

Inclusão digital e conselheiros de saúde: uma política para a redução da desigualdade social no Brasil

Digital inclusion and health counselors: a policy for the reduction of social inequalities in Brazil

Ilara Hämmerli Sozzi de Moraes¹

Luciana Veiga²

Miguel Murat Vasconcellos³

Silvia Regina Fontoura Rangel dos Santos⁴

Abstract *Inequalities in health conditions remain even twenty years after the implementation of Unified Health System (SUS). This condition burdens social movements exerting social control on the health care area with a continuous fight. In this struggle, the accumulation of political power is related to an increase in the capacity to acquire knowledge and information. This study aims at fathoming the inequality surrounding the digital inclusion of Health Counselors (HC) of different regions within the country. We have adopted the qualitative survey method, which employs the Focal Groups technique, with HC representing managers, services providers, workers and users, all from national, state and municipal levels. Four aspects were examined, comprising reading and writing habits; Internet utilization; the use of health indicators; and the role of information in the Council-State-Society relation. Results have evidenced the need to broaden the foundations of digital inclusion initiatives in the health care area, and to overcome the cross-sector challenge of linking them to politics and education. By using benchmarks of educational philosophy, we were able to outline a theoretical-analytical matrix as a contribution to understanding the complexity involved in fostering digital inclusion in the health care area.*

Key words *Information in the health care area, Digital inclusion, Health counselors, Information technologies, Education in the health care area*

Resumo *Após vinte anos do SUS, a desigualdade nas condições de saúde da população permanece como uma realidade, impondo aos movimentos sociais que exercem o controle social sobre a saúde uma contínua luta. Nesse embate, o acúmulo de força política está relacionado ao aumento da capacidade de apropriação de conhecimento e informação. Conhecer dimensões da desigualdade na inclusão digital de conselheiros de saúde (CS) de diferentes regiões do país é o objetivo desse trabalho. O método adotado foi a pesquisa qualitativa, por meio da técnica de grupos focais com CS representantes dos gestores, dos prestadores, dos trabalhadores e dos usuários, atuantes na esfera nacional, estadual ou municipal. Foram trabalhadas quatro dimensões, abrangendo: o hábito de leitura e de redigir textos; o uso da Internet; o uso de indicadores de saúde e o papel da informação na relação Conselho-Estado-Sociedade. Os resultados indicaram a necessidade de se ampliar a fundamentação das ações de inclusão digital em saúde, articulando-a, então, à política e à educação, enquanto desafio intersetorial. Utilizando referenciais da filosofia da educação, delineia-se matriz teórico-analítica como contribuição ao entendimento da complexidade que envolve promover a inclusão digital na Saúde.*

Palavras-chave *Informação em saúde, Inclusão digital, Conselheiros de saúde, Tecnologias de informação, Educação em saúde*

¹ Departamento de Ciências Sociais, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fiocruz, Rua Leopoldo Bulhões 1.480/ 9º andar, Mangueiras, 21041-210 Rio de Janeiro RJ.

ilara@ensp.fiocruz.br

² Departamento de Ciências Sociais, Universidade Federal do Paraná.

³ Departamento de Administração e Planejamento em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fiocruz.

⁴ Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fiocruz.

***Há homens que lutam um dia, e são bons;
Há outros que lutam um ano, e são melhores;
Há aqueles que lutam muitos anos,
e são muito bons;
Porém há os que lutam toda a vida
Estes são os imprescindíveis.***

Bertolt Brecht

Introdução

A defesa da melhoria da saúde é uma luta histórica da sociedade brasileira, marcada por vitórias e derrotas. Dentre as vitórias, destacam-se a Constituição Federal de 1988, em seus artigos 6º e 196 a 200; a Lei Orgânica da Saúde (8.080/90), que constituiu o Sistema Único de Saúde (SUS); a Lei 8.142/90, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e a Resolução do Conselho Nacional de Saúde 333/2003, que delibera sobre a estruturação dos conselhos de saúde.

Entretanto, após vinte anos, a desigualdade nas condições de saúde da população^{1,2} permanece uma realidade, impondo aos movimentos sociais que atuam na área uma contínua luta em defesa de seus interesses. A correlação de poderes decorrente de tal disputa dá suporte ao pacto político construído no Brasil e, por conseguinte, à definição das políticas públicas, dentre as quais a política de saúde.

Nessas disputas, “o poder” e “o saber” (que inclui conhecimento e informações) são faces da mesma moeda³. Cada vez mais, o acúmulo de força política está relacionado ao aumento da capacidade de apropriação de conhecimentos e informação, que possibilita, em última instância, maior habilidade argumentativa em espaços conquistados de participação. Portanto, para o fomento do debate democrático na área da saúde, não basta garantir que os atores “tenham acesso às informações”. Faz-se necessário, sobretudo, possibilitar a apropriação do potencial informativo intrínseco a uma determinada mensagem, de seu significado para a luta específica a ser empreendida, de sua pertinência e relevância ao objetivo que se pretende. O que inclui, nas sociedades atuais, o uso das tecnologias de informação e comunicação (TIC) nesse processo, que ganha centralidade no debate contemporâneo tanto por seu potencial de democratização de saberes quanto por sua magnitude na economia mundial.

Na busca por ampliar o conhecimento sobre como se expressa a questão no âmbito do setor Saúde no Brasil, após vinte anos do SUS, é analisado o processo de acesso/apropriação/uso da informação e das tecnologias de informação em saúde (TIS) no controle social exercido pelos conse-

lhos de saúde. A preocupação com tal estudo é oferecer subsídios ao delineamento da composição de uma matriz teórico-analítica, que contribua para elaborar propostas de ações de inclusão digital para além do manejo mecânico de computadores na Internet.

Trabalha-se com o entendimento de que ter acesso às informações e às TIS é fundamental, mas não suficiente ao enfrentamento das desigualdades em saúde ainda existentes, o que inclui a desigual inclusão digital de segmentos da sociedade brasileira diretamente envolvidos na definição das políticas de saúde: gestores, prestadores, trabalhadores e usuários participantes dos conselhos de saúde⁴.

Assim, a inclusão digital em saúde pressupõe a “inclusão informacional em saúde” que se traduz, segundo Moraes e Gómez⁵, em: (i) garantia do direito universal de acesso às informações coletadas pelo Estado sobre a sociedade – Estado transparente em seus diferentes dispositivos; (ii) compreensão do significado/sentido das informações disponibilizadas e de suas limitações, decorrentes do modo como foram produzidas e disseminadas; (iii) apropriação das informações que revelem os condicionantes e determinantes da situação de saúde vivenciada pelos cidadãos, e (iv) estabelecimento de mecanismos de participação direta dos conselheiros de saúde (CS) processo de definição da política pública de informação e TIS.

Esse entendimento imbrica “inclusão digital” à política e à educação, extraindo subsídios à superação da desigual inclusão digital de CS. Os resultados encontrados indicaram a necessidade de ampliar a fundamentação das ações de inclusão digital em saúde, articuladas em um desafio inter-setorial. Utilizam-se referenciais da filosofia da educação, como eixo para o delineamento de matriz teórico-analítica, apresentada como contribuição ao entendimento da complexidade que envolve promover a inclusão digital em Saúde, com foco nos conselhos de saúde.

Método

Utilizou-se pesquisa qualitativa por meio da técnica de grupos de discussão. Foram realizados quatro grupos focais com conselheiros de saúde atuantes nas três esferas de governo no mês de julho de 2008. Em cada encontro, estiveram presentes quinze participantes. O perfil dos grupos está descrito na Tabela 1.

Os encontros tiveram duração de aproximadamente oito horas. A dinâmica consistiu na reali-

zação de um debate - mediado por especialista (moderadora) - a partir de roteiro previamente elaborado. Para mobilizar os participantes ao longo do encontro, também foram propostas atividades em pequenos grupos.

Foram trabalhadas quatro dimensões, organizadas de forma a identificar os hábitos de informação e uso da Internet entre os conselheiros; avaliar os recursos de elaboração e leitura de texto e uso da Internet que os conselheiros dominam; conhecer os recursos que os conselheiros dispõem para o exercício do controle social; analisar seu entendimento sobre indicadores sociais e de saúde, o grau de apropriação pelo controle social e conhecer, a partir da identificação do modo do conselheiro ver a relação cidadão–conselho de saúde–Estado, sua perspectiva em torno do papel da informação e TIS na superação dos problemas identificados.

Na análise dos resultados, foram adotados dois cortes analíticos: o primeiro agregou os conselheiros conforme o segmento (usuários, gestores, prestadores ou trabalhadores da saúde) e o segundo considerou sua esfera de atuação (municipal, estadual ou nacional). Foi tratada, ainda, a região geográfica do conselho de saúde.

Resultados

Em relação ao hábito de leitura e de uso da Internet

A primeira evidência é a existência de um desigual acesso e uso da informação e da Internet entre os segmentos representados nos conselhos de saúde. O hábito de leitura e de uso da Internet tende a variar de acordo com: i) a história de vida e inserção social, econômica e política na comunidade em que vive o conselheiro e o segmento/entidade que representam; ii) as oportunidades de acesso aos instrumentos computacionais e à conectividade, condicionadas por sua inserção no conselho.

Essa desigualdade acentua-se quando considerados os CS representantes dos usuários em relação aos demais segmentos.

A constatação de maior acesso entre os conselheiros gestores, prestadores e representantes de trabalhadores da saúde deve-se aos gestores e prestadores possuírem, no local de trabalho, acesso a jornais impressos e a Internet banda larga; recursos em geral disponibilizados também para os representantes dos trabalhadores em seus sindicatos/associações.

Um número significativo de conselheiros do segmento de usuários relata não ter acesso a jornal impresso diário ou Internet em casa ou no trabalho. Com frequência, usam a rede apenas quando vão aos conselhos. Essa evidência, expressão da desigualdade da inclusão digital, traz reflexos preocupantes para o exercício democrático nos fóruns de participação social.

Grande dificuldade de acesso foi relatada pelos CS atuantes na região Norte do país, onde há um agravamento nas dificuldades de acesso às tecnologias de comunicação, determinado pela desigual distribuição espacial da malha de telecomunicação. Instalada no país segundo os interesses das operadoras de telecomunicação, está concentrada nos centros urbanos com maior renda *per capita*. As desigualdades regionais constituem um dos desafios da atual política de saúde em sua articulação com o setor das telecomunicações. As realidades sociais e ambientais distintas demandam tratamentos diferenciados na implementação de uma política de inclusão digital em saúde, que necessariamente envolve ações intersetoriais.

O corte analítico a partir das esferas de governo aponta às diferenças de interesses decorrentes das distintas funções dentro do conselho. Aqueles inseridos no conselho nacional parecem imersos nas questões e no ambiente de “articulação de poder” na capital do país. Propõem e negociam os itens da agenda nacional política e financeira do SUS, sem perderem o foco de sua representação. Desta forma, a busca por informações e uso das TIC está voltada às decisões nos poderes Legislativo e Executivo nacionais.

No outro extremo, em termos de mecanismos de acesso às TIC, estão os componentes dos conselhos municipais, próximos dos usuários e problemas de execução das políticas. Esse segmento é aquele mais empenhado na comunicação interpessoal com os usuários e nas conversas e reuniões dos conselhos. Eles têm o desafio de controle das ações dos prefeitos, nada transparentes em muitos casos, com áreas de tensão quase diárias. O relato dos participantes dos grupos focais (GF)

Tabela 1. Perfil da composição dos grupos focais.

Identificação	Esfera de atuação dos conselheiros	Segmentos de representação
Grupo focal 01	Municipal	Gestores
Grupo focal 02	Estadual	Prestadores
Grupo focal 03	Nacional	Trabalhadores
Grupo focal 04	Três esferas	Usuários

evidencia a dependência dos representantes dos usuários em relação aos gestores para terem acesso a meios como jornal impresso e Internet.

Os conselheiros demonstram interesse em apropriar-se dos meios de acesso à Internet para desenvolver e exercer essa habilidade, considerada estratégica à função do controle social. Frases que se referiam à idéia de que “informação é poder” foram mencionadas várias vezes nos debates. Tal afirmação ocorre no contexto discursivo de reforço da convicção dos CS de que a principal forma de controle dos governantes é ter acesso às informações sobre seus atos e desvendar seu efetivo significado. Assim, a leitura de jornais da região e o acesso aos sítios institucionais são destacados como estratégicos.

Moreira *et al.*⁶, estudando 209 conselhos de saúde nos 224 municípios brasileiros com mais de cem mil habitantes, mostraram que 67% (126) dos conselhos possuem computador e 59,67% (108) possuem acesso à Internet. Esses percentuais, relativamente positivos, podem indicar uma discrepância com os relatos nos grupos focais de dificuldades de acesso. Entretanto, a análise aprofundada desses relatos confirma o entendimento de que ter acesso aos meios (computador e conectividade) por si só não representa garantia de promoção de inclusão digital, com os conselheiros sendo empoderados a partir da apropriação da informação em saúde.

É preciso lembrar que o próprio hábito da leitura emerge ou não a partir do cotidiano das pessoas, que é historicamente determinado por políticas públicas e pelo regime político, econômico e social existente. Há uma relação entre o cotidiano e a dimensão mais estrutural da sociedade em que as pessoas estão inseridas. O aspecto cultural é de suma importância à determinação das atitudes em geral e particularmente em relação à política. Problematiza-se o fato de que o simples acesso à informação, pelos conselheiros, não os transforma, necessariamente, em cidadãos ávidos pelo conhecimento, cumprindo em plenitude a “vontade de saber” kantiana ou que se apropriem do significado/sentido da informação no e para o exercício do controle social.

De modo geral, os conselheiros mostram-se ativos em relação ao hábito da leitura. Lêem o que recebem e informações pontuais que precisam para formar sua opinião e deliberar nos espaços que atuam. Neste sentido, destacam-se os representantes de usuários portadores de determinado agravo como leitores ativos de sítios, *clippings* e publicações, mas apenas às referentes à doença específica com que estão diretamente envolvidos,

pouco buscando informações relacionadas a outros temas. Esse relato corrobora com estudos desenvolvidos por Labra⁷, Moreira *et al.*, citando em Escorrel⁸, que destacam o sentido de “fragmentação” nos temas que compõem a agenda de luta e reivindicações dos conselhos de saúde, dificultando a construção de consensos em torno de questões gerais/universais.

Essa constatação foi problematizada, no próprio momento em que surgiu no GF, por outros conselheiros que defenderam, ferreamente, uma postura mais ampla e solidária entre o movimento social, com a adoção de um leque maior de interesses. Destacaram que uma atitude de busca mais geral de informações facilita a negociação, conferindo maior eficiência e qualificação nas decisões. Sem ter sido explicitado, depreende-se desse debate a percepção da complexidade que envolve os problemas de saúde, sua interdependência e intersectorialidade e que somente uma ampla aliança conseguirá dar conta dos seus desafios.

Aqueles que já incorporam o uso da Internet no exercício de sua função representativa disseram que os sítios mais visitados e considerados mais úteis são: Ministério da Saúde, DATASUS, Canal Saúde, Transparência Brasil, IBGE, Conselho da Saúde, Secom/Planalto, Ministério da Educação e Planejamento.

Quando as barreiras de acesso conseguem ser transpostas, observa-se que vários conselheiros utilizam a Internet para: a) ler jornais e informações divulgadas ao longo do dia; b) enviar e receber *e-mails*; c) participar de listas de discussão com interesses comuns; d) buscar informações úteis ao exercício do controle social, incluindo artigos e revistas especializadas relacionados aos interesses de sua atuação. Segundo os relatos, parece haver um avanço gradual na ampliação do hábito da leitura na tela de um computador.

Cabe desde já analisar cuidadosamente essa tendência para uma clara compreensão do seu significado. Esse avanço deve-se a uma mudança no hábito de uso da informação em decorrência de uma ampliação da vontade de saber, representando a emersão de uma nova cultura de amplo uso crítico da informação e de seus contextos de produção ou simplesmente expressa o resultado “bem-sucedido” da expansão do mercado das TIC, sem o desenvolvimento de uma visão crítica diante de novas “mercadorias”?

Verifica-se que a posição dos representantes em seu contexto social e também no conselho condiciona as fontes e os interesses diversos que pautam o hábito de busca e uso da informação e da Internet. O hábito de busca e uso da informação (inclu-

sive leitura de jornais, livros, cinema, televisão e Internet, etc.) adotado no exercício de sua função de conselheiro de saúde é expressão de sua inserção sociopolítica e econômica. Ou seja, as desigualdades no âmbito dos conselhos de saúde refletem as desigualdades existentes na sociedade brasileira decorrentes dos processos de exclusão não só digital, mas na própria constituição do hábito de busca e uso da informação em suas diferentes formas.

Uso das tecnologias de informação e comunicação (TIC) e linguagem escrita na interação com parceiros na participação social

A partir da descrição dos hábitos de acesso e uso da informação e da Internet, foram colocados alguns desafios, de complexa solução, como a falta de energia elétrica em algumas cidades da Amazônia Legal. Um segundo desafio refere-se àqueles casos em que há energia e computadores nas secretarias municipais e nos conselhos mas, por questões políticas, o acesso dos demais conselheiros é controlado e, em várias situações, dificultado pelos gestores.

Para além dos obstáculos tecnológicos e políticos, evidenciaram-se desafios de ordem cultural, como uma grande diversidade entre os conselheiros em relação à habilidade de leitura de textos na tela do computador, havendo preferência por telas com mais imagens e menos textos. Foram mencionadas queixas quanto ao tempo de espera para “carregar” as telas, que se tornam “pesadas e lentas” em função da qualidade/quantidade da banda de conectividade. Há uma “pressa” em todos, com a argumentação de um “pragmatismo” – misto de uma cultura do “videoclipe”.

Nas dinâmicas propostas, nem todos os participantes do grupo focal sentiram-se à vontade no uso da linguagem escrita. Ficou explícita uma “seleção natural” entre os conselheiros sobre “assumir a liderança” dos exercícios de elaboração de textos. Ou seja, o observado expressa a desigualdade existente no próprio interior dos conselhos de saúde. Ao realizarem a tarefa, empregaram um vocabulário simples, sem termos técnicos ou siglas, com frases diretas e de fácil leitura e entendimento.

Nesse caminho de obstáculos tecnológicos, políticos e culturais a serem superados na emergência de uma *práxis* de pleno acesso e uso da informação no exercício do controle social, destacam-se duas dimensões:

. Obstáculos relacionados ao acesso:

- Localidades com deficiência na oferta de energia elétrica;

- Desigualdade quantitativa e qualitativa na distribuição da infra-estrutura de conectividade instalada no país;

- Ferramentas disponíveis na Internet em língua inglesa;

- Existência de uma “cultura da opacidade” nas relações entre governo e sociedade civil, com pouca publicização das ações governamentais;

- Tensões políticas entre o segmento “gestor” e o segmento “usuário”, determinando uma situação de dependência do conselho de saúde local à “boa vontade” do gestor para ter acesso à Internet.

. Obstáculos relacionados ao uso/apropriação:

- Dificuldades de entendimento geradas pela utilização de uma linguagem tecnicista em muitos sítios institucionais;

- Desconhecimento em torno das potencialidades das TIC no exercício do controle social;

- Histórica desigualdade nos processos institucionalizados de formação/educação;

- Não democratização dos contextos de produção e disseminação das informações em saúde e de seus limitantes, contribuindo para dificultar ainda mais a apropriação do seu significado;

- Desconhecimento sobre mecanismos possíveis de busca da informação útil para embasar o debate, como forma de tornar mais simétrica a capacidade de argumentação nas reuniões dos conselhos de saúde;

- Não inclusão, na agenda de discussões dos conselhos de saúde, da temática “Informação e tecnologias de informação em saúde”, retirando desse fórum o direito de participar da definição da direcionalidade de sua política pública adotada pelas instituições e serviços de saúde.

A análise desse último item corrobora com estudos de Moraes⁴ e Moraes e González⁵ e permite a afirmação de que essa “ausência” não é casual. Expressa a tensão entre saberes dominantes e dominados. A inclusão digital de setores historicamente marginalizados pressupõe a abertura de espaços dialógicos para a leitura do mundo dos conselheiros, principalmente do segmento dos usuários. É preciso, portanto, romper com a visão de que inclusão digital está circunscrita a acesso ao estabelecido por outras “leituras de mundo”. Nessas leituras, o usuário ocupa a posição de platéia de algo no qual não se reconhece, não se identifica – algo que lhe é exterior. A “leitura de mundo” dos usuários do SUS precisa ser incorporada na definição das políticas públicas de informação e TIC – força-motriz na construção de novos saberes – com os conselheiros exercendo seu papel de sujeito de seu próprio saber, dialogando com os saberes técnicos.

Contribuição da informação, das tecnologias de informação em saúde (TIS) e uso de indicadores de saúde para o exercício do controle social

Na fala dos participantes, o empenho dedicado ao controle social objetiva o fortalecimento do SUS, com foco em seu ideário: universal e equânime em suas diferentes dimensões. Repartem a convicção de que só através do controle social com gestores, prestadores, profissionais e usuários atuando articuladamente, o SUS poderá oferecer um serviço de qualidade.

Os conselheiros tomam para si a incumbência de proteger o SUS, como expressão de seu agir cidadão. Nessa trajetória cívica, buscam a efetividade do SUS – “No SUS, todos devem ser atendidos bem, com respeito e consigam resolver seus problemas sem terem que esperar dias, meses e anos [...]” – e destacam ser fundamental superar a *via crucis* resultante dos obstáculos de ordem política, tecnológica e culturais para ampliarem continuamente sua capacidade de argumentação nos fóruns de debates e estabelecimento de pactos políticos e éticos que ocorrem no âmbito dos conselhos de saúde.

De modo geral, os CS informam ter dificuldades em lidar com os indicadores sociais e de saúde. Relatam que a análise dos números não é uma atividade fácil. Em muitos casos, é preciso decodificá-los, pois as principais fontes de indicadores tendem a apresentá-los sem qualquer comentário ou explicação que possa contribuir a sua interpretação e utilização no dia-a-dia do controle social. Ou seja, embora reconheçam a importância dos indicadores de saúde para a função de conselheiros, ainda fazem pouco uso dos mesmos. Destacam a relevância e o profundo interesse em compreenderem informações conjunturais, índices sociais e indicadores de saúde.

O papel da informação e das TIS na relação conselho de saúde-Estado-sociedade

Do relato dos participantes do GF, evidencia-se uma tensão em seu cotidiano. Por um lado, tem-se a defesa por parte dos governantes eleitos (posição defendida por alguns gestores de saúde) do ideal de democracia liberal – em que a idéia de conselhos é totalmente dispensável diante da representação política. Do outro lado, tem-se o ideal de democracia participativa (posição em geral defendida pelos representantes dos usuários) – em que não se credita o “sucesso” da democracia exclusivamente ao sistema representativo, expandindo-a

para uma atuação direta nas decisões do Estado.

Em termos práticos, tem-se, de um lado, uma administração certa de sua legitimidade em governar, na medida em que saiu vitoriosa do sufrágio e, de outro, os CS, prioritariamente os representantes dos usuários e dos profissionais de saúde, buscando participar das decisões, controlar e fiscalizar as ações governamentais. Segundo esses, os gestores, sem conhecerem a história, o fundamento e as prerrogativas dos conselhos, tendem a tratar com descaso e desrespeito os conselheiros, prejudicando o exercício do controle social: negam o acesso a informações orçamentárias, à prestação de contas e, ainda, dificultam o acesso aos meios de comunicação.

No diálogo estabelecido nos grupos focais, os conselheiros identificaram as seguintes questões como geradoras de embates: i) “profissionalização” de CS, fazendo referência à baixa rotatividade e renovação dos membros nos conselhos, o que inclui gestores que se “perenizam”; ii) prática clientelista – conselheiros empenhando-se no atendimento de demandas individuais a fim de acumular capital político na comunidade e, posteriormente, lançarem-se a cargos eletivos; iii) desvinculação do conselheiro em relação à entidade e/ou segmento que representa; iv) omissão de informações estratégicas para o conselho em sua totalidade, privilegiando apenas “os conselheiros aliados”; e v) relação desrespeitosa para com o conselheiro “mais humilde”.

A estratégia de esvaziamento da atuação de CS foi muito mencionada nos debates, com relatos de que “o gestor e seus assessores ‘ridicularizam’ o desconhecimento técnico em torno de temas específicos”. Os gestores desqualificariam a ação crítica de cidadãos sob alegação de que os mesmos “não têm competência”. Utiliza-se um discurso tecnicista como contra-argumento frente uma ação cívica de defesa da Saúde e de questionamento ao direcionamento adotado pela política pública de saúde. Essa estratégia é antiga!

Ao final desse debate, fica em realce o “orgulho de ser conselheiro”: conquista de um novo estatuto social. Uma análise superficial poderia induzir ao sentimento de “subir na vida”, mas uma análise cuidadosa do discurso evidencia uma idéia de “perenidade na função de conselheiro de saúde” imbricada a uma opção de vida cívica e participativa: expressão de “seu modo de andar na vida”. Ou seja, uma vez adquirido o entendimento em torno do significado político-social do exercício direto da democracia participativa – em sua atuação nos conselhos de saúde –, jamais deixarão de ser cidadãos participativos, sujeitos da construção de uma

nova cultura cívica no país. Sua participação nos conselhos de saúde emerge de uma atitude de militância, principalmente entre os representantes de usuários que enfatizam sua responsabilidade e comprometimento com agir em prol da saúde do outro, do vizinho, da população: ***Quando me lembro do lugar em que nasci e que agora estou aqui, aumenta em mim a certeza de que preciso ser sempre a voz de todos os demais que não conseguiram estar aqui. Não me esqueço nunca disso, eles precisam que eu trabalhe para que todos consigam ser atendidos com dignidade.*** (Segmento de usuários, Conselheiro Estadual, grupo 2)

“Estar conselheiro” não se trata de uma inserção pontual, casuística, mas uma escolha inserida na construção da própria cidadania, em que o exercício do controle social representa uma postura crítica, participativa, cooperativa e solidária.

Este é o sentido da citação de Bertolt Brecht no **caput** do artigo: os conselheiros inserem sua atuação como a luta de toda uma vida. Observa-se, também, que essa percepção oscila entre um sentimento de empoderamento e de conquista de sua dignidade e momentos de impotência, cansaço e desencanto diante da complexidade da luta que empreendem. Nos dois pólos, é ressaltada a importância da apropriação das informações e dos indicadores de saúde para ampliar as bases argumentativas que utilizam no estabelecimento do pacto político-ético de uma sociedade equânime e saudável, e de exercerem o direito de sua voz ser ouvida, de saírem da sombra, deixando de ser um invisível mudo.

Foi lembrado que a experiência adquirida com o tempo de militância amplia a capacidade de atuação dos conselheiros em sua luta: ***Lideranças capazes não se formam de um dia para o outro. Essa história de quererem “rotatividade” nas representações só contribui para o enfraquecimento dos segmentos populares nas mesas de negociações. O SUS é muito complexo, então, quando o Conselheiro começa a entender um pouco melhor já querem que ele saia! Já presenciei conversa entre gestores e depois outra conversa entre professores/cientistas para a indicação de suas representações e eles defenderam que o principal critério de escolha era já ter sido representante porque já conhecia como tudo funcionava. Por que para os usuários esse critério não vale?*** (Segmento dos usuários, Conselheiro Estadual, Grupo 2)

Discussão

A análise dessas dimensões do processo de acesso/apropriação/uso da informação e das TIS no âmbito

dos conselhos de saúde evidencia a situação desigual entre os segmentos que os compõem, trazendo à tona os limites daí decorrentes para processos deliberativos colegiados que pressupõem simetria de capacidade crítica de análise e argumentação. O enfrentamento efetivo dessa desigualdade torna-se estratégico ao avanço do exercício do controle social e ao próprio projeto democrático de país que se quer construir no Brasil.

Observam-se que os principais obstáculos ao acesso/apropriação/uso da informação e das TIS encontram-se entre os representantes dos usuários, majoritariamente entre aqueles oriundos de setores populares, por exemplo, associações de moradores e comunitárias.

Tais resultados reforçam a convicção de que uma política pública voltada à inclusão digital de CS não pode circunscrever-se ao acesso aos meios (computador/conectividade e desenvolvimento de sítios) nem a adestramento sobre o manuseio desses meios. É, portanto, condição ***sine qua non*** associar o provimento dos meios e treinamento de seu uso a processos educacionais em torno do significado e contexto de produção e disseminação da informação em saúde e das TIS. Ao mesmo tempo, deve ser enfatizado o protagonismo dos conselheiros na própria definição da política de informação e TIS, enquanto sujeitos históricos nesse processo, contrapondo-se ao modelo de objeto-alvo da política.

Esse quadro articula no modelo analítico da inclusão digital em saúde a política e a educação. Para compreender essa articulação, foi necessário delinear e utilizar uma matriz teórico-analítica calcada em abordagens filosóficas distintas, que remetem às influências do pensamento de Platão e Aristóteles na formação da tradição filosófica ocidental. Assim, longe de configurar-se uma abordagem eclética no delineamento da matriz teórico-analítica (nos moldes definidos por Victor Cousin, 1792-1867), a complexidade das questões suscitadas a partir da análise dos resultados determinou a identificação, não exaustiva, de contribuições filosóficas, que têm em comum o diálogo com o pensamento clássico, em um esforço por ampliar o entendimento em torno da tríade política-educação-inclusão digital: desafio contemporâneo por excelência.

A relação entre política e educação está posta desde Platão⁹ e perdura até os dias atuais. Ao longo de sua obra, principalmente na ***República***, desenvolve a visão política da cidade justa. Para criar uma sociedade perfeita – objetivo da filosofia platônica – é preciso educar seus membros. Assim, o primado da política torna-se o primado da verdade, da ciência, do conhecimento. Preocupa-se com

o desencadeamento do conhecimento como algo dinâmico, no qual a educação deve basear-se numa **epistême** (ciência) e ultrapassar o plano instável da opinião (**doxa**) e a política deve transformar-se numa ação iluminada pela verdade, de tal forma que o conhecimento verdadeiro não possa dispensar sua fundamentação nas idéias. Em Platão encontra-se a gênese da articulação da política com a educação. Ancora-se aqui o eixo condutor do delineamento da matriz teórico-analítica ao fornecer a fundamentação necessária para o entendimento de que processos de inclusão digital em saúde referem-se a um desafio político que vincule à **práxis** em saúde a **práxis** educacional, em pleno contexto de expansão das TIC.

Na tradição platônica, a aprendizagem é uma tarefa ativa. Implica uma vontade do aluno em aprender algo; torna-se uma investigação, na qual a função do professor não é transmitir conhecimento, mas conduzir o aluno na descoberta do conhecimento que, segundo Santo Agostinho¹⁰ – um dos mais influentes filósofos do platonismo na idade média – envolve conhecer o significado das palavras (mensagem/informação).

De que modo constrói-se a investigação do conhecimento, que passa por conhecer o significado do conteúdo das mensagens? Refletir sobre essa questão aponta a necessidade de agregar a filosofia de Locke¹¹ à matriz teórico-analítica. Em oposição ao idealismo, esse pensador afirma que o conhecimento surge da reflexão sobre as impressões dos sentidos, portanto, o aprendiz só compreenderá aquilo que ele próprio elaborar.

Fundamenta-se, assim, a afirmação de que não basta informar e apresentar ao conselheiro de saúde um conhecimento acabado, pois ele só compreenderá plenamente aquilo que ele próprio estruturar, fruto de suas investigações, empreendidas a partir da incorporação crítica e criativa de sua experiência ao próprio processo de inclusão digital. Nesse sentido, a inclusão digital só é realizada quando ele próprio apreender, a partir de sua vivência, o significado do universo da informação e do ciberespaço em seu agir dialógico como indivíduo, cidadão e conselheiro de saúde.

Esse pensamento embasa a matriz teórico-analítica ao iluminar a reflexão de que ações de inclusão digital precisam ocorrer em contextos de ensino e aprendizagem que instiguem a vontade ativa⁹ de busca do significado¹⁰ da informação e do uso de novos saberes, como uma atitude de investigação (platonismo) diante da vida, incorporando sua experiência/vivência¹¹ ao processo de inclusão digital. Neste cenário, o conselheiro de saúde não é objeto de ações de inclusão digital, mas sujeito partícipe.

A matriz teórico-analítica até então desenvolvida apresenta importantes lacunas, mesmo para uma primeira aproximação, em torno do entendimento da tríade política-educação-inclusão digital. É preciso recorrer ao pensamento de São Tomás de Aquino¹², que se opõe à Platão⁹, seguindo o caminho apontado pela teoria aristotélica do conhecimento, sustentada pela doutrina do ato-potência, no qual o processo intelectual é movido pelo “intelecto agente” que, já em ato, move a atualização da inteligibilidade potencial dos dados fornecidos pelos sentidos.

Por inspiração dessa fonte, pode-se afirmar que a inclusão digital, nos moldes aqui delineados, torna-se viável pela constatação de que todos possuem em potência a capacidade de conhecer o mundo (no sentido aristotélico) que os cerca. Essa potência é efetivada no próprio ato de conhecer referenciado por suas vivências. Assim, a inclusão digital é concretizada apenas ao alcançar uma relação dialógica simétrica do agir investigativo do conselheiro na própria ação de inclusão digital, enquanto expressão da política de informação e TIS ancorada em um projeto de democratização de saberes.

A tal pensamento, pode-se agregar a tradição filosófica de Immanuel Kant¹³, apesar de bastante distante de Aristóteles e Aquino, destacando-se em sua abordagem a idéia de autonomia (“autos” em grego = si mesmo e “nomos” = lei), isto é, “regrar a si mesmo”, estendendo-a à capacidade cognitiva, que se articula a uma “vontade de saber”. A teoria desenvolvida por Kant¹³ afirma também que todo o conhecimento é constituído por sínteses dos dados ordenados pela intuição sensível espaço-temporal, mediante as categorias apriorísticas do entendimento¹⁴.

Com a inserção do pensamento kantiano no bojo da construção da matriz teórico-analítica, pode-se afirmar que a inclusão digital dos CS é efetivada na medida em que, ao apreenderem criticamente e com autonomia o significado do acesso/apropriação/uso da informação e das TIS, desenvolvem, concomitantemente, o agir reflexivo, vinculado ao seu cotidiano de vida, na elaboração de um conhecimento novo (prático e crítico) que amplia suas habilidades no exercício de sua função de conselheiro de saúde.

Do pensamento contemporâneo em torno da educação (influenciado, dentre outras, pelas correntes filosóficas citadas), destaca-se, no delineamento da matriz teórico-analítica, a obra de Whitehead¹⁵ por enfatizar a importância da alegria da descoberta enquanto dimensão fundamental ao ato de conhecer. Essa ênfase insere-se em sua luta

contra o que chama de um conhecimento livresco (ensino das idéias inertes) contrapondo a proposta de ensino no qual o aluno deve aprender a provar as idéias, o que pode ser feito utilizando-se a experiência ou a lógica. No dizer de Ryle¹⁶, a distinção está entre ensinar que/saber que e ensinar como/saber como. Segundo essa corrente filosófica, o fundamental à vida é aprender como fazer as coisas: A proposição “eu ensinei a João que a água ferve a 100° C” significa que João foi informado de algo – um conhecimento pronto e acabado; enquanto a proposição “eu ensinei a João como medir a temperatura em que a água ferve” revela que participamos – quem ensina e quem aprende – da experiência de desenvolvimento de uma capacidade de produção de conhecimento.

Esse entendimento agrega à matriz teórico-analítica a noção de que a inclusão digital de CS deve caracterizar-se primordialmente pelo desenvolvimento de habilidades para a produção de conhecimento mais do que na mera “aquisição de informações” ou do “simples acesso à informação disponível em sítios”.

No mesmo sentido, destacam-se outras abordagens contemporâneas a serem incluídas à matriz teórico-analítica: a pedagogia crítica (marxismo humanista da Escola de Frankfurt e a pedagogia do oprimido de Paulo Freire), a filosofia dos pós-estruturalistas (Foucault, Deleuze e Derrida) e pós-modernos (Lyotard e Baudrillard). Em comum, a abordagem que articula o conhecer a poder: o conhecimento produzido é o resultado das relações de poder na sociedade, desvendando a ausência de objetividade em sua produção. Esse pensamento torna-se central no desenvolvimento do pensamento crítico em torno do mito da neutralidade das informações e das TIC que ainda persiste⁵. Nos processos dialógicos de inclusão digital em saúde, problematizar a determinação histórica e social na produção das informações em saúde e nas definições de adoção das tecnologias de informação – expressão da correlação de forças políticas e econômicas em disputa no bojo da política de informação e TIS – amplia a capacidade da ação de conhecer.

A noção kantiana de pensamento crítico é claramente associada à educação enquanto promotora de um determinado tipo de reflexão – crítica – em relação à realidade, ao conteúdo do pensamento hegemônico, no próprio processo de desenvolvimento no indivíduo da habilidade de refletir sobre sua condição de pessoa, por isso, de sujeito, conforme ensina Freire¹⁷. Este vai adiante e vincula o desenvolvimento de uma atitude de senso crítico a processos de democratização da cultura: “é de

suma importância levar a todas as pessoas aquilo que a humanidade produziu”. Essa abordagem, trabalhada por Adorno e outros filósofos da Escola de Frankfurt e por Paulo Freire, pode ser assim sintetizada: a razão crítica articula o senso crítico, a subjetividade e a cultura nos processos de ensino/aprendizagem. Essa idéia fundamenta mais uma dimensão no delineamento de uma matriz teórico-analítica da inclusão digital em saúde.

O esforço de organização dessa matriz conduz ao encontro com o pensamento de mais um brasileiro – Anísio Teixeira¹⁸ (aluno de John Dewey), que ainda na década de trinta, vincula educação à democracia, na qual a autonomia de pensamento é pré-condição a uma sociedade democrática. Incorpora-se, assim, à matriz teórico-analítica a noção política de democracia, na qual a inclusão digital não se restringe a informar, mas desenvolver a capacidade de procurar, processar criticamente e construir conhecimento em seu agir no mundo, de forma autônoma e emancipadora¹⁹. A inclusão digital torna-se, assim, uma conquista, uma investigação, uma oportunidade de conhecer-se, conhecer o mundo dos homens e das coisas, proporcionando condições de apropriação de significados que se tornam estratégicos à contínua e ulterior produção de conhecimento, que ampliem a capacidade de intervir no mundo – como indivíduo, cidadão e conselheiro de saúde: projeto cívico, projeto civilizatório.

A inclusão digital em saúde aqui delineada inclui, então, travessias contínuas entre abordagens filosóficas que enriquecem a construção de uma matriz teórico-analítica que contribua para ações potentes de superação da desigualdade digital existente entre CS. Evidencia-se, na saúde, a expressão de uma das dimensões da grave e perversa desigualdade digital existente no país, em que a velocidade dos avanços tecnológicos impõe uma rigorosa atitude de atenção em torno da complexidade do desafio contemporâneo de garantir o direito universal de inclusão digital a todos os cidadãos.

Nesse complexo processo, a democratização e a qualidade da informação em saúde e de suas tecnologias são estratégicas e vitais ao avanço da democracia e da luta pela melhoria da Saúde no país. Apesar dessa constatação e do desenvolvimento tecnológico relacionado à informação e à comunicação, observa-se o descompasso de seu uso em benefício da ampliação da potência de intervenção dos conselheiros na esfera pública sobre a saúde de indivíduos e de populações²⁰.

A cultura política existente alija os CS, principalmente os representantes dos usuários, desse debate sob a alegação de tratar-se de uma questão

“técnica”, “de especialistas”. Constitui-se uma racionalidade tecnocrática para, politicamente, afastar o cidadão do debate de uma política pública que incide sobre o projeto de democracia e saúde que a sociedade pretende construir no país.

No senso comum, a idéia de “democratização da informação” vincula-se ao acesso. Ter acesso é necessário, mas não é suficiente, pois não se democratizam as relações de poder e de produção de saber implícitas nas decisões da política de informação e TIS. Este é um dos caminhos à construção de um país que tenha a coragem de superar as desigualdades existentes, concretizando a utopia da inclusão digital universal realizada, não segun-

do os ditames de expansão do mercado digital e do ciberespaço, mas sim que atenda a um projeto de democracia participativa e emancipadora.

Colaboradores

Todos os autores participaram igualmente da elaboração do artigo.

Referências

1. Barros MBA, Cesar CLG, Carandina L, Torre GD. Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD-2003. *Cien Saude Colet* 2006; 11(4):911-926.
2. Barata RB, Almeida MF, Montero CV, Silva ZP. Health inequalities based on ethnicity in individuals aged 15 to 64, Brazil. *Public Health Records* 2007; 23(2):305-313.
3. Moraes IHS. *Informação em saúde: da prática fragmentada ao exercício da cidadania*. São Paulo: Hucitec; 1994.
4. Moraes IHS. *Política, tecnologia e informação em saúde: a utopia da emancipação*. Salvador: ISC/UFBA/Casa da Qualidade; 2002.
5. Moraes IHS, Gómez MNG. Informação e informática em saúde: caleidoscópio contemporâneo da saúde. *Cien Saude Colet* 2007; 12(3):550-551.
6. Moreira MR, Fernandes FMB, Sucena LFM, Oliveira NA. Participação nos conselhos municipais de saúde de municípios brasileiros com mais de cem mil habitantes. *Saúde para Debate* 2008; 43:48-61.
7. Labra ME. Conselhos de saúde: dilemas, avanços e desafios. In: Lima NT, Gerschman S, Edler FC, Suarez JM, organizadores. *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. RJ: Fiocruz; 2005. p. 353-383.
8. Escorel S. Conselhos de Saúde: entre a inovação e a reprodução da cultura política. *Saúde para Debate* 2008; 43:23-28.
9. Plato. *A República*. São Paulo: Nova Cultural; 1997.
10. Santo Agostinho. *De Magistro*. São Paulo: Nova Cultural; 1997.
11. Locke J. *Ensaio acerca do entendimento humano*. São Paulo: Nova Cultural; 1997.
12. São Tomás de Aquino. *Sobre o Mestre*. Rio de Janeiro: Martins Fontes; 2001.
13. Kant I. *Sobre a pedagogia*. São Paulo: UNIMEP; 1996.
14. Chauí M. Vida e Obra. In: Kant I. *Crítica da Razão Pura*. São Paulo: Nova Cultural; 1996.
15. Whitehead NA. *Os fins da Educação*. São Paulo: Ed. Nacional/USP; 1969.
16. Ryle G. *El concepto de educación*. Buenos Aires: Paidós; 1969.
17. Freire P. *Pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1977.
18. Teixeira A. Os processos democráticos da educação. *Rev. bras. estud. pedagog.* 1956; 25(62):3-16.
19. Santos BS. *Pela Mão de Alice*. São Paulo: Cortez; 1996.
20. Vasconcellos MM, Moraes IHS, Cavalcante MTL. Política de saúde e potencialidades de uso das tecnologias de informação. *Saúde em Debate* 2002; 26(61):219-235.

Artigo apresentado em 04/01/2009

Aprovado em 27/01/2009

Versão final apresentada em 18/02/2009