

Plenária Virtual Permanente: em busca da interlocução entre os conselhos de saúde

Angélica Baptista Silva

Mestre em saúde pública.

Coordenadora de Inovações Tecnológicas do Canal Saúde/Fiocruz.

E-mail: angelica@canalsaude.fiocruz.br

Eliana Labra

Doutora em ciência política.

Pesquisadora titular da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/Fiocruz.

E-mail: labra@ensp.fiocruz.br

Resumo

A Plenária Virtual Permanente é um sistema de áudio e vídeo para redes digitais desenvolvido para conselhos de saúde do Brasil. O artigo aborda as discussões que subsidiaram a criação do dispositivo, a descrição do mesmo e os desafios para a inclusão digital no âmbito dessas instâncias de participação.

Palavras-chave

Tecnologias da informação e da comunicação. Governo eletrônico. Conselhos de saúde. Controle social.

Permanent Virtual Meeting: in search of interlocution among health councils

Abstract

The Permanent Virtual Meeting is an audio and video system of digital networks, built for the Brazilian health councils. This article tackles discussions that subsidized the creation of devices, describes its design, as well as the challenges to promote digital inclusion in those instances of citizen's participation and social control.

Keywords

Information and communication technologies. E-government. Health councils. Social control.

INTRODUÇÃO

Após 17 anos de sua criação, os Conselhos de Saúde constituem atualmente uma vasta e complexa rede integrada por colegiados organizados em cada unidade da Federação, inclusive nos municípios mais recônditos do território nacional. Porém, em inúmeros eventos, diagnósticos e estudos sobre o funcionamento dessas instâncias de participação, têm sido apontados os muitos obstáculos que enfrentam para o cabal cumprimento de seus objetivos de controle social, ressaltando, entre eles, a baixa visibilidade perante a população em geral e a ausência de interlocução ativa e permanente entre os conselhos.

Estas questões adquirem maior premência, ao se considerarem as múltiplas facilidades de conexão oferecidas pelas tecnologias de informação e comunicação disponíveis na atual sociedade da informação. Tendo em mente tanto a necessidade de abordar os problemas acima citados, quanto o ferramental informático disponível para minorá-los, foi desenhado um sistema de áudio e vídeo para redes digitais, denominado Plenária Virtual Permanente (PVP), cujo projeto-piloto teve por propósito estabelecer a conectividade entre o Conselho de Saúde do Estado do Rio de Janeiro e cinco conselhos municipais de saúde: Itaperuna, Nova Friburgo, Paraíba do Sul, Resende e Rio de Janeiro.

O objetivo deste artigo é apresentar a Plenária Virtual Permanente. Para tanto, são abordados os seguintes pontos: (1) obstáculos enfrentados pelos conselhos de saúde em termos de conectividade e visibilidade, bem como as propostas surgidas de fóruns participativos para superá-los; (2) a experiência de Barcelona em *e-democracia*; (3) fundamentos teóricos e conceituais do desenho do dispositivo; (4) governança eletrônica da saúde no estado do Rio de Janeiro; (5) modelagem da Plenária Virtual Permanente; (6) descrição e visualização do protótipo. Nas conclusões, aponta-se a maturidade alcançada pelos conselhos de saúde e seus membros em termos de experiência participativa e a aquisição de valores afins com comunidades discursivas democráticas, bem como os desafios para a inclusão destas instâncias na sociedade da informação.

SUBSÍDIOS À ADOÇÃO DE FERRAMENTAS DE CONECTIVIDADE ELETRÔNICA

Em dezembro de 1990, foi promulgada a Lei Federal 8.142, que trata de duas instâncias colegiadas do Sistema Único de Saúde (SUS) – as conferências de saúde e os conselhos de saúde – das quais participam, de forma paritária, tantos

gestores, prestadores públicos e privados e trabalhadores da saúde, quanto representantes dos usuários. O propósito desses arranjos é criar mecanismos de democratização e efetivar o controle social da tomada de decisões setoriais mediante deliberações e resoluções relativas às fases de formulação, implementação e avaliação da Política Nacional de Saúde e dos programas específicos, inclusive nos aspectos econômico-financeiros, assim como monitorar a qualidade da atenção à população.

Junto com o desenvolvimento do SUS, foi se consolidando uma extensa rede de cerca de 6 mil conselhos, aí incluídos o Conselho Nacional de Saúde e os do DF, dos 27 estados e dos 5.561 municípios, os Conselhos de Saúde Indígena e conselhos regionais, distritais ou locais. Essa vasta rede, por sua vez, envolve a participação voluntária de mais de 100 mil pessoas, das quais demanda-se o engajamento em discussões relativas a planejamento, programação, orçamento, gestão e avaliação de programas e serviços de saúde. Trata-se, portanto, de atribuições abrangentes e complexas que requerem dos conselhos e de seus membros, em particular dos representantes dos usuários, não somente ter certo nível de instrução e capacitação, mas também estreito e permanente contato para se manterem informados e assim cumprirem suas responsabilidades a contento.

A esse propósito, uma reivindicação muito sentida por parte dos conselheiros do segmento dos usuários tem sido a carência de conhecimentos para lidar com as matérias nada simples que a participação requer. Para atender a esta demanda, formou-se um consórcio, integrado por várias instituições lideradas pela Escola Nacional de Saúde Pública, cuja incumbência foi desenhar e ministrar o primeiro Curso Nacional de Capacitação de Conselheiros, iniciado em 2003, que contou com 35 mil participantes de todo o país. Tal iniciativa, embora considerada muito bem-sucedida, não chegou, porém, a ter incidência na situação precária da comunicação entre os conselhos.

Como é bem sabido, no setor saúde já é longa a prática participativa mediante Conferências da Saúde, Plenárias dos Conselhos e outros eventos. No entanto, relatórios, pesquisas e publicações têm reiteradamente constatado ampla gama de problemas de diferente ordem que abrange relações conflituosas entre gestores e conselhos, irregularidades na representatividade dos conselheiros, desconhecimento da existência dessas instâncias de controle social por parte da população e

outros (Labra, 2005)*. Além disso, como será discutido adiante, o funcionamento dos conselhos denota dois problemas que se somam à falta de visibilidade:

(a) os intercâmbios entre eles são eminentemente de natureza presencial, documental e intermitente, observando-se escasso uso dos recursos informáticos modernos;

(b) estes meios, quando disponíveis, não são usados pelos conselhos, ou são subutilizados, o que impede que se tornem públicas as atividades dos mesmos, que os cidadãos tomem conhecimento da existência dessas arenas de interesse público e possam manter contato com elas.

Esta falta de visibilidade é em extremo relevante porquanto acusa a ausência de uma política de comunicação e informação em sentido amplo para os conselhos de saúde. No que segue, serão abordadas iniciativas empreendidas para corrigir alguns dos déficits apontados nesse campo.

Entretanto, desde a 8ª Conferência Nacional de Saúde, celebrada em 1986, têm surgido propostas para enfrentar questões associadas à baixa visibilidade e à falta de comunicação no âmbito dos conselhos. Todavia, diante dos nulos avanços nessa direção, medidas mais decididas foram reivindicadas nas 11ª e 12ª Conferências Nacionais de Saúde, de 2000 e 2004, respectivamente, no sentido da criação da Rede Pública Nacional de Comunicação e Saúde, que, entre seus objetivos, busca integrar, via Internet, importantes atores do SUS, como o Ministério Público, a Comissão Intergestores Tripartite (federal) com as Comissões Intergestores Bipartites (estaduais), conselhos em todos os níveis, entre outros. Contudo, mesmo com o clamor das comunidades envolvidas nesses fóruns, ainda não foram tomadas decisões que incluam a alocação de recursos necessários para implementar essa rede.

Porém, merece especial relevo, pela sua incidência para o bom desenvolvimento dos conselhos de saúde, a criação da Secretaria de Gestão Participativa, no Ministério de Saúde (SGP/MS), em 2003, no início do Governo Lula. Entre suas competências principais, constam as seguintes: fortalecer a gestão democrática do SUS mediante a articulação com diversos setores governamentais e não-governamentais e a utilização da informação em saúde pela sociedade, apoiar os conselhos estaduais e municipais, criando mecanismos de avaliação permanentemente; fortalecer o controle social por

* Ressalte-se que muitos dos problemas apontados em relação aos conselhos de saúde são comuns a todos os conselhos gestores de políticas do país, como bem analisa Tatagiba (2002).

meio das Conferências Nacionais de Saúde, das Plenárias de Conselhos de Saúde, da Rede Nacional de Conselhos de Saúde, da capacitação continuada de conselheiros e da articulação entre os níveis de gestão do SUS e a sociedade; apoiar e disseminar experiências inovadoras; coordenar a Ouvidoria Geral do SUS com estruturas descentralizadas; realizar fóruns de usuários do SUS; cooperar com entidades de defesa de direitos do cidadão.

Dentre os empreendimentos da SGE/MS, destaca-se o projeto “Avaliação do impacto do controle social na formulação e implementação de políticas de saúde”, cuja etapa inicial contemplou a realização do primeiro cadastro nacional dos conselhos de saúde (MS/SGP, 2004). Vale sinalizar que nesse levantamento foram constatados os já apontados problemas de visibilidade e isolamento dos colegiados, visto que apenas 50% responderam ao questionário enviado.

As discussões anteriores levam a concluir que o uso extensivo das tecnologias de informação e comunicação (TICs) constitui um poderoso instrumental para vencer as barreiras de isolamento e invisibilidade das instâncias colegiadas do SUS e estimular a participação cidadã. Tal assertiva é referendada por experiências internacionais como a abordada no tópico seguinte.

E-DEMOCRACIA: UMA META POSSÍVEL

O panorama da sociedade da informação conectada em rede é de todo favorável ao desenvolvimento da participação cidadã nas decisões referentes à política pública, como mostram as variadas iniciativas *e-democracia* e *e-governo*, implantadas em várias partes do mundo, que envolvem teleconsultas à população e o estímulo a discussões virtuais sobre questões de interesse geral apresentadas pelas comunidades ou pelas autoridades.

O ponto em exame pode ser ilustrado com a bem-sucedida iniciativa da Prefeitura de Barcelona (Espanha), entre muitos outros exemplos existentes atualmente. A partir do princípio de que as novas tecnologias como a Internet podem potencializar a participação de cidadãos e cidadãs nas decisões de seus governantes, a Prefeitura integrou-se ao consórcio do projeto europeu Euro-Citi, do qual fazem parte Atenas (Grécia) e Brent (Grã Bretanha), levado a cabo, em 2002, no bairro de Poble Sec (distrito de Sants-Montjuïc de Barcelona).^{*} O programa-piloto era bilingüe (Catalã e inglês), contou com o apoio do Instituto Municipal de Informática e iniciou-se com

a distribuição de um pacote informático, ou seja, um leitor e um cartão inteligente com o nome do usuário e senha, para as pessoas inscritas gratuitamente, a fim de se conectarem a uma página *web* (transformada depois em portal), onde podiam votar e fazer consultas *on-line*.^{*} O objetivo central do projeto era melhorar a democracia direta mediante novo modelo de participação cidadã denominado democracia eletrônica (*e-democracy*), que utiliza Internet e as novas TICs para facilitar o acesso das pessoas às decisões da administração pública. Com o ativo envolvimento da coordenadoria das associações locais, foi possível, enfim, melhorar a gestão pública e, ainda, ministrar diversos cursos dirigidos aos cidadãos (AJUNTAMENT DE BARCELONA, 2003)^{**}.

Quanto ao Brasil, tem havido avanços nos campos do governo eletrônico e da inclusão digital, bem como no estímulo à participação da cidadania em processos de gestão, como as consultas públicas disponibilizadas na Internet por algumas agências reguladoras. Essas iniciativas, porém, estão apenas começando. Já no setor de saúde, a participação virtual vem crescendo rapidamente. Todavia, tem se restringido a discussões fechadas entre grupos de especialistas, técnicos e acadêmicos sobre questões específicas, formando-se, desse modo, redes isoladas do escrutínio público.

FUNDAMENTOS CONCEITUAIS DO DESENHO DA PLENÁRIA VIRTUAL PERMANENTE^{*}**

Avançar em direção a uma política de informação e comunicação no âmbito dos conselhos de saúde exige buscar subsídios teóricos e conceituais para formulá-la com propriedade. Em um plano mais restrito, é igualmente necessário discutir conceitos considerados centrais para fundamentar a proposta de um dispositivo, que usa vídeo e áudio na Internet, destinado a atenuar o isolamento e a falta de visibilidade dos conselhos. Para tanto, governança eletrônica, capital social, redes rizômicas, participação e inclusão digital constituem pertinentes referenciais para examinar as condições de fomento e disseminação de uma cultura de uso das TICs.

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 à informação,

^{*} Na ocasião, o objeto da participação foi o novo Regulamento de Funcionamento dos Distritos e as Normas Reguladoras da Participação Cidadã.

^{**} A exposição detalhada dessa experiência pode ser encontrada em www.bcn.es/euro-citi.

^{***} As fundamentações teóricas e empíricas dos conteúdos que se seguem baseiam-se em Silva (2005)

^{*} Poble Sec foi escolhido pelo forte envolvimento do movimento associativo na difusão e utilização das TICs entre os vizinhos e a ação dinamizadora da coordenação de entidades locais.

assim como a participação em diversas redes de informação e debate, abrangendo *e-government* (*e-gov*), cujo foco são as tarefas gerenciais que conduzem à interação cidadania-governo (GARTNER, 2000 *apud* JARDIM, 2004). Do ponto de vista tecnológico, o *e-gov* visaria o cidadão como um ponto a conectar dentro de uma rede, enquanto a governabilidade eletrônica asseguraria o acesso e participação dos cidadãos de forma individual ou coletiva dentro das redes governamentais.

A esse respeito, o Brasil apresenta várias limitações: a prática de interação entre cidadãos e cidadãos e autoridades governamentais é recente, a exclusão digital da população é imensa e a maioria dos municípios é de pequeno porte e carece de recursos de toda ordem. Mas, não obstante as muitas restrições de ordem material, torna-se premente estimular valores afinados com uma cultura de participação nos sítios governamentais, sobretudo em espaços como os conselhos de Saúde, que são arenas de decisão e de “encontros” entre as autoridades setoriais e os cidadãos comuns representantes dos trabalhadores da saúde e, sobretudo, dos usuários.

Para compartilhar determinado significado na vida social, a rede é vital na era da informação, posto que é na virtualidade principalmente que se processa a criação de significados (CASTELLS, 2003:165-167). Esta rede pode ser desenhada a partir de uma metáfora sobre sua morfologia – o rizoma – para se chegar a um conceito analítico – o capital social. Para observar a formação de uma rede de interlocução de conselheiros de saúde no espaço digital, mais especificamente na Internet, recorreu-se ao conceito da rede rizômica, com sua multiplicidade de relações assimétricas e assíncronas, com fluxos regulares e irregulares de informação.

Como sinalizam Deleuze e Guatarri (1996:14-15), um sistema rizomático aponta para a necessidade de se elaborar o múltiplo e, ao mesmo tempo, 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. 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 se conectam 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 podem, em determinado momento, fazer o papel de autores como centro do hipertexto em um ambiente colaborativo.

Uma função significativa da articulação em rede para enfrentar determinados obstáculos em comum seria aproximar os diversos pólos de construção de hipertextos personalizados (sejam eles de indivíduos ou de uma coletividade) por meio construção de protocolos de significado. A este propósito há de se considerar que as diversas modalidades de encontros de conselheiros de saúde (plenárias, cursos, conferências etc.) têm a importante função de construção deste tipo de protocolos.

Mais do que isso, esse modo virtual de articulação em rede fomentaria o capital social, entendido, conforme Putnam (1993), como o acervo de relações sociais horizontais baseadas em valores como confiança, cooperação e solidariedade de uma comunidade. Ao contrário do capital econômico, o capital social tem características peculiares: aumenta com o uso e desaparece quando não é usado. O capital social, assim entendido, pode coadjuvar no estabelecimento de ligações da comunidade com instituições públicas e ainda servir de ponte para a inclusão de grupos destituídos de direitos nas políticas sociais, dado que é um valioso recurso a ser usado para acelerar o desenvolvimento comunitário e a inclusão social. Essa meta seria alcançada, no entanto, sempre que a contrapartida do governo exista, quer dizer, à medida que o desempenho institucional, como assinala Putnam, também melhora e eleve a qualidade de vida dos cidadãos. Em suma, círculos virtuosos entre participação, engajamento cívico, capital social e bom desempenho institucional podem ser fomentados mediante redes virtuais que conectem governantes e governados e, para tanto, os conselhos de saúde seriam um *locus* ideal, como argumentam Labra e Figueiredo (2002).

Outro decisivo fenômeno trazido à tona pela sociedade da informação tem a ver com a exclusão/inclusão digital, perverso binômio sobre o qual têm se debruçado numerosos autores. Sob uma ótica simplificada, um excluído digital seria aquele privado de acesso a um computador ligado à Internet, por uma linha telefônica e um provedor de acesso (SILVEIRA, 2001:18). A exclusão digital está inserida, porém, em um contexto amplo e complexo de outras formas de exclusão. Conforme assinala Dupas (2001:20), um indivíduo pode estar excluído em algumas dessas categorias e incluído em outras. Por exemplo, pode estar excluído do mercado formal de trabalho, mas não da possibilidade de garantir a sua sobrevivência no mercado informal; ou, ainda, ver-se forçado a se excluir de algo no futuro por precisar incorporar-se no presente, como é o caso de um jovem que começa a trabalhar cedo demais e acaba não tendo

oportunidade de uma formação superior que lhe dê direito a concorrer a melhores posições no mercado. De acordo com Lizuka (2002), a exclusão social não se restringe à questão da igualdade de renda, trabalho, direitos e deveres; também diz respeito às diferenças no modo de vida, à cultura de um povo, à diversidade política, religiosa etc. Sorj (2003) compreende a exclusão digital como uma dimensão da desigualdade social e enfatiza a ausência de informação destinada aos anseios locais de comunidades empobrecidas, pequenas cidades, bairros distantes e zonas rurais. Tudo isso representa um desafio tecnológico para a sociedade da informação no sentido de produzir conteúdos específicos para essas populações que não sejam orientados por uma lógica exclusivamente comercial.

Ainda hoje existe uma disparidade muito grande entre países e no interior deles, tanto na qualidade da infraestrutura em telecomunicações, quanto na teledensidade, medida pelo percentual de habitantes de um território com acesso à telefonia fixa. De fato, as atuais carências em educação e em infra-estrutura informacional deixam a maior parte do mundo dependente de pequeno número de segmentos globalizados da elite econômica e financeira. Em outras palavras, o grau de desenvolvimento de um país está diretamente relacionado à maior ou menor exclusão digital. Mais ainda, um país desconectado ou superficialmente conectado com a Internet está à margem do sistema global interconectado. A perversidade da exclusão digital característica da globalização é bem ilustrada por Castells (2003:220), quando afirma que na Era da Informação o desenvolvimento socioeconômico sem a Internet seria o mesmo que a industrialização sem eletricidade na Era Industrial.

Em 2006, o Comitê Gestor da Internet realizou a segunda pesquisa *TIC Domicílios* para mapear o uso das tecnologias da informação e da comunicação no Brasil. Foram realizadas 10.510 entrevistas na zona urbana, com pessoas a partir de 10 anos de idade, cobrindo as cinco regiões do país. A amostra probabilística foi desenhada com base na PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, IBGE). Embora o índice de pessoas que já utilizaram o computador passou de 45,2% em 2005 para 45,7% em 2006, os resultados da pesquisa indicam que fatores socioeconômicos continuam determinando o acesso à internet no país: a população de regiões mais ricas, próximas aos centros urbanos com nível de escolaridade mais alta, e mais jovem tem mais acesso à infra-estrutura de telecomunicações e aos serviços da rede.

O Mapa da Exclusão Digital, elaborado pela Fundação Getúlio Vargas em 2003, aprofunda a dimensão desse fenômeno e introduz a noção de capital digital, com isso enriquecendo a discussão sobre o capital social. De acordo com esse estudo, o capital digital pode ser adquirido mediante políticas de inclusão que contemplem equipamentos e conhecimento técnico a serviço das necessidades do cidadão e da coletividade. Quanto a seus impactos, seriam determinantes na geração de renda, na elevação do bem-estar e na habilitação das famílias para lidar com flutuações de renda. Em suma, o capital digital pode elevar a qualidade de vida, mas, para tanto, seria preciso adotar medidas de bem-estar social que incluíssem transferência de conhecimentos, recursos físicos, uso da tecnologia de informática e capacitação para atuar em redes (FGV, 2003).

O panorama nacional da exclusão digital no Brasil também atinge o universo dos Conselhos de Saúde. Nestes, a falta de familiaridade com o computador se alia à existência de escassos locais públicos de acesso a Internet e à ainda distante cobertura nacional das telecomunicações. Além disso, tanto os conselhos quanto os próprios conselheiros enfrentam enormes dificuldades quanto ao acesso aos diversos sistemas de informações em saúde disponíveis. Parece evidente, portanto, que para avançar no desenvolvimento comunitário e na almejada igualdade social, é preciso também contemplar políticas públicas voltadas às áreas de informação, comunicação e educação em saúde que incluam o fomento ao uso de ferramentas de TICs em geral e no âmbito dos conselhos de gestão de políticas públicas em especial.

GOVERNANÇA ELETRÔNICA EM SAÚDE NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Para fins das pesquisas que balizaram a modelagem do aplicativo multimídia PVP, entre janeiro e fevereiro de 2005, foram visitados os sítios de todos os municípios do estado. O caminho na Internet para chegar aos municípios foi o Portal do Cidadão, sítio oficial do Governo de Estado do Rio de Janeiro.* Observou-se que, dos 92 municípios do Estado, 35 (38%) não tinham sequer um sítio que apresentasse os diversos serviços de utilidade pública que lhes cabe prestar; quer dizer, são invisíveis na malha internáutica. Quanto às páginas existentes, são acessíveis através do sítio oficial da respectiva prefeitura, nos quais se dá ênfase às atrações turísticas locais. No estado, há 73 municípios (79%) com mais de

* O endereço é <http://www.governo.rj.gov.br>

200 mil habitantes, e todos eles já utilizam a rede, * sendo que, destes, só 20 prefeituras (21%) abrigavam referências à respectiva secretaria de saúde.*** No caso dos conselhos de saúde, o número diminui ainda mais: dos 92 municípios do estado, só cinco (5,4%) tinham sítio da prefeitura, da secretaria de saúde e do referido conselho. Trata-se de Rio de Janeiro, Itaperuna, Nova Friburgo, Resende e Paraíba do Sul.

Esses municípios foram selecionados para participar da PVP a partir da presença de sítios dos conselhos de saúde nos portais das prefeituras. Para fins de *ranking*, foram definidos como tendo o grau mais alto de governança eletrônica na saúde aqueles municípios que possuíam Conselho de Saúde com sítio próprio e atualizado. Para tanto, considerou-se que a participação cidadã na área da saúde pública teria sua expressão máxima nestes fóruns dentro da Internet. No entanto, salienta-se que os municípios mencionados, apesar de terem o Conselho de Saúde na Internet, apresentam algumas disparidades. No caso do Rio de Janeiro, o Conselho está em uma parte destinada a servidores municipais em forma de notícia.** Trata-se de uma página estática, que explica o que é o Conselho, dá seu endereço, telefone e *e-mail*, mas não informa sobre a legislação pertinente, regulamento interno, composição atual, resoluções, atividades ou iniciativas, de modo que o cidadão não pode tomar conhecimento de elementos básicos indispensáveis para entender como funciona o Conselho Municipal. Quanto à infra-estrutura, foi constatado que ocupa uma sala na sede da Prefeitura com computador ligado à Internet, *e-mail* próprio e um gerente técnico. No entanto, o computador está ligado à Rede 1800, que é uma espécie de intranet acessível somente às repartições e unidades assistenciais da prefeitura.

Resende, Nova Friburgo e Itaperuna utilizam a estrutura da Rede Estadual de Informações em Saúde, a qual proporciona três modelos de confecção de página para os municípios incluírem conteúdos. Porém, na época da pesquisa, as páginas estavam desatualizadas.

* Informações retiradas do sítio do PRODERJ (<http://www.proderj.rj.gov.br/>) em fevereiro de 2005

** É importante frisar que foram consideradas quaisquer referências à Secretaria de Saúde e ao respectivo conselho, mesmo não se configurando como um sítio separado com endereço individualizado.

Exceção nesse quadro é Paraíba do Sul, cujo Conselho Municipal de Saúde apresentou conteúdo atualizado, apesar de ser um município com baixa teledensidade e de pequeno porte (39 mil habitantes). A página principal tem texto com fotos, além de *link* direto para contato e página de *downloads*, onde podem ser encontrados documentos produzidos pelo colegiado. Na parte referente à legislação, há resoluções, leis, decretos e o regimento interno.

Primeiro, partiu-se da hipótese de que quanto mais desenvolvido é um município, maior seria a inclusão digital, assim foi elaborado um *ranking* para classificar os municípios do estado segundo o IDH-M (Índice de Desenvolvimento Humano Municipal), o PIB (Produto Interno Bruto) e o percentual de teledensidade. O IDH conjuga o PIB, a esperança de vida e a taxa de instrução. O PIB mede todas as riquezas produzidas em um ano, e o índice de teledensidade expressa o número de acessos telefônicos instalados em área urbana e rural por 100 habitantes.

Surpreendentemente, ao aplicar esse *ranking* aos cinco municípios em estudo, constatou-se que não há relação entre os indicadores selecionados, como mostra o quadro 1.

Em suma, no quadro se observa que não há um padrão que explique o fato de esses municípios terem melhor conectividade e visibilidade na Internet do que os demais municípios do estado. Certamente, há outros fatores que determinam esses resultados, porém sua exploração escapa dos objetivos deste artigo.

QUADRO 1

PIB *per capita*, Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) e Índice de Teledensidade nos Municípios de Rio de Janeiro, Itaperuna, Nova Friburgo e Paraíba do Sul (Estado do Rio de Janeiro)

MUNICÍPIO	IDH-M ^A 2004	PIB <i>Per Capita</i> ^B 2002	Teledensidade ^C 2004
Rio de Janeiro	2º	51º	2º
Itaperuna	20º	69º	31º
Nova Friburgo	4º	62º	16º
Paraíba do Sul	40º	78º	37º
Resende	5º	20º	24º

Fontes: PNUD (2003)^a, IBGE (2005)^b; ANATEL (2004)^c

Em outro plano, indagou-se a existência de condições favoráveis à comunicação virtual entre conselhos ou seus membros com base na literatura disponível. A esse respeito, Figueiredo (2001) explorou a existência de valores afinados com valores próprios de uma cultura cívica entre 60 conselheiros representantes dos usuários nos conselhos de saúde dos municípios da região metropolitana do Rio de Janeiro. Dentre as conclusões desse autor, destacam-se as seguintes principais fontes de informação do conselheiro: TV e jornal – 88,3%; amigos – 73,3%; família – 64,3%; rádio – 61,7%; interesse pela leitura: revistas – 43,3%; livros – 41,7%.

Além disso, pesquisa realizada com 18 representantes dos usuários nos conselhos distritais do Rio de Janeiro constatou que 100% desses conselheiros têm renda regular, casa própria e telefone convencional, e 56% têm computador ligado à Internet (Labra, 2002).

Desses achados, pode-se inferir que, na região metropolitana do Rio de Janeiro, os conselheiros apresentam bom perfil educacional, são informados e têm acesso a mídias de comunicação audiovisuais. Se a isso se somam outras constatações desse mesmo autor, como o alto valor concedido pela quase totalidade dos consultados ao exercício do mandato de conselheiro, o incentivo que esse encargo traz para o aprimoramento pessoal e o interesse que neles desperta o melhor conhecimento dos poderes públicos e das políticas de saúde, pode-se concluir que os conselhos de saúde têm grande potencial para acumular capital social e, incluso, capital digital. Assim sendo, estariam, portanto, plenamente aptos para se incorporar à sociedade da informação mediante uma rede de interlocução e conectividade propícia à governança eletrônica e à *e-democracia*.

DESENHO DA PLENÁRIA VIRTUAL PERMANENTE (PVP)

Como afirmado anteriormente, o modo mais usual de os Conselhos de Saúde se informarem consiste na leitura de documentos e encontros presenciais, os quais, aliás, envolvem custos que os conselheiros muitas vezes não têm condições de arcar. Portanto, está claro que essas trocas e a forma como são realizadas estão muito aquém da dinâmica de execução e aprendizagem que o exercício do controle social exige, mas que em boa medida poderia ser mudada mediante o acesso ao ambiente propiciado pela Internet.

O dispositivo Plenária Virtual Permanente foi desenvolvido justamente para facilitar a interação

entre dois internautas ou um grupo destes com o uso de vídeo e voz, construção de arquivos em conjunto e compartilhamento de arquivos ao menor custo possível. Pretende-se que seja uma ferramenta para construção de protocolos de significado destas comunidades discursivas com a singularidade do uso das TICs, o qual permite a interação mediante áudio, vídeo e escrita simultaneamente.

Para encontrar o *software* adequado à PVP, foi feito um levantamento entre programas desenvolvidos para Internet por universidades brasileiras com código fonte aberto. O programa escolhido foi o Dynavideo Conference System (DCS), elaborado pelo Laboratórios Associados de Vídeo Digital (Lavid), integrado por uma equipe de pesquisadores, professores e acadêmicos da Universidade Federal da Paraíba e da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. O DCS 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 centros de saúde da área metropolitana de Recife. Consiste em um sistema completo de videoconferência de baixo custo e fácil utilização, acessível via navegador (*browser*) e que permite ao usuário se juntar a uma videoconferência com apenas um clique.

Seguindo preceitos da engenharia de sistemas e da cibernética, para apresentar o protótipo da PVP foi adotado o modelo de processo em espiral, pois, 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 e que corresponde ao protótipo executável do último nível. Este processo compreende as fases de dimensão da realidade, análise, concepção e implantação de determinado sistema. As três primeiras fases foram executadas de uma maneira singular e holística para apresentar um dispositivo que utiliza a Internet e a tecnologia de áudio e vídeo via IP (Internet Protocol)* para potencializar a interlocução entre os conselhos de saúde.

Requisitos técnicos, de *design* e de conteúdo foram levados em conta para o desenvolvimento da PVP. Os requisitos técnicos, elaborados a fim de democratizar o acesso à PVP, visto o panorama de exclusão digital e de escassez de recursos dos conselhos, podem ser resumidamente descritos como segue: sistema que rode em acesso discado de baixas larguras de banda, que use

* IP é o protocolo básico da Internet.

computadores de baixo custo, baseado em *software* livre, com a utilização de vídeo e áudio, que pode 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.

Os requisitos de *design* e de conteúdo se baseiam em três assertivas: *design* participativo, interação homem-computador e padrões de usabilidade.

Em certas circunstâncias, grupos costumam adicionar uma nova camada sociotécnica à rede de computadores, a fim de construir uma comunidade na Internet. Isto significa se apropriar da rede de maneira inesperada, de modo que os participantes podem inovar ou atualizar abordagens técnicas (FEENBERG; BAKARDJIEVA, 1999:219). Pelo fato de se situarem de maneira diferente com relação à tecnologia do que os *designers*, são capazes de perceber e atualizar potencialidades de interface não previstas na racionalização técnica, econômica ou política já inscrita na rede. Ao agir na base de um 'conhecimento situado', direcionado nas suas relações únicas com a tecnologia, estão aptos a dar novos significados. Essa racionalização democrática representa uma instância vivida na prática da tecnologia e é canalizada por meio de técnicas de *design* participativo. Após pesquisar os efeitos do *design* participativo nos sistemas *e-gov* aplicados a um sistema de *smartcards* para migração dentro da União Européia, Besselar e Oostveen chegaram às seguintes conclusões:

Comparando o *design* participativo com outros esforços para democratizar o desenvolvimento tecnológico, concluímos que a participação em pequena escala no nível micro em projetos de desenvolvimento técnico é relativamente bem-sucedida; mas, a intervenção em projetos de grande escala em uma instituição ou num nível setorial, é geralmente malsucedida.

No caso do governo eletrônico é diferente porque o sistema projetado envolve cidadãos, gestores e políticos. Neste sentido, o *design* participativo começa a ser parte de uma vasta agenda tecno-política, onde o *design* participativo sozinho não é a resposta para todo o *design* ou problema de acesso aos serviços (BESSELAR; OSTVEEN, 2004:174)

Esses autores acrescentam dados fundamentais a considerar em um processo espiral de implantação da proposta da PVP no âmbito do governo eletrônico. Combinaram uma série de ferramentas de *design* participativo (entrevistas, questionários, oficinas de

trabalho e cenários baseados em evidências) associadas à pesquisa aplicada em ciências sociais e a técnicas de estimativa tecnológica, cujo resultado foi uma adição fundamental para o *design* do sistema, assim como para discussões. O conjunto de técnicas trouxe um consenso sobre as dimensões sociais fundamentais dos sistemas de governos eletrônicos, que estão diretamente ligadas às opções de *design* e ao contexto do uso. Mas os autores assinalam que muitas atividades governamentais não podem ser resolvidas em projeto único, porque estão relacionadas à política da administração e serviços públicos (BESSELAR; OOSTVEEN, 2004:181).

Além dessa observação, que guiou a confecção do *design* e a escolha do conteúdo para a PVP, duas outras devem ser notadas quando se elaboram requisitos para *design*: a interação homem-computador e padrões de usabilidade. Ambas, concepções da ergonomia, em que projetos centrados no usuário são o grande objetivo. A ergonomia de *hardware* e de *software* visa a melhor comunicação e interação do ser humano com as máquinas, especialmente o computador. A interação homem-computador aplica a tecnologia, modifica aplicativos, sistemas ou sítios na Internet, para aumentar a segurança, conforto e eficiência do sistema em questão e a qualidade de vida de seus usuários. O pressuposto central 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 sítio. Ou seja, há boa usabilidade quando um sítio é eficiente, intuitivo e funcional – o usuário sabe automaticamente como agir para navegar. Os índices mostram que no Brasil a maioria dos usuários ainda acessa a Internet por conexões de baixa velocidade. Este fato, aliado a um *design* pouco funcional, irrita e leva a desistir de acessar uma página. Além disso, um *design* ineficiente e a utilização inadequada de termos ao nomear os recursos existentes em um sítio confundem até mesmos internautas experientes. Estes acabam clicando em *links* errados e deixam o sítio sem encontrar o que necessitam, simplesmente por não saberem onde procurar.

Quanto aos padrões de usabilidade, os seguintes tópicos foram adicionados a fim de facilitar a navegação :

- exibição da logomarca do SUS em tamanho razoável e em local de destaque para facilitar a identificação imediata;

- entrada de convidados que, após cadastro como conselheiros, poderão acessar o painel de inclusão de conteúdo e utilizar os recursos de áudio e vídeo da PVP. Este item contempla a questão da visibilidade perante a população em geral. Trata-se de um dispositivo voltado prioritariamente para conselheiros, mas que poderá ser visitado por qualquer cidadão interessado;
- o ambiente da sala foi elaborado em cima de uma foto de uma reunião do Conselho Estadual de Saúde do Rio de Janeiro;
- a área de navegação principal está em um local destacado, com conteúdo centralizado na página. Os itens estão agrupados em colunas de modo a aproximar os itens semelhantes;
- a videoconferência aparece automaticamente após um clique. Outros elementos estão dispostos de maneira discreta para não tirar a atenção das ferramentas de interatividade em tempo real;
- a atualização de conteúdo pode ser feita por qualquer conselheiro registrado no sistema, sendo que só será publicado após autorização dos moderadores sob a responsabilidade do CES-RJ;
- o sítio foi todo construído em CSS (Cascade Style Sheets), obedecendo ao padrão recomendado pelo W3C (World Wide Web Consortium) e pelo governo brasileiro para adaptar o ambiente a deficientes visuais.

Quanto ao conteúdo, inclui inicialmente os sítios relacionados à área da saúde e os sistemas de informação em saúde (SIS) para apoio à tomada de decisão. Para tanto, foram selecionados os SIS que compõem o quadro analítico de José Bispo Junior *et al.* (2004), cujo teor foi controle social e ciência da informação.*

Em sua revisão da literatura, os pesquisadores 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 tomada de decisões em saúde. Salientam ainda que o acesso aos SIS pode contribuir para o processo de análise da situação sanitária e para que o conselho seja realmente um espaço para planejamento, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde.

* Sistema de Informações de Mortalidade (SIM), Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc), Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), Sistema de Informação Hospitalar (SIH-SUS), Sistema de Informação Ambulatorial (SIA-SUS), Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab), Sistema de Informações de Pré-Natal (SIS-Pré-Natal) e Sistema de Informações de Hipertensos e Diabéticos (SIS-HiperDia).

O PROTÓTIPO

O DCS 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 simultaneamente ferramentas de áudio, vídeo, *chat* e *whiteboard*.^{*} Para montar a Plenária Virtual Permanente na Internet, formou-se uma página dinâmica com a linguagem para banco de dados PHP (também baseada em *software* livre) e embutiu-se o DCS, conforme pode ser visualizado na figura da tela principal.

O conselheiro que entrar na plenária poderá conversar com os outros que estiverem na sala, utilizando só o *chat*, por meio da interação de voz e, também, voz e vídeo em um último nível. Segundo experiências feitas em laboratório, o DCS suporta até 15 pessoas de diferentes pontos participando de uma videoconferência.

FIGURA 1

Tela da PVP capturada no momento da interação entre dois pontos por videoconferência



Existem três níveis de usuários: anônimos, conselheiros e moderadores. Identifica-se como usuário anônimo qualquer cidadão interessado no tema que esteja na Internet. O nível conselheiro é destinado aos cadastrados nesta categoria ou com o cadastro aceito pelos moderadores. Há cinco telas principais: tela de *login*, tela principal, tela de cadastro, painel de inclusão de conteúdo e mapa da rede de conselhos. À medida que uma pessoa entra, a página aumenta a sombra de uma silhueta. Se o conselheiro

* Quadro onde vários usuários podem desenhar, escrever e construir um documento coletivo on-line.

conectado tiver uma *webcam*, imediatamente ele se vê e também visualiza e escuta nas caixas de som quem já está dentro da plenária.

Na parte superior, como se fossem quatro quadros independentes de notícias, figura a parte de conteúdo, que pode ser modificada pelos conselheiros: Links, Dicas, Eventos e Entre na Rede. Todos estes quadros aparecerão para os conselheiros com a tecla 'Adicionar'. Esta tecla segue para o painel de inclusão de conteúdo. O sistema foi preparado para que os conselheiros modifiquem os campos do questionário de cadastro, de acordo com suas necessidades, seguindo os preceitos do *design* participativo.

O Painel de Inclusão de Conteúdo só poderá ser acessado por conselheiros e moderadores da plenária. 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 para a página ou poderá preencher um campo com uma pequena mensagem. 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, dados estes que aparecerão diferenciados no mapa.

Os moderadores poderão mudar o cabeçalho dos quadros – Links, Dicas, Eventos, Entre na Rede de acordo com as necessidades apontadas pelo grupo -, ou adicionar outros. Também terão de autorizar as modificações propostas pelo conselheiro para publicação das mesmas nos quadros da Plenária. O Mapa da Rede de Conselhos pode ser alterado por conselheiros.

CONCLUSÕES

A Internet é atualmente um meio de comunicação mais barato, rápido e acessível do que a distribuição de impressos e estará presente em computadores e aparelhos televisores em um futuro muito próximo nos lares brasileiros. Seu uso, portanto, representa um diferencial amplamente reconhecido, inclusive pelos conselheiros consultados durante o teste do projeto-piloto da PVP, que destacaram a contribuição da Internet para melhorar o acesso da população ao Conselho de Saúde. Além desses, é por demais reconhecida a agilidade que a Internet proporciona na busca e pesquisa de informações de interesse dos conselheiros.

Um dos caminhos que está sendo delineado é um planejamento estratégico em comunicação dos conselhos de saúde, que, entre outros instrumentos, já prevê o uso do potencial das redes digitais na respectiva região. A este propósito, já existem comissões executivas em diversos conselhos envolvidas na discussão do tema. Além do mais, por uma parte, os termos 'rede' e 'comunicação', presentes em todos os relatórios e documentos advindos de encontros e conferências de saúde nos últimos 20 anos, referendam essa demanda; e, por outra, tanto o perfil dos conselhos de saúde quanto dos próprios conselheiros apresenta maturidade e preparo suficientes como para lidar com as TICs. A reformulação da página do Conselho Nacional de Saúde ocorreu em julho de 2005, que incluiu a disponibilização de uma série de documentos relevantes para o controle social. Antes da mudança na página, o número de acessos médio por mês era de 350. Atualmente, o acesso está em 7 mil, referente ao mês de julho de 2007.*

Uma longa estrada deve ser construída até os conselheiros utilizarem a PVP ou outras ferramentas de interlocução via grande rede. Há uma série de perspectivas apontando nesta década para que os colegiados do SUS se apropriem da dimensão técnica da rede e das práticas de *networking*, a fim de dar o salto qualitativo necessário para viabilizar a democracia participativa e o almejado controle social. Ações governamentais intersetoriais de inclusão digital na área da saúde estão sendo articuladas. Os conselheiros de saúde estão em um processo inicial de inclusão digital, no qual infra-estrutura, conectividade e formação para operar computadores em prol do melhor desempenho institucional dos conselhos serão oferecidas simultaneamente.

Um dos desafios que ainda precisam ser superados no processo de luta pela inclusão digital das instâncias de controle social é o de estabelecer uma pactuação entre os três entes federativos para que o enfrentamento desse problema seja uma meta de todos, referendada nas conferências de saúde. É preciso também que se faça um trabalho conjunto com outros setores, em especial a educação, para reduzir os índices de analfabetismo funcional no país. Muitas vezes, são lideranças locais importantes e que precisam ter voz. O desafio é construir formas de repassar as informações relativas ao Sistema Único de Saúde para essas pessoas.

* Dados fornecidos pela Coordenação de Comunicação do Conselho Nacional de Saúde referente aos acessos da página <http://conselho.saude.gov.br>

Outra dificuldade é a de se estabelecer uma rede de infraestrutura em telecomunicações pública para o setor saúde. Por isso, o controle social deve estar atento à questão das telecomunicações e à necessidade de mudanças na legislação do setor, bem como precisa acompanhar como os recursos para inclusão digital estão sendo empregados.

O programa de inclusão digital, elaborado pelos próprios conselheiros da Comissão Intersetorial de Comunicação, Informação e Informática em Saúde do Conselho Nacional de Saúde, está baseado em três eixos: equipamentos, conectividade e formação. Este programa vai implicar transformações em outras áreas além da saúde. Para viabilizar esse feixe de ações em escala nacional, é necessário, por exemplo, energia elétrica, rede de telefonia, sede para os conselhos de saúde. O discurso de defesa da inclusão digital dos conselhos de saúde traz todas essas questões embutidas e vai ao encontro das afirmações de Waschauer (2003), que vê a tecnologia como inclusão social, considerando uma intervenção que elabore, ao mesmo tempo, o provimento de *hardware*, *software*, conectividade, alfabetização digital e envolva as estruturas institucionais e comunitárias locais.

Artigo submetido em 15/09/2007 e aceito em 03/04/2008.

REFERÊNCIAS

BESSELAAR, P; OOSTVEEN, A-M. From small scale to large scale user participation: a case study of participatory design in e-government systems. In: CONFERENCE ON PARTICIPATORY DESIGN: ARTFUL INTEGRATION: INTERWEAVING MEDIA, MATERIALS AND PRACTICES, 8., 2004, Toronto. *Proceedings...* Toronto: [s.n.], 2004. V. 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Participativa. *Estudo do perfil dos delegados da 12a Conferência Nacional de Saúde: relatório de pesquisa*. Brasília, 2004.

CASTELLS, M. *A galáxia da Internet: reflexões sobre a Internet, os negócios e a sociedade*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2003.

COMITÊ GESTOR DA INTERNET. *Pesquisa sobre o uso das tecnologias da informação e da comunicação no Brasil: TIC domicílios e TIC empresas 2006*. São Paulo, 2007. Disponível em: <<http://www.cetic.br/tic/2006/indicadores-2006.pdf>>. Acesso em: 09 ago. 2007.

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.

ESPAÑA. Ajuntament de Barcelona. *Memòria participativa del Projecte Euro-Citi: una experiència europea en democràcia electrònica al Poble-sec*. Barcelona, 2005.

FEENBERG, A.; BAKARDJIEVA, M. Community technology and democratic rationalization. *The Information Society*, n. 18, p. 181-192, 2002.

FIGUEIREDO, J. E. *Comunidade cívica, capital social e conselhos de saúde no estado do Rio de Janeiro*. 2001. Dissertação (Mestrado)- ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2001.

FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS - FGV. *Mapa da exclusão digital*. Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: <http://ww2.fgv.br/ibre/cps/mapa_exclusao/apresentacao/apresentacao.htm>. Acesso em: 03 maio 2005.

IIZUKA, E. S. *A exclusão digital e as organizações sem fins lucrativos da cidade de São Paulo: um estudo exploratório*. Disponível em: <<http://integracao.fgvsp.br/ano5/20/administrando.htm>>. Acesso em: 06 maio 2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. *Pesquisa nacional de amostra domiciliar - 2002*. [S.l.], 2002.

ARDIM, J. M. A construção do e-gov no Brasil: configurações político-informacionais. In: CINFORM – ENCONTRO NACIONAL DA CIÊNCIA DA INFORMAÇÃO, 5., 2004, Salvador. *Anais...* Salvador: [s.n.], 2004.

JUNIOR, J. P. B.; GESTEIRA, I. A. L. A ciência da informação e o controle social na área de saúde In: CINFORM – ENCONTRO NACIONAL DA CIÊNCIA DA INFORMAÇÃO, 5., 2004, Salvador. *Anais eletrônicos...* Disponível em: <http://www.cinform.ufba.br/v_anais/artigos/josebispojunior.html>. Acesso em: 2008.

LABRA M. E. Conselhos de saúde: avanços, dilemas e desafios. In: LIMA N. T. et al. (Org.). *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005. p. 353-384.

_____. *A qualidade da representação dos usuários nos conselhos distritais de saúde do Rio de Janeiro e a dimensão associativa: relatório de pesquisa*. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 2002. Mimeografado.

_____ ; FIGUEIREDO, J. A. Associativismo, participação e cultura cívica: o potencial dos conselhos de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, n. 7, p. 537-547, 2002.

PUTNAM, R. *Comunidade e democracia: a experiência da Itália moderna*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2000.

SILVA, A. B. *Multimídia e conectividade entre os conselhos de saúde: a plenária virtual permanente*. 2005. Dissertação (Mestrado)- ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2005.

SILVEIRA, S. A. *Exclusão digital: a miséria na Era da Informação*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2001.

SORJ, B. *Brasil@povo.com: a luta contra a desigualdade na sociedade da informação*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

TATAGIBA, L. Os conselhos gestores e a democratização das políticas públicas no Brasil. In: DAGNINO, E. (Org.). *Sociedade civil e espaços públicos no Brasil*. São Paulo: Paz e Terra, 2002. p. 47-103.

WARSCHAUER, Mark. *Technology and social inclusion: rethinking the digital divide*. Cambridge (USA): MIT Press, 2003.