamental num diagnóstico, porém, como ressalta a literatura, elementos de acumulação de capital social — tais como a participação cívica e a solidariedade social — são decisivos no bom funcionamento das instituições públicas. Pois, quanto mais perto do ideal de uma comunidade cívica — que se caracteriza basicamente pela ativa participação nos negócios públicos — mais exitoso será o governo democrático. Portanto, é bem possível que o conselho de saúde funcione melhor em lugares onde processos de co-gestão das políticas sociais e da sociedade civil, tais como o orçamento participativo (caso de Porto Alegre), tenham sido implantados. Esta relação entre conselhos e orçamento participativo é observada por vários autores, pois, segundo Coelho et al:

Decorrida quase uma década da introdução de mecanismos de democracia deliberativa no Brasil, o amadurecimento de algumas experiências — sobretudo o orçamento participativo, em algumas regiões — já sinalizaria mudanças concretas nessas relações. São notórios os avanços realizados nessa direção em estados como o Rio Grande do Sul (Santos, 1998; Genro, 2000; Fedozzi, 2000), Minas Gerais (Avritzer, 2000; Anastasia e Azevedo, 2000), São Paulo (Cohn, Elias e Jacobi, 1993) e Ceará (Cordeiro, 1998), e outras experiências significativas vêm ocorrendo em âmbito local em todo o país. (2001, p. 6-7)⁶³

Urge definir melhor em que consiste o capital social e qual a sua aplicabilidade, para se analisar o desempenho institucional e o uso de mídias digitais por parte dos conselhos de saúde dos municípios do RJ.

Já se assinalou que não está claro quem desenvolveu a primeira definição explícita de capital social. O conceito usado ao longo desta dissertação é o de capital social delineado por Putnam, Leonardi e Nanetti (1993, p. 167), que se refere a aspectos da organização social tais como confiança, normas e redes que podem aumentar a

eficiência da sociedade, facilitando ações coordenadas entre estado e sociedade civil.^{XXVI}

Em 1993, Robert Putnam e seus colegas concluíram, depois de um estudo de 20 anos sobre descentralização, economia e desenvolvimento na Itália, que as relações sociais foram a principal explicação para os diferentes níveis de sucesso econômico e político pelas variadas regiões do país. As regiões onde os governos locais têm se saído bem também têm altos níveis de engajamento cívico, de leitura de jornais, presença em votações e engajamento em orfeões, clubes esportivos e outros grupos. Putnam argumentou que o alto índice de cultura cívica em regiões como a Toscana e a Emília Romana trazem grande confiança, reforçam as normas e fortalecem as redes de associação entre os cidadãos. Ele reforça que este estoque de capital social é que melhora a governança e a prosperidade econômica nestas regiões. O oposto também é real. Regiões com pouca evidência de cultura cívica, tais como a Sicília e a Calábria, tendem a ter níveis mais baixos de capital social, e isso, afirma Putnam, explica por que eles têm altos índices de corrupção, uma governança pobre e uma performance econômica mais fraca.

Teóricos, seguindo a linha de Putnam, concentraram-se em entender o relacionamento entre os vários determinantes de saúde agregados ao nível social. A maioria dos determinantes tem sido explorada, incluindo educação, hierarquias sociais, cuidados primários, privação social, privação material e capital social. Tais trabalhos ressaltam que níveis maiores de participação reduzem a exclusão social e aprimoram o padrão de vida comunitária. Sendo assim, capital social promove uma reação individual e coletiva em direção a uma sociedade mais saudável. Estes indicativos só reforçam a opção pelo Índice de Desenvolvimento Humano como um dos índices de análise dos municípios, cujo conselho de saúde tem *website* na Internet.

Não existem estudos anteriores sobre capital social nos CSs que incluam todos os municípios selecionados neste estudo — Itaperuna, Nova Friburgo, Paraíba do Sul, Resende e Rio de Janeiro. Porém o trabalho de Figueiredo (2001, p. 67)⁶⁴ sobre a Região Metropolitana do Rio de Janeiro pode nos dar pistas sobre um município da área (Rio de Janeiro). A pesquisa realizada com 122 conselheiros representantes dos usuários nos conselhos municipais de saúde (CMSs) indagou até que ponto os CSs estariam contribuindo realmente para a socialização de práticas condizentes com a consolidação de uma cultura participativa própria de uma comunidade cívica. Quanto ao perfil dos

conselheiros, alguns dados destacam-se para fins deste estudo: 88,3% dos conselheiros consideram a televisão e o jornal as principais fontes de informação. Em ordem decrescente, seguem-se os amigos, com 73,3%; a família, com 64,3%; e o rádio, com 61,7%. Finalmente, as revistas despertam o interesse de 43,3% dos conselheiros, e os livros o de 41,7%. Essas informações permitem definir o conselheiro como um cidadão informado, com especial interesse em mídias audiovisuais, embora a Internet não estivesse incluída na pesquisa. No plano associativo, a pesquisa comprovou que a institucionalização dos CSs tem tido grande influência no incremento do número de organizações com interesses no setor, visto que 62% das associações representadas no CS foram criadas na década de 1990. Já no plano individual, a maioria dos conselheiros considerou *gratificante* a experiência de exercer o mandato, e essa experiência contribuiu para aumentar o interesse deles nas questões de utilidade pública e governança. Figueiredo conclui reafirmando o potencial dos CSs no sentido do incentivo à sociabilidade, e, portanto, ao estreitamento de laços de cooperação e formação de redes de solidariedade. Todos estes dados são indícios favoráveis à criação e ao fomento de uma rede de interlocução entre os conselheiros e indicam que a dimensão técnica e a conectividade, somadas à ausência de iniciativas de governança eletrônica, podem ser os problemas-chave para a não-concretização desta rede de interconexões no meio digital. No próximo tópico, serão analisados o perfil dos inclusos na geografia da Internet e as ações em prol do acúmulo de capital digital pelas comunidades dos municípios selecionados para o protótipo.

4. Os CMSs na Internet – Itaperuna, Nova Friburgo, Paraíba do Sul, Resende e Rio de Janeiro

A geografia da Internet em todo o mundo tem privilegiado as áreas urbanas. Segundo Castells,

O uso da Internet está se difundindo rapidamente, mas essa difusão segue um padrão espacial que fragmenta sua geografia segundo riqueza, tecnologia e poder: é a nova geografia do desenvolvimento. (2003, p. 174)

A lógica de implantação das redes de alta velocidade no Brasil não foge à regra. Por isso, foram selecionados índices relativos a estes temas (IDH, PIB e teledensidade) para comparar os municípios do RJ cujos conselhos tinham *websites* acessíveis na Internet em janeiro de 2005. Considerando esta conjuntura, os municípios do Rio de

Janeiro são privilegiados em termos de conectividade, conforme mostram as Figuras 1 e 2.

Quanto à conectividade via órgãos públicos, dois municípios — Rio de Janeiro e Nova Friburgo — são pólos-regionais do *backbone* da rede do Proderj, a *Infovia.RJ*, que, como foi visto anteriormente, provê banda larga para os municípios do Estado, juntando-se à estrutura da Rede Rio. Estes municípios têm Centros de Internet Comunitárias (CICs) a serviço dos projetos comunitários, das secretarias de estado e das prefeituras. Em Resende, embora o município não seja pólo-regional, a população também conta com um CIC. Em Paraíba do Sul, segundo informação do conselho municipal de saúde, a Internet em banda larga foi instalada recentemente na secretaria de saúde (2005). Itaperuna é um dos pólos-regionais de cursos regulares à distância do consórcio CEDERJ^{XXVII} e da Rede de Centrais de Regulação da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro. Portanto, todos os municípios são alvo de iniciativas incipientes de inclusão digital por parte do Estado, sendo que escolas de todos estes municípios, com exceção de Resende, têm telecentros comunitários em banda larga, instalados pelo Programa de Inclusão Digital do Governo Federal^{XXVIII}.

Quanto à iniciativa privada, uma considerável soma de capital financeiro foi adicionada para a digitalização da rede nacional de telefonia fixa. Segundo Zanata (*apud* Knop, 2003 p. 134)⁶⁵, o percentual de digitalização da rede de telefonia no Brasil saltou de menos de 70% em 1997 para cerca de 92% ao final de 2000. O índice de teledensidade de 2004 (Quadro 6), observado nos municípios com *websites* de conselhos de saúde, revela o número de telefones fixos instalados por cem habitantes, incluindo a área rural. Outra informação importante coletada das operadoras é a presença de serviços de telefonia móvel, acesso à banda larga e rede de dados, revelando o perfil de conectividade de cada município habilitado. Cabe mencionar que o único município a ter uma página bem estruturada e com conteúdo variado sobre o Conselho de Saúde — Paraíba do Sul — está em último lugar no que se refere à infraestrutura tecnológica de rede de telecomunicações.

Quadro 6 – TELEDENSIDADE DOS MUNICÍPIOS SELECIONADOS

TELEDENSIDADE	Acessos Fijos 1	Teledensidade 2	Telefonia Móvel-Operadora 3	Rede de dados 3	TV por assinatura 4	Banda larga 4
Rio de Janeiro 21	5008592	83,33	Claro, Oi, Tim, Vivo, Nextel	GPRS, iDEN, 1xRTT	Net, TVA	Velox, Virtua
Nova Friburgo 22	62215	35,35	Claro, Oi, Tim, Vivo, Nextel	GPRS, iDEN	RCA Comp.	Velox

Resende 24	35767	31,68	Claro, Oi, Tim, Vivo, Nextel	GPRS, iDEN	Vivax	Velox, Vivax
Itaperuna 22	18413	20,4	Claro, Oi, Tim, Vivo	GPRS	RCA Comp.	Velox
Paraíba do Sul 24	7352	18,94	Claro, Oi, Tim, Vivo	GPRS	Gen Cable	

Fonte: ATLAS BRASILEIRO DE TELECOMUNICAÇÕES - 2005

1 - Base de dados da Anatel, novembro de 2004.

2- Acessos telefônicos fixos instalados por cem habitantes, incluindo área rural.

3 - Fonte: operadoras.

4- Fonte: Anatel e empresas.

O Produto Interno Bruto Municipal pesquisado pelo IBGE foi utilizado neste diagnóstico por revelar o perfil econômico dos municípios habilitados. O índice analisa o período de 1999 a 2002, e foi construído a partir dos resultados das Contas Regionais. Foram relacionados os três principais setores econômicos — agropecuária, indústria e serviços. Nota-se que há variação entre os índices de teledensidade e de PIB per capita dos municípios, principalmente no caso de Resende, o que pode denotar um pólo industrial local.

Quadro 7 – PRODUTO INTERNO BRUTO DOS MUNICÍPIOS SELECIONADOS.

PIB-M 2002	Total - base R\$1.000	Per capita
Média Nacional	1 346 027 825	7 631
Rio de Janeiro - Estado	170 114 091	11 459
Rio de Janeiro 21	62 862 104	10 537
Resende 24	2 349 603	21 275
Nova Friburgo 22	1 441 237	8 225
Itaperuna 22	638 622	7 158
Paraíba do Sul 24	197 135	5 132

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Contas Nacionais

O Índice de Desenvolvimento Humano foi criado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), a fim de adicionar alguns valores sociais à análise de gestão local. Além de computar o PIB per capita, depois de corrigi-lo pelo poder de compra da moeda de cada país, o IDH também leva em conta dois outros componentes: a longevidade e a educação. Para medir a longevidade, o indicador utiliza números de expectativa de vida ao nascer. O item educação é avaliado pelo número médio de anos de estudo da população adulta. O IDH-M pesquisado refere-se ao ano de 2000. O IDH-M de longevidade (que equivale ao componente saúde e qualidade de vida do feixe de índices sociais do IDH) apresenta uma pequena variação. Vive-se mais em Paraíba do Sul do que em Resende e no Rio de Janeiro. Vale também destacar que o

IDH-M de educação em todos os municípios está na faixa de IDH-M considerada alta, típica de países com alto índice de desenvolvimento.

Quadro 8 - ÍNDICES DE DESENVOLVIMENTO HUMANO DOS MUNICÍPIOS SELECIONADOS

IDH-M	IDHM-Longevidade, 2000	IDHM-Educação, 2000	IDH-M, 2000
Rio de Janeiro 21	0,754	0,933	0,842
Resende 24	0,75	0,918	0,809
Nova Friburgo 22	0,788	0,885	0,81
Itaperuna 22	0,8	0,859	0,787
Paraíba do Sul 24	0,773	0,835	0,771

Fonte: PNUD

Os países com IDH até 0,499 têm desenvolvimento humano considerado baixo; os países com índices entre 0,500 e 0,799 são considerados de médio desenvolvimento humano; países com IDH maior que 0,800 têm desenvolvimento humano considerado alto.

Ao explorar os cinco *websites* dos conselhos de saúde, observam-se algumas distorções. A página do Conselho de Saúde do Município do Rio de Janeiro, em forma de notícia, está localizada numa parte do site da Secretaria Municipal de Saúde destinada aos servidores municipais.^{XXIX} Trata-se de uma página estática, que explica o que é o conselho, fornece seu endereço, telefone e e-mail. Não informa sua composição atual e a legislação correlata ao funcionamento do mesmo, elementos básicos para o cidadão começar a entender como funciona o conselho. Em visita ao CMS do Rio de Janeiro, foi constatado que, quanto à estrutura, ele tem uma sala na sede da Prefeitura com computador ligado à Internet, e-mail próprio e um gerente técnico. O computador do Conselho está ligado à *Rede 1800*, uma espécie de lista fechada, via e-mail, entre as unidades de saúde do município, onde o conselho publica informes e resoluções.

Resende, Nova Friburgo e Itaperuna utilizam a estrutura fornecida pelo projeto da Rede Estadual de Informações em Saúde da SES-RJ, que oferece três modelos de confecção de página para inclusão de conteúdo por parte dos municípios. Percebe-se, porém, que as três páginas estão desatualizadas.

Vale frisar que todos os conselhos aqui mencionados foram contactados após a consulta à Internet para a pesquisa e que foi confirmado que seus conselheiros fazem uso da rede para exercer suas funções e se comunicar. O município de Niterói teve de ser retirado do grupo, apesar de possuir uma página no *website* da Prefeitura. Segundo informações da atual secretária do conselho, por ocasião do contato (maio de 2005), a

sede do conselho não possuía sequer um computador ligado à Internet e o conteúdo da página havia sido publicado sem a autorização do conselho.

Entre os *websites* dos 92 municípios estudados, somente um, o do Conselho Municipal de Saúde de Paraíba do Sul, mostrou conteúdo suficiente para ser comentado neste trabalho. Como se pode ver na Figura 4, a entrada para o site do conselho municipal de saúde está localizada no centro e na parte superior da página inicial da secretaria de saúde do município, o que lhe confere uma posição de destaque.

Figura 4 – PÁGINA INICIAL DA SMS DE PARAÍBA DO SUL



Ao clicar no *link* referente ao conselho de saúde na página da SMS, outra janela se abre (Figura 5). Notam-se um *design* independente, cores diferentes da página da secretaria de saúde e a inserção da logomarca do conselho na primeira página. Nesta, há *links* diretos para visualizar a composição do conselho, suas atas, a legislação pertinente e as últimas notícias. A página principal tem como conteúdo um texto com fotos do conselho, além de *links* diretos diferenciados para contato e página de *downloads*. Nesta última, figuram documentos produzidos pelo conselho em formato zip (compactados). Na parte referente à legislação, há resoluções, leis, decretos e o regimento interno do conselho. A página é de fácil navegação e toda composta na linguagem php, que, além de acelerar o carregamento da mesma no computador do usuário, é aberta, ou seja, com

código-fonte gratuito e disponível para modificação, consoante a política governamental de estímulo ao uso de tecnologias desenvolvidas pelas comunidades de *software* livre.

Figura 5 – PÁGINA INICIAL DO CMS DE PARAÍBA DO SUL



Os municípios foram analisados sob três índices, envolvendo aspectos econômicos, de teledensidade e de desenvolvimento humano. Concluiu-se que o município do Rio de Janeiro, que teria mais condições de fazer uso da Internet (pelo grau de desenvolvimento, pela infra-estrutura encontrada e pela conectividade da região), não possui um *website* a contento. Já Paraíba do Sul, que tem menos condições, (um município de menos de 40 mil habitantes, com PIB e teledensidade baixos) e mais isolado geograficamente, é o que tem a proposta mais desenvolvida na Internet.

Paraíba do Sul é o único conselho de saúde a ter página ativa no Estado, mesmo sendo o último colocado nos três índices globais utilizados para o diagnóstico (no IDH-Longevidade, ele está à frente de Resende e do Rio de Janeiro). Apesar de todas as adversidades, a tecnologia pode ser utilizada por um município de pequeno porte, desde que haja vontade política de dar visibilidade a suas ações. Existe a possibilidade de que

o uso da Internet por parte das prefeituras seja mais valorizado em municípios distantes dos grandes centros metropolitanos; isso, inclusive, pode ser alvo de outros estudos sobre governo eletrônico (*e-government*).

Notas

^{XXI} Esta etapa foi realizada no período de 31/01/2005 a 11/02/2005.

^{XXII} Busca feita pelo robô do Google pelos representantes listados no *website* do CES/RJ em janeiro e fevereiro de 2005.

^{XXIII} Fonte: *Website* do PRODERJ.

^{XXIV} É importante frisar que, nesta consulta remota, efetuada entre janeiro e fevereiro de 2005, considere qualquer referência à Secretaria de Saúde e ao respectivo conselho, mesmo não se configurando como um *website* separado com endereço individualizado.

^{XXV} Vide em http://www.saude.rj.gov.br/gestor/Plano_estadual.shtml.

^{XXVI} MACINKO, James & STARFIELD, Barbara, 2001. *The utility of social capital in research on health determinants*. The Milbank Quaterly, 70(3):387-427.

^{XXVII} Fundação CECIERJ/Consórcio CEDERJ - Fundação Centro de Ciências e Educação Superior à Distância do RJ.

^{XXVIII} Segundo o Portal de Inclusão Digital do Governo Federal – IdBrasil – ligado ao Ministério das Comunicações.

^{XXIX} Vide <http://www.sms.rio.rj.gov.br>.

CAPÍTULO V – PLENÁRIA VIRTUAL PERMANENTE

Introdução

A maioria dos delegados participantes da última conferência nacional de saúde é formada por conselheiros de saúde, e seu nível de instrução está acima da média nacional, segundo o *Estudo do Perfil dos Delegados da 12ª Conferência Nacional de Saúde* (MS/SGP, 2004a). O modo mais corrente e informal de os conselheiros se reunirem para trocar idéias é através das plenárias, que, em diversas modalidades geográficas, geralmente precedem as conferências. Porém, estes encontros estão aquém da dinâmica de execução e aprendizagem que o exercício do controle social exige dos conselhos. Uma das grandes queixas registradas nas plenárias de conselheiros refere-se ao financiamento para seu deslocamento e sua hospedagem quando da realização destes encontros. Por isso, foi desenvolvido um ambiente na Internet que facilitasse a interação entre dois ou mais conselheiros, até o número máximo de 15, com a possibilidade de eles fazerem uso de vídeo e voz, além da construção de arquivos em conjunto e do compartilhamento de arquivos, ao menor custo possível.

Aqui é necessário reafirmar conceitos já descritos no presente trabalho, para se entender por que o protótipo foi nomeado Plenária Virtual Permanente para o Controle Social. As diversas comunidades discursivas representadas pelos conselhos em toda a sorte de encontros estão constantemente discutindo o controle social, gerando concepções e práticas diversas em relação ao termo. Trata-se de uma ativa construção de protocolo de significado, oriunda de um determinado grupo, importante para a participação popular no funcionamento do Sistema Único de Saúde. Pela natureza institucional dos conselhos no desenho do SUS, esta construção, aliada a uma boa prática de *networking* — uso de redes eletrônicas para fins de mobilização — pode vir a ter um caráter mais sólido do que o das ONGs, pois, segundo Ribeiro:

O pragmatismo do processo constante de estabelecimento de redes (*networking*), então, é um instrumento eficaz, que se reflete na forte habilidade que as ONGs têm de movimentarem-se de cenários locais a nacionais, de cenários internacionais a transnacionais; mas também engendra uma perda relativa de homogeneidade dos sujeitos políticos resultantes que, em geral, existem como coalizões, que visam atingir objetivos muito definidos e que são desmontadas uma vez realizada a tarefa. (2000, p. 479)⁶⁶

Após uma pesquisa entre *softwares* desenvolvidos para Internet por universidades brasileiras com código-fonte aberto, chegou-se ao *Dynavideo Conference System* – DSC, desenvolvido pelo Lavid – Laboratórios Associados de Vídeo Digital, composto por uma equipe de pesquisadores, professores e acadêmicos da Universidade Federal da Paraíba e da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. O DCS é um sistema completo de videoconferência de baixo custo e fácil utilização, acessível via navegador (*browser*) e que permite ao usuário juntar-se a uma videoconferência mediante apenas um *clique*. O sistema foi concebido originalmente para um projeto de tele-saúde, o Infravida, que envolvia segunda opinião para diagnóstico entre médicos de centro de alta complexidade e unidades de saúde da área metropolitana de Recife.

Seguindo alguns preceitos advindos da engenharia de sistemas e da cibernética, para apresentar o protótipo da Plenária Virtual Permanente para o Controle Social (PVP-CS), adotou-se o modelo de processo em espiral. Nesta abordagem, os sucessivos protótipos executáveis são obtidos por refinamento e transformação a partir do protótipo anterior, reafirmando o referencial semântico do primeiro protótipo ao longo de toda a fase de concepção, até chegar à implementação do sistema, correspondendo esta ao protótipo executável do último nível.

Este processo compreende as fases de: dimensão da realidade, análise, concepção e implementação de determinado sistema. A partir deste trabalho, foram traçadas as três primeiras fases (dimensão da realidade, análise e concepção) de uma maneira singular e holística, para apresentar um dispositivo que utiliza a Internet e a tecnologia de áudio e vídeo via IP para potencializar a dimensão da participação de colegiados representantes da sociedade civil no funcionamento do SUS.

Antes de explicar o funcionamento do aplicativo, serão apresentadas duas séries de requisitos imprescindíveis para compreender a feitura da Plenária. Alguns aspectos técnicos serão abordados e relacionados à conjuntura política. A outra série de requisitos em questão diz respeito ao *design* e ao conteúdo da PVP-CS.

1. Requisitos técnicos

Os seguintes requisitos foram levantados para a feitura da Plenária Virtual Permanente para o Controle Social:

1- Videoconferência com acesso à Internet via conexão discada. Este requisito é fundamental para os usuários da plenária, os conselheiros. Como já foi assinalado, muitos deles não têm acesso à Internet de banda larga, principalmente em municípios menores, isolados dos grandes centros metropolitanos. A intenção é democratizar o acesso o máximo possível, bastando ter uma linha discada no conselho, no trabalho, ou em casa. Porém, é preciso ter instalada a máquina virtual Java no computador, que pode ser baixada na Internet. São aproximadamente sete Megabytes para baixar, o que significa mais de uma hora em uma conexão discada normal. Para sanar este problema, foi elaborado um mini-cd auto-executável, com todos os pacotes de JAVA.

2- Configuração mínima de hardware. Esta é certamente mais uma via de democratização de acesso ao sistema. Procurou-se um aplicativo que rodasse em um computador de configuração média a baixa, considerando o alto custo de computadores de ponta e novos. O sistema roda em computadores tipo PC, Pentium III, com 256 de memória RAM, e precisa de um espaço de 10 Megabytes em disco, tendo, de preferência, *drive* de leitura de CD. Para ter acesso aos recursos de áudio, é necessário ter um microfone e caixas de som; para realizar a interação também com vídeo, é necessária uma *webcam*, que, atualmente, é encontrada no mercado a partir de R\$ 80,00.

3- Aplicativo desenvolvido em plataforma livre, tecnologia desenvolvida por centros de excelência brasileiros. Este é um requisito político no que diz respeito ao incentivo à pesquisa acadêmica em tecnologia de *software*, envolvendo a universidade brasileira, que se destaca em diversos fóruns internacionais sobre o tema. O DCS foi desenvolvido na plataforma JAVA^{xxx}, baseado nos estudos do Open H.323^{xxxi} da comunidade de *software* livre. Ambas as tecnologias foram customizadas pela equipe do Lavid a fim de criar o DCS para o Infravida, e posteriormente, para o protótipo em questão.

4- Utilização de vídeo e áudio sob IP. IP significa Protocolo da Internet. Ou seja, onde há redes digitais com protocolo IP (Internet), é possível utilizar o sistema. Hoje é muito mais barato utilizar a rede para chamadas de longa distância. Existem vários programas gratuitos que estão substituindo os serviços tradicionais de telefonia (Skype, MSN Messenger etc.).

5- Flexibilidade de Sistema Operacional. A utilização da tecnologia JAVA permite que o sistema funcione em qualquer navegador na Internet (Firefox, Internet Explorer, Ópera), com qualquer sistema operacional (Linux, Windows, Solaris).

6- *Upload* e feitura de arquivos on-line. Na PVP-CS, será possível para conselheiros cadastrados enviar arquivos para disponibilizar na página e fazer documentos conjuntamente, à medida que se conversa com outros usuários da sala. (Ver Figura 7 – tela principal.)

7- Escalabilidade para vídeo e áudio digital de alta definição. Todo este sistema funciona em redes avançadas, que suportam vídeos de alta definição. Ou seja, o mesmo sistema da PVP-CS comporta uma captação com uma câmera de última geração, gerando imagem e áudio de um ambiente inteiro, mandando os dados por uma rede Gigabit (esta só existe, ainda, em meios acadêmicos para aplicações avançadas) para um ou mais aparelhos televisores de alta definição.

Ao todo, os sete itens necessários para a utilização da Plenária Virtual compõem um conjunto que pode ser assim descrito: sistema que rode em acesso discado de baixas larguras de banda, que use computadores de baixo custo, baseado em *software* livre, com a utilização de vídeo e áudio, mas que possa ser visto em computadores com Windows ou Linux, com a possibilidade de construção em conjunto e armazenagem de documentos e que seja escalável para aplicativos de TV digital.

2. Requisitos de *design* e conteúdo

Os requisitos de *design* e conteúdo para a elaboração da PVP-CS baseiam-se em três assertivas: o *design* participativo, a interação homem-máquina e os padrões de usabilidade.

Como foi citado anteriormente no exemplo da DDS, a revisão de estudos empíricos sobre comunidades virtuais mostrou que o ambiente on-line não é hereditariamente anímico nem condutivo para uma determinada comunidade. Usualmente, certos grupos, sob determinadas circunstâncias, planejam adicionar uma nova camada socio-técnica para a rede de computadores, a fim de construir uma comunidade na Internet. Construir uma camada neste sentido quer dizer se apropriar novamente da rede de maneira inesperada, como participantes inovam ou atualizam abordagens técnicas ou inovadoras (Feenberg, 1999, p. 219)⁶⁷. Porque esses participantes se situam, com relação à tecnologia, de maneira diferente dos *designers* (pessoas que estão confeccionando o sistema), eles são capazes de perceber e atualizar potencialidades de interface não-previstas na racionalização técnica, econômica ou política já inscrita na rede. Agindo na base de um “conhecimento situado” direcionado

nas suas relações únicas com a tecnologia, participantes estão aptos a dar para isso um novo significado. Essa racionalização democrática representa uma instância vivida na prática da tecnologia e é canalizada através de técnicas de *design* participativo.

Atualmente um dos criadores da *DDS*, Besselar, dedica-se a pesquisar os efeitos do *design* participativo nos sistemas e-govs. Após 18 meses de aplicação de *design* participativo no desenvolvimento de um sistema de *smartcards* para migração dentro da União Européia, ele chegou às seguintes conclusões:

Comparando o *design* participativo com outros esforços para democratizar o desenvolvimento tecnológico, nós concluímos que a participação em pequena escala no nível micro em projetos de desenvolvimento técnico é relativamente bem sucedida, porém, intervir em projetos de grande escala em uma instituição ou num nível setorial é geralmente mal sucedido.

Porém, o caso do governo eletrônico é diferente, porque envolve cidadãos, gestores e políticos. Neste sentido, o *design* participativo começa a ser uma parte de uma vasta agenda tecno-política, onde o *design* participativo sozinho não é a resposta para todo o *design* ou problema de acesso (2004, p. 174)⁶⁸

Besselar ainda acrescenta dados fundamentais e que devem ser levados em conta num processo espiral de implantação da proposta de Plenária Virtual Permanente.

No caso deste estudo, nós combinamos uma variedade de ferramentas de *design* participativo (entrevistas, questionários, oficinas de trabalho e cenários baseados em evidências) com pesquisa aplicada de ciências sociais e a técnica de estimativa tecnológica. Esta combinação resultou numa adição fundamental para o *design* do sistema, assim como nas discussões e na opinião compartilhada sobre as dimensões sociais fundamentais dos sistemas de governos eletrônicos, que são diretamente ligados às opções de *design* e o contexto do uso. Todavia, muitos grandes temas não podem ser resolvidos no nível de um projeto único, porque eles são relacionados à política de administração pública e serviços públicos. (p. 181)

Além desta importante observação, que guiou tanto a confecção do *design* quanto a escolha do conteúdo para a PVP-CS, duas outras considerações devem ser levadas em conta quando se elaboram requisitos relacionados a *design*: a interação homem-computador (IHC) e os padrões de usabilidade, ambas concepções da Ergonomia^{XXXII}, onde projetos centrados no usuário são o grande objetivo. A Ergonomia de *hardware* e de *software* visa uma melhor comunicação e interação do ser humano com as máquinas, especialmente com o computador.

A interação homem-computador aplica a tecnologia, modifica aplicativos, sistemas ou *websites* na Internet para aumentar a segurança, o conforto e a eficiência do sistema em questão e a qualidade de vida de seus usuários. O pressuposto central da IHC é que na verdade a máquina é mais uma interface entre o usuário e o *designer* e que o sistema representa o próprio diálogo entre as duas partes envolvidas. Um dos conceitos fundamentais para construir ambientes na Internet de maneira eficaz é a usabilidade. Este termo pode ser definido como a medida da facilidade que os usuários encontram ao visitar um *website*. Ou seja, uma boa usabilidade acontece se um *website* é eficiente, intuitivo e funcional — o usuário sabe automaticamente como agir para navegar no mesmo. Os índices mostram que no Brasil a maioria dos usuários ainda acessa a Internet por conexões de baixa velocidade. Este fato, em conjunto com um *design* pouco funcional, irrita os usuários, fazendo-os desistir de acessar uma página. Além disso, um *design* ineficiente e a utilização inadequada de termos ao nomear os recursos existentes num *website* confundem até mesmos internautas experientes. Estes acabam clicando em *links* errados e deixam o *website* sem encontrar o que necessitam, simplesmente por não saberem onde procurar.

Quanto aos padrões de usabilidade, alguns pontos foram adicionados à PVP-CS a fim de facilitar a navegação do conselheiro ou do visitante. Eles se relacionam a toda discussão teórica anterior. Estas ações podem ser vistas nos seguintes tópicos:

- 1- A PVP-CS exibe a logomarca do SUS em tamanho razoável e em local de destaque, facilitando a identificação imediata do mesmo.
- 2- A ferramenta permite a entrada de convidados, que não poderão entrar no painel de inclusão de conteúdo e terão que se cadastrar para utilizar os recursos de áudio e vídeo da Plenária. Este item contempla a questão da visibilidade perante a população em geral, amplamente discutida em capítulo anterior. Trata-se de um dispositivo voltado prioritariamente para conselheiros, mas que poderá ser visitado por qualquer cidadão interessado.
- 3- As cores que compõem a Plenária baseiam-se no melhor *website* de conselho municipal de saúde no Rio de Janeiro, o de Paraíba do Sul. O ambiente da sala foi elaborado a partir de uma foto que registra uma reunião do Conselho Estadual de Saúde do Rio de Janeiro.

- 4- A área de navegação principal está em um local destacado. Conteúdo em cima e centralizado na página.
- 5- Os itens na área de navegação estão agrupados em colunas, de modo que os itens semelhantes fiquem próximos entre si.
- 6- A videoconferência aparece automaticamente após um clique e os outros elementos da plenária estão localizados em espaços mais discretos possíveis, de modo a não desviar a atenção das ferramentas de interatividade em tempo real.
- 7- A atualização de conteúdo da página poderá ser feita por qualquer conselheiro registrado no sistema, sendo que as alterações ou inserções somente serão publicadas na página após a autorização dos moderadores (o que está sob responsabilidade do *CES/RJ*).
- 8- O *website* foi todo construído em CSS (*Cascade Style Sheets*), obedecendo ao padrão recomendado pelo W3C (*World Wide Web Consortium*) e pelo Governo Brasileiro para adaptar a página a deficientes visuais.

Quanto ao conteúdo, foram elencados os *websites* relacionados à área da saúde, consultados para esta dissertação, e os sistemas de informação em saúde para apoio à tomada de decisão. Para tanto, foram selecionados os sistemas de informação que compõem o quadro analítico da pesquisa Junior e Gesteira (2004), cujo teor foi controle social e ciência da informação.

Quadro dos Principais SIS, seus objetivos, instrumentos e indicadores. Brasil, 2004. (p. 7) ⁶⁹

Sistema	Objetivo	Instrumento	Indicadores/Informações
Sistema de informações de Mortalidade (SIM)	Coletar dados da população, permitindo gerar informações sobre o perfil de mortalidade.	Declaração de Óbito (DO)	Mortalidade proporcional por causa, faixa etária, sexo, local de ocorrência e residência, letalidade de agravos, componentes da taxa de mortalidade geral, infantil e materna.
Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC)	Coletar dados sobre os nascimentos da população, permitindo gerar informações epidemiológicas do segmento Materno-Infantil.	Declaração de Nascido Vivo (DN)	Taxa de fecundidade, taxa de natalidade, proporções de mães adolescentes, proporção de partos cesáreos, assistência ao pré-natal, componente das taxas de mortalidade infantil e materna.
Sistema de Informação de Agravos de	Coletar dados de agravos infecto-contagiosos de	Ficha Individual de Notificação	Cálculos de incidência, prevalência, letalidade e mortalidade, situação

Notificação (SINAN)	notificação obrigatória, permitindo avaliações de situações de risco e tomadas de decisões para medidas de controle.	(FIN) e Ficha Individual de Investigação (FII).	epidemiológica dos agravos como fontes de infecção mecanismos de transmissão, áreas de risco, populações susceptíveis.
Sistema de Informação Hospitalar (SIH-SUS)	Coletar dados de internações hospitalares do SUS para fins administrativos, financeiros e epidemiológicos.	Autorização de Internação Hospitalar (AIH)	Dados das internações hospitalares, fonte de informação para o conhecimento da situação de saúde da população e avaliação das ações e dos serviços de saúde.
Sistema de Informação Ambulatorial (SIA-SUS)	Coletar dados de atendimento ambulatorial e alta complexidade para fins de ordenação do pagamento dos serviços prestados nos municípios.	Boletim de Produção Ambulatorial (BPA) e Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade (APAC)	Indicadores como: número de consultas médicas por habitante/ano, número de consultas médicas por unidade conveniada e números de exames e de terapias realizadas e Procedimentos de Alta Complexidade.
Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)	Coletar dados para o acompanhamento das ações e dos resultados das atividades realizadas pelas equipes do PSF.	Cadastro das Famílias e Boletim de Produtividade da Equipe e do ACS.	Caracterização da situação sócio-sanitária e epidemiológica de áreas bem delimitadas, dados de acompanhamento pelos ACS de crianças < 2 anos, gestantes, hipertensos e diabéticos, tuberculosos e hansenianos, notificações, hospitalizações, agravos e óbitos na área e produção e composição da equipe.
Sistema de Informações de Pré-Natal (SIS-Pré-Natal)	Estimular os estados e municípios a realizar o cadastramento das gestantes, com acompanhamento do pré-natal completo.	Ficha de Cadastramento da Gestante e Ficha de Registro Diário dos Atendimentos.	Cadastro das gestantes, controle das consultas e procedimentos e verificação da conclusão crígem do pré-natal.
Sistema de Informações de Hipertensos e Diabéticos (SIS-HiperDia)	Estimular os estados e municípios a realizar cadastramento dos Hipertensos e Diabéticos para acompanhamento e garantia do recebimento dos	Ficha de Cadastro do HiperDia e Ficha de acompanhamento HiperDia.	Cadastro dos hipertensos e diabéticos, perfil epidemiológico desta população, permitindo a elaboração de estratégias e ações que promovam a melhoria da qualidade de vida e redução do custo social.

Após ampla pesquisa na literatura, Junior e Gesteira concluíram que não existe uma política de informação destinada a conselheiros de saúde, e que alguns sistemas de informação do SUS são de extrema importância para a tomada de decisões em saúde. O acesso a estes sistemas pode contribuir para o processo de análise da situação sanitária e para que o conselho seja um espaço de avaliação, planejamento e acompanhamento das políticas de saúde. (p. 9)

Um questionário foi elaborado e encaminhado aos conselhos selecionados para se chegar ao protótipo e posteriores criações de seções a partir de iniciativas de conselheiros e moderadores, seguindo os preceitos do *design* participativo e do processo em espiral a criação do sistema. Inclusive, para outros conselheiros se cadastrarem, será necessário preencher o questionário, cujo conteúdo pode ser conferido entre os anexos deste estudo.

3. Protótipo da Plenária Virtual Permanente

O DCS (*Dynavideo Conference System*) é um aplicativo *web*, desenvolvido com tecnologias Servlet e JSP (*Java Server Pages*), ambas derivadas de JAVA. O DCS usa uma série de *softwares* livres integrados, que foram modificados para suportar a criação interativa de salas de videoconferência que oferecem ferramentas de áudio, vídeo, *chat* e *whiteboard*^{XXXIII} simultâneas. Para montar a Plenária Virtual Permanente, uma página dinâmica foi construída com a linguagem para banco de dados PHP (também baseada em *software* livre) e o DCS foi embutido na página, conforme pode ser visualizado na Figura 7 da tela principal. O conselheiro que entrar na plenária poderá conversar com os outros que já estiverem dentro dela, utilizando desde apenas o *chat*, através da interação de voz, até, num último nível, utilizando áudio e vídeo. Segundo experiências feitas em laboratório, o DCS suporta até 15 pessoas, de diferentes pontos, participando de uma videoconferência.

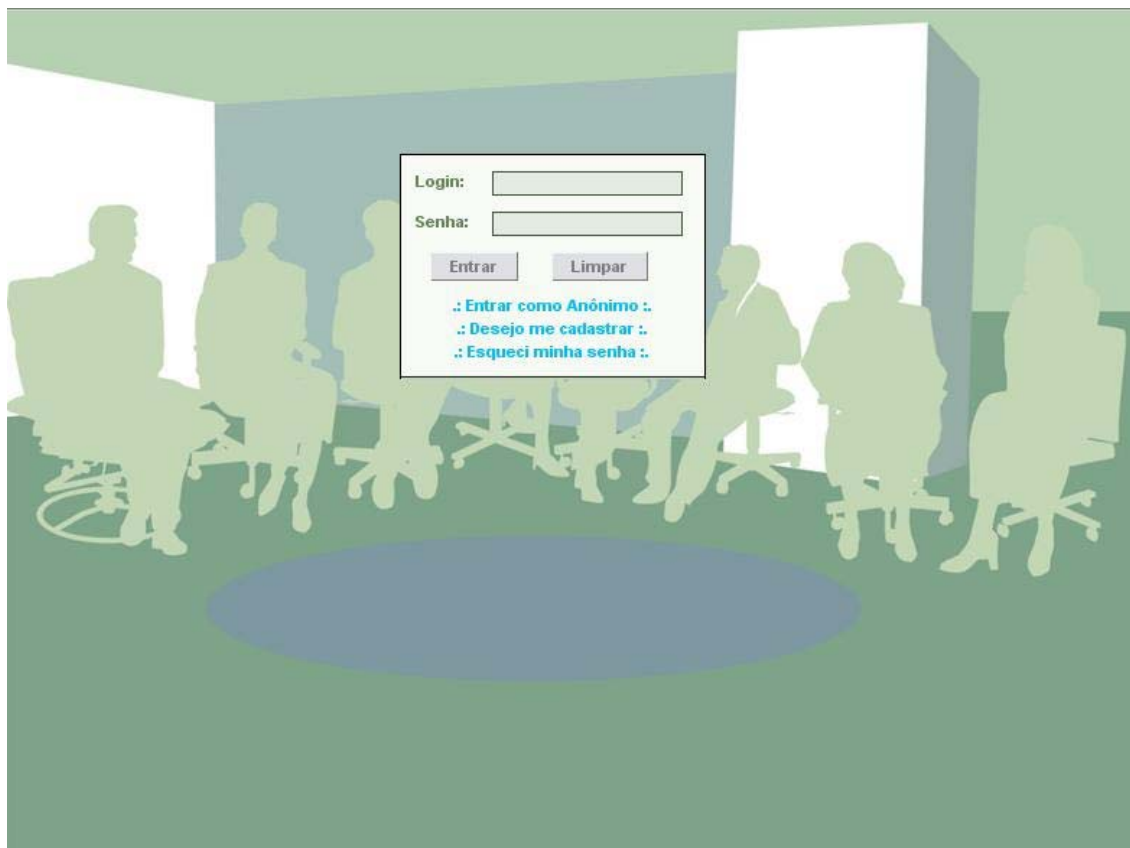
Segue-se a exposição do funcionamento do protótipo, exibindo os três níveis de usuários, comentando as telas principais e discriminando os usos possíveis do sistema.

Existem três níveis de usuários: anônimos, conselheiros e moderadores. Cada um será explicitado pela descrição das telas, que detalha a forma de navegação na PVP.

Identifica-se como usuário anônimo qualquer cidadão interessado no tema, que esteja na Internet. O nível conselheiro é destinado a conselheiros de saúde, previamente cadastrados, ou com o cadastro aceito pelos moderadores. Os moderadores da PVP-CS serão o Conselho Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, o Canal Saúde e o Lavid-UFPB.

Há cinco telas principais a serem descritas: tela de *login*, principal, de cadastro, painel de inclusão de conteúdo e mapa da rede de conselhos.

Figura 6 – TELA DE LOGIN (PVP-CS)

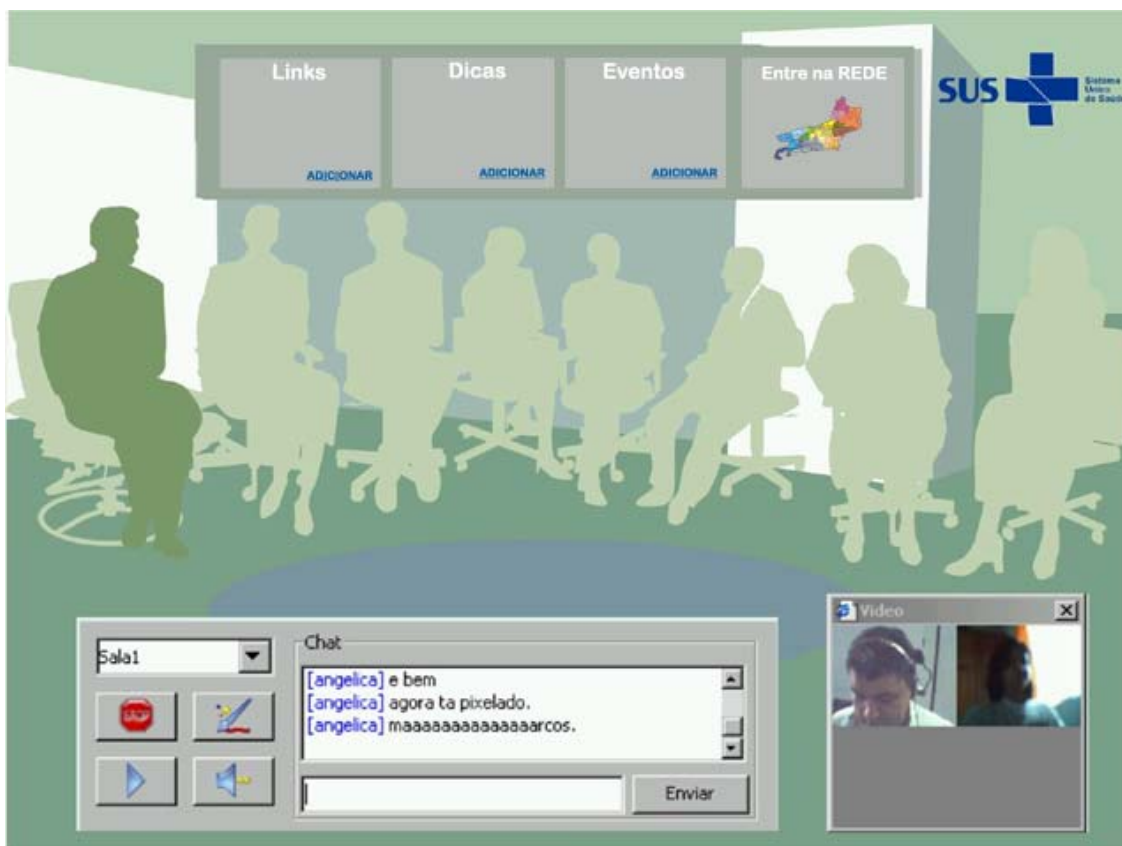


A tela de Login é a entrada do usuário na Plenária Virtual Permanente para o Controle Social. Conforme foi exposto anteriormente, ela estará integrada na página do Canal Saúde. É possível também colocar um *link* nas páginas dos conselhos que forem aderindo ao sistema. *Logins* e senhas serão previamente distribuídos a conselheiros. Eles dão acesso direto à sala da plenária e às ferramentas, que são acionadas imediatamente. Na sala, o conselheiro logado também terá acesso ao painel de conteúdo (Figura 09) e poderá alterar o conteúdo das telas principal (Figura 7) e do mapa (Figura 10).

Há também um *link* para quem não tem senha, mas gostaria de entrar na sala: o *link* em azul, intitulado *anônimo*. Ele poderá ver os *links*, dentro da sala, mas terá que

clicar em uma mensagem “deseja utilizar as ferramentas de interação” para utilizar os recursos da plenária.

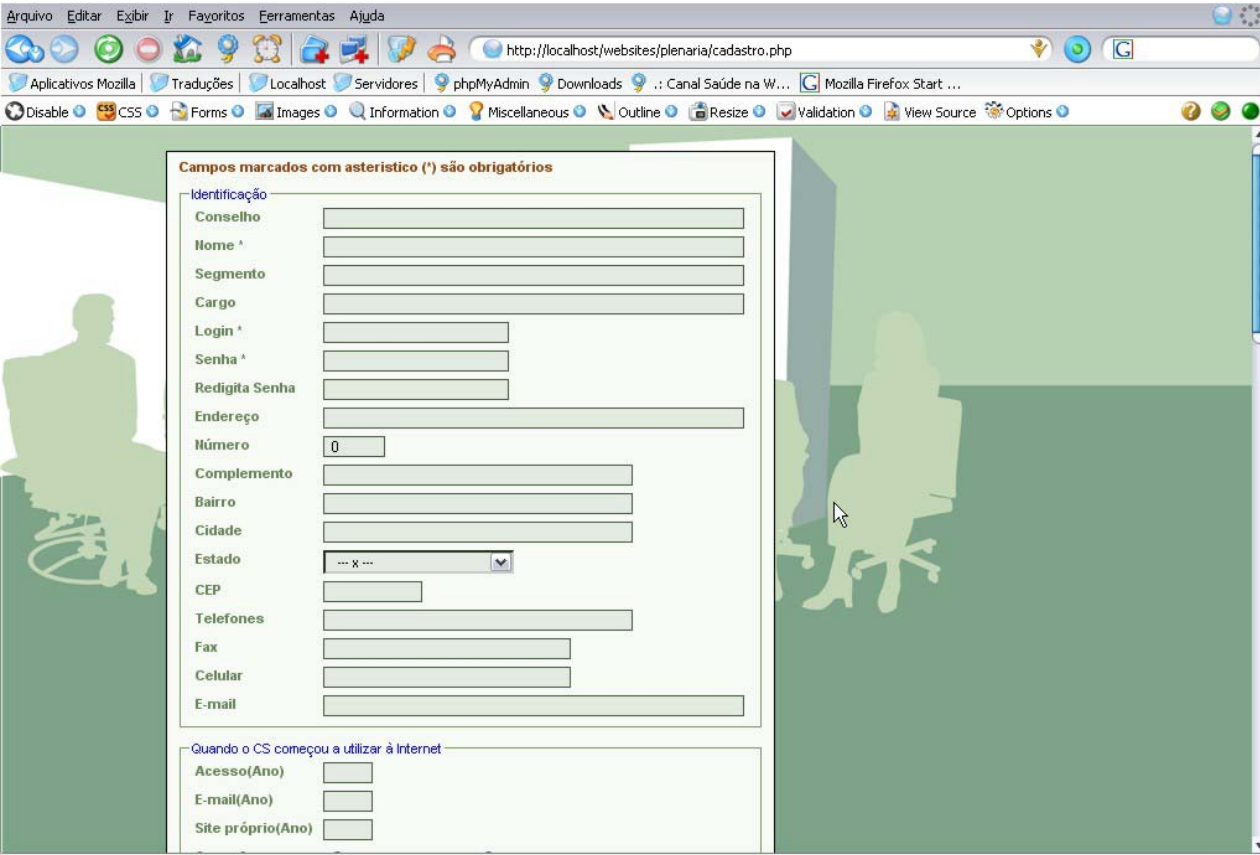
Figura 7 – TELA PRINCIPAL (PVP-CS)



O conselheiro irá visualizar a Tela Principal, que aparece após a efetuação do *login*. A plenária foi projetada para abrigar até oito participantes simultâneos (porém o sistema DCS pode abrigar 15 participantes, conforme simulações em laboratório). À medida que alguém entra, intensifica-se a sombra de uma silhueta, que torna-se verde-escura. Se o conselheiro conectado possuir uma *webcam*, imediatamente ele verá sua própria imagem; também irá visualizar outros usuários que tenham *webcam* e escutar, através das caixas de som, as vozes de quem já está dentro da plenária. Se falharem o áudio ou o vídeo, ainda assim ele terá as silhuetas e o *chat*, que funcionam automaticamente também. O painel do DCS mostra quatro ícones: um para parar a transmissão de vídeo e áudio, um para recomençar a transmissão, outro para parar o áudio e só visualizar a *webcam*, e o último para abrir o *whiteboard*, um quadro onde os conselheiros poderão desenhar e escrever, sendo que o resultado em comum aparece para todos. Em cima, há o nome da sala da plenária. Caso uma sala fique cheia, com oito participantes, o DCS automaticamente abre outra sala de *chat*.

Na parte superior, como se fossem quatro quadros independentes de notícias, figura a parte de conteúdo, que poderá ser adicionada pelos conselheiros: *Links*, *Dicas*, *Eventos* e *Entre na Rede*. Dentro de *Links*, estarão os endereços citados neste estudo e os que porventura os conselheiros adicionarem. Dentro de *Dicas* poderão ser adicionados textos para consulta, qualquer arquivo de dados ou uma mensagem pequena (de até 120 caracteres). Já o *Entre na Rede* dará acesso ao mapa (tela 5). Todos estes quadros aparecerão para os conselheiros com a tecla ADICIONAR. Esta tecla dará acesso ao painel de inclusão de conteúdo (Figura 9).

Figura 8 – TELA DE CADASTRO (PVP-CS)



Arquivo Editar Exibir Ir Favoritos Ferramentas Ajuda

http://localhost/websites/plenaria/cadastro.php

Aplicativos Mozilla Traduções Localhost Servidores phpMyAdmin Downloads Canal Saúde na W... Mozilla Firefox Start ...

Disable CSS Forms Images Information Miscellaneous Outline Resize Validation View Source Options

Campos marcados com asterisco (*) são obrigatórios

Identificação

Conselho

Nome *

Segmento

Cargo

Login *

Senha *

Redigita Senha

Endereço

Número

Complemento

Bairro

Cidade

Estado

CEP

Telefones

Fax

Celular

E-mail

Quando o CS começou a utilizar à Internet

Acesso(Ano)

E-mail(Ano)

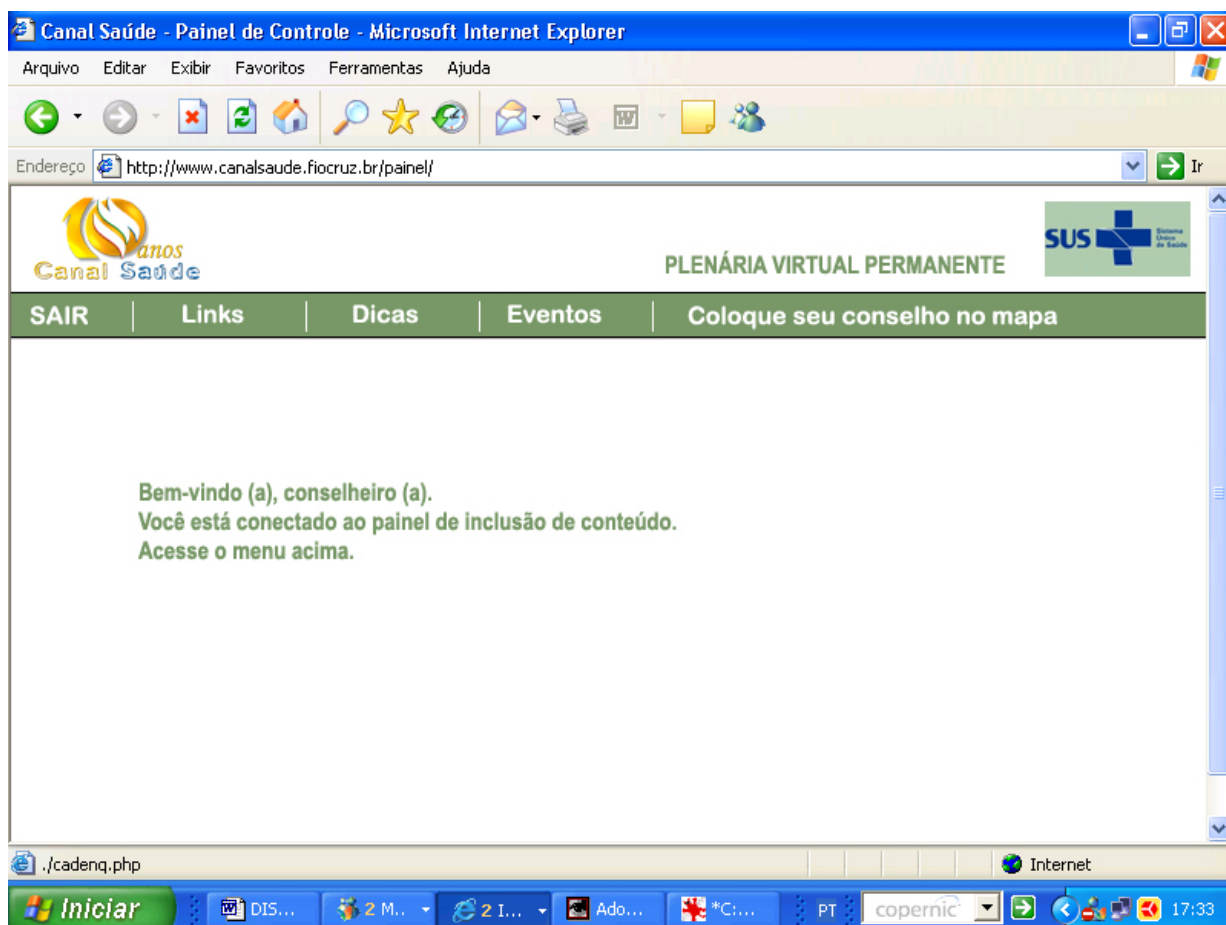
Site próprio(Ano)

Concluído

Auto Copy DISABLED

A tela de Cadastro aparecerá para quem errar o *login* ou quiser se cadastrar. Além dos dados normais de identificação, haverá os campos colocados no questionário elaborado para os municípios escolhidos através desta pesquisa para participar do protótipo e cujo modelo está em anexo (Anexo II). O sistema está preparado, inclusive, para que, no futuro, os conselheiros modifiquem os campos do questionário de cadastro, de acordo com suas necessidades, seguindo os preceitos do *design* participativo.

Figura 9 – PAINEL DE INCLUSÃO DE CONTEÚDO (PVP-CS)



O Painel de Inclusão de Conteúdo só poderá ser acessado por conselheiros e moderadores da plenária. Sendo assim, haverá dois níveis de acesso. O nível dos conselheiros poderá adicionar conteúdo livremente nos quatro quadros, mas este só será publicado após a autorização de algum moderador. Em *Links*, o conselheiro poderá adicionar um endereço eletrônico de página ou e-mail e uma breve descrição do mesmo. Em *Dicas*, o conselheiro poderá enviar arquivos de até seis Megabytes para a página ou poderá preencher um campo com uma mensagem pequena (de até 120 caracteres). O conselheiro terá dois campos de texto livres para título e descrição do evento na seção *Eventos*. Já no *Entre na Rede*, haverá um espaço para ser preenchido, informando o município, a natureza do conselho (se é de saúde ou de outra área) e a referência. Estes dados aparecerão diferenciados no mapa (tela 5).

As diferenças no nível dos moderadores são as seguintes: eles poderão mudar o cabeçalho dos quadros — *Links*, *Dicas*, *Eventos*, *Entre na Rede* — de acordo com as necessidades apontadas pelo grupo, ou adicionar outros. Eles também terão que autorizar as modificações propostas pelo conselheiro para a publicação das mesmas nos

Notas

^{xxx} Linguagem orientada a objetos, cujo objetivo é construir aplicativos que independam do sistema operacional e do computador em questão.

^{xxxI} *Software* livre para o protocolo H.323, que permite fazer videoconferência na Internet com baixas larguras de banda.

^{xxxII} Estudo científico da relação entre o homem e seus meios, métodos e espaço de trabalho. Seu objetivo é elaborar, mediante a contribuição das diversas disciplinas científicas que a compõem, um corpo de conhecimentos que, dentro de uma perspectiva de aplicação, deve resultar numa melhor adaptação dos meios tecnológicos e dos ambientes de trabalho e de vida às necessidades do homem. Vide

<http://wwwusers.rdc.puc-rio.br/leui/leui.html>.

^{xxxIII} Quadro onde vários usuários podem desenhar, escrever e construir um documento coletivo, on-line.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa para a concepção da Plenária Virtual Permanente para o Controle Social acabou desvendando conclusões bem díspares do principal pressuposto que motivou o projeto inicial, o de que a baixa teledensidade seria a razão determinante para o mau uso da Internet por parte dos conselhos.

A conectividade no Rio de Janeiro não foi elemento decisivo para a exclusão dos conselhos de saúde no mundo internáutico. A formação da inteligência coletiva não se dá só através do capital técnico: a carência de capital cultural e social também tem impedido seu florescimento nos conselhos. Apesar da posição privilegiada do estado em relação ao resto do Brasil em termos de infra-estrutura técnica, ela é subaproveitada na área da saúde pública. Constatou-se que existem projetos avançados, como é o caso de Pirai Digital, que curiosamente não chegaram ao campo estudado. Outro fato curioso é que, entre quase uma centena de Prefeituras, o único *website* a dar um espaço para o conselho de saúde é o de Paraíba do Sul, um município de pequeno porte. Embora seja uma página básica, ela faz jus à importância do conselho de saúde na gestão do SUS em sua região.

Para entender este cenário, três concepções foram particularmente úteis: as de governança eletrônica, capital social e inclusão digital. Experiências sobre governança eletrônica, observadas na literatura científica recente, revelam que o país está bastante atrasado no que diz respeito à garantia governamental da inclusão da sociedade nas diversas redes de informação. Ainda não é uma prática governamental usar a Internet como espaço de publicização de suas ações.

As fontes oficiais da instância executiva — *websites* oficiais na esfera federal (<http://www.redegoverno.gov.br>) e estadual (<http://www.governo.rj.gov.br>) — divergem quanto aos *links* dos 92 municípios que compõem o Estado do Rio de Janeiro. Não existe uma política integradora e uniformizadora para *e-gov* acordada entre as três esferas de governo. Na esfera federal, as prefeituras também não estão mapeadas de maneira correta. Menos da metade das prefeituras do Rio de Janeiro (42 municípios) tem seus *websites* cadastrados no portal de serviços e informações do Governo Brasileiro, o Rede Governo. Os endereços de domínio não são padronizados. Existem *.com*, domínio que caracteriza empresas privadas em todo o mundo, e *.org*, domínio tradicionalmente usado por organizações sem fins lucrativos. Inclusive, existem

prefeituras que não adotaram o *.br.* como é o caso de Magé (vide Anexo I). A falta de uma política concreta neste sentido contribui decisivamente para a invisibilidade digital dos conselhos e mesmo para a ausência do tópico *saúde* na pauta de uma florescente governança eletrônica local.

No que diz respeito ao capital social, a perspectiva da teoria política atual se adequa à análise desta questão referente aos conselhos. Putnam, em todo o seu trabalho, relaciona o associativismo e o índice de civismo diretamente à qualidade do desempenho das instituições públicas. Foi visto também na crítica e extensão deste conceito que o desenvolvimento das comunidades pode ser fomentado através do acúmulo de capital social do tipo adequado à ação desejada. Políticas amplas de inclusão digital são opções factíveis para que a população usufrua as possibilidades de obtenção dos vários tipos de capital social trazidas pelas novas tecnologias da informação e da comunicação.

Ao partir destas constatações, a PVP-CS não foi concebida só para a inclusão digital dos conselhos de saúde, mas para acumular capital social de vínculo e de ponte, principalmente, através do incremento da interlocução e da circulação de informação entre eles. Ao afirmar seu caráter de comunidade discursiva num ambiente virtual, o conselho de saúde pode obter mais visibilidade e sair da articulação basicamente presencial e documental para uma prática de *networking* mais eficiente, que se adequa à complexa função do controle social em tempos da Sociedade da Informação.

Sob a visão do processo de espiral para modelar e aperfeiçoar o protótipo da Plenária Virtual Permanente para o Controle Social, há várias perspectivas. Embora não seja um instrumento idealizado só para incluir os invisíveis na rede, mas para aumentar a visibilidade dos inclusos, o uso extensivo de uma ferramenta como esta pode estimular a articulação para a inclusão digital dos conselhos de saúde, e, mais, destacar a necessidade de uma maior aproximação com a comunidade local para o exercício adequado do controle social, como aponta a XII Plenária Nacional de Conselhos de Saúde em 2004. Para isto, é preciso um planejamento estratégico em comunicação dos conselhos que preveja o uso do potencial dado das redes digitais em determinado local. Já existem comissões executivas temáticas em diversos conselhos, dedicadas ao tema comunicação. Os termos *rede* e *comunicação* estão presentes em todos os relatórios e documentos advindos de encontros e conferências de saúde nos últimos 20 anos. Os questionários recebidos de conselheiros que desejam participar da PVP-CS, dos cinco

conselhos escolhidos para este estudo, apontam para esta direção. Uma resposta vinda de Resende, quando indagada sobre os benefícios que a Internet trouxe ao Conselho, afirma que a mesma “melhora o acesso da população ao conselho”. Todas as respostas sobre esta questão falam da divulgação e agilidade na busca e pesquisa por informações afins como principais ganhos.

Atualmente, a Internet é um meio de comunicação mais barato do que a distribuição de impressos, mais rápido e acessível nos lugares já conectados. Cabe também salientar que a Internet estará presente nos lares brasileiros em computadores e aparelhos televisores num futuro muito próximo. Porém, já se viu que a questão não é meramente econômica, mas de desempenho institucional deficiente, por falta de capital digital. Urge que a área se aproprie da dimensão técnica desta rede e das práticas de *networking* para dar o salto qualitativo, demanda geral de todos os conselheiros comprometidos com seu trabalho.

Outra perspectiva é a de que o uso da PVP-CS possa vir a concretizar uma dimensão eletrônica da promoção da intersectorialidade, objetivada por gestores e conselheiros, para uma abordagem mais racional e efetiva dos problemas de saúde da população. O depoimento de um conselheiro usuário de Resende ilustra esta ligação. O conselheiro afirmou ter contato com os conselhos da criança, do idoso e da assistência social locais; quando indagado sobre as dificuldades enfrentadas, apresenta os seguintes tópicos: “*falta de formação para os conselheiros, melhorar o atendimento médico para a população, que em geral depende da saúde pública pelo SUS*”.

Sob a perspectiva do *design* participativo, a PVP-CS aponta para a criação de uma fonte de consulta, resultante das necessidades e da interação dos próprios conselheiros. A necessidade de formação é apontada por vários dos conselheiros consultados. A PVP-CS não é uma ferramenta de educação à distância, porém poderá ajudar na mobilização para um empreendimento deste nível, se for desejo desta comunidade discursiva digital. Outro enfoque trazido pelo *design* participativo é a materialização da formação rizômica da rede de conselhos, que será multicêntrica no sentido da participação na Plenária e com núcleos totalmente diferenciados.

Ao observar várias reuniões ordinárias do *CES/RJ*, constata-se que conselheiros de municípios mais distantes da capital, mesmo não tendo assento no conselho, usam a plenária para expor suas dificuldades e pedir apoio. Com um computador ligado à

Internet num espaço em que os conselheiros identifiquem seus pares, poderá ser mais fácil encontrar o apoio que embasa a tomada de decisão.

O uso das TIC, a fim de fomentar a participação cidadã e a governança eletrônica, traz um novo sopro da democracia à Sociedade da Informação. Breve, serão revelados os rumos desta apropriação por parte das instâncias colegiadas, responsáveis pelo controle social do Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. MARTELETO RM. Análise de redes sociais: aplicação nos estudos de transferência da informação. Ciência da Informação, Brasília; 2001, v. 30, n. 1, p. 71-81.
2. FEUERWERKER LCM, COSTA HOG, BARBOSA N, KHALIL ME. O processo de construção e de trabalho da Rede UNIDA. http://www.redeunida.org.br/producao/div_process.asp (acessado em 05/Maio/2005).
3. NEVES N, JULIÃO RP, CONDESSA B, FONSECA A, SANTOS H. Modelo de dados do projecto geometa e a sua utilização em análise exploratória de relações espaciais. http://www.igeo.pt/IGEO/portugues/servicos/CDI/biblioteca/PublicacoesIGP_files/esig2001/papers/esig35.pdf (acessado em 05/Maio/2005).
4. CASTELLS M. A galáxia da internet: reflexões sobre a internet, os negócios e a sociedade. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2003.
5. DELEUZE G, GUATARRI F. Mil Platôs; capitalismo e esquizofrenia, vol. 1. Rio de Janeiro: Editora 34; 1996.
6. SHANNON C, WEAVER W. A teoria matemática da comunicação. São Paulo: Difel; 1975.
7. LAZARSELD PF, BERELSON B, GAUDET H. The peoples's choice: how the voter makes up his mind in a presidential campaign. 3ª ed. New York: Columbia University Press; 1969.
8. ARAÚJO IS. Mercado Simbólico: um modelo de comunicação para políticas públicas. Interface - Comunic, Saúde, Educ; 2004, v. 8, n. 14, p. 165-77.
9. CAPURRO R, HJORLAND B. "The concept of information" in: Annual Review of Information Science & Tecnology; 2003. V. 37, cap. 8, p. 343-401.
10. SAUSSURE F. Curso de Lingüística Geral. São Paulo: Cultrix & Edusp; 1969.
11. ARAÚJO IS. A Reconversão do Olhar - Prática discursiva e produção dos sentidos na intervenção social. São Leopoldo: Editora UNISINOS; 2001.
12. CANCLINI NG. Culturas híbridas. Estrategias para entrar y salir de la modernidad. Mexico: Grijalbo; 1990.
13. BOURDIEU P. O Poder Simbólico. Lisboa: Difel; Rio de Janeiro: Ed. Bertrand Brasil; 1989.

14. DUPAS G. Ética e poder na sociedade da informação. De como a autonomia das novas tecnologias obriga a rever o mito do progresso. São Paulo: Editora UNESP; 2001.
15. BAUMAN Z. O Mal Estar da Pós-Modernidade. Rio de Janeiro: J. Zahar; 1998.
16. RIBEIRO GL. Política cibercultural: ativismo político à distância na comunidade transnacional imaginada-virtual. In: ALVAREZ S, DAGNINO E, ESCOBAR A, organizadores. Cultura e política nos movimentos sociais latino-americanos: novas leituras. Belo Horizonte: Ed. UFMG; 2000. p. 465-501.
17. MORAES I. Política, Tecnologia e Informação em Saúde A Utopia da Emancipação, Salvador – Ba: Casa da Qualidade Editora; 2002.
18. STEWART-WEEKS M. Trick or treat? Social capital, Leadership and the New Public Policy in Ian Winters (ed.) Social Capital and Public Policy in Australia, Melbourne: Australian Institute of Family Studies; 2000.
19. COLEMAN, J. The Foundations of Social Theory, Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press, 1990.
20. BOURDIEU P. Forms of capital, in J. Richardson (ed.) Handbook of Theory of Research for the Sociology of Education, Westport, CT: Greenwood Press; 1986.
21. FUKUYAMA F. Social capital and the Modern Capitalist Economy: Creating a High Trust Workplace, Stern Business Magazine 1997, 4 p. 1.
22. OECD The Well-Being of Nations, the Role of Human and Social Capital, Centre for Educational Research and Innovation, Paris: OECD, 2001a.
23. PHILLIPS A. Which Equalities Matter? Oxford: Polity Press; 1999.
24. DONOGHUE F. Civic Expression – the Value of Volunteering? In: H. Bohan and G. Kennedy (eds.) Is the Future My Responsibility? Céifín Institute, Dublin: Veritas Publications; 2002.
25. PUTNAM R, LEONARDI R, NANETTI RY. Comunidade e democracia: a experiência da Itália Moderna. Rio de Janeiro: Editora FGV; 2000.
26. WOOLCOCK M. Social Capital: Implications for Development Theory, Research and Policy. The World Bank: Research Observer; 2000. Vol 15, No. 2. p. 225-229.
27. RITZEN J. Social Cohesion, Public Policy, and Economic Growth: Implications for OECD Countries. in HELLIWELL J F, editor. The Contribution of Human and Social Capital to Sustained Economic Growth and Well-being: International Symposium Report, Ottawa and Paris: Human Resources Development Canada and OECD; 2001.

28. MACINKO J & STARFIELD B. The utility of social capital in research on health determinants. *The Milbank Quarterly*; 2001. 70(3):387-427
29. SILVEIRA SA. *Exclusão digital: a miséria na era da informação*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo; 2001.
30. IIZUKA ES. A Exclusão Digital e as Organizações sem Fins Lucrativos da cidade de São Paulo: Um Estudo Exploratório. <http://integracao.fgvsp.br/ano5/20/administrando.htm> (acessado em 06/Mai/2005).
31. SORJ B. *Brasil@povo.com – a luta contra a desigualdade na Sociedade da Informação*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2003.
32. STAROBINAS L. Repensando a Exclusão Digital. <http://www.cidade.usp.br/arquivo/artigos/index0902.php> (acessado em 07/Mai/2005).
33. MAPA DA EXCLUSÃO DIGITAL. Rio de Janeiro: FGV/IBRE, CPS, 2003. http://ww2.fgv.br/ibre/cps/mapa_exclusao/apresentacao/apresentacao.htm (acessado em 03/Mai/2005).
34. LÉVY P. *A Inteligência Coletiva: Por uma Antropologia do Ciberespaço*. São Paulo, SP: Loyola; 1998.
35. _____. *Cibercultura*. São Paulo, SP: Editora 34; 1999.
36. TORRAS L, DIAZ L. *La participació ciutadana através de les noves tecnologies – estratègies per a la utilització de consensus*. Barcelona, Espanha: Fundació Jaume Bonfill; 2004.
37. LEMOS G, FERNANDES J, ELIAS G. *Introdução à Televisão Digital Interativa: Arquitetura, Protocolos, Padrões e Práticas*. In: *Anais da Jornada de Atualização em Informática do Congresso da Sociedade Brasileira de Computação*, JAI-SBC, Salvador:BA; 2004.
38. STREECK W & SCHMITTER. *Community, market, state – and associations? The prospective contribution of interest governance to social order*. Londres, Bervely Hills, Nova Delhi: SAGE Publications; 1985.
39. LABRA ME. *Conselhos de Saúde: avanços, dilemas e desafios*. In: LIMA NT, GERSCHMAN S, EDLER FC, SUÁREZ JM, organizadores. *Saúde e Democracia: histórias e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005. p. 353-384.
40. JARDIM JM. *A construção do e-gov no Brasil: configurações político-informacionais*. In: *Anais da V CINFORM – Encontro Nacional da Ciência da Informação – Salvador, Bahia, 2004*. http://www.cinform.ufba.br/v_anais/artigos/josemariajardim.html (acessado em 20/Mai/2005).

41. BESSELAAR P, MELIS I, BECKERS D. Digital cities: organization, content, and use. In: ISHIDA T, ISBISTER C (editors). Digital cities: experiences, technologies and future perspectives. Berlin: Springer; 2000, p. 18-32.
42. _____ P. Van den, Technology and Democracy, the limits to steering. In: R. Henderson Chatfield, S. Kuhn, M. Muller (editors.), Broadening Participation - 5th PDC. Seattle:CPSR;1998, pp.1-10.
43. DEPARTMENT OF INFORMATION SCIENCE OF CITY UNIVERSITY. First steps towards providing the nation with health care information and advice via their television sets <http://www soi city ac uk/organisation/is/research/dhrg/reports/ditv-final-ull.pdf> (acessado em 08/Mai/2005).
44. NICHOLAS D, WILLIAMS P, HUNTINGTON P, GUNTER B. Broadband nursing: how have the public reacted to being able to talk to an on-screen nurse for advice? Library and Information Update the magazine of the Chartered Institute of Library and Information Professionals Magazine; 2002 1(4) July pp 50-51.
45. CRUZ S et al. Desburocratização eletrônica nos municípios do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: FIRJAN/IEL; 2002. http://www.firjan.org.br/downloads/DesburocratizacaoEletronica_b.pdf (acessado em 08/Mai/2005).
46. SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO. Relatório de Atividades da Fase I da Rede Estadual de Informações em Saúde do Rio de Janeiro – versão preliminar 2001. http://www.datasus.gov.br/rmis/relatorios_estaduais/Rio.doc (acessado em 08/Mai/2005).
47. PITTA A. Saúde, novas tecnologias e políticas públicas de comunicações in RAMOS MCR. Às Margens da Estrada do Futuro – comunicações, políticas e tecnologias. Brasília, Universidade de Brasília, 2000. <http://www.unb.br/fac/publicacoes/murilo> (acessado em 10/Mai/2005).
48. STANTON M. Non-commercial networking in Brazil, Proceedings do Inet'93, San Francisco; 1993. <http://www.inf.puc-rio.br/~michael/pubs/inet93.ps> (acessado em 14/Mai/2005).
49. PITTA A. Comunicação e Controle Social. Comissão Permanente de Comunicação do Conselho Nacional de Saúde 2003a, p. 17.
50. _____ AMR, MAGAJEWSKI FRL. Políticas nacionais de comunicação em tempos de convergência tecnológica: uma aproximação ao caso da Saúde, Interface – Comunicação, Saúde, Educação; 2000 v. 4 , n. 7, p. 61-70.

51. SILVA PH. Audiência da Televisão X Internet.
<http://site.ami.org.br/bnews3/images/multimedia/word/Audi%EAncia%20da%20Televis%E3o%20X%20Internet.doc> (acessado em 06/Jun/2005).
52. BERGMAN AG. O exercício do controle social no município. In: Seminário A Saúde que Queremos, Aracaju, Conasems; 1992.
53. LABRA ME & FIGUEIREDO JSA. Associativismo, participação e cultura cívica. O potencial dos conselhos de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*; 2002 7:537-547.
54. CARVALHO AI. Conselhos de Saúde no Brasil: participação cidadã e controle social. Rio de Janeiro: Fase/Ibam, 1995.
55. BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Participativa. Relatório do Cadastro dos Conselhos Municipais de Saúde; 2004a.
56. SILVA IF, LABRA ME. As instâncias colegiadas do SUS no Estado do Rio de Janeiro e o processo decisório *Cad. Saúde Pública*; 2001 Rio de Janeiro, 17(1):161-170.
57. OLIVEIRA, VC. A Comunicação Midiática e o Sistema Único de Saúde, Interface – Comunicação, Saúde, Educação; 2000 v.4, n. 7, p. 71-80.
58. PITTA AMR. Comunicação e controle social: subsídios para o debate e formulação de uma política pública de (tele)comunicações para a promoção da saúde e da cidadania. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, DF, 1999.
59. XII PLENÁRIA NACIONAL DE CONSELHOS DE SAÚDE. Relatório Final. Brasília:DF, 2004.
http://www.saudejoinville.sc.gov.br/conselho/XII_Plenaria_Nacional_de_Conselhos_de_Saude.pdf (acessado em 04/Mai/2005).
60. FIOCRUZ. Propostas e Diretrizes da Fiocruz para os eixos temáticos da 12ª Conferência Nacional de Saúde Sergio Arouca: Saúde: um Direito de Todos e Dever do Estado – a Saúde que Temos, o SUS que Queremos, 2003.
61. 12ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE: Conferência Sergio Arouca: Brasília, 7 a 11 de dezembro de 2003: relatório final/Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
62. 11ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. Efetivando o SUS: Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde, com Controle Social – Relatório Final. 2002. <http://www.datasus.gov.br/cns> (acessado em 10/Fev/2005).
63. COELHO VSP, ARAÚJO IAL, MONTOYA MC. Política Social: o que podemos esperar da participação?
<http://www.cienciapolitica.org.br/encontro/estpol5.2.doc> (acessado em 01/Jun/2005).

64. FIGUEIREDO JE St. Comunidade Cívica, Capital Social e Conselhos de Saúde no Estado do Rio de Janeiro. ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, março de 2001. Dissertação de Mestrado – Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz.
65. KNOP, RCRO. Fusões e aquisições como estratégias competitivas das empresas de telecomunicações: uma reflexão sobre a tomada de decisão / Rita de Cácia Rodrigues de Oliveira Knop. - 2003. 149 f.
66. RIBEIRO GL. Política cibercultural: ativismo político à distância na comunidade transnacional imaginada-virtual. In: ALVAREZ S, DAGNINO E, ESCOBAR A, organizadores. Cultura e política nos movimentos sociais latino-americanos: novas leituras. Belo Horizonte: Ed. UFMG; 2000. p. 465-501.
67. FEENBERG A, BAKARDJIEVA M. Community Technology and Democratic Rationalization The Information Society. 2002, n. 18, pp. 181-192.
68. BESSELAAR P van den, OOSTVEEN A-M. From Small Scale to Large Scale User Participation: A Case Study of Participatory *Design* in E-government Systems in Proceedings of the eighth conference on Participatory *design*: Artful integration: interweaving media, materials and practices – Volume 1, Toronto, Ontario, Canada, 2004.
69. JUNIOR JPB, GESTEIRA IAL. A ciência da informação e o controle social na área de saúde, em Anais da V CIFORM – Encontro Nacional da Ciência da Informação – Salvador, Bahia, 2004. Disponível em http://www.ciform.ufba.br/v_anais/artigos/josebispojunior.html.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

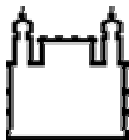
- BRASIL. Ministério da Ciência e Tecnologia. Sociedade da informação no Brasil : livro verde organizado por Tadao Takahashi. – Brasília ; 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. A Prática do controle social: Conselhos de Saúde e financiamento do SUS /Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. - Reimpressão. - Brasília:Ministério da Saúde; 2002.
- NIELSEN J, TAHIR M. Homepage Usabilidade – 50 *Websites* Desconstruídos. Editora Campus; 2002.
- SZAUER MT, CASTILLO MS. Capital Social: Articulador del Desarrollo Sostenible. In: Seminario Internacional Los Desafíos Éticos del Desarrollo; 2002 Set 4-5; Buenos Aires, Argentina.
- THE NATIONAL ECONOMIC AND SOCIAL FORUM. The Policy Implications of Social Capital. Dublin: The National Economic and Social Forum; 2003.
- VASCONCELOS M, LEMOS G. Dynavideo Conference System, um sistema de videoconferência H.323 WebMedia & LA - WEB 2004, Proceedings - SBC, Ribeirão Preto; 2004, p. 319-320.

ANEXO I - MUNICÍPIOS DO RJ NA REDE GOVERNO

Rio de Janeiro - Capital	http://www.rio.rj.gov.br/
Araruama	http://www.araruama.rj.gov.br/
Arraial do Cabo	http://www.arraialdocabo-rj.com.br/
Barra Mansa	http://www.barramansa.rj.gov.br/
Bom Jesus do Itabapoana	http://www.pmbji.rj.gov.br/
Cabo Frio	http://www.cabofrio.rj.gov.br/
Campos dos Goytacazes	http://www.campos.rj.gov.br/
Carapebus	http://www.carapebus.rj.gov.br/
Casimiro de Abreu	http://www.casimiro.rj.gov.br/
Cordeiro	http://www.cordeiro.rj.gov.br/
Itaperuna	http://www.prefeituradeitaperuna.rj.gov.br/
Japeri	http://www.japeri.rj.gov.br/
Guapimirim	http://www.guapimirim.rj.gov.br/
Duque de Caxias	http://www.duquedecaxias.rj.gov.br/
Macaé	http://www.macae.rj.gov.br/
Magé	http://prefeiturademage.org/
Mangaratiba	http://www.mangaratiba-rj.com.br/
Maricá	http://www.marica.rj.gov.br/
Miguel Pereira	http://www.pmmp.rj.gov.br/
Nilópolis	http://www.nilopolis.rj.gov.br/
Niterói	http://www.niteroi.rj.gov.br/
Nova Iguaçu	http://www.pmni.com.br/
Nova Friburgo	http://www.pmnf.rj.gov.br/
Paracambi	http://www.paracambi.rj.gov.br/
Paraíba do Sul	http://www.paraibanet.com.br/
Pirai	http://www.pirai.rj.gov.br/
Petrópolis	http://www.petropolis.rj.gov.br/
Porto Real	http://www.portoreal.rj.gov.br/
Queimados	http://www.queimados.rj.gov.br/
Quissamã	http://www.quissama.rj.gov.br/
Resende	http://www.pmesende.rj.gov.br/
Rio das Ostras	http://www.pmro.rj.gov.br/

Santa Maria Madalena	http://www.santamariamadalena.rj.gov.br/
São Gonçalo	http://www.saogoncalo.rj.gov.br/
São João da Barra	http://www.sjb.rj.gov.br/
São José do Vale do Rio Preto	http://www.sjvriopreto.rj.gov.br/
Saquarema	http://www.saquarema.rj.gov.br/
Silva Jardim	http://www.silvajardim.rj.gov.br/
Tanguá	http://www.tangua.rj.gov.br/
Três Rios	http://www.tresrios.rj.gov.br/
Valença	http://www.valenca.rj.gov.br/
Volta Redonda	http://www.portalvr.com/

ANEXO II – QUESTIONÁRIO PARA CADASTRO NA PVP- CS



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SÉRGIO AROUCA
Mestrado Profissional em Gestão da Informação e Comunicação em Saúde



Por favor, leia o questionário antes de responder.

Quesitos	Respostas	
1. IDENTIFICAÇÃO		
(a) Conselho Municipal de Saúde de		
(b) Nome		
(c) Segmento		
(d) Cargo (presidente, secretário, comissão técnica, outro)		
2. ACESSO À INTERNET	Ano	Não sabe (Marcar X)
(a) Desde quando o CS dispõe de acesso?		
(b) Desde quando o CS tem e-mail?		
(c) Desde quando o CS tem <i>website</i> próprio?		
	Marcar com X	
(d) Quem faz a manutenção?		
- um membro do conselho		
- um funcionário da secretaria de saúde ou da prefeitura		
- uma pessoa contratada		
(e) O financiamento está a cargo de:		
- a prefeitura		
- a secretaria de saúde		
- outros		
3. USOS DA INTERNET PELO CS NA DIVULGAÇÃO DE:		
- datas das reuniões		
- atas de reuniões		
- resoluções emitidas		
- resoluções implementadas		
- atividades do CS		
- atividades de conselheiros		

- relatórios de conferências		
- decisões ou declarações das autoridades		
- notícias ou declarações de entidades da sociedade civil		
- problemas de saúde da população		
- políticas e/ou programas de saúde		
- realização de conferências de saúde e outros eventos		
- escolha ou indicação de representantes em eventos		
- outras notícias ou avisos em geral		
4. INSTRUMENTOS DE GESTÃO		
(a) Plano de Saúde	- divulga	
	- discute	
	- aprova	
(b) Orçamento	- divulga	
	- discute	
	- aprova	
(c) Prestação de Contas	- divulga	
	- discute	
	- aprova	
(d) Relatório de Gestão	- divulga	
	- discute	
	- aprova	
5. CONTATOS COM OUTRAS INSTÂNCIAS		
(a) Conselhos de Saúde	- CNS	
	- CES/RJ	
	- CMS-RJ	
	- Outros CS	
(b) Comissões Intergestores	- CIT	
	- CIB-RJ	
(c) Conselhos de outras áreas	- Criança e Adolescente	
	- Idoso	
	- Assistência Social	
	- Outros	
(d) Câmara de Vereadores		
(e) COSEMS		

(f) Outros	Especificar por extenso:
6. O CS PARTICIPA DE REDES? QUAIS?	Especificar por extenso:
7. QUAL É O PÚBLICO-ALVO PRINCIPAL NA COMUNICAÇÃO VIRTUAL DO CS? Especificar por extenso:	

PERGUNTAS EM ABERTO

BENEFÍCIOS QUE TROUXE A INTERNET PARA O CS
DIFICULDADES ENFRENTADAS E DESAFIOS FUTUROS

EXPRESSE AS OPINIÕES ADICIONAIS QUE DESEJAR:

Muito obrigada por sua cooperação!

ANEXO III - LISTA DE WEBSITES INSTITUCIONAIS CITADOS

INSTITUIÇÃO	ENDEREÇO
<i>De Digitale Stad</i>	http://www.dds.nl
Fórum Comunidade Inteligente	http://www.intelligentcommunity.org
Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro	http://www.faperj.br
Academic Network at São Paulo	http://www.ansp.br
Rede Nacional de Ensino e Pesquisa	http://www.rnp.br
Rádio MareManguinhos	http://www.maremanguinhos.fiocruz.br
Conselho Estadual de Saúde do Rio de Janeiro	http://www.saude.rj.gov.br/ces
Conselho Nacional de Saúde	http://conselho.saude.gov.br/
Portal do Cidadão	http://www.governo.rj.gov.br
Biblioteca Virtual da Saúde	http://www.bvs.bireme.br
DATASUS	http://www.datasus.gov.br
Rede Governo	http://www.redegoverno.gov.br
Portal do Ministério da Saúde	http://www.saude.gov.br
Secretaria de Saúde de Alagoas	http://www.saude.al.gov.br/
Secretaria de Saúde do Amapá	http://www.saude.ap.gov.br/
Secretaria de Saúde do Ceará	http://www.saude.ce.gov.br/
Secretaria de Saúde do Distrito Federal	http://www.saude.df.gov.br/
Secretaria de Saúde do Espírito Santo	http://www.saude.es.gov.br/
Secretaria de Saúde de Minas Gerais	http://www.saude.mg.gov.br/
Secretaria de Saúde de Mato Grosso	http://www.saude.mt.gov.br/
Secretaria de Saúde do Pará	http://www.saude.pa.gov.br/
Secretaria de Saúde de Pernambuco	http://www.saude.pe.gov.br/
Secretaria de Saúde de Roraima	http://www.saude.rr.gov.br/
Secretaria de Saúde de Santa Catarina	http://www.saude.sc.gov.br/
Secretaria de Saúde de São Paulo	http://www.saude.sp.gov.br/
Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul	http://www.saude.rs.gov.br/ces
Secretaria de Saúde de Paraná	http://www.saude.pr.gov.br/
Secretaria de Saúde do Rio de Janeiro	http://www.saude.rj.gov.br/
Conselho Estadual de Saúde do Rio de Janeiro	http://www.saude.rj.gov.br/ces/
Secretaria de Saúde de Mato Grosso do Sul	http://www.saude.ms.gov.br/
Prefeitura da Paraíba	http://www.paraiba.pb.gov.br/
Secretaria de Saúde do Rio Grande do Norte	http://www.saude.rn.gov.br/
Secretaria de Saúde do Sergipe	http://www.saude.se.gov.br/
Secretaria de Saúde do Tocantins	http://www.saude.to.gov.br/
Portal de Inclusão Digital do Governo Federal	http://www.idbrasil.gov.br/

Sistema de Informações de Mortalidade SIM – Rio de Janeiro	http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/obtrj.def
Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos Sinasc – Rio de Janeiro	http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvrj.def
Indicadores Municipais de Saúde – Rio de Janeiro	http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/tabfusion/default.cfm?estado=RJ
Sistema de Informação Hospitalar – Acesso ao BDIH	http://bdaih.datasus.gov.br/scripts/menu.asp
Sistema de Informação da Atenção Básica	http://www.datasus.gov.br/siab/siab.htm
Biblioteca Virtual da Saúde - BVS	http://www.bireme.br
Rede de Centrais de Regulação do Estado do Rio de Janeiro	http://www.saude.rj.gov.br/centraisregulacao/minures.shtml