

Sistema de informações do programa nacional de imunizações (SI-PNI) – sistema que foi desenvolvido para orientar ações do programa nacional de imunização (PNI), constituindo-se de vários módulos, sendo os mais importantes: apuração do programa de imunizações (API); estoque e distribuição de imunobiológicos (EDI); avaliação dos imunobiológicos utilizados (AIU); eventos adversos pós vacinação (EAPV) e programa de avaliação do instrumento de supervisão (PAIS). O acesso é feito pela tela mostrada na figura 16.¹⁷

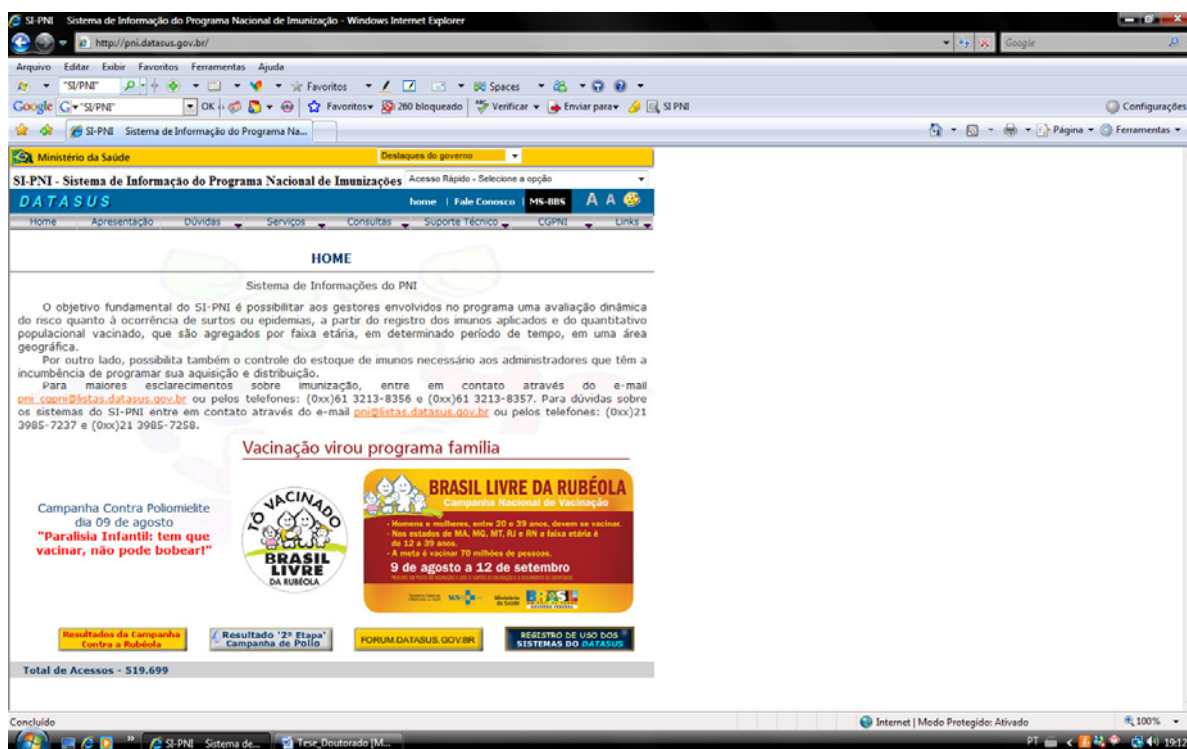


Figura 16: Tela de acesso ao Sistema de informações do programa nacional de imunizações (SI-PNI)

¹⁷<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/pni/dpnmimap.htm>; <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/pnicpnmimap.htm>; <http://dtr2001.saude.gov.br/svs/imu00.htm>

Sistema de informações hospitalares do SUS (SIH/SUS) – sistema (figura 17) que foi concebido para processar os pagamentos de internação aos hospitais contratados pelo Ministério da Previdência. Foi estendido aos hospitais filantrópicos em 1986; aos universitários e de ensino em 1987; e aos hospitais públicos e municipais, estaduais e federais (administração indireta e outros ministérios) em 1991. Contempla informações sobre 60-70% das internações hospitalares realizadas nacionalmente. Seu documento básico é a Autorização de Internação Hospitalar (AIH), que habilita a internação do paciente e gera valores para o pagamento dos serviços. O responsável pelo preenchimento da AIH é o estabelecimento hospitalar onde o paciente encontra-se internado; assim como também pelo seu envio, mensalmente, em meio magnético ou eletrônico para o gestor municipal e/ou estadual do SUS, conforme o nível de gestão, para processamento no nível nacional.¹⁸

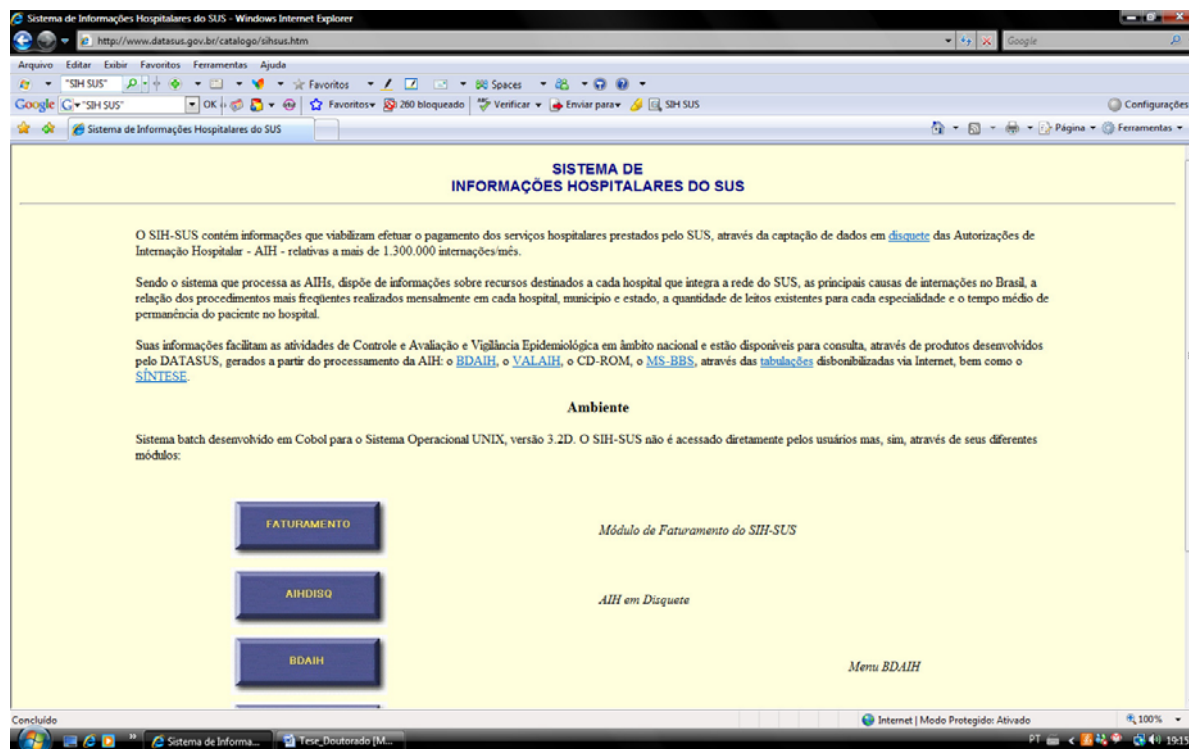


Figura 17: Tela de acesso ao Sistema de informações hospitalares do SUS (SIH/SUS)

¹⁸<http://tabnet.datasus.gov.br/tabnet/tabnet.htm#Morbidade;>

<http://tabnet.datasus.gov.br/tabnet/tabnet.htm#AssistSaude>. Tabelas auxiliares podem ser obtidas, também, na página da SAS: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/decas/tabelasia.sih.htm>

Sistema de informações sobre mortalidade (SIM) - o mais antigo sistema de informação de saúde em funcionamento no país foi implantado em 1975 (figura 18). Dispõe de dados consolidados a partir de 1979. O Centro Brasileiro de Classificação de Doenças (CBCD), com sede na Faculdade de Saúde Pública da USP, apóia sua implementação, uma vez que atua como órgão de referência nacional para informações sobre mortalidade. O registro da causa de morte baseia-se na Classificação Internacional de Doenças, estando implantada desde 1996, a 10ª Revisão. O documento básico é a Declaração de Óbito (DO), padronizada nacionalmente, e que deve ser preenchida pelo médico. Nos locais em que este inexistente, o preenchimento é feito em cartório, na presença de duas testemunhas.¹⁹

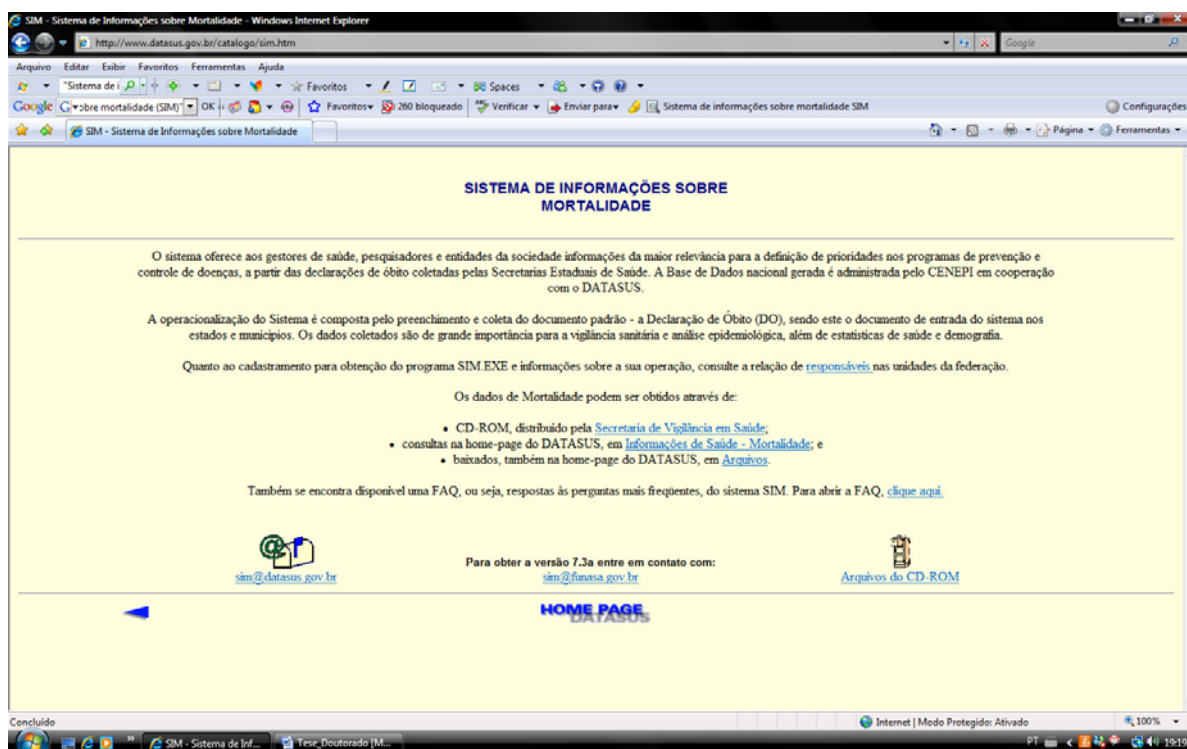


Figura 18: Tela de acesso ao Sistema de informações sobre mortalidade (SIM)

¹⁹http://dtr2001.saude.gov.br/svs/sis/sis00_sim.htm; <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sim/obtm.htm>

Sistema de informações sobre nascidos vivos (SINASC) – sistema concebido à semelhança do SIM e gradualmente implantado, a partir de 1990 (figura 19). Propicia informações sobre nascidos vivos em todo o território nacional, com dados sobre a gravidez, o parto e as condições da criança ao nascer. O principal documento que alimenta o sistema é a Declaração de Nascido Vivo (DN), padronizada nacionalmente e que deve ser preenchida em três vias. Nos casos dos partos ocorridos em unidades de saúde e hospitais, a primeira via é encaminhada à secretaria de saúde correspondente; nos casos dos domiciliares compete aos cartórios do registro civil fazer tal comunicação.²⁰

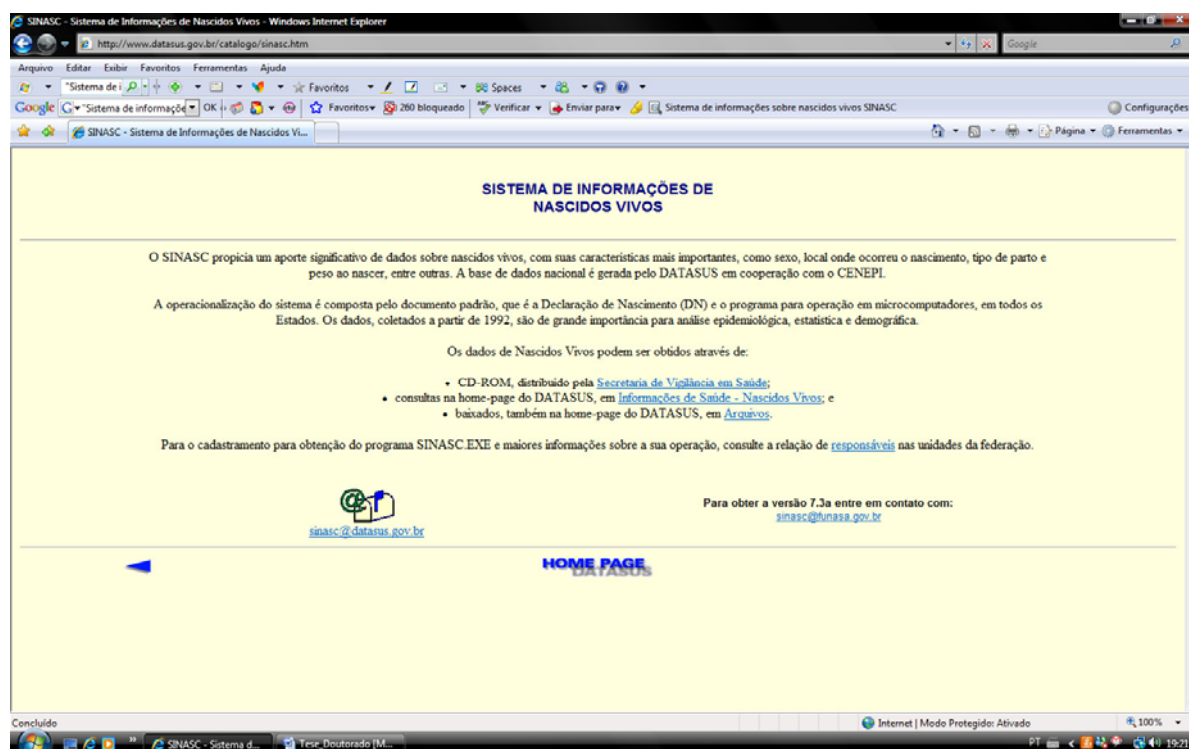


Figura 19: Tela de acesso ao Sistema de informações sobre nascidos vivos (SINASC)

²⁰<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sinasc/nvmap.htm> http://dtr2001.saude.gov.br/svs/imagens/top_r1_c2.gif

Sistema de informações sobre orçamentos públicos em saúde (SIOPS) – sistema implantado pelo Ministério da Saúde em parceria com o Ministério Público da União, em 1999 (figura 20), com o intuito de subsidiar o planejamento, a gestão, a avaliação e o controle social do financiamento e do gasto público em saúde nas três esferas de governo.²¹

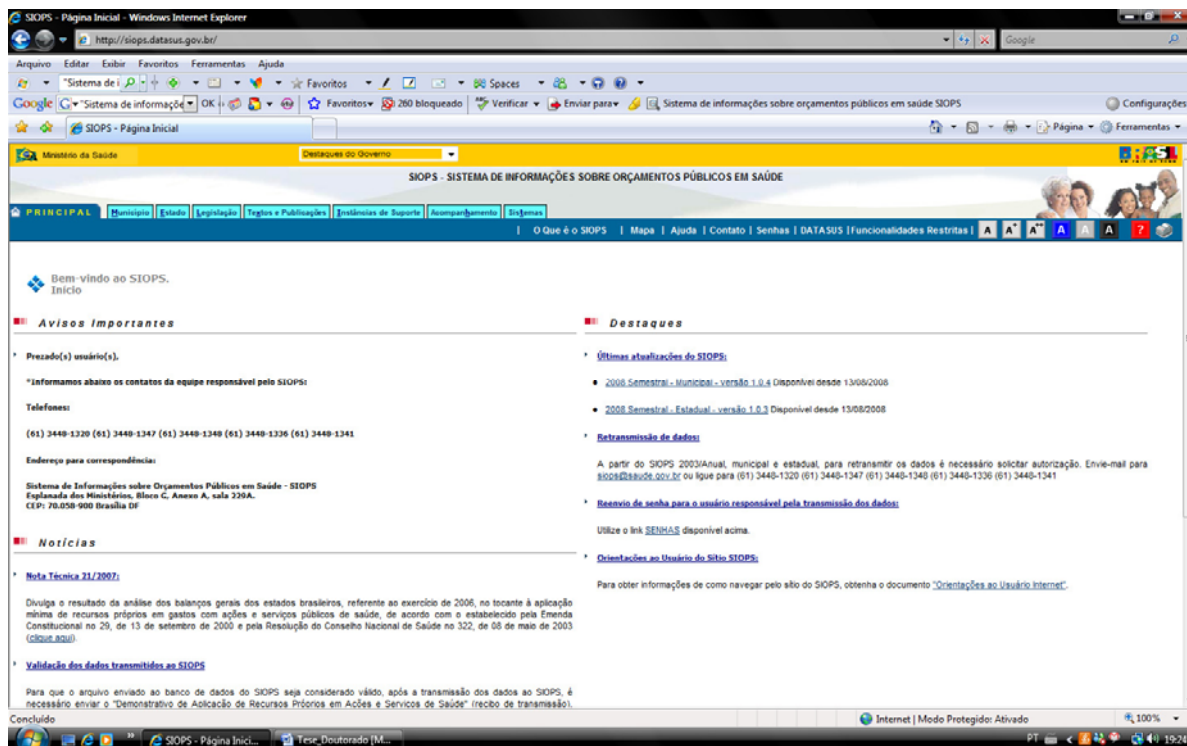


Figura 20: Tela de acesso ao Sistema de informações sobre orçamentos públicos em saúde (SIOPS)

Sistema de Programação Pactuada e Integrada (SIS PPI) – instrumento informatizado para registrar os dados da programação assistencial realizada pelos estados e municípios. Em função da autonomia dos sistemas estaduais e municipais na definição dos instrumentos de programação dos recursos de custeio da assistência, a utilização do SIS PPI é opcional.²²

Sistema de Transferência de Recursos Fundo a Fundo (SISFAF) – sistema que subsidia o processamento e o controle dos repasses de recursos “fundo a fundo”. Ou seja, do Fundo Nacional de Saúde (FNS) para os fundos estaduais e municipais vinculados às respectivas secretarias de Saúde. Não disponibiliza dados ao público.

²¹ <http://siops.datasus.gov.br>

²² <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/CPA/default.htm>

Sistema Gerencial de Informações Financeiras do SUS (SGIF/SUS) – sistema que subsidia, no âmbito do Fundo Nacional de Saúde, o processamento e o controle dos pagamentos realizados diretamente aos prestadores de serviços do SUS, a título de remuneração por serviços prestados.

Sistema Gerencial para Gestão do Trabalho – sistema que provê os gestores de um instrumento com informações integradas para tomada de decisões e formulação de políticas para gestão do trabalho em Saúde, nas três esferas de governo. As informações disponíveis são: identificação; recursos humanos por região/UF; recursos humanos/município; característica dos empregos; capacidade instalada; sistema formador e notas técnicas.²³

Sistema Nacional de Informações sobre Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos (Sisnep) – sistema de informações sobre pesquisas que envolvem seres humanos, foi criado para facilitar o registro de pesquisas e integrar o sistema de avaliação ética das pesquisas no Brasil (Conep/CEPs).²⁴

²³ www.saude.gov.br link Gestão do Trabalho e Regulação em Saúde.

²⁴ <http://dtr2002.saude.gov.br/sisnep>

Sistema de informações ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) – É o sistema responsável pela captação e processamento das contas ambulatoriais do SUS (figura 21). O documento básico de *input* é o Boletim de Produção Ambulatorial (BPA), preenchido pelas unidades ambulatoriais. Tem o processamento descentralizado na esfera estadual ou municipal, para envio ao Datasus.²⁵

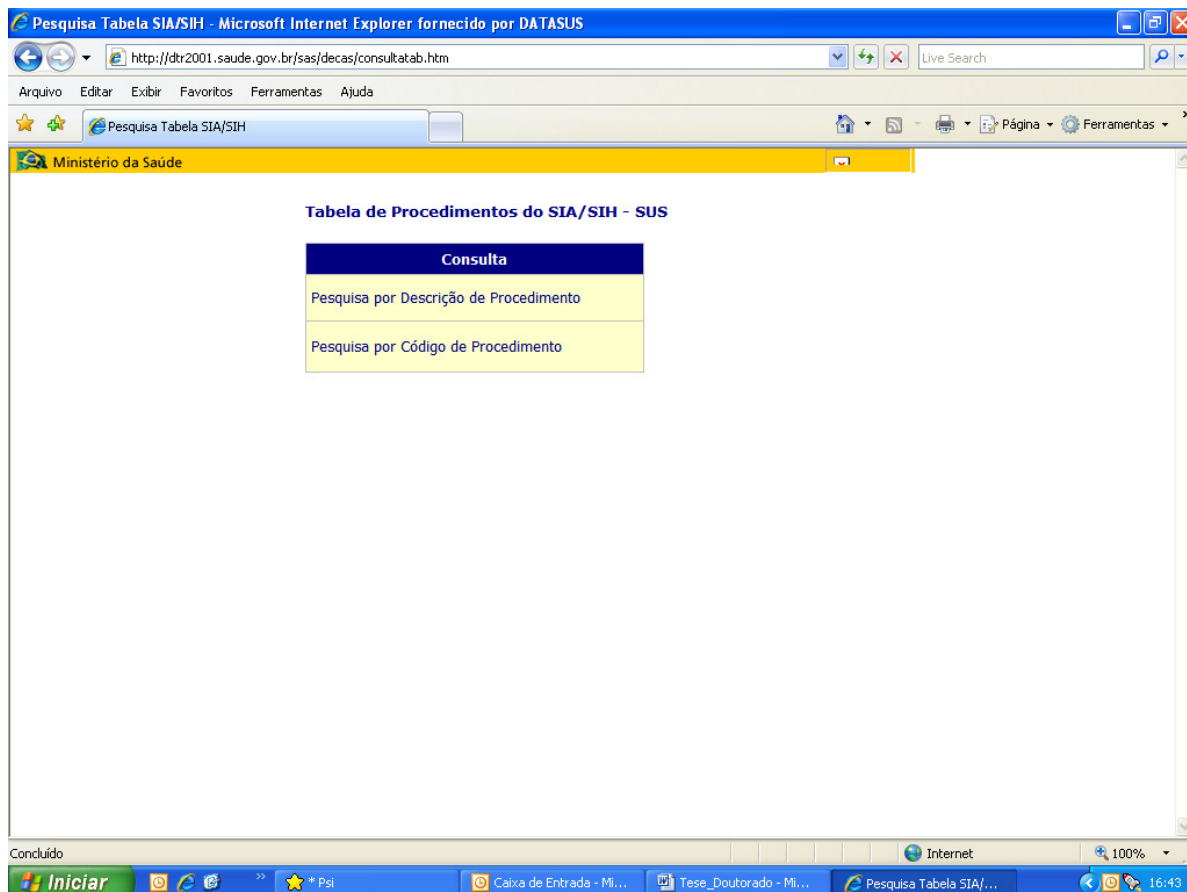


Figura 21: Tela para consulta à tabela de procedimentos do Sistema de informações ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)

²⁵ <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/decas/consultatab.htm>

Subsistema do Sistema de informações ambulatoriais (SIA/SUS) de Autorização de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade/alto custo (APAC) - registra individualmente os atendimentos de média e alta complexidade realizados pelos estabelecimentos de saúde (figura 22). Gera o faturamento. São consideradas Apac os procedimentos de: 1) Terapia Renal Substitutiva (Hemodiálise); 2) Quimioterapia; 3) Radioterapia.²⁶



Figura 22: Tela para acesso ao Subsistema do Sistema de informações ambulatoriais (SIA/SUS) de Autorização de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade/alto custo (APAC)

²⁶ <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/decas/tabelasia.sih.htm>

Sistema Nacional de Auditoria (SNA) – instituído pelo artigo 6º da Lei 8.689, de 27 de julho de 1993 e regulamentado pelo Decreto n.º 1.651/95, se constitui num sistema atípico, singular, diferenciado, complementar aos sistemas de controle interno e externo e principalmente legítimo, com a missão de coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS em todo o território nacional em cooperação técnica com estados, municípios e Distrito Federal. A figura 23 apresenta o portal do Sistema Nacional de Auditoria²⁷.



Figura 23: Portal do Sistema Nacional de Auditoria (SNA)

²⁷ <http://sna.saude.gov.br/>

4.5 Portais na Internet

4.5.1 Governo Eletrônico

A utilização das novas tecnologias da informação pelos governos, na prestação de serviços e informações para cidadãos, fornecedores e servidores públicos constitui o que se convencionou chamar de *e-governo* (FERNANDES, 2001). Na percepção de Vaz (2003), ainda que existam diferentes abordagens conceituais, todos compartilham a mesma noção de governo eletrônico como sendo a aplicação intensiva da tecnologia da informação nos processos, especialmente pela prestação de serviços de forma contínua e remota.

Para Parreiras, Cardoso e Parreiras (2004), por ser um conceito novo, a expressão governo eletrônico é de difícil detalhamento. Fountain (2001) aponta para a construção de um Estado virtual, baseado nas tecnologias de comunicação; Grossman (1996) propôs uma reformatação da democracia numa república eletrônica e Gronlund (2002) chega a recomendar o desenho, a aplicação e a gestão para o governo digital, enquanto Hague e Loader (1999) apostam na democracia digital como processo para discussão e tomada de decisões governamentais na era da informação.

No âmbito do governo eletrônico, na medida em que o Estado melhora a prestação de serviços e a estende para a maioria dos cidadãos, por meio de atos transparentes, tem-se “uma maior prática de democracia” (CHAIN *et al.*, 2004, p. 49). À prática de tais atos, Lèvy (2003), chamou de ciberdemocracia.

Os desafios à vida política no ciberespaço mereceram a atenção de Wilhelm (2000), e o ativismo nesta era foi batizado de ciberpolítica por Hill e Hughes (1998). A expressão “governança.com” surgiu no cenário na publicação de Kamarck e Nye (2002), enquanto que a chamada revolução na gestão pública, transformadora da governança política, mereceu estudo de Kettl (2000).

Nesta proliferação de estudos sobre o governo na era da informação e da comunicação, surge também o foco na questão de se ir além da abordagem tecnológica, surgindo preocupação com o que está além do eletrônico, o componente “e” nos neologismos (KOLODNEY, 2003).

A Internet possibilita um novo espaço de comunicação que seria, nas palavras de Lèvy (2003, p. 367), “inclusivo, transparente e universal”, dando margem, ainda, à uma renovação da vida pública, na medida em que dá mais liberdade e responsabilidade ao cidadão. Lèvy alerta, entretanto, para o fato de ser contra-senso, a respeito da ciberde-

mocracia, assimilá-la, pura e simplesmente ao voto. Para o autor, a deliberação, o exercício da inteligência coletiva na elaboração das leis e das grandes decisões políticas, além do reforço “da transparência dos serviços administrativos, assim como a liberdade de expressão e de associações” serem mais importantes que o simples exercício do voto (LÉVY, 2003, p. 367). Um novo papel para o Estado, particularmente o de disseminador de informações de interesse do cidadão ou contribuinte, passa a ser preocupação de alguns autores nos anos 1990. Constatou-se uma “opacidade (falta de transparência)” no campo informacional (JARDIM, 1998, p. 2). O problema não ocorre apenas no Brasil. Pesquisa do governo canadense identificou “uma grande frustração, por parte do público, com relação aos serviços e informações oferecidos” (TAPSCOTT, 1997, p. 173). O autor propõe um modelo de governo interligado em rede, conforme a figura 24.

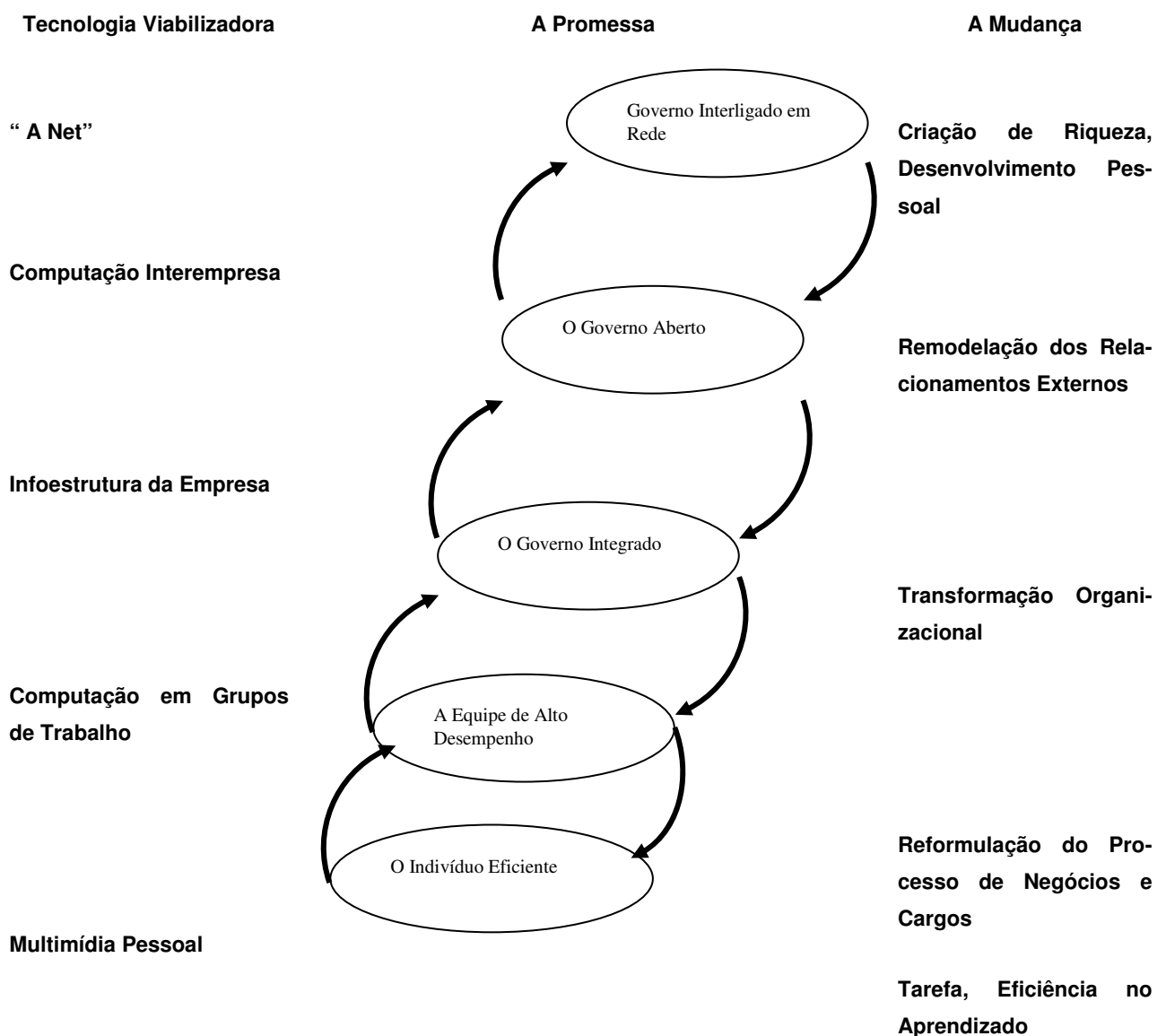


Figura 24: A promessa do governo interligado em rede. Fonte: Tapscott, 1997, p. 176.

A internet possibilita a comunicação e o relacionamento entre as organizações, clientes, usuários, parceiros e fornecedores. Embora esta comunicação possa ser realizada com a utilização de outros meios, tem a Internet como a forma mais recomendada, tendo em vista vários objetivos, tais como: rapidez, custo e confiabilidade dentre os mais importantes (FURNELL e KARWENI, 1999).

Para Turban *et al* (2000) a Internet é um conjunto de redes, conectando milhões de usuários em todo o mundo. No Brasil, um estudo concluiu pela necessidade de um projeto nacional que vise eliminar a burocracia eletrônica, uma vez que a evolução do governo eletrônico, num determinado país, está fortemente relacionada à sua composição social, política, econômica e, por corolário, à estrutura administrativa. O estudo afirma que “(...) no âmbito da política, o *e-government* torna a máquina pública transparente, diminuindo os custos da burocracia, evitando a corrupção e aumentando a confiança do cidadão no governo.” (FIRJAN, 2002, p. 8). Ainda na visão de Tapscott (1997), houve um significativo avanço nas funções governamentais, do modelo da chamada era industrial para a proposta do chamado governo interligado em rede, conforme a tabela 3.

Tabela 3: Rumo ao governo interligado em rede

De: Governo da Era Industrial	Para: Governo Interligado em Rede
Controles burocráticos	Fortalecimento do serviço ao cidadão e da comunidade
Funções administrativas isoladas	Serviços de recursos integrados
Manuseio de papéis e arquivos	Prestação eletrônica de serviços
Processos lentos	Respostas rápidas, agilizadas
Controles a aprovações explícitos	Controles e aprovações implícitos
Transações financeiras manuais	Transferência eletrônica de fundos
Mecanismos de reportagem inconvenientes	Solicitação flexível de informações
Tecnologias de informação desconexas	Soluções integradas em rede
Eleição de governos a cada poucos anos	Democracia participativa, em tempo real

Fonte: Tapscott, 1997, p. 179.

Na concepção de Wersig *apud* Freire e Araújo (2001) um modelo de rede conceitual pode surgir a partir de uma mudança real no papel do conhecimento para “indivíduos,

organizações e culturas”, mediante uma abordagem de entrelaçamento de conceitos científicos. A extensão deste modelo às particularidades dos serviços eletrônicos de informação em saúde pode conduzir à uma proposta de estruturação do conhecimento na área.

Questionando se a internet é um instrumento de democratização, Maia (2004, p. 46) aponta para alguns benefícios, tais como a possibilidade de se reduzir custos de participação política e a possibilidade de envolver diferentes interlocutores, desde a troca de mensagens eletrônicas, numa base cidadão-cidadão, os *chats* e os grupos eletrônicos de discussão até as amplas conferências. Na percepção desta autora, a rede pode proporcionar um meio pelo qual público e políticos podem se comunicar, trocar informações, consultar e debater, de forma rápida, direta e livre de obstáculos burocráticos.

Oliveira (1986) propunha uma reflexão sobre o impacto da informática como um dos principais fenômenos de mudança social na sociedade brasileira. Seu estudo pioneiro procurou rastrear o caminho que levou a sociedade a um controle social mais rigoroso com a utilização de equipamento eletrônico.

Com o propósito de avaliar se as informações oficiais, concernentes à gestão pública, estavam à disposição da população, como preconizado na Lei Complementar nº 101/2000, Oliveira e Ramos (2006) realizaram pesquisa para identificar, verificar e comparar os sítios das Prefeituras Municipais de São Luís (MA) e Curitiba (PR), e dos respectivos Tribunais de Conta estaduais. O trabalho, de cunho documental, apontou para a irregularidade na disponibilidade do acesso público, por meio eletrônico, às informações. Os autores concluem que não estavam sendo plenamente aplicados, por aqueles órgãos o disposto na legislação. Comentam que, em que pese estarem devidamente disponibilizados na rede mundial de computadores, todos os documentos mencionados na lei, não se trata ainda de instrumento suficiente para o efetivo controle social. Concluem constatando que a existência destes instrumentos de informação deve estar coadunada ao comprometimento da sociedade civil e à sua atuação, assumindo papel ativo e protagonista no controle da gestão pública.

4.5.2 Portais governamentais e portais corporativos

Em que pese as semelhanças tecnológicas, os portais públicos (governamentais) e os corporativos atendem a grupos de usuários diferentes e têm propósitos completamente diversos (DIAS, 2003).

Um portal governamental pode ser definido como um veículo de comunicação via Internet, concebido e administrado por um órgão ou por uma instituição governamental

(pública) para agregar informações e serviços, entregando-os diretamente ou “facilitando sua localização em diversos sítios especializados” (DUARTE, 2004, p. 328).

Os portais no âmbito do governo eletrônico fazem parte das estratégias de utilização das TICs (Tecnologias da Informação e Comunicação) para acesso, processamento e recuperação da informação pela Internet (DUARTE, 2004). Pode-se supor que, em sua totalidade, os órgãos públicos federais já têm um endereço eletrônico na Internet no qual são veiculadas informações institucionais e outras, relacionadas à sua missão. Para a autora um portal é um sítio na *web* que agrupa as seguintes características:

- *Conteúdo* – reúne dados, informações e conhecimento, com tendência a abranger todo o domínio de sua especialidade.
- *Organização de domínio* – integra informações, ou seja, representa um local de onde é possível obter visão de conjunto sobre o domínio.
- *Massividade* – atinge as expectativas no fornecimento de informações e na prestação de serviços a um grande público.
- *Linguagem* – adequada à diversidade sociocultural e às especificidades dos usuários do portal.
- *Serviços* – representa o conjunto de comodidades que serve aos interesses da instituição fornecedora e do público alvo.

Destas, a última é importante no contexto daqueles portais que suportam serviços ofertados pelo governo eletrônico. Com relação às práticas de gestão dos portais governamentais, a autora propõe o modelo ilustrado na figura 25. Em termos organizacionais, o modelo posiciona os provedores de conteúdo, ou órgãos parceiros, e os usuários no topo da estrutura, partindo da suposição de que são eles, em última instância, quem define os conteúdos do portal.

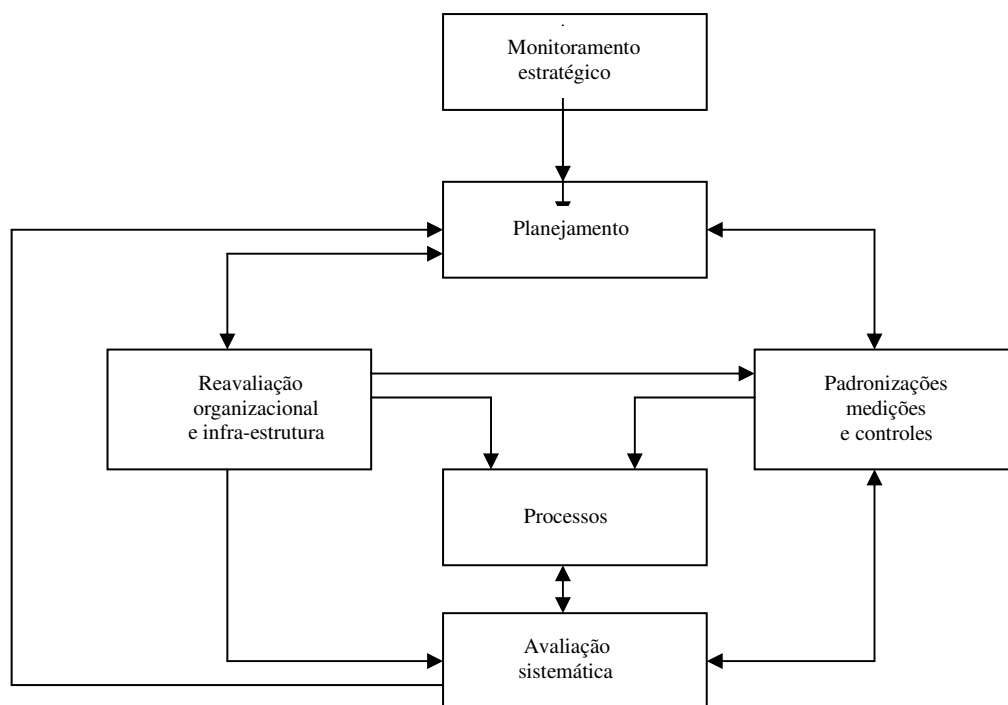


Figura 25: Modelo de gestão para portal de governo eletrônico. Fonte: Duarte In: Chain *et al* p. 333

Numa análise da utilização das tecnologias de informação e comunicação por órgãos governamentais brasileiros, Terra e Gordon (2002, p. 32) citam, por exemplo, a EM-BRAER, a quarta maior fabricante mundial de aeronaves que, “cada vez mais, desenvolve seus produtos mediante parcerias de compartilhamento de riscos e recursos com seus parceiros e fornecedores, o que está sendo concretizado com a utilização de um portal na *web*”. Tal tecnologia, no dizer dos autores, “permite que ela co-desenvolva novos projetos de aeronaves, em tempo real, com parceiros ao redor do mundo”. Mais adiante, os mesmos autores mencionam o Serviço Federal de Processamento de Dados (SERPRO), como instituição nacional que pode servir de “*benchmarking*” na utilização de um portal corporativo para gestão de conhecimento no âmbito do serviço público brasileiro.

Esta auspiciosa constatação permite concluir pela existência de nichos de excelência no país. No que tange à saúde, o Ministério percebeu a necessidade de assumir novas responsabilidades na ampliação da possibilidade de acesso à informação, na prestação de serviços e no desenvolvimento de ferramentas que pudessem apoiar a gestão (BORJA, 2004). Com este propósito foi revisada toda a política de produção e de divulgação de informação no âmbito ministerial.

Revisão e melhoria dos conteúdos constituem as principais recomendações dos estudos que avaliaram portais públicos de informação em saúde. A avaliação do sítio

www.pubmed.gov concluiu que testes e análises são imprescindíveis no acompanhamento dos redesenhos e modificações. As novas tecnologias podem melhorar um sítio, mas também trazer problemas inexistentes anteriormente (MARRIL, MILLER e KITENDAUGH, 2006). Estudo quantitativo italiano, conduzido por Curro *et al* (2004) concluiu que do ponto de vista da qualidade, três macro fatores devem ser levados em consideração: o conteúdo médico, a responsabilidade dos autores e a usabilidade do sítio.

Ainda no âmbito da Europa, por sua vez, a *Commission of the European Communities* (2002) concluiu por recomendar que, dentre os critérios de qualidade para sítios de informação em saúde, devam ter prioridade a transparência e honestidade da autoridade de saúde, a privacidade e a proteção dos dados, a atualização da informação, a responsabilidade das fontes, política editorial e acessibilidade. O estudo europeu também recomenda um sistema de metadados que facilite a recuperação da informação.

Ao propor critérios de qualidade para sítios da *web*, especializados em informações de saúde, Lopes (2006), recomenda a explicitação destes pelas unidades de informação com divulgação nas suas páginas na internet; assim como sugere ainda que as instituições governamentais adotem os critérios de qualidade mapeados em sua pesquisa como um padrão mínimo para a oferta de seus produtos e serviços.

No contexto brasileiro, o Portal de Serviços e Informações de Governo representa o principal instrumento da administração federal na disponibilização de informações, que contemplam desde os benefícios da previdência social até informações sobre cidadania (BORGES, NASCIMENTO e DA SILVA, 2005). Os autores, analisando este importante sítio governamental, concluem, entretanto, que apesar da disponibilização de significativo número de informações utilitárias e contextuais, o acesso às mesmas fica dificultado pela forma de organização do portal em questão.

Os autores lembram, ainda, que, de acordo com a literatura da Ciência da Informação, essas informações podem ser classificadas como utilitárias (que atendem às necessidades de sobrevivência e segurança) e contextuais (que permitem o ingresso do indivíduo, ou sua permanência, em algum grupo social).

4.5.3 Transparência no Governo e direito do cidadão à informação

Também existe constatação de desinteresse público por informações que tenham fontes governamentais. Neste aspecto, Saracevic *et al* (2002) identificou o declínio, no período 1997-2001, na busca por informações governamentais na *web*, quando estudou o mecanismo de busca norte-americano Excite@Home.com.

Do ponto de vista jurídico existe preocupação com a questão dos direitos humanos referentes ao acesso às informações públicas, geradas e mantidas pelo governo (FONSECA, 1996; CASAS, 2003 e SOUSA, 2003). Nogueira Jr. (2003), em particular, analisou a questão do acesso aos documentos produzidos e/ou mantidos pelas Administrações Públicas, pelos particulares que prestam serviços públicos (terceirizados), pelos bancos de dados e arquivos, públicos e privados, no âmbito não só do Brasil, mas da União Européia, OCDE, Conselho da Europa, MERCOSUL, EUA, Inglaterra, França (1983), Espanha, Itália, Portugal, Espanha e Argentina.

O autor também aborda o acesso aos documentos médicos, escolares, da Agência Nacional de Telecomunicações (ANATEL), os arquivos e documentos no âmbito do Poder Judiciário, dentre outras questões.

Shapiro e Varian (1999) que estudam a economia digital (ou da informação) lembram que as tecnologias de informação e comunicação originaram um grande número de inovações, dentre as quais a Internet é, sem sombra de dúvida, a mais revolucionária. Pesquisa com secretarias de fazenda (BAHIENSE, 2002) relata que estas, pelo menos no discurso, já aderiram aos movimentos que levam ao espaço virtual dos negócios. Este autor classificou os entes públicos, objetos do estudo, em três categorias: 1) inovação – aqueles que perseguem as boas práticas de gestão; 2) ação burocrática – os aderentes ao clássico estereótipo da burocracia e 3) inação – aqueles quase emperrados pelo imobilismo.

Respaldado na percepção da Internet como mídia, o Livro Verde (2000), documento oficial da Sociedade da Informação no Brasil, mostra que as atividades econômicas que se utilizam dos recursos de redes eletrônicas como plataforma tecnológica têm sido comumente denominadas negócios eletrônicos (*e-business*). Tal expressão engloba os vários tipos de transações comerciais, administrativas e contábeis, que envolvem governo, empresas e consumidores. E o comércio eletrônico (*e-commerce*) é a principal atividade dessa nova categoria de negócios. Os relacionamentos, no jargão da informática, passaram a ser denominados, por exemplo, *B2B* (*business-to-business*), e o *B2C* (*business-to-consumer*).

Por analogia, não demorou a ser cunhada a expressão *e-Gov* que significa usar a tecnologia da informação para disponibilizar os serviços públicos (o G, de *Government*) diretamente para o cidadão (C de *Citizen*), e para as Instituições Externas (B de *Business*) no esquema 24 por 7 (vinte e quatro horas do dia durante os sete dias da semana). Neste contexto, as relações *G2C* e *C2G* (*government-to-citizen/citizen-to-government*) – as que

interessam mais de perto aos propósitos deste estudo - correspondem às ações governamentais de oferta (ou recebimento) de informações e serviços ao cidadão via meios eletrônicos. O exemplo mais comum deste tipo de relacionamento é a veiculação de informações em um sítio de um órgão do governo, aberto a quaisquer interessados. A tabela 4 ilustra os vários relacionamentos entre os atores institucionais em uso de tecnologias de informação e comunicação no governo.

Tabela 4: Atores institucionais em uso de tecnologias de informação e comunicação no Governo.

	G	B	C
G	X	X	X
B	X		
C	X		

Fonte: Brasil, Livro Verde.

Com a mudança de enfoque gerencial no setor governamental, de um modelo burocrático para um modelo empreendedor, gestor dos recursos públicos, percebeu-se que os governos da era industrial, com suas extensas burocracias centralizadas e padronizadas e a prestação de serviços uniformes, não estavam à altura dos desafios de uma nova sociedade baseada no conhecimento e na informação (OSBORNE e GAEBLER, 1995). A mudança de foco fez surgir a percepção de que, segundo ainda estes autores, na área da saúde pública a melhor coisa que o governo faz, em matéria de custo-benefício, é a disseminação de informações sobre saúde. A sugestão de se reinventar o governo, preconizada por esses autores, também foi proposta por Heeks (2001), só que agora com abordagem voltada para a era da informação e Holmes (2001) estudou a questão dos negócios eletrônicos como estratégia válida para o governo desta nova era.

Com relação à saúde da população, o ponto focal passa a ser a medicina preventiva, não mais a medicina curativa, já que é cada vez maior a escassez de recursos públicos para aplicação no setor. Para Betini (1997), que realizou estudo com viés antropológico, é fundamental o acesso aos serviços de informação em saúde como componente da prevenção de doenças. Ainda no tocante à preocupação governamental com a informação em saúde, cabe citar a publicação do plano francês para a informação científica e técnica em saúde (1983, op. cit.).

Na Bolívia, segundo o Ministerio de Salud y Previsión Social (2001), a informação deve ser matéria de políticas públicas, no que tange à prevenção de alguns agravos, notadamente o do mal de Chagas.

Como geralmente os recursos são escassos, o gestor governamental deve eleger a tecnologia que traga a melhor relação custo-benefício. A este respeito, alguns estudos têm sido realizados com o propósito de recomendar a melhor tecnologia a ser adotada na prestação de tais serviços. Estudos britânicos compararam informações de saúde ofertadas ao usuário na *web* e em quiosque com tela sensível ao toque (NICHOLAS, HUNTINGTON e WILLIAMS, 2003).

Estes mesmos autores também cotejaram informações na *web* e em televisão interativa digital. A primeira pesquisa utilizou por métricas o tempo de visualização da página, a duração da sessão de acesso, e os tópicos/assuntos das páginas acessadas pelos usuários. Concluíram que as possíveis diferenças percebidas entre as duas plataformas examinadas poderiam ser atribuídas ao ambiente onde estavam disponíveis para consulta, a proximidade da plataforma com o usuário, o propósito específico de cada plataforma, as diferentes audiências a que ambas se destinavam, a extensão da delegação para realizar a busca, a familiaridade no uso de computadores, a quantidade e compreensão das informações oferecidas. Por isto, o estudo conclui lembrando aos projetistas de sítios na *web* e de quiosques de informação, as peculiaridades das diferentes categorias de usuários que cada uma das tecnologias atende.

O segundo estudo procurou medir a confiança de aproximadamente 2000 usuários na informação oferecida por duas mídias, *web* e televisão digital interativa. Termina com duas conclusões principais: a primeira, afirma que a propaganda tem forte efeito na confiança do usuário e que a qualidade e o tipo da propaganda afetam esta confiança de maneiras diferentes.

Pesquisa de cunho idêntico, desta vez comparando informações de saúde na *web* com aquelas disponíveis em mídia impressa de grande circulação, foi levada a cabo na Itália por Mazzoleni, Marelllo, Giorgi e Marchi (2003). Os autores, que elegeram a questão da obesidade como conteúdo apropriado para a pesquisa, concluem que a *web* é muito mais completa do que os artigos na mídia impressa. Entretanto, nas recomendações finais do estudo, abordam a importância de os editores de matérias oferecidas na Internet serem educados nas boas práticas de redação próprias da mídia impressa.

No que diz respeito ao Brasil, ciente da necessidade de melhorar substancialmente os níveis de implantação de políticas públicas, quantitativa e qualitativamente, o gover-

no federal definiu diretrizes e políticas de universalização, acesso e qualidade dos seus serviços, qualidades estas baseadas nas novas formas de interação eletrônica entre governo e sociedade (ZABOT e SILVA, 2002). No final de 2000 foi lançado o projeto denominado Governo Eletrônico, tendo como metas principais:

- a) ampliação do acesso à Internet;
- b) disponibilização de todos os serviços prestados pelo Governo na Internet e integração das redes existentes no âmbito da Administração Pública federal;
- c) interligação de todas as escolas públicas à Internet;
- d) implantação da Rede Nacional de Informações em Saúde (RNIS);
- e) implantação de sistema de licitação eletrônica;
- f) implantação do cartão do cidadão e implantação de sistema de pagamentos eletrônicos;
- g) regulamentação do documento eletrônico, com a eliminação do papel como documento governamental e compartilhamento de redes e infra-estrutura de outros poderes e governos estaduais e municipais.

Corroborando estas afirmações, o Ministério do Planejamento (BRASIL, MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, 2001) resumiu o programa quando estabeleceu que, no caso do Brasil, o desenvolvimento do governo eletrônico visou promover a universalização do acesso do cidadão aos serviços prestados pelo Governo, a integração entre os sistemas, redes e bancos de dados da administração pública, por meio da Internet.

McGarry (1999) observa que, ao longo da história, certos tipos de informação têm sido considerados bens públicos. Chama a atenção para o fato de que as informações governamentais e aquelas fornecidas por órgãos oficiais do governo têm sido disseminadas livremente e subsidiadas porque são úteis ao funcionamento eficiente do Estado. Alerta, ainda, para a questão de o contribuinte estar assumindo um relevante papel na difusão de inovações e fornecimento de novos serviços. Todavia, o autor também chama a atenção para o problema do mesmo contribuinte nem sempre dispor de acesso - e este é um agravante no cenário brasileiro - às informações e serviços resultantes da interação entre o setor público e o cidadão. Cunhou-se recentemente, para caracterizar este problema, a expressão “exclusão digital” (*digital divide*).

Medidas postas em prática pelo governo brasileiro têm o objetivo de universalizar o acesso digital aos serviços públicos, usar a tecnologia da informação para aumentar a transparência das ações governamentais e ainda incrementar a eficácia dos recursos tecnológicos existentes pela integração de toda a administração pública (ZABOT e SILVA,

op. cit., 2002). A convergência tecnológica permitiu, no Brasil, o surgimento de um quadro interessante no que diz respeito à distribuição de bens ou serviços de comunicação pelas várias regiões brasileiras. A tabela 5 mostra a situação em 2005 para acesso à internet e à telefonia celular móvel.

Tabela 5: Pessoas de 10 anos ou mais de idade, com acesso à Internet e telefone celular, por Grandes Regiões (em milhões) – 2005.

Serviço	Brasil	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-oeste
Internet	152,7	11,4	41,2	66,6	22,8	10,7
Celular	56,1	3,0	9,8	27,3	10,9	5,1

Fonte: IBGE²⁸

4.6 Necessidades de Informação

4.6.1 Estudos de usuários e necessidade de informação

A consulta ao *Library and Information Science Abstract* (LISA), permite listar os principais descritores com que os tópicos estudos de usuários, necessidade de informação e informação na saúde pública são classificados. A questão do acesso à informação foi objeto de pesquisa conduzida por Cahn *et al.* (2007), que teve por objetivo fazer um levantamento quantitativo das parcerias no acesso à informação para a mão-de-obra da saúde pública, com vistas a melhorar e proteger a saúde do público usuário dos serviços.

Já a questão dos serviços ofertados aos usuários pelas bibliotecas médicas é o tema com mais referências naquele periódico, merecendo destaque os trabalhos de Taira e Mikuni (2007) sobre o papel das bibliotecas no atendimento das necessidades de informação de alunos de enfermagem; enquanto que Harris e Peterson (2005) abordaram o aspecto da cooperação em linha das bibliotecas especializadas em temas da saúde no sul da Austrália. Por sua vez, Rambo (2005) descreveu em seu trabalho as atribuições de um bibliotecário das ciências da saúde que, para fins daquele estudo, foi propositalmente alocado em uma outra unidade acadêmica, por um período de dois anos. Este trabalho,

²⁸ http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/acesoainternet/defaulttab_hist.shtm. Acessado em 18.11.2007.

que utilizou discussões em grupo e entrevistas semi-estruturadas, além da análise de *websites* voltados para a área da saúde pública concluiu pelo aumento do conhecimento das necessidades de informação da saúde pública entre a comunidade de bibliotecários das ciências da saúde.

Volesko (2002) preocupado com os acontecimentos de 11 de setembro de 2001 escreveu sobre a necessidade da informação “de prontidão” para hospitais e bibliotecários destes estabelecimentos, devendo esta ser pró-ativa e não reativa, lembrando no título do seu trabalho que ainda não estava chovendo quando Noé começou a construir a arca.

A pesquisa de Gammill *et. al* (2003) avaliou as necessidades de informação de saúde pública em um cenário rural na Louisiana, numa parceria de várias bibliotecas públicas daquele estado norte-americano. O estudo desenvolveu uma página na *web*, intitulada “e-Links”, para a realização das pesquisas e concluiu que é muito difícil conseguir a informação para ambos os lados interessados, tanto o do usuário do serviço de saúde quanto o do profissional de saúde. No que se refere ao desenvolvimento de *websites* para prestação de serviços de informação de saúde pública, Henner e Charles (2002) utilizaram a técnica do grupo focal para seu estudo, no âmbito da Faculdade de Medicina da Universidade de Nevada e Chambert (1984) analisou em Estocolmo um sistema de informação para a pesquisa da medicina comunitária, enquanto que estudos mais antigos contemplam o levantamento de necessidades de informação da comunidade de saúde (TRASK, 1980), ou especificamente a de clínicos médicos (FARMER e GUILLAUMIN, 1979), ou ainda a relação bibliotecário clínico-paciente (MARSHALL e HAMILTON, 1978) e também a presença do bibliotecário médico dentro do cenário de atenção ao paciente (FARMER, 1977).

Estudos de usuário e suas necessidades específicas foram contemplados nos trabalhos de Giuse, Lee e Sathe (2004) que propuseram um modelo de usuário potencial da informação (*PIU*, em inglês) para promover a integração da informação na comunidade da saúde pública no Tennessee (EUA), enquanto que serviços de melhoria para os profissionais de saúde pública em Iowa (EUA) foram propostos por Walton *et al* (2000); e uma sugestão para os trabalhadores de biblioteca e de informação desenvolverem suas carreiras fora do campo do bibliotecário convencional, com vistas à educação e informação em saúde, chegou a ser feita por Bryant (1986).

Também no que tange ao profissional da informação, há recomendações de Bacigalupo, Fox e Levy (2005) para os profissionais de saúde visitantes no serviço público do Reino Unido. A mesma preocupação surge no trabalho de Rockoff *et al* (2007) que

destaca a importância da informação para profissionais da saúde pública de Nova York (EUA). O estudo de Dethlefsen e Sakai (2007), também tendo por objeto o profissional da informação, chega a propor um novo ator, para o cenário informacional. Chamaram-no “informacionista”, que é alguém que proporciona serviços especializados da informação médica.

A questão da literatura cinzenta, como fonte formal de conhecimento, mereceu tratamento científico de Revere, Bugni e Fuller (2007) que em seu trabalho propõe um repositório para a gestão do conhecimento que inclua tal literatura. Alegam estes autores que os profissionais de saúde pública confiam pesadamente nos recursos que estão frequentemente disponíveis somente no formato de literatura cinzenta e que, quando tais informações se tornam concretas o acesso a elas revela-se problemático.

Parte da dificuldade de se compreender a necessidade de informação, no dizer de Belkin *apud* Wilson (1981), reside no próprio conceito de informação. Muitas definições surgiram procurando distinguir, por exemplo, os conceitos de dados, informação e conhecimento.

Miranda (2006) ao revisar a literatura sobre o tema constata que os termos “necessidades de informação” e “usos da informação”, na percepção de autores como Dervin e Nilan, por exemplo, permaneceram indefinidos durante muitos anos, assumindo-se que sabendo como os usuários usavam os sistemas, suas necessidades poderiam ser conhecidas. A autora argumenta, ainda, que as necessidades de informação poderiam ser identificadas pelos vários fatores que as afetam:

- a) a coleção completa das fontes de informação disponíveis;
- b) os usos para os quais a informação será utilizada;
- c) o conhecimento, motivação, orientação profissional e outras características pessoais do usuário;
- d) os sistemas social, político e econômico que afetam o usuário e seu trabalho;
- e) as conseqüências do uso da informação, isto é, a produtividade.

A pesquisa descrita neste trabalho concentrou-se nestes cinco fatores, agora encaixados na seqüência: os sistemas social, político e econômico que afetam o usuário, no caso os conselheiros de saúde, e seu trabalho, levam-no, com base no conhecimento, motivação, orientação profissional e suas outras características pessoais a buscar a cole-

ção completa das fontes de informação disponíveis para utilizá-la, visando a sua produtividade no controle social do Sistema Único de Saúde.

Niedzwiedzka (2003), com base na reforma do sistema polonês de saúde pública, ocorrido em 1999, realizou estudo, do tipo levantamento (*survey*), com questionários remetidos pelo serviço de correios, complementados por grupos focais, entrevistas semi-estruturadas e análise da documentação utilizada procurando identificar as necessidades, preferências e limitações dos gestores e dos elaboradores de políticas pública de saúde daquele país. Para tanto, revisou o modelo de Wilson, constatando, ao final do trabalho, que as principais barreiras ao comportamento informacional do usuário foram: ausência de atitudes pró-pesquisa; falta de dados processados adequadamente; ausência de habilidades favoráveis à busca de informação; formatos inadequados das publicações na área, além de ineficaz disseminação da informação na Polônia.

Ao tratar, especificamente, dos serviços de buscas em linha, Rowley (2002, p. 215) aborda especificamente o problema de quem faz a busca da informação: “se o usuário, propriamente dito, ou se este recorre a um intermediário, podendo ser o último um bibliotecário ou gerente de informação”. Ambos, no entender da autora, aportam diferentes experiências ao contexto em que realizam as buscas, daí a necessidade de investigar-se se taxionomias diversas (ou idênticas) atendem ambos os tipos de clientes. Outra questão que a autora levanta é a da estrutura lógica para armazenamento de dados.

Também com este foco de preocupação, ou seja, a pesquisa documental em linha, e buscando conhecer as necessidades de informação de estudantes e de profissionais da saúde pública no estado norte-americano do Texas e propondo, inclusive, um modelo de programa de capacitação e treinamento para estes profissionais, o trabalho de Huber e Ward (2000) apresenta, de forma prática, três fases necessárias, no seu entender, para se alcançar tais objetivos: i) desenvolvimento de uma rede colaborativa de profissionais de saúde pública; ii) sessões de treinamento no local da demonstração do recurso e iii) sessões de formação intensivas que preparam grupos ou indivíduos que, por sua vez, treinarão outros dentro de suas organizações.

Neste aspecto, outro fator que parece ser limitador da satisfação do usuário é a estrutura física da informação ou a arquitetura que a embasa. A tradicional estrutura hierárquica, conhecida como arranjo arborescente, pareceu concretizar, por muito tempo, a maneira mais correta para representação do conhecimento.

Ao historiá-lo, do ponto de vista da Sociologia, Burke (2003, p. 82-6) alinha a *Arbor scientiae* de Raimundo Lúlio, publicada por volta de 1300, com o que poderia ser chama-

do de “a árvore do patrimônio e repartições francesas”, publicado em 1579. As críticas de muitos autores aos sítios governamentais na *web* residiam, justamente, no fato de eles estarem estruturados de acordo com o organograma do órgão público, o que seria considerável fonte de dificuldades na busca da informação ou serviço procurado, para quem é externo à instituição, o que foi amenizado com a publicação de normas do *e-gov* brasileiro para clarificar este aspecto.

Do ponto de vista da usabilidade, que pode ser compreendida como “a medida de até que ponto um produto, um sistema, um serviço ou a própria informação se prestam ao uso” (LE COADIC, 2004, p. 49), pouca referência bibliográfica é encontrada quando se trata da esfera pública. A usabilidade endereça a relação entre uma ferramenta e seu usuário. Para um produto ser útil, ele tem que permitir aos clientes completarem suas tarefas da melhor forma possível. O mesmo princípio se aplica aos computadores, sítios e *softwares* (FERRARI, 2004).

Analisando, do ponto de vista do conteúdo, usabilidade e funcionalidade o sítio *web* da Assembléia Legislativa de Minas Gerais, Parreiras, Cardoso e Parreiras (2004, p. 7), corroboram a importância dos estudos de usuários, quando concluem que “as ações de Governo Eletrônico e o desenvolvimento de portais prometem mudar a forma no qual o cidadão interage com o governo”. Mas isso só fará sentido sabendo-se de fato o que o cidadão quer, o que ele espera dos governos, e quais suas principais preocupações.

A busca por informação, no entender de Wilson (1981) parte de necessidades específicas, as quais geram comportamento próprio no usuário. As necessidades do usuário irão influenciar seu julgamento da qualidade da informação conseguida. Tal comportamento está ilustrado na figura 26.

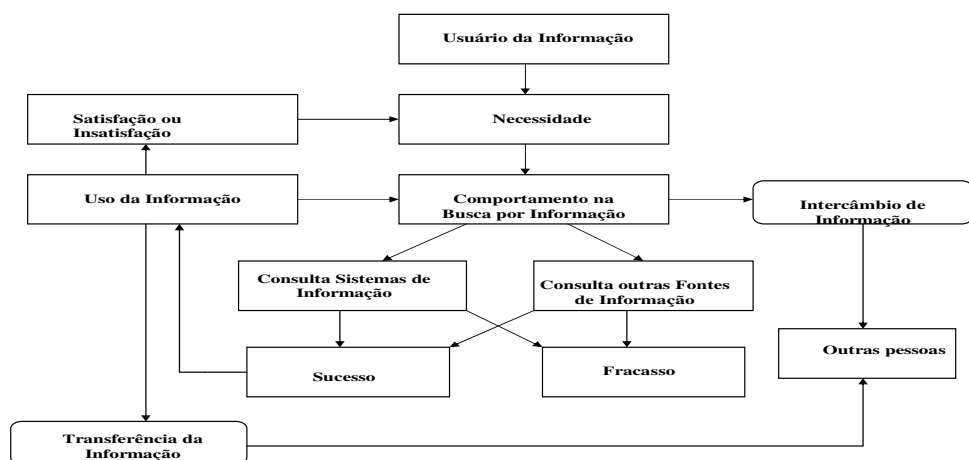


Fig. 26: Modelo de comportamento informacional de Wilson (1981).

Entretanto, o próprio Wilson (1999) revê seu modelo em 1996, acrescentando, agora, outros novos componentes, a partir de outros campos de pesquisa, além da ciência da informação, tais como tomada de decisão, psicologia, inovação, comunicação em saúde e pesquisa com consumidor. A figura 27 apresenta o modelo de Wilson revisado.

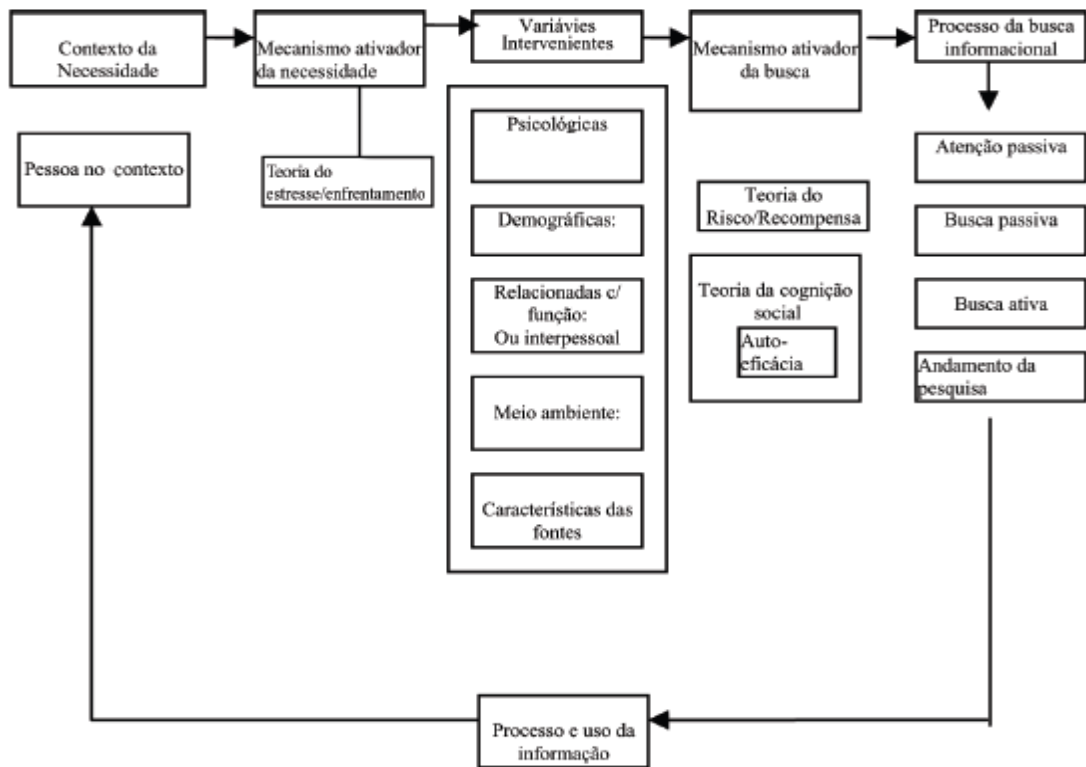


Figura 27: Modelo revisado de comportamento informacional de Wilson. Fonte: Martínez-Silveira e Oddone, p. 125

No modelo revisado, Wilson e Walsh (2003 *apud* MARTÍNEZ-SILVEIRA e ODDONE, 2007) incluíram alguns estágios intermediários, entre eles o que chamaram de “mecanismo de ativação”, proveniente da teoria do estresse/enfrentamento. Esta mesma percepção já havia sido classificada como “lacuna” (*gap*) por Dervin. Incluíram também um outro, que chamaram de “variáveis intervenientes”, para explicar que elas podem desencadear ou obstruir as iniciativas de busca de informação. Este conceito vem da teoria do risco/recompensa (MARTÍNEZ-SILVEIRA e ODDONE, 2007).

Com base neste modelo e como forma de ilustrar sua aplicação a um grupo específico de usuários, Martínez-Silveira (2005) apresentou seu modelo de comportamento informacional dos médicos-residentes (figura 28), extraído de um estudo empírico que conduziu (MARTÍNEZ-SILVEIRA e ODDONE, *op. cit.*, 2007).

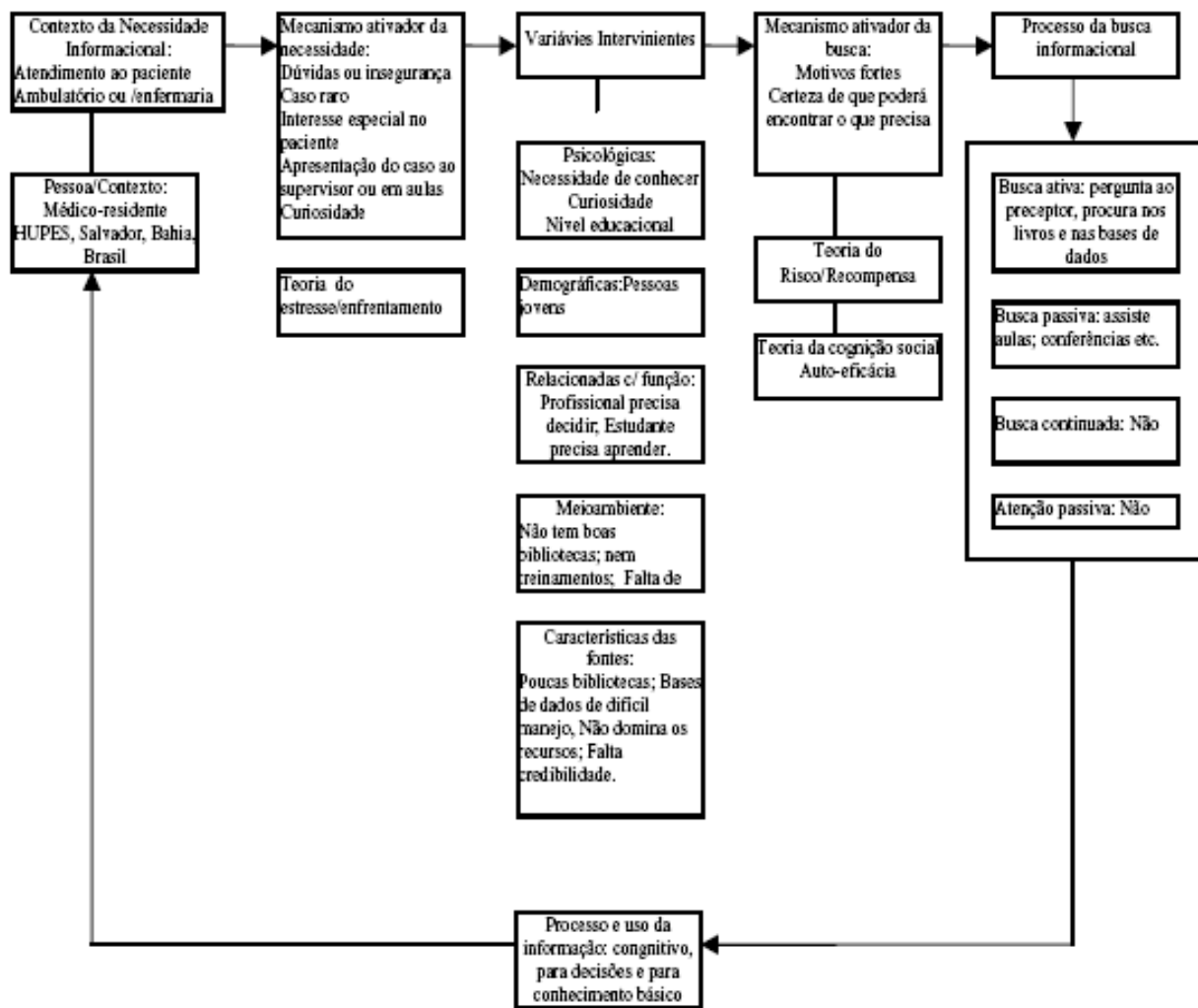


Figura 28: Modelo de comportamento informacional dos médicos-residentes de Martínez-Silveira. Fonte: Martínez-Silveira e Oddone, p. 126

Sundin *apud* Case (2006) que revisou a literatura para o ARIST 2006, destaca particularmente o comportamento informacional de profissionais da saúde, quando defende uma abordagem sociocultural do estudo do comportamento da informação como um importante aspecto da profissionalização na área de Enfermagem. Em seu estudo, entrevistou 20 enfermeiras suecas, visando explorar as distinções entre o conhecimento prático e o teórico, além do relacionamento do conhecimento com a identidade profissional do enfermeiro.

Também na linha de identificação das práticas de busca de informação, Cogdill (2003 *apud* CASE, *op. cit.*, 2006) aplicou 300 questionários em profissionais de enfermagem e constatou em seus achados que estes consultam freqüentemente os colegas, os manuais de referências das drogas que ministram aos pacientes, além dos livros textos e manuais.

Donat e Pettigrew (2002 *apud* CASE, *op. cit.*, 2006) revisaram a literatura sobre médicos e pacientes na descrição do comportamento informacional em ambiente de paciente terminal, enquanto Harrison, Hepworth e Chzal (2004 *apud* CASE, *op. cit.*, 2006) estudaram o comportamento informacional de trabalhadores sociais de hospital por meio de questionários e também entrevistas. Suas constatações apontaram que tais trabalhadores estavam relativamente pobres em informação, dadas às suas necessidades e falta de acesso à Internet e outras fontes de informação.

Ainda com relação ao comportamento do usuário na busca pela informação, Twose *et al* (2008) realizou pesquisa com o propósito de compreender as necessidades de informação e da sua utilização pelos médicos de saúde pública do estado de Maryland (EUA), utilizando a abordagem da tomada de decisões baseada em evidência. Necessidades informacionais de usuários de saúde dos estados norte-americanos do Tennessee foram estudadas por Giuse, Lee e Sathe (2003) e os usuários em potencial, do mesmo estado, foram estudados pelas mesmas pesquisadoras um ano depois (GIUSE, LEE e SATHE, 2004).

Na linha de busca da compreensão do comportamento do usuário na procura pela informação, Jackson *et al* (2007) estudou as necessidades e os comportamentos de profissionais de saúde e cuidado social com crianças com necessidades de cuidados médicos. Ainda com este viés, só que agora com uma visão mais genérica, o trabalho de Wallis (2006) elegeu como tema o comportamento na busca da informação na faculdade de saúde pública da Universidade de Chicago, enviando questionários a 210 participantes, com 47 deles respondidos e dois excluídos por estarem preenchidos de forma incompleta. O estudo termina afirmando que os usuários da faculdade de saúde pública regularmente buscam informação para embasar suas pesquisas, ensino e serviços, em que pese não solicitarem ajuda aos bibliotecários para tal. Aqueles com 10 anos, ou mais, na instituição, mostraram significativamente consultar mais os bibliotecários do que os com menos tempo de casa.

O importante aspecto da comunicação da informação foi objeto do trabalho de Peryman (2003) que procurou conhecer os comportamentos de busca da informação em um fórum em linha sobre o abandono da prática do tabagismo.

Pelo lado da Psicologia, estudos de usuários de internet procuraram respostas para três indagações, envolvendo os conceitos de: (a) mundo triste e solitário no ciberespaço, (b) isolamento aumenta com o uso da internet e (c) estar *on-line* e depressão (KRAUT *et al.*, 1998, *apud* STERNBERG, 2000). O trabalho procurou investigar se teriam funda-

mento afirmações feitas por várias publicações, do tipo “usar a internet poderia provocar isolamento, solidão e depressão”; “a internet é realmente prejudicial para o bem-estar psicológico de algumas pessoas” e ainda “o uso descontrolado da internet leva à diminuição do apoio social e da felicidade”. Na conclusão deste autor, o “que pode ser dito é que os usuários mais constantes da internet mostraram apenas uma ligeira diminuição em alguns aspectos do envolvimento social.” Um estudo de caso comparativo entre internet e televisão interativa, como mídias para a área de informação em saúde, foi conduzido por Nicholas, Huntington, Williams e Gunter (2003).

Kafoure (2004) realizou pesquisa na área das interfaces humano-computador (IHC) e observou que existem discrepâncias entre a representação cognitiva que os usuários têm da tarefa que vão realizar e a representação computacional. A autora recomenda, ao final do estudo, um modelo que possa diminuir tais diferenças, no sentido de tornar a busca mais amigável para o usuário.

Oliveira (2001, p. 1) atesta que o grande volume de informação disponível atualmente, pode causar problemas para pessoas e organizações. Chega a afirmar que “o valor do fornecedor da informação está em localizar, filtrar e comunicar o que é útil para o usuário”. Dentre os meios de disponibilizar as informações, a Internet destaca-se pelo alcance, inexistindo, praticamente, limites no horário de acesso e na dispersão geográfica. Por outro lado, isto aumenta a concorrência pela atenção do usuário da informação.

Em estudo qualitativo, baseado principalmente em pesquisa bibliográfica, a autora chama de “fatores internos de atração do usuário” ao conjunto de variáveis que estudou, identificando um total de 47, agrupando-os nas categorias *design* (aspectos relacionados com a aparência e navegação), conteúdo (tipos de informação e serviços disponibilizados no sítio eletrônico), interação (relacionamento da empresa proprietária do sítio com os usuários e entre eles), imagem (credibilidade associada à organização) e transação (vendas *on line*, focando de produtos até os níveis de segurança para realização das transações). São 14 os fatores internos de atração para o grupo (ou dimensão) conteúdo, a saber:

a) **filtragem de conteúdo** – garantir fontes seguras de informação para agregar conteúdo de qualidade (HAGEL, 1999, p. 3; VENETIANER, 1999, p. 170-181; GEHRKE e TURBAN, 1999 *apud* LAM e LEE, 1999, p. 526; SHERWIN e AVILA, 1999, p. 245; AMOR, 2000, p.134; NIELSEN, 2000, p. 380; STERNE, 2000, p. 204; KALIN, 2000, p. 26; IYER, GUPTA e FOROUGHI, 2000, p. 258; SUKPANICH e CHEN, 2000, p. 834; URBAN, SUL-

TAN e QUALLS, 2001. p.141; RAYPORT e JAWORSKI, 2001, p. 127; NIELSEN e TAHIR, 2002, p. 14);

b) **atualização** – o sítio na *web* deve adaptar-se às mudanças contínuas do mercado, semanal ou mesmo diariamente (SCHWARTZ, 1998, p. XXXI; CHLEBA, 1999, p. 170; SHERWIN e AVILA, 1999, p. 345; AMOR, 2000, p. 141; NIELSEN, 2000, p. 380; KALIN, 2000, p. 26; IYER, GUPTA e FOROUGHI, 2000, p. 258; REEDY, SCHULLO e ZIMMERMAN, 2001, p. 287; URBAN, SULTAN e QUALLS, 2001. p.137);

c) **prêmios** – algo, na forma de prêmio, brinde ou cortesia deve ser oferecido ao visitante (NOWAK, SHAMP, HOLLANDER e CAMERON, 1999, p. 101; CHLEBA, 1999, p. 170; AMOR, 2000, p.137-147; NIELSEN, 2000, p. 383; SONG e ZAHEDI, 2001, p. 208);

d) **ajuda** – disponibilizar ajuda (*help*) (SHERWIN e AVILA, 1999, p. 258; NIELSEN e TAHIR, 2002, p. 48);

e) **ferramenta de busca** – oferecer a busca das informações no sítio pela utilização de palavras-chave (SHERWIN e AVILA, 1999, p. 274; AMOR, 2000, p. 138-143; IBM, 2000; NIELSEN, 2000, p. 224; KALIN, 2000, p. 26; REEDY, SCHULLO e ZIMMERMAN, 2000, p. 139; SONG e ZAHEDI, 2001, p. 208; RAYPORT e JAWORSKI, 2001, p. 121; NIELSEN e TAHIR, 2002, p. 20-41);

f) **entretenimento e simulações** – algumas formas de diversão podem ser oferecidas, por exemplo, piadas, jogos de simulação, passa-tempo, entre outros (VASSOS, 1997, p. 259; HAGEL, 1999, p. 22 *apud* ALMEIDA e OLIVEIRA, 2000, p. 168; AMOR, 2000, p. 144; STERNE, 2000, p. 44; SUKPANICH e CHEN, 2000, p. 834; SONG e ZAHEDI, 2001, p. 208);

g) **eventos em linha e fóruns de discussão** – discussões em diferentes áreas, com especialistas devem ser oferecidas aos visitantes e interessados (BRUNER, 1998, p. 203-4; SUKPANICH e CHEN, 2000, p. 835; SONG e ZAHEDI, 2001, p. 208; SONG e ZAHEDI, 2001, p. 208);

h) **elos (links) externos** – fornecer elos (*links*) para outros sítios na *web* (BLACK, 1997, p. 109; BRUNER, 1998, p. 57; SHERWIN e AVILA, 1999, p. 275; REEDY, SCHULLO e ZIMMERMAN, 2000, p. 150 e 287; NIELSEN, 2000, pp. 70 e 383; STERNE, 2000, p. 260; URBAN, SULTAN e QUALLS, 2001. p.141; SONG e ZAHEDI, 2001, p. 208; RAYPORT e JAWORSKI, 2001, p. 116);

i) **elos (links) internos** – criar elos (*links*) não com outros sítios na *web*, mas com outras páginas do próprio sítio da organização (VASSOS, 1997, p. 201; VENETIA-

NER, 1999, p. 244; AMOR, 2000, p. 134; NIELSEN, 2000, pp. 74 e 383; RAYPORT e JAWORSKI, 2001, p. 119; NIELSEN e TAHIR, 2002, p. 16);

j) **conteúdo personalizado para a região** – privilegiar interesses particulares de pessoas que vivem numa determinada região, levando em consideração as particularidades e especificidades regionais (VASSOS, 1997, p. 155; AMOR, 2000, p.147);

k) **conteúdo gerado pelos usuários** – disseminar informações geradas pelos usuários (HAGEL, 1999, p. 31-32);

l) **personalização** – oferecer conteúdos personalizados para visitantes individuais (SCHWARTZ, 1998, p. XXXI; VASSOS, 1998, p. 72; CHLEBA, 1999, p. 19; FRAZER e McMILLAN, 1999, p. 121; GEHRKE e TURBAN, 1999 *apud* LAM e LEE, 1999, p. 526; NOWAK, SHAMP, HOLLANDER e CAMERON, 1999, p. 101; SHERWIN e AVILA, 1999, p. 278; AMOR, 2000, p. 142; NIELSEN, 2000, p. 383; STERNE, 2000, p. 200; KALIN, 2000, p. 26; PEPPERS e ROGERS, 2000, p. 38; IYER, GUPTA e FOROUGH, 2000, p. 259; URBAN, SULTAN e QUALLS, 2001. p.137; SONG e ZAHEDI, 2001, p. 208;; RAYPORT e JAWORSKI, 2001, p. 115; REEDY, SCHULLO e ZIMMERMAN, 2000, p. 215; NIELSEN e TAHIR, 2002, p. 32);

m) **tradução em diferentes idiomas** – apresentar capacidade de atrair pessoas de outros países (VASSOS, 1997, p.151-2; NIELSEN, 2000, p. 324; SONG e ZAHEDI, 2001, p. 208);

n) **opinião externa** – disseminar a opinião das pessoas externas à organização (RAYPORT e JAWORSKI, 2001, p. 121; URBAN, SULTAN e QUALLS, 2001. p.136).

Do ponto de vista da acessibilidade aos conteúdos ofertados aos usuários, Shapiro e Varian (1999, p.19) constatam que “o problema não é mais o acesso à informação, mas a sua sobrecarga”.

Por parte das organizações, públicas ou privadas, a utilização da Internet tem crescido expressivamente, existindo, ainda, um grande potencial a ser explorado (AMOR, 2000; SUKPANICHI e CHEN, 2000). Dentre os vários recursos disponíveis, autores como Laudon e Laudon (2000), O'Brien (2000) e Cunningham (2001), elencam: *World Wide Web*, *e-mail*, *file transfer protocol* (FTP), *newsgroups*, *telnet* e, mais recentemente *VoIP* (*voice on internet protocol*) que é a utilização do recurso para telefonia, barateando custos das ligações locais, interurbanas e mesmo internacionais.

Para Nielsen (2000, *op. cit.*), o incremento do número de sítios na web acirra a concorrência, não somente entre organizações do mesmo ramo, mas entre todos os milhões de sítios existentes.

Na opinião do casal de autores Laudon e Laudon (2000, *op. cit.*), o acesso pode ser feito a partir do trabalho, das escolas, de casa, entre outros locais. Estabelecer a presença na *web* é fácil, pois esta se encontra acessível a quem desejar, o problema é fazer com que as pessoas possam identificar a organização de seu interesse entre as muitas existentes (SHAPIRO e VARIAN, 1999).

4.7 Analfabetismo e exclusão digitais

O exercício do controle social com utilização das tecnologias de informação e comunicação pode ficar limitado por um fator complicador, proposto pelo *Livro Verde* (2000, *op. cit.*), que é a questão da chamada alfabetização digital. Em termos nacionais, como é sabido, o nível de alfabetização digital da população brasileira é muito baixo e a Internet apresenta dificuldades que demandam maior grau de intimidade com redes eletrônicas: a informação é dispersa e heterogênea. Outro fator de dificuldade para o usuário inexperiente é o desenho das telas, a apresentação e estruturação das páginas, muitas vezes pressupondo certa familiaridade com ambientes computacionais mais sofisticados.

Outra face da mesma moeda, a questão do abismo (ou exclusão) digital vem merecendo estudos em todos os países. A expressão parece ter sido cunhada por Norris (2001) que a partir da constatação da desigualdade de informação para ricos e pobres examinou a evidência de acesso e uso da Internet em 179 países. A autora observou a evidente desigualdade entre sociedades industrializadas e aquelas em processo de desenvolvimento. Ela afirma que há evidências, entre aqueles com acesso à rede mundial, de que surge uma democratização do acesso entre os que já utilizam e os que ainda não utilizam os recursos da Internet para ingressar, mobilizar e participar da vida pública.

Por exclusão digital pode-se entender o intervalo existente entre aqueles que têm acesso às últimas tecnologias e aqueles que não o tem (COMPAINE, 2001). Nesta abordagem, se estamos imersos numa era da informação, então não ter acesso a ela caracteriza o cidadão como sendo portador de uma “necessidade especial sócio-econômica”. Para este autor norte-americano, que fundamenta seu estudo em exaustiva análise estatística, muitas pessoas consideram a questão do “abismo digital” uma crise nacional naquele país. Compaine (2001) vai mais adiante, alinhando este problema aos divisores raciais, econômicos, étnicos e educacionais existentes nos Estados Unidos da América.

No Brasil, um dos primeiros a se preocupar com o assunto foi Côrtes (2003). O estudo da FIRJAN (2002, *op. cit.*, p. 9) afirma que o termo - exclusão digital - “tem sido empregado de forma um tanto equivocada. A primeira impressão é de que a Internet é a fonte

geradora do problema, quando, na verdade, este é uma consequência das diferenças econômicas e sociais.”

A questão da alfabetização e inclusão digital, no Brasil, remete à necessidade de se instrumentalizar os estudantes com recursos que permitam facilitar a manipulação de símbolos, uma necessidade da era do conhecimento (NISKIER, 2003).

Nos Estados Unidos, a questão do aprendizado pela internet mereceu a preocupação de Rosemberg (2001), enquanto que Katz e Rice (2002) se preocuparam com a questão social do uso da Internet. Schön, Sanyal e Mitchell estudaram os impactos decorrentes da entrada da alta tecnologia nas comunidades de baixa renda. Mesma preocupação teve Wresch (1996) ao estudar os que ele chamou de “desconectados”. No Reino Unido, estudo de viés semelhante foi levado a cabo por Servon (2002).

D’Alessandro e Dosa (2001), chamam a atenção para o fato de que a ausência de acesso à informação dificulta a participação nas discussões mais importantes sobre a atenção em saúde. Do ponto de vista da habilidade em utilizar equipamentos de computação móvel, o artigo destes autores direciona o foco para as tecnologias da informação que utilizam os princípios do projeto centrado no usuário, visando o compartilhamento dos recursos e a facilidade de manuseio pelo próprio usuário. Os autores salientam, ainda, que a aceitação e usabilidade das novas tecnologias devem ser objeto de colaboração conjunta entre médicos, pesquisadores em informática, bibliotecários, educadores e outros profissionais com expertise na interface homem-máquina.

Autores brasileiros, dentre eles Silveira (2001) e Sorj (2003) propõem a utilização da escola como ponto de acesso aos serviços da web. Entretanto, Bolt (2000) quando analisou a questão do ponto de vista da educação e do acesso de crianças, em idade escolar, aos recursos proporcionados pela *web*, concluiu que de pouco valeu as promessas presidenciais norte-americanas de conectar todas as escolas em curto prazo. Para este autor, o mero acesso não foi suficiente. Ele alerta para a questão da necessidade de suporte, atualizações e, o mais importante, treinamento para os professores, não somente em como usar computadores, mas também como integrar, de forma útil, tecnologia e um currículo que faça sentido na escola norte-americana contemporânea. Baseado em estatísticas, o autor mostrou que os distritos escolares mais pobres, onde as minorias constituem o grosso da população, não tinham o acesso à tecnologia que os distritos mais abastados possuíam.

Também do ponto de vista da educação escolar, outro crítico do processo, e que oferece uma análise contundente do que considera uma batalha pela informação, é Schil-

ler (1996). Chamando o processo de “desigualdade de informação”, ele alerta para o fato de, nos Estados Unidos, a privatização e a economia de empresas estarem, na época, afetando diretamente o grande baluarte daquele país, ou seja, as instituições democráticas, a saber: as escolas, as bibliotecas, a mídia e a cultura política. Crítico observador e analista da mídia, o autor acusa os interesses corporativos de estarem praticando uma “privação de informação” contra o tecido social.

Schiller (1996) também alerta para as questões do preconceito racial e de classe social como questões limitadoras da democracia de acesso à escola e, por corolário, à tecnologia. Ele informa que programas de computador fazem a triagem, pelo Código de Endereçamento Postal (CEP no Brasil e ZIP nos Estados Unidos) dos candidatos que pleiteiam vaga no ensino superior norte-americano. Textualmente afirma:

“... uma rápida olhada em quem é admitido nos campus da prestigiada Universidade da Califórnia revela que o CEP pode ser tão importante quanto a média escolar para determinar quem entra e quem permanece de fora... O que mostra um sistema que favorece uns poucos ricos. A lista das escolas que mandam 100 ou mais estudantes cada para a Universidade da Califórnia parecem registros sociais... Estas escolas estão localizadas, predominantemente, em localidades onde a população branca é maioria.” (SCHILLER, 1996, p. 6)

Entretanto, a questão que afasta as comunidades carentes daquelas mais conectadas às tecnologias que abrem as portas para o mundo da economia globalizada parece estar longe de uma solução conciliatória, ao menos entre a práxis econômica e o debate acadêmico, por exemplo. De maneira geral, no dizer de Rifkin (2001, p. 197) “o papel do governo no novo esquema de coisas é assegurar o direito de acesso a várias redes – tanto no espaço geográfico quanto no ciberespaço – e a parte da saúde precisa ser explicitada”.

Blackburn, Read e Hughes (2005) sugerem que, definidos os alvos governamentais para desenvolvimento de serviços de informação de saúde em linha, é importante focar a questão do abismo digital quando da implementação de sistemas de informação que atendam as necessidades daqueles que não tem por hábito acessar a internet.

Oliveira (2003) constatou a existência de expectativas de um grupo de pessoas sem acesso aos recursos de TI com relação à utilização desta tecnologia pelo governo do Estado do Paraná. Entretanto, o estudo apontou também para a existência de diferenças entre tais expectativas e as facilidades já implantadas no projeto de governo eletrônico do estado naquela época.

Com o avanço da tecnologia, o conceito de *e-gov* evoluiu para *m-gov*. Constatada a proliferação da telefonia móvel, em detrimento da fixa, uma nova proposta de plataforma tecnológica deve ser pensada pelos órgãos governamentais no que se refere à entrega de serviços ao cidadão. Para Cunha (2007) há três formas de entender o termo *m-gov*. A primeira refere-se à oportunidade que os governos têm de usar dispositivos móveis tais como PDAs, celulares, *Palms* (ou quaisquer outros) como canais de entrega de serviços e informações ao cidadão. A segunda, que esses aparelhos sejam usados por agentes públicos nas ações em campo. A terceira, bem diferente das anteriores, é a montagem de unidades móveis de atendimento para que o governo vá até a população que mora em locais sem acesso à prestação dos serviços públicos.

Silva e Silva (2007, p. 87) afirmam que a democracia brasileira ressurgida na década de 1980 incorporou novas questões a serem debatidas e amadurecidas pelo coletivo para uma melhor gestão do Estado. Para analisar a situação do SUS e do controle social do mesmo, pelo viés do desfrute das TIC, emergem dois assuntos em destaque: a criação de espaços de governança eletrônica e a inclusão digital como política pública.

Para estas duas autoras, experiências sobre governança eletrônica, observadas na literatura científica recente, revelam que o país está bastante atrasado no que diz respeito à garantia governamental da inclusão da sociedade nas diversas redes de informação (SILVA e SILVA, 2007, p. 88).

Vários autores têm se debruçado no binômio inclusão/exclusão digital. O termo inclusão digital geralmente é empregado em contextos de elaboração de políticas públicas estruturais e compensatórias de combate à pobreza; já o termo exclusão digital é usado em diagnósticos e panoramas de realidades específicas, porém ambos dizem respeito ao mesmo fenômeno. As autoras alinham a exclusão digital como grave empecilho ao desempenho econômico dos países, e no seu dizer: "... estar desconectado ou superficialmente conectado com a Internet equivale a estar à margem do sistema global, interconectado. Desenvolvimento sem a Internet seria o equivalente à industrialização sem eletricidade na Era Industrial (CASTELLS, 2003, p. 20 *apud* SILVA e SILVA, 2007, p. 89).

Trabalho publicado pela Fundação Getúlio Vargas, o Mapa da Exclusão Digital, elaborado em 2003, introduz o conceito de capital digital, que seria uma releitura do capital social.

O capital digital teria três impactos determinantes na população: a geração de renda, o aumento de bem-estar e o aumento da capacidade de lidar com flutuações econômicas como, por exemplo, o desemprego temporário de um dos membros da família. O se-

gundo impacto é o que se destaca, pois tem ligação direta com o campo da cidadania, relacionando-o ao acesso a serviços de utilidade pública, em especial os de educação e saúde. Segundo o IBGE, para se aumentar o impacto relacionado ao bem-estar é preciso disseminar as medidas de bem-estar social com a posse de recursos físicos, conhecimentos e redes, estes ligados ao uso da tecnologia de informática.

Capital digital já é um dos índices para avaliar o acúmulo de capital social de determinada comunidade. É possível detalhar a política de inclusão digital por intermédio de modelos operacionais sob a ótica de Warschauer (2003). O pesquisador observou, por um período de cinco anos, iniciativas governamentais e da sociedade civil organizada para implantação de telecentros em vários países, inclusive no Brasil. Segundo este autor, existem três modelos de acesso às TIC: o centrado nos equipamentos, na conectividade ou no letramento digital do cidadão a ser beneficiado. O ideal é a combinação dos três itens, com ênfase na integração entre o sujeito e a implantação da TIC. A apropriação do “novo mundo digital” por parte dos conselheiros de saúde (letramento) está diretamente ligada a um novo patamar de desempenho institucional para o exercício do controle social, quando visa agilizar e amplificar contatos na discussão da operacionalização do Sistema Único de Saúde (SILVA e SILVA, 2007, *op. cit.*, p. 90).

As autoras constataam que a população brasileira tem pouco conhecimento sobre o SUS. Os meios de comunicação disseminam uma versão distorcida e caricaturada. Mesmo a porta de entrada do sistema é confundida, se unidade de saúde ou hospital, apesar dos investimentos em atenção básica das últimas gestões. Em tempos de reedição das normas operacionais do SUS para os Pactos pela Saúde, os Conselhos de saúde nas três instâncias ainda não dominam o texto e os impactos desta pactuação nas três esferas. Lembrem, também, que Castells, em investigação sobre o comportamento de vários países no uso da Internet, observou que as TIC têm um baixo poder de modificações de hábitos sociais, apesar do entusiasmo de certos autores sobre o tema.

Por outro lado, este tipo de tecnologia amplifica a participação cidadã na esfera democrática, por intermédio da construção de fóruns interativos de atuação, da ampliação da inteligência coletiva preconizada por Lèvy e do desenvolvimento de softwares com *design* para grupos. Este último aspecto é especialmente relevante, pois o projeto voltado para as necessidades de um grupo, uma comunidade afim, é aquele que torna transparente os discursos, as subdivisões e as decisões desta determinada coletividade.

Os gestores do SUS se organizam em rede de maneira muito eficiente. As comissões intergestoras foram previstas na primeira norma de operação básica do SUS de 1993

e se reúnem regularmente. São fortes espaços de articulação em rede a Comissão Inter-gestora Tripartite e as Bipartites, O Conass e o Conasems.

Ao observar o uso das TICs por estas instâncias, visitando os sítios dos mesmos, constata-se o amplo uso da Internet, seja para divulgar eventos, seja para acompanhar a legislação.

Não há só um vasto conteúdo como também um desenho amigável, que faz destes sítios, repositórios de informação mais ágeis do que o próprio sítio institucional do Ministério da Saúde. Há uma forte preocupação com a atualização do conteúdo, quase não se vê *links* quebrados ou partes do sítio sem funcionamento. Existem áreas de acesso restrito, fóruns, enfim, ferramentas de discussão e gestão coletiva de conhecimento e troca de informações entre pares. Um exemplo é a discussão do Pacto pela Vida 2006. No sítio do Conasems, é possível com apenas dois cliques, acessar um pequeno e claro texto explicativo sobre o Pacto, *links* para todas as portarias e as diretrizes operacionais.

Para fiscalizar, planejar e controlar os recursos destinados à área de Saúde no orçamento do estado ou do município, conforme o previsto em lei, o conselho precisa interagir com o Poder Executivo o tempo todo. O conselho deve ainda fiscalizar o Fundo de Saúde e propor o Plano de Saúde na Lei de Diretrizes Orçamentárias. Porém, o descompasso tecnológico e organizacional entre os gestores e os conselheiros é ainda mais patente na Internet. O caráter deliberativo dos conselhos fica debilitado quando eles não conseguem acompanhar, trocar e refletir sobre os documentos de pactuação para o funcionamento do SUS. Os encontros presenciais, “tão característicos da área - conferências, plenárias locais, regionais e nacionais – não dão conta da velocidade de como estas medidas administrativas são editadas e executadas” (SILVA e SILVA, 2007, *op. cit.*, p. 91-92).

Porém, a apropriação das TICs por parte dos conselheiros como um fator de ganho para o desempenho institucional destas arenas ainda é incipiente.

Ao avaliarem-se outras tentativas de se elaborar sistemas de informação sobre os conselhos de saúde, verificou-se que as informações apresentadas diferiam entre si, estavam defasadas e divergiam dos dados apresentados pelos conselhos de saúde. Entretanto, o uso das TICs, com o objetivo de fomentar a participação cidadã e a governança eletrônica, traz um novo sopro de democracia à sociedade da informação. Mais uma vez os desbravadores da gestão participativa na saúde traçarão os rumos desta apropriação por parte das instâncias colegiadas, responsáveis pelo controle social do Sistema Único de Saúde.

4.8 Indicadores

Os indicadores constituem importante ferramenta de gestão, tanto na iniciativa privada, quanto no setor público. Para o Prêmio Nacional da Qualidade (PNQ) (BRASIL, MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, 2001), indicadores são dados ou informações numéricas que quantificam as entradas (recursos ou insumos), as saídas (produtos) e o desempenho de processos, produtos e da organização como um todo.

Segundo Meireles (2004), os indicadores podem ser simples (decorrentes de uma única medição) ou compostos, e diretos ou indiretos em relação à característica medida, bem como específicos (atividades ou processos específicos) ou globais (resultados pretendidos pela organização) e são utilizados para acompanhar e melhorar os resultados ao longo do tempo.

Para Maximiano (2005), um processo é um conjunto ou seqüência de atividades interligadas, com começo, meio e fim. Por meio de processos, uma organização recebe recursos do ambiente (trabalho humano, materiais, energia e equipamentos) e os transforma em produtos, informações e serviços, que são devolvidos ao ambiente.

Na abordagem de Caravantes (2005), processo é a transformação de um conjunto de *inputs*, que podem incluir ações, métodos e operações em *outputs*, que satisfazem as necessidades e expectativas do cliente na forma de produtos, informação, serviços ou, de modo geral, resultados. Corroborando a visão sistêmica de um processo, Adair (1996) afirma que este não deve ser definido por aquilo que as pessoas fazem, e sim pela seqüência das coisas ou tarefas executadas para gerar o resultado pretendido.

É ainda Meireles (2004, *op. cit.*) quem, neste aspecto, lembra o PNQ quando categoriza os indicadores em direcionadores e resultantes. Os primeiros mostram o desempenho de um sistema ou processo que, devido à sua influência, permite prever ou possibilita antecipar o desempenho final (antes do fato). O autor afirma que, nestes casos, quando os resultados de tais indicadores são conhecidos, há a possibilidade de tomada de decisões pró-ativas. Já os indicadores resultantes, mostram o desempenho após o fato, numa determinada perspectiva, num determinado período de tempo, permitindo, desta maneira, somente ações de caráter reativo.

Com base na oitava meta de desenvolvimento para o milênio, das Nações Unidas, que propõe uma parceria global para o desenvolvimento dos países, Kuhndt, Von Geibler e Herrndorf (2006) sugerem em seu projeto, além de outras coisas, que: produtos e serviços de tecnologia da informação e comunicação têm sido criticados com relação aos seus

impactos sociais e ambientais. Incluindo, entre eles, o aumento da exclusão digital, as condições de trabalho nos processo de fabricação, consumo de energia durante sua utilização, o crescente desperdício eletrônico (*e-waste*) ou o impacto na saúde decorrente da tecnologia móvel, além do fornecimento de informação desempenhar papel chave no exercício da governança corporativa responsável.

Com base nestas argumentações, os autores propõem o modelo chamado Cadeia causal de contribuições da TIC para metas sociais, ilustrado na figura 29.

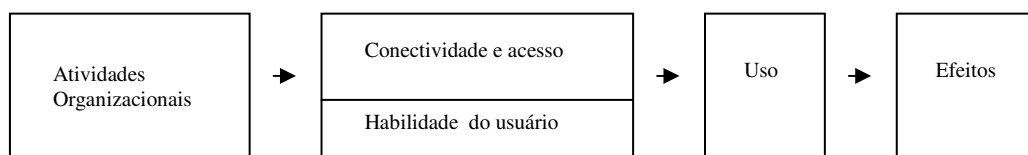


Figura 29: Cadeia causal de contribuições da TIC para metas sociais (adaptado de Kuhndt, Von Geibler e Herrndorf)

Para mensurar a relevância da informação obtida, os autores sugerem o seguinte elenco de indicadores:

Indicadores de atividade permitem, a quem recebe a informação, uma visão das atividades realizadas por um certo ator, na cadeia. Por exemplo, uma companhia pode oferecer tarifas mais em conta para escolas que oferecem serviços de acesso à Internet para a comunidade.

Indicadores de acesso dizem respeito à conectividade e, baseados nisto, acesso à TIC numa certa condição que seja relevante para as respectivas oportunidades em foco. Pode ser dado, por exemplo, por alunos ou professores de uma determinada instituição que têm acesso à Internet ou por hospitais que possuem bases de dados centralizadas.

Indicadores de preparo do usuário ilustram as habilidades dos atores em questão para fazer uso da TIC. Letramento (alfabetização) é uma condição básica, além de o conteúdo estar disponível numa língua falada pelos usuários. Educação geral, alfabetização digital e um conhecimento mínimo dos assuntos disponíveis são outras condições para uso efetivo dos produtos e serviços proporcionados pela TIC. A questão do preparo do usuário pode ser estendida ao outro lado do balcão, tornando-se relevante nos casos dos serviços ofertados pelos portais governamentais, onde, na visão dos autores alemães, são necessários substanciais capitais humanos e organizacionais para geração de fontes de informação de valor.

Indicadores de uso medem a real aceitação dos produtos e serviços procurados, não levando em conta, somente, acesso e preparo do usuário. Exemplos podem incluir as horas gastas com conexão em linha, pelos usuários em foco, as transações satisfatoriamente realizadas com recursos da *web* ou arquivos acessados numa base de dados central.

Indicadores de causa e efeito fornecem informação sobre como o uso da TIC se traduz em impacto no atendimento, como por exemplo, redução no prazo de espera devido à introdução de tecnologia. Normalmente, tais efeitos não são perceptíveis diretamente, mas podem ser identificados em estudos quantitativos, com aplicação de análises estatísticas.

Tendo por base esta categorização, o item indicadores de saúde foi incluído nas possíveis fontes de informação que o conselheiro eventualmente possa consultar para exercer suas atividades e também na relação de finalidades com que busca a informação, com o propósito de se conhecer as possíveis habilidades (ou dificuldades) do pesquisado na utilização deste tipo de ferramenta de gestão.

4.9 Conclusão da revisão da literatura

A literatura consultada permite concluir que esta pesquisa encontrou respaldo teórico dentre os autores da Ciência da Informação e também no âmbito daqueles que perseguem uma padronização e uma transparência, do lado governamental, no que diz respeito aos acervos de informação em saúde que podem ser colocadas à disposição do cidadão para que possa exercitar o controle social sobre a prestação do serviço de saúde colocado à sua disposição.

Em que pese a relativa escassez de bibliografia sobre o tema específico da informação em saúde para controle social, no âmbito do governo eletrônico, o respaldo teórico encontrado permitiu conduzir a pesquisa de forma apropriada, podendo-se concluir que a estruturação utilizada neste trabalho pode ser replicada para qualquer área de conhecimento, evidentemente com as devidas adaptações em função das características e especificidades inerentes a cada uma, como, por exemplo, educação, trabalho, previdência social, segurança, políticas públicas, dentre outras, vislumbrando uma contínua expansão do conhecimento próprio da área.

5 - Metodologia

5.1. Fundamentação teórica

Conforme preconiza Gil (1999, p. 43) as pesquisas exploratórias, como a realizada neste trabalho, “são desenvolvidas com o objetivo de proporcionar visão geral, de tipo aproximativo, acerca de um determinado fato”, no caso a necessidade de informação dos conselheiros de saúde. Ainda no entender de Gil (*op. cit.*) estes tipos de pesquisa têm como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e idéias, tendo em vista a formulação de problemas mais precisos para estudos posteriores, por isso o autor categoriza as pesquisas ditas exploratórias como a primeira etapa de uma visão mais ampla que se deseja sobre um determinado tema.

Para este estudo utilizou-se a abordagem "*Sense-Making*" iniciada em 1972 por Brenda Dervin, docente do Departamento de Comunicações da *Ohio State University*, uma vez que para a autora (DERVIN, 1983), essa metodologia é recomendada para estudos que pretendem avaliar como pacientes, audiências, usuários, clientes e cidadãos percebem, compreendem e sentem suas interações com instituições, mídias, mensagens e situações, e como usam a informação neste processo. A autora define ainda essa atividade tanto como um comportamento interno (cognitivo), como externo (atitudes, reações face ao meio social) que permite ao indivíduo construir e projetar seus movimentos, suas ações através do tempo e espaço. A busca e uso de informação, portanto, é central para tal atividade.

Dervin, *apud* Cunha e Baptista (2007) explica que esta abordagem contempla uma forma de pensar sobre a diversidade, complexidade e também sobre a incompletude. Para tal, a autora utiliza-se de uma metáfora, a de um ser humano atravessando pelo tempo e espaço, caminhando com uma instrução parcial, deparando-se com lacunas, construindo pontes, avaliando achados e se movendo. A figura 30 ilustra esta metáfora.

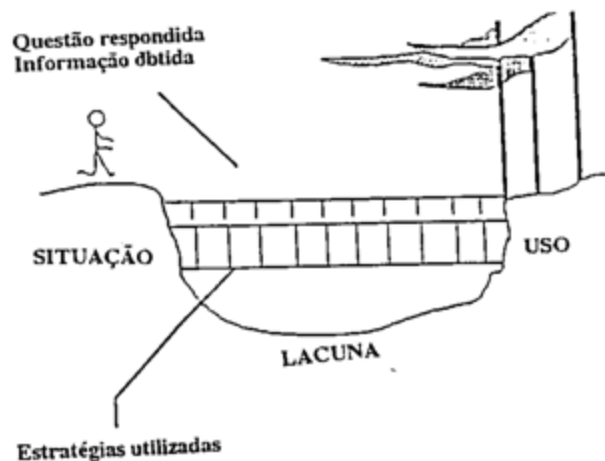


Figura 30: A metáfora do *Sense-Making*. Fonte: Sá, p. 94

Giopatto (2004) que utilizou o método para verificar os pontos fortes e fracos de um sistema de informação quanto à interação homem/computador, afirma na sua revisão da literatura que a **situação** é o componente mais abrangente deste modelo. É o contexto temporal e espacial no qual surge a necessidade de informação, estabelece-se o período em que a busca e uso da informação vai ocorrer, e se chega (ou não) à compreensão do problema.

O indivíduo, no contexto de alguma situação, encontra uma série de **lacunas**, pontos que o usuário não compreende ou compreende apenas em parte, e que o leva a interromper seu caminho. O indivíduo é, então, levado a fazer algum tipo de **uso** de qualquer **ponte** que seja construída para transpor o vazio defrontado por ele. Uso, portanto, é o emprego dado ao conhecimento recém adquirido, traduzido na maioria dos estudos de usuários como a informação útil. O emprego desta abordagem em estudos de comportamento de busca e uso da informação pressupõe, também, a aceitação dos seguintes atributos:

- a) individualidade: usuários devem ser tratados como indivíduos e não como conjunto de atributos demográficos;
- b) situacionalidade: cada usuário se movimenta por meio de uma única realidade de tempo e espaço;
- c) utilidade da informação - diferentes indivíduos utilizam a informação de maneira própria, e informação é o que auxilia a pessoa a compreender sua situação e
- d) padrões - analisando as características individuais de cada usuário, intenta chegar aos processos cognitivos comuns à maioria.

O Modelo de Dervin ficou conhecido como modelo de três pontas e foi construído sobre o trinômio situação-lacuna-uso (PEREIRA, 2002, p. 142). A figura 31 ilustra o trinômio da abordagem.

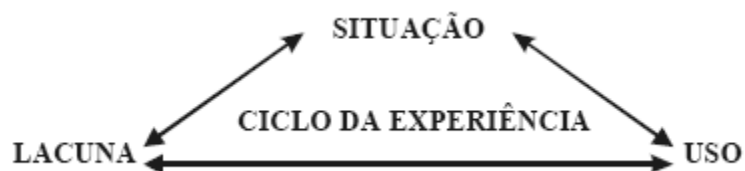


Figura 31: O trinômio do *Sense-Making*. Fonte: Pereira, 2002, p. 142

A preocupação principal, norteadora da linha de pesquisa de Brenda Dervin, é a constatação, sempre lembrada por ela, que as necessidades e usos da informação só podem ser explicadas quando se olha para o contexto sócio-cultural em que eles são construídos e experimentados (NELISSEN, 1996; NILAN e DERVIN, 1999).

Abordagem já consagrada na área, é muito utilizada para tentar-se construir conhecimento a respeito do comportamento do usuário na busca pela informação. Neste particular merecem destaque as pesquisas de Morris (1994 e 2001); a primeira sobre um serviço de informação centrado no usuário e a outra referente às perspectivas do usuário sobre um serviço em linha de sumários de livros, o que na visão desta autora proporciona aos profissionais e administradores de informação fortes razões para incluir este item em suas coleções. Do ponto de vista da gestão do conhecimento, e da sua construção coletiva por comunidades de práticas idênticas, o que é o caso do objeto desta pesquisa, a informação para o exercício do controle social no âmbito do SUS, Cheuk (2003, p. 2) atesta que utilizou a abordagem "(...) não apenas para realizar estudo de usuário, mas também para mapear os requisitos necessários aos projetos práticos de gestão do conhecimento".

Jenkins (1999) investigou, utilizando esta abordagem, o comportamento de comunicação que ocorre entre projetistas e usuários e entre estes e os projetistas durante o processo de desenvolvimento de tecnologias de informação. Na mesma linha de pensamento, Ferreira e Melly (1999) estudaram as necessidades de informação dos usuários da Escola de Comunicação e Artes da Universidade de São Paulo como base para o desenvolvimento do sítio para internet daquela instituição.

Novamente Jenkins (2004), valeu-se da abordagem para descobrir o que os desenvolvedores de sistemas de informação dizem aos usuários no processo de comunicação que se estabelece entre estes dois atores durante o ciclo de testes de usabilidade do produto que está sendo implementado para o cliente, enquanto que as falhas dos siste-

mas de informação, e porque elas ocorrem, foram as preocupações principais que nortearam a investigação de Brody (2005).

Tentando compreender o processo como o usuário de informação preenche as lacunas que surgem no seu caminho, Savolainen (1999) da Universidade de Tampere, na Finlândia, realizou pesquisa onde o ponto central foi a comparação do ponto de vista cognitivo com as abordagens construtivistas sociais.

Preocupado com o rápido crescimento das redes de computadores e o acervo informacional à disposição do usuário, Nilan (2003) lançou mão da metodologia para estudar como organizar os recursos nos sistemas de informação. Este pesquisador argumenta em seu trabalho que as buscas por texto integral, baseadas em palavras-chaves, como ocorre no Google, por exemplo, tanto podem resultar em nada encontrado quanto numa enormidade de achados. Também neste contexto de busca da informação na *World Wide Web*, a definição clássica de metadados: “dados sobre dados”, é ampliada para o âmbito do aprendizado eletrônico com os seguintes dizeres: “(...) metadado é a informação sobre um recurso, seja físico ou digital, usado no contexto de aprendizado, educação e treinamento” (MASON, 2005, p. 1).

Tendo também por preocupação a chamada era da informação, e as possíveis exclusões daí advindas, devido à falta de habilidades específicas para lidar com o aparato tecnológico surgido nas últimas décadas, Shields e Dervin (2005), mais uma vez lançam mão da abordagem para examinar como potenciais usuários dos serviços de telecomunicação poderiam ser agregados às novas funcionalidades colocadas à disposição do mercado norte-americano, enquanto que Litty (2003) a utilizou num estudo sobre produção de mídia devido aos métodos de coleta de dados e a maneira de analisá-los.

No tocante às políticas de comunicação nas organizações, o trabalho de Nelissen (2003) valeu-se da abordagem do fazer sentido para compreender como este processo ocorre nos ambientes corporativos, levando o autor a concluir que a efetividade e eficiência desta categoria de sistemas dependem dos estilos de gestão, da estrutura e da cultura organizacionais. Ainda na área empresarial, a metodologia foi utilizada para responder a questão importante da gestão dos processos de mudança organizacional, situação vivenciada constantemente por gerentes e gestores, seja na iniciativa privada ou no setor público (LINDERMAN, 2003).

5.2. Objetivos da pesquisa

5.2.1 Objetivo geral

O objetivo geral da pesquisa foi identificar as necessidades de informação dos conselheiros de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde.

5.2.2 Objetivos específicos

A pesquisa teve como objetivos específicos (OE):

- OE1 Identificar o perfil dos conselheiros de saúde no tocante à idade, sexo, formação mais elevada, profissão e segmento que representa nos conselhos.
- OE2 Identificar as necessidades de informação do conselheiro quanto ao tipo e as fontes de informação, as mídias utilizadas e os assuntos que devam ser objeto de controle social.
- OE3 Identificar as razões das necessidades de informação do conselheiro.
- OE4 Identificar o grau de inclusão digital do conselheiro.

5.3 Definições operacionais.

Para esta pesquisa considerou-se as seguintes definições operacionais:

Conhecimento: novo saber resultante de análises e reflexões de informações segundo valores e modelo mental daquele que o desenvolve, proporcionando-lhe melhor capacidade adaptativa às circunstâncias do mundo real.

Conselheiro de saúde: representante de uma das quatro categorias: usuário, profissional da saúde, gestor ou prestador de serviços de saúde, com assento formal num conselho, seja na esfera municipal, estadual ou nacional.

Controle social: conjunto das atividades de formulação, fiscalização e avaliação do Sistema Único de Saúde pelas três esferas de conselhos de saúde: nacional, estadual e municipal.

Dados: coleção de evidências relevantes sobre um determinado fato observado.

Dados pessoais: identificação do respondente com relação ao cargo que ocupa na estrutura do SUS, grau de escolaridade, profissão, segmento profissional que representa no conselho, tempo de atuação no conselho e tempo de trabalho na área da saúde.

Fatores limitadores do acesso à informação: barreiras culturais, físicas ou tecnológicas que inibem ou limitam a busca e a utilização da informação pelo usuário.

Grau de facilidade de uso de serviços e produtos disponíveis na Internet: valor atribuído pelo conselheiro à ausência de obstáculos/dificuldades para utilizar/manipular as informações disponíveis para a execução de suas atividades.

Grau de importância de páginas, sítios, produtos e serviços disponíveis na Internet: valor atribuído pelo conselheiro às informações disponíveis para a execução de suas atividades.

Informação: interpretação de um conjunto de dados segundo um propósito relevante e de consenso para o público-alvo (usuário).

Internet: conglomerado de redes em escala mundial de milhões de computadores interligados que permite o acesso a informações e todo tipo de transferência de dados.

Onde busca a informação eletrônica: locais na *web* (sítios, páginas, *links* dentro das páginas) que visita (acessa), ou pelos quais demonstra preferência na busca da informação.

Página na Internet: é uma "página" na world wide web, geralmente em formato HTML (*Hyper Text Markup Language*) e com ligações de hipertexto que permitem a navegação de uma página, ou seção, para outra.

Portal na Internet: é um sítio na internet que funciona como centro aglomerador e distribuidor de conteúdo para uma série de outros sítios.

Problemas quando acessa a Internet: dificuldades ou obstáculos encontrados que não permitem alcançar os objetivos quando se utiliza a internet na busca da informação.

Sítio na Internet: um sítio ou *site* é um conjunto de páginas Web, isto é, de hipertextos acessíveis geralmente pelo protocolo HTTP na Internet. O conjunto de todos os sítios públicos existentes compõe a World Wide Web.

Sucesso no uso da informação: ter alcançado os objetivos ao utilizar determinada informação.

Quando utiliza a informação: evento que motiva a busca da informação e categoriza o produto (documento) gerado, utilizando-se a informação obtida. Este produto pode ser estudo, parecer, relatório, artigo científico, exposição de motivos ou qualquer outro no âmbito do SUS.

Web: A World Wide Web (que em português significa, "Rede de alcance mundial"; também conhecida como Web e WWW) é um sistema de documentos que são interligados e executados na Internet.

5.4 Universo da pesquisa

O efetivo atual de conselheiros de saúde que compôs o universo desta pesquisa, nas três esferas de conselhos, está demonstrado na tabela 6.

Tabela 6: Efetivo de conselheiros

Conselhos de Saúde	Quantidades	Nº. de Membros
Nacional	1	48 (1)
Estaduais	27	802 (2)
Municipais	5.590 (3)	72.000 (aprox.) (4)
Total	5.618	72.850 (aprox.)

Fontes: (1) Conselho Nacional de Saúde; (2 e 4) FormSUS; (3) Silva, 2007, p. 79.

5.5 Amostra da pesquisa

É ainda Gil (1999, *op. cit.*, p. 43) quem afirma que, para as pesquisas exploratórias, “procedimentos de amostragem e técnicas quantitativas de coleta de dados não são costumeiramente aplicados”. Entretanto, Alves-Mazzotti (2002) inclui no detalhamento dos procedimentos metodológicos, o processo de seleção dos participantes. Para esta autora, no que se refere aos participantes, nem sempre é possível indicar no projeto quantos e quais serão os sujeitos envolvidos, embora sempre seja possível indicar alguns, bem como a forma como se pretende selecionar os demais.

Gil (1999, *op. cit.*) caracteriza a amostragem estratificada como uma seleção de uma amostra de cada subgrupo da população considerada. Para o autor, o fundamento para delimitar os subgrupos ou estratos pode ser encontrado em propriedades como sexo, idade ou classe social, ou então, como no caso desta pesquisa, sexo, idade, distribuição geográfica e esfera de conselho a que o respondente pertence. A amostragem estratificada pode ser proporcional ou não proporcional. No primeiro caso, seleciona-se de cada grupo uma amostra aleatória, ou seja, proporcional à extensão de cada subgrupo determinado por alguma propriedade tida como relevante.

Para esta pesquisa, de caráter experimental, e de abrangência nacional, esperava-se grande variação nas opiniões dos respondentes. Para tanto, utilizou-se o intervalo de confiança 50/50, conforme sugerido por Burns e Bush (2008, p. 295) quando afirmam ser este método “preferido quando o pesquisador não tem certeza sobre a variabilidade da pesquisa”. Então, para o cálculo da amostra, com um erro aceitável de 5%, pelos pa-

drões do Departamento de Ciência da Informação e Documentação (CID), utilizou-se a fórmula:

$$n = z^2 (pq) / e^2$$

Onde:

n = tamanho calculado da amostra

z = erro padrão associado ao nível de confiança (1,96 para 5%)

p = porcentagem estimada na população (50%)

q = (100% – p)

e = erro aceitável (nível de precisão desejado)

Substituindo-se pelos valores desejados, na fórmula, tem-se que:

$$n = 1,96^2(50 \times 50) / 5^2$$

$$n = 3,84(2.500) / 25$$

$$n = 384$$

Estimando-se uma taxa de mortalidade (respondentes não encontrados ou destinatários que não mais exerciam o papel de conselheiros) de 10%, arredondou-se a amostra para 420 pessoas, entretanto, no período em que o instrumento permaneceu acessível na internet (FormSUS), 680 pessoas responderam as questões propostas. Deste total, quatro questionários foram excluídos por representarem duplicatas (o respondente gravou-o duas vezes), restando um total de 676 questionários que constituem a amostra desta pesquisa.

5.6 Margem de erro da pesquisa

Para determinar o erro padrão (EP) da amostragem, foi utilizada a seguinte fórmula, conforme sugerido por CUNHA (1984):

$$EP = z \cdot \sqrt{p \cdot q / n} \cdot \sqrt{1 - n / N}$$

Onde:

n = amostra

N = tamanho da população

z = 1,96 ou 95% do nível de confiabilidade

p = 0,5

q = 100% - p

Substituindo, na fórmula, pelos valores da tabela 6, e pelo tamanho da amostra, tem-se que:

$$EP = \pm 1,96 \cdot \sqrt{\frac{50 \cdot 50}{676}} \cdot \sqrt{\frac{1-676}{72.850}}$$

$$EP = \pm 1,96 \cdot \sqrt{3,69} \cdot \sqrt{0,99}$$

$$EP = \pm 1,96 \cdot 1,92 \cdot 0,99$$

$$EP = \pm 3,73$$

Assim, com o intervalo de confiabilidade de 95%, a margem de erro para esta pesquisa foi de, aproximadamente, $\pm 3,73\%$, enquadrando-se nos parâmetros tradicionalmente aceitos na área das ciências sociais (i.e.: $\leq 10\%$).

5.7 Instrumentos de coleta de dados

Para a coleta dos dados estruturou-se um questionário (Anexo III) com o maior número possível de questões fechadas, baseadas no trinômio da abordagem *sense-making* que tentaram verificar os objetivos específicos, assim como o roteiro da entrevista (Anexo VII). A tabela sete relaciona o trinômio do *sense-making* com as perguntas dos

instrumentos de coleta e a tabela oito relaciona as variáveis e os objetivos específicos com as perguntas dos mesmos.

Tabela 7: Relação entre o trinômio do *sense-making* e as perguntas do questionário e do roteiro da entrevista

Componente do <i>sense-making</i>	Perguntas do Questionário	Perguntas da Entrevista
Situação	42, 43 e 126 a 137	11, 12 e 21
Lacuna	42 e 138 a 146	11, 18, 22 e 23
Uso	30 a 110	13 a 17, 19, 20, 24 e 25

Tabela 8: Relação entre os objetivos específicos, as variáveis, o questionário e o roteiro da entrevista

Objetivos	Variáveis	Perguntas do Questionário	Perguntas da Entrevista
OE1	Sexo; idade; distribuição geográfica; formação mais elevada; conhecimento de línguas estrangeiras; participação nos conselhos e publicação de trabalhos técnico-científicos	1 a 29	1 a 9
OE2	Utilização da informação em saúde: tipo de informação; meio de comunicação e fonte de informação que utiliza	30 a 71	10 a 14
OE3	Necessidade da informação: grau de importância de páginas na web; grau de importância de serviços e produtos de informação; grau de facilidade de uso dos serviços e produtos de informação; serviços da internet que utiliza; finalidade de busca da informação	72 a 110 e 126 a 137	15 a 18
OE4	Uso de tecnologias e condições de acesso: local de onde acessa a internet; problemas na busca da informação; quem faz a busca na internet	111 a 125 e 138 a 149	19 a 25

A tabela nove mostra as relações entre os objetivos específicos da pesquisa, as perguntas do questionário e as perguntas da entrevista.

Tabela 9: Relação entre os objetivos específicos, o questionário e o roteiro da entrevista.

Objetivos	Perguntas do Questionário	Perguntas da Entrevista
OE1	1 a 29	1 a 9
OE2	30 a 71	10 a 14
OE3	72 a 110 e 126 a 137	15 a 18
OE4	111 a 125 e 138 a 149	19 a 25

O questionário procurou agrupar as perguntas em quatro grandes blocos, a saber: a) identificação sociodemográfica do respondente (perguntas 1 a 29); b) informações em saúde para controle social do SUS (perguntas 30 a 43); c) avaliação das fontes de informação (perguntas 44 a 110) e d) uso de tecnologias e condições de acesso (perguntas 111 a 149).

A maioria das perguntas foram utilizadas ou sugeridas na pesquisa descrita no relatório final da Oficina de Trabalho Informações em Saúde para o Controle Social, realizada nos dias 20 e 30 de maio de 2003 pelo Ministério da Saúde (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003, *op. cit.*). Outras questões do questionário foram adaptadas, tendo em vista o escopo deste trabalho, a partir das pesquisas de Giopatto (2004, *op. cit.*) e Miranda (2006, *op. cit.*).

O primeiro grupo de perguntas (1 a 7) buscou identificar, conforme a figura 32, o respondente. Em seguida, caracterizou-o por sexo (8), faixa etária (9), grau de instrução mais elevado (10), conhecimento de línguas estrangeiras (11 a 18), os conselhos em que participa (19), o segmento profissional que representa no conselho (21) e desde quando participa dele (22). Por último, indagou se o respondente já publicou artigo, livro, monografia, dissertação ou tese (23 a 29).

Pesquisa_Conseheiro_Saude Formulário | Altera Ficha

PESQUISA SOBRE NECESSIDADE DE INFORMAÇÃO DO CONSELHEIRO DE SAÚDE

Sr.(a) Conselheiro(a), após preencher o questionário, não esqueça de clicar no botão GRAVAR, que se encontra no final deste, para que suas respostas sejam incluídas no banco de dados. Pela sua colaboração, mais uma vez, **MUITO OBRIGADO!**

*** Preenchimento Obrigatório**
Clique aqui em caso de dúvidas relativas a este formulário.

Dados Pessoais

1) Nome: *

2) Estado: *

3) Município: *

4) Telefone:

5) Correio Eletrônico (e-mail):

6) Profissão: *

7) Há quantos anos trabalha na área da saúde?

8) Sexo: * Masculino Feminino

9) Idade: *

10) Grau de Instrução Mais Elevado: * Básica (Fundamental - Ginásio) Médio (Científico - 2º Grau) Superior Incompleto Superior Completo - Graduação Especialização Mestrado Doutorado Pós-Doutorado

11) Conhecimentos de Línguas Estrangeiras:

	Fala	Lê	Escreve
12) Nenhum:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13) Inglês:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14) Espanhol:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15) Francês:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16) Alemão:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17) Outras:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18) Outras línguas estrangeiras:

19) Quais são os conselhos em que participa? * Conselho Municipal de Saúde Conselho Estadual de Saúde Conselho Nacional de Saúde

20) Participação em Outros Conselhos:

21) Qual o segmento profissional que representa no conselho? * Usuários Trabalhadores da Saúde Gestores do SUS Prestadores de Serviços de Saúde

22) Desde quando participa do Conselho (data aproximada):

23) Já publicou trabalhos técnico-acadêmicos?

	SIM	NÃO
24) Artigo:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25) Livro:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26) Capítulo de Livro:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27) Monografia/TCC (Trabalho de Conclusão de Curso):	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28) Dissertação:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29) Tese:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Figura 32: Questionário, perguntas 1-29

No segundo grupo, conforme a figura 33, referente às informações em saúde para controle social do SUS, as perguntas 30 a 43 indagavam sobre o tipo de informação para

exercer este tipo de controle; se o respondente obteve sucesso na última vez que utilizou este tipo de informação e por último procurou conhecer suas sugestões sobre assuntos que acha relevantes como objetos de controle social por parte dos conselheiros do SUS.

Informações em Saúde para Controle Social no SUS

30) Tipo de Informação que necessita para exercer o controle social no SUS:

	Nunca	Raramente	De vez em Quando	Freqüentemente
31) Administrativa/Organizacional:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32) Científica:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33) Contábil:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34) Econômica:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35) Estatística:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36) Financeira:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37) Legal/Jurídica:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38) Política:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
39) Tecnológica:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
40) Outro:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

41) Outro Tipo de Informação para Controle Social:

42) Na última vez que fez uso de informação em saúde, para exercício do controle social, obteve sucesso? Relate-o no espaço ao lado.

43) Com a sua experiência no SUS, que assunto(s) deveria(m) ser objeto de Controle Social?

Figura 33: Questionário, perguntas 30-43

Com o propósito de se saber a respeito da avaliação que o conselheiro faz das fontes de informação que utiliza no seu cotidiano, o terceiro grupo de questões (perguntas 44 a 116), conforme mostrado na figura 34, procurou identificar quais os meios de comunicação e serviços que utiliza (44 a 56); quais fontes utiliza nas suas atividades de conselheiro (57 a 71); qual o grau de importância que atribui às várias páginas e sítios que acessa na internet (72 a 91); o grau de importância atribuída aos vários sistemas de informação e serviços que o Ministério da Saúde torna disponível publicamente (questão 92 a 102) e o grau de facilidade de uso destes sistemas e serviços (103 a 110).

Avaliação de Fontes de Informação

44) Meios de Comunicação/Serviços que utiliza para exercício das atividades de conselheiro?

	Nunca	Raramente	De vez em Quando	Freqüentemente
45) Biblioteca:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
46) Correios:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
47) Correio eletrônico:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
48) BBS (Bulletin Board System):	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
49) Internet:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
50) Jornal:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
51) Rádio:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
52) Revista:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
53) Serviço de alto-falante:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
54) Televisão:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
55) Outro:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

56) Outro meio de comunicação/serviço: _____

57) Recursos (fontes de informação) que utiliza nas atividades de conselheiro:

	Nunca	Raramente	De vez em Quando	Freqüentemente
58) Artigos técnico-científicos:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
59) Atas da Conferência Nacional de Saúde:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
60) Atas dos Conselhos Nacional/Estadual/Municipal de Saúde:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
61) Boletins dos Conselhos Nacional/Estadual/Municipal de Saúde:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
62) Dados estatísticos:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
63) Estudos:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
64) Gráficos:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
65) Indicadores de saúde:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
66) Pareceres:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
67) Pessoas/Especialistas:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
68) Relatórios:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
69) Tabelas:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
70) Outro:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

71) Outro recurso (fonte de informação): _____

72) Grau de IMPORTÂNCIA de cada página da Internet para suas atividades de conselheiro:

	Nenhuma	Alguma	Muita	Não sabe
73) Agência Nacional de Saúde (ANS):	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
74) Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA):	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
75) Anuários Estatísticos:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
76) Deptº de Informática do SUS (DATASUS):	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
77) Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ):	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
78) Fundo Nacional de Saúde (FNS):	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
79) Fundação Nacional de Saúde (FUNASA):	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
80) Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE):	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
81) Ministério da Saúde (MS):	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
82) Secretaria Estadual de Saúde (SES):	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
83) Secretaria Municipal de Saúde (SMS):	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
84) Organização Não Governamental (ONG):	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
85) Organização Munial de Saúde (OMS):	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
86) Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
87) Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS):	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
88) Tribunal Superior Eleitoral (TSE):	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
89) Outra:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

90) Outra página da Internet: _____

91) Nome da ONG (Organização Não Governamental): _____

92) **Grau de IMPORTÂNCIA dos serviços/produtos de informação para suas atividades como conselheiro:**

	Nenhuma	Alguma	Muita	Não sabe
93) Biblioteca Virtual em Saúde (BVS):	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
94) Indicadores Básicos de Saúde (IDB):	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
95) Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA):	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
96) Sistema de Informações Hospitalares (SIAH):	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
97) Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS):	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
98) Tabulador Genérico/Internet (TABNET):	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
99) Tabulador Genérico/Windows (TABWIN):	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
100) Transferências Financeiras a Estados e Municípios:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
101) Outro:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

102) **Outro Serviço/Produto de Informação:**

103) **Grau de FACILIDADE DE USO de serviços/produtos oferecidos para suas atividades de conselheiro:**

	Nenhuma	Alguma	Muita	Não sabe
104) Anuário da Saúde:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
105) Caderno Saúde:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
106) Indicadores Básicos de Saúde (IDB):	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
107) Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
108) Tabulador Genérico/Internet (TABNET):	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
109) Tabulador Genérico/Windows (TABWIN):	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
110) Transferências Financeiras a Estados e Municípios:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Figura 34: Questionário, perguntas 44-110

No quarto e último grupo de questões (figura 35) foram dispostas aquelas referentes ao uso de tecnologias e as condições de acesso do conselheiro a elas. As perguntas 111 a 116 indagaram sobre a conexão com a internet (de onde acessa e com que frequência o faz); os serviços que utiliza na Internet (perguntas 117 a 125); com que finalidade o conselheiro busca a informação (126 a 137); quais os principais problemas que enfrenta na busca destas informações (138 a 146) e buscou identificar se é o próprio quem faz a busca de informações na internet, ou se pede auxílio a terceiros (147 a 149).

111) **De ONDE faz conexão com a Internet?**

	Nunca	Diariamente	Semanalmente	Mensalmente
112) Do Trabalho:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
113) De Casa:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
114) De Biblioteca:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
115) Outro:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

116) **Outro local de ONDE faz conexão com a Internet:**

117) **SERVIÇOS da Internet que utiliza:**

	Nunca	Raramente	De vez em Quando	Freqüentemente
118) E-mail (Correio eletrônico):	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
119) Pesquisa de Notícias de Saúde:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
120) Consulta a Dados:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
121) Transferência de Arquivos e Sistemas:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
122) Educação à Distância:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
123) Discussão On-Line:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
124) Outro:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

125) **Outro SERVIÇO da Internet que utiliza:**

126) **FINALIDADE com que BUSCA a informação:**

	Nunca	Raramente	De vez em Quando	Freqüentemente
127) Escrever Artigos Científicos:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
128) Comunicação com a Comunidade:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
129) Construir Indicadores:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
130) Realizar Estudos:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
131) Redigir Normas:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
132) Redigir Pareceres:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
133) Planejar/preparar Aula/Capacitação/Palestra/Treinamento:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
134) Gerenciar Projetos:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
135) Redigir Relatórios:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
136) Outra:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

137) **Outra FINALIDADE com que BUSCA a informação:**

138) **PROBLEMAS que geralmente encontra quando acessa a Internet:**

	Nunca	Raramente	De vez em Quando	Freqüentemente
139) Acesso à Internet:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
140) Conexão:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
141) Disponibilidade de Computador:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
142) Linha Telefônica:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
143) Saber o Que Buscar:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
144) Sítios/Páginas não Estão Disponíveis:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
145) Outro:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

146) **Outro PROBLEMA quando utiliza a Internet:**

147) **QUEM faz a BUSCA na Internet?**

	Nunca	Raramente	De vez em Quando	Freqüentemente
148) O Próprio:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
149) Pede a Terceiros:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Atenção: Ao gravar aguarde a tela de confirmação. Somente se aparecer a mensagem de confirmação seus dados terão sido gravados.
[Clique aqui em caso de dúvidas relativas a este formulário.](#)

Página 1 de 1



Figura 35: Questionário, perguntas 111-149

5.8 Pré-teste

No período de setembro-outubro de 2007 foi realizado um pré-teste do instrumento de coleta de dados (anexo I) com conselheiros municipais de saúde de Natal (RN) e Florianópolis (SC), tendo sido detectada necessidade de adequação das respostas para nunca/raramente/de vez em quando/freqüentemente e nenhuma/alguma/muita/não sabe. Foi necessário também acrescentar a opção monografia na lista de trabalhos publicados.

5.9 Coleta de dados

Inicialmente, no período de julho a setembro de 2008, o questionário elaborado em Microsoft Word (Anexo II) com as devidas revisões após o pré-teste, foi encaminhado anexado a uma mala-direta com os endereços eletrônicos (*e-mails*) a todos os Conselhos de Saúde que tinham esta informação disponível no Cadastro de Conselhos de Saúde hospedado na ferramenta FormSUS. Esta primeira tentativa revelou-se infrutífera, dado o baixo índice de respostas.

Numa segunda etapa, optou-se por utilizar a própria ferramenta FormSUS para envio do instrumento de coleta e gerenciamento das respostas. Ela foi desenvolvida especialmente para facilitar a realização de pesquisas no âmbito do Ministério da Saúde. O usuário, no caso o pesquisador, fica responsável pela elaboração e gerenciamento do instrumento após concordar com um protocolo de intenções de aspectos éticos e comprometendo-se com a disseminação dos resultados encontrados no âmbito do SUS.

Uma nova mala-direta eletrônica foi então enviada, nos meses de outubro e novembro de 2008, convidando os conselheiros a visitar o questionário que estava hospedado no endereço eletrônico (*link*) http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicação=2241&ex e responder a pesquisa (Anexo III). O instrumento ficou lá hospedado de outubro de 2008 a fevereiro de 2009.

Uma terceira mala-direta, agora em papel e enviada pelos Correios (Anexo V), entre 10 e 12 de fevereiro de 2009, foi remetida para os Conselhos que não dispunham de endereço eletrônico no cadastro. A carta convidava o conselheiro a visitar o link em questão e participar da pesquisa. Utilizando-se a tarifa de carta popular da época (R\$ 0,64), a despesa total com esta estratégia ficou em torno de R\$ 530,00.

Após serem excluídos os conselhos que já haviam respondido a pesquisa, uma quarta e última mala-direta (Anexo VI), cobrando a participação, foi enviada no mês de janeiro de 2009 àqueles que, até então, ainda não haviam colaborado com suas opiniões.

Como não se dispunha de bolsa de estudos (CAPES ou CNPq) para realização da pesquisa, a amostra para as entrevistas (Anexo VII) foi por conveniência, aproveitando-se as viagens a trabalho, para as várias unidades da federação e a realização, em Brasília, da Plenária Nacional dos Conselhos de Saúde, evento que teve lugar na Esplanada dos Ministérios, no período de 26 a 28 de novembro de 2008. Conseguiu-se, nestas oportunidades, a colaboração de 30 conselheiros que autorizaram a gravação das entrevistas. A análise qualitativa das respostas das entrevistas acompanha a análise quantitativa dos dados encontrados.

Para tabulação dos dados e geração dos gráficos referentes à análise quantitativa, utilizou-se o aplicativo Microsoft Office Excel 2003, uma vez que a ferramenta FormSUS facilita a exportação dos resultados em vários formatos, dentre eles o reconhecido por este aplicativo da categoria das planilhas eletrônicas.

6 – Análise e interpretação dos dados

Neste capítulo os dados encontram-se agrupados e analisados segundo os quatro objetivos específicos da pesquisa, que estão descritos na página 93. Para a análise quantitativa foram utilizadas as funções estatísticas do Microsoft Excel para descrição (porcentagem, média, moda e desvio padrão); generalização (teste de hipótese e intervalo de confiança) e relação entre variáveis (correlação).

As respostas às perguntas abertas do questionário, assim como as obtidas nas entrevistas foram transcritas literalmente, estando acompanhadas da expressão [*sic*]. Cada depoimento transcrito está acompanhado das expressões CMS, CES ou CNS para categorizar o conselheiro como membro do Conselho Municipal, Estadual ou Nacional, respectivamente, bem como quando faz parte de dois conselhos ao mesmo tempo, em seguida vem o segmento que o respondente representa no conselho e a faixa-etária. Nenhuma outra variável foi informada, propositalmente, a fim de que fosse preservado o anonimato do respondente, conforme compromisso com a ética em pesquisa na área da saúde.

Quando necessário, foi mencionado o IDHM²⁹ (Índice de Desenvolvimento Humano do Município), no tocante ao uso de tecnologias e facilidades de acesso à Internet.

6.1 Qualificação da Amostra

6.1.1 Perfil dos conselheiros

A distribuição geográfica dos respondentes (figura 36), obtida com a pergunta dois do questionário, revelou maior concentração (42,01%) na região sudeste, onde se localiza a maioria dos municípios brasileiros³⁰. Em seguida compareceu a região sul, com 26,18% das respostas e o nordeste com 19,38%. As regiões centro-oeste e norte pouco contribuíram com suas participações, revelando apenas 7,25% e 4,88% de respondentes, respectivamente. Somente dois conselheiros, 0,30% do total de participantes, não informaram seus estados.

²⁹ Disponível em planilha Excel em [http://www.pnud.org.br/atlas/ranking/IDH-M%2091%2000%20Ranking%20decrecente%20\(pelos%20dados%20de%202000\).htm](http://www.pnud.org.br/atlas/ranking/IDH-M%2091%2000%20Ranking%20decrecente%20(pelos%20dados%20de%202000).htm). Visitado em 02.06.2009.

³⁰ Na época da pesquisa, segundo o IBGE, o número de municípios por Estado da Região Sudeste era o seguinte: ES = 78, MG = 853, RJ = 92 e SP = 645, perfazendo um total de 1.668 ou 29,98% dos 5.563 existentes quando da coleta dos dados.

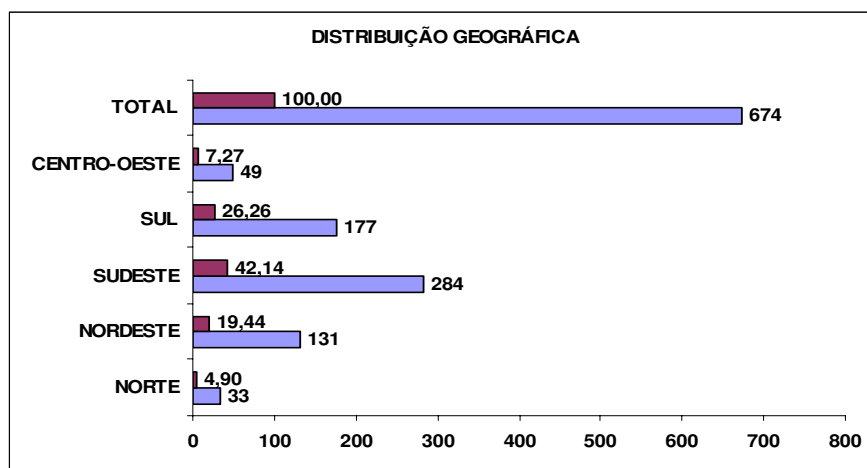


Figura 36: Distribuição geográfica da amostra

A amostra da pesquisa, com 676 casos, quando caracterizada pela profissão do respondente, pergunta seis do questionário e dois do roteiro da entrevista, revela grande variabilidade de respostas, estando as mais significativas em relação à frequência mostradas na tabela 10.

Nela estão incluídas somente aquelas com frequência de dois dígitos, uma vez que há uma grande pulverização de profissões representadas por menos de 10 conselheiros, perfazendo 244 respostas ou 36,36%.

Um total de 80 profissões está representado por apenas um participante. Dos 676 respondentes, cinco (0,74%) não informaram a profissão.

Tabela 10 – Caracterização da amostra por profissão

Profissão	Frequência	%
Administrador	24	3,58%
Agente Administrativo	10	1,49%
Aposentado	18	2,68%
Assistente Social	16	2,38%
Auxiliar Administrativo	22	3,28%
Auxiliar de Enfermagem	14	2,09%
Cirurgião Dentista	14	2,09%
Comerciante	11	1,64%
Enfermeiro	85	12,67%
Farmacêutico	12	1,79%
Fisioterapeuta	15	2,24%
Médico	18	2,68%
Professor	29	4,32%
Psicólogo	13	1,94%
Secretário de Saúde	21	3,13%
Servidor Público	85	12,67%
Técnico de Enfermagem	20	2,98%
Outras Profissões	244	36,36%
TOTAL	671	100,00%

Dentre as outras profissões mencionadas e que estão representadas por apenas um conselheiro, cabe mencionar, por exemplo: artífice em marcenaria e carpintaria, bancário, bibliotecário, biólogo, cozinheiro, marítimo, pintor e terapeuta ocupacional, entre outros.

Aglutinando-se as profissões da área de saúde, encontra-se um total de 349 conselheiros, representando 52,01% do total de 671 que responderam este quesito.

A amostra de conselheiros que responderam o questionário evidencia, no tocante à distribuição entre homens e mulheres (pergunta oito), a predominância destas. Do total de 676 respondentes, as conselheiras foram 361 (53,40%) e os conselheiros 315 (46,60%), uma diferença de 46 indivíduos.

A pergunta nove do questionário, mostrou que em relação à idade, a maior concentração de conselheiros localizou-se na faixa de 41 a 45 anos, como indica a moda da amostra, com 122 observações, conforme a figura 37.

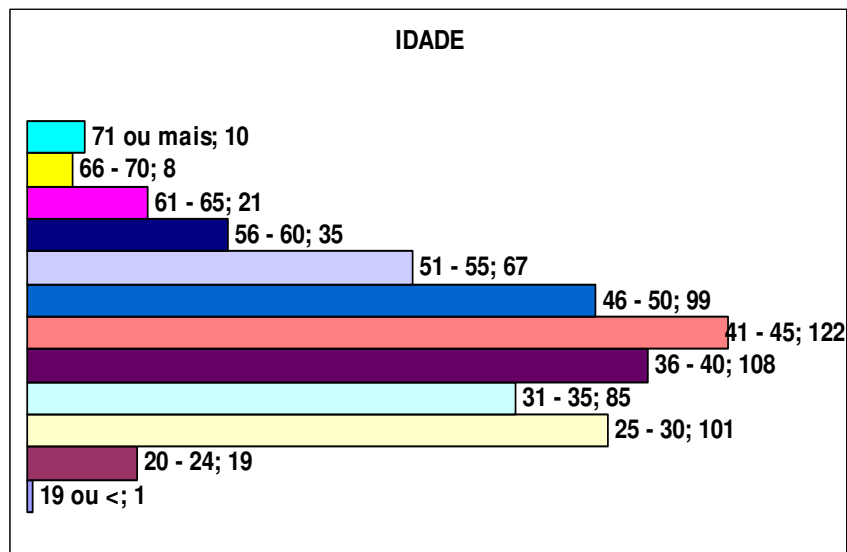


Figura 37: Distribuição da amostra por faixa etária

As faixas etárias de 25 a 30 e de 46 a 50 anos comparecem praticamente empastadas, com 14,94% e 14,64% respectivamente. Nas extremidades da amostra, onde se localizam os mais jovens e os mais idosos, estão as menores quantidades de respondentes: aqueles com 20 conselheiros, sendo um de 19 anos ou menos e estes com 18 respondentes. Cabe destacar que nenhum conselheiro, dos 676 da amostra do estudo, deixou de responder este quesito.

Pela tabela 11 fica evidente que a amostra da pesquisa é bimodal no tocante ao grau de instrução mais elevado (pergunta 10), com a mesma quantidade de observações, 183 ou 27,07% do total de conselheiros que informaram possuir graduação ou especialização.

Agrupando-se, numa mesma classe, aqueles que disseram ter pós-graduação, tem-se um total de 216 indivíduos, representando 31,95% dos respondentes.

Também neste quesito, nenhum dos 676 conselheiros deixou de prestar a informação.

Tabela 11 – Grau de instrução mais elevado do conselheiro

Grau de instrução mais elevado	Frequência	%
Básica	23	3,40
Médio	153	22,63
Superior Incompleto	101	14,94
Graduação	183	27,07
Especialização	183	27,07
Mestrado	26	3,85
Doutorado	3	0,44
Pós-Doutorado	4	0,59
Total	676	100,00

O alto percentual de conselheiros graduados em cursos de nível superior ou com cursos de especialização (54,14%, aglutinando-se as duas categorias) também foi percebido na pesquisa de Wendhausen, Barbosa e Borba (2006, *op. cit.*, p. 137) onde “66% dos conselheiros possuem curso superior completo, sendo que, destes, 39,65% possuem cursos completos de pós-graduação, alguns inclusive *stricto sensu*.” Entretanto, mais adiante, nas conclusões, as pesquisadoras catarinenses sugerem que este aspecto positivo “pode indicar que as entidades valorizam apenas a participação de pessoas preparadas, excluindo do processo justamente as camadas menos favorecidas.” (WENDHAUSEN, BARBOSA e BORBA, 2006, *op. cit.*, p. 141).

Oliveira (1997, *op. cit.*) manifesta preocupação específica com os representantes dos usuários quando aborda o fato deste muitas vezes ser originário de uma camada popular ou de uma comunidade rural, trazendo consigo limitações de escolaridade e talvez embaraço com as regras de linguagem que podem distanciá-lo dos temas abordados nas pautas das plenárias dos conselhos.

Se o nível de escolaridade mais alto pode influenciar na participação dos conselheiros, pois é associado a outros aspectos que se complementam quando há recursos cognitivos, entendimento das informações e conhecimentos que vão além das habilidades técnicas e profissionais, também possibilita que eles reivindiquem maior capacitação para desempenho de suas funções. Quando indagados, pela pergunta 43 do questionário ou 12 do roteiro da entrevista, sobre assuntos que, em sua opinião e com base em sua experiência no SUS, deveriam ser objeto de controle social, vários conselheiros

mencionaram a capacitação como sendo prioritária. A conselheira nº 18 mencionou na entrevista:

“Capacitação dos conselheiros nos tipos de informação que necessitam para exercer o controle social no SUS e também em relação a todas as políticas públicas do SUS para que as pessoas entendam o funcionamento da Saúde e conheça então os seus direitos e deveres.” (CMS, Gestor, 41-45 anos)

A preocupação com as habilidades para lidar com as informações financeiras, também foram explicitadas por alguns conselheiros. O entrevistado nº 4 mencionou:

“Capacitação dos conselheiros que participam das comissões, mais especificamente os que participam das comissões de contas.” (CMS, Gestor, 41-45 anos)

Respondendo ao questionário, um conselheiro escreveu:

“Capacitação obrigatória aos profissionais da saúde principalmente a classe médica de cumprir a lei do SUS e não fazer do SUS uma mera exploração em benefício próprio...” [sic]. (CMS, Trabalhadores da Saúde, 51-55 anos)

E um outro sugeriu:

“Capacitar conselheiro para exercer a sua função política na área de saúde com conhecimento nas necessidades do seu bairro bem como fazer o gestor Municipal cumprir as determinações elencadas pelo colegiado do CMS.” (CES e CMS, Gestor, 51-55 anos)

Outro especificou o problema:

“Curso de Capacitação do Uso Indevido de Drogas.” (CMS, Usuários, 71 anos ou mais)

Outros depoimentos sobre situações que na visão dos conselheiros poderiam ser melhoradas, ou até mesmo evitadas com capacitação e que, no trinômio do *sense making* podem ser consideradas lacunas (*gaps*), foram:

“Com a capacitação de Conselheiros de Saúde em 2007; houve melhoria no entendimento do assunto dando mais segurança na participação das reuniões do Conselho de Saúde.” (CMS, Usuário, 56-60 anos)

“Acesso a base de dados - os conselheiros deveriam ter um curso que ensine a consultar dados no Datasus.” (CMS, Trabalhador da Saúde, 25-30 anos)

“Acredito que deveria ter capacitação regional para os conselheiros para que saibam da importância do conselheiro de saúde e qual é o seu papel. Estamos com essa deficiência. Ou então capacitar um ou dois para que estes tenham condições de passar a capacitação para o restante dos conselheiros.” (CMS, Gestor, 36-40 anos)

“Há uma grande dificuldade em atuar nos conselhos sem que os conselheiros sejam devidamente orientados através de cursos para conselheiros é difícil fiscalizar orçamento sem entendê-los. E propor estratégias sem conhecer o SUS.” [sic] (CMS, Trabalhador da Saúde, 25-30 anos)

“Para que o controle social seja efetivo acho que deveria haver uma capacitação para os gestores pois desconhecem totalmente os dispositivos do SUS e principalmente o papel do Conselho Municipal de Saúde.” (CMS, Usuários, 51-55 anos)

“Maior treinamento em questões relacionadas ao setro [sic] financeiro.” (CMS, Usuários, 41-15 anos)

“O que falta é a capacitação dos conselheiros principalmente dos usuários nas questões referentes [sic] ao funcionamento do SUS no seu município.” (CMS, Gestor, 46-50 anos)

Vindo de encontro a estas aspirações, Campos (2004, *op. cit.*) em seu trabalho recomenda que o processo de capacitação dos conselheiros deva ser sistemático e permanente para que o controle social possa ser efetivado e as assimetrias cognitivas (ARENDRT, *op. cit.*, 1993 e OLIVEIRA, *op. cit.*, 2007) se não superadas, ao menos amenizadas.

As perguntas 11 do questionário e a cinco do roteiro da entrevista tratam dos conhecimentos de línguas estrangeiras, com o propósito de levantar possíveis entraves ao seu desempenho como conselheiro por causa de barreiras linguísticas.

É muito pequeno o percentual de conselheiros que dominam alguma língua estrangeira. Têm alguma das habilidades (falar, ler ou escrever) ou combinações delas, em inglês, 212 conselheiros (31,36%). Com relação ao espanhol são 192 ou 28,40% do total. Já o francês foi mencionado por 5,62% (38 pessoas), ficando o menor percentual (3,40%) reservado àqueles que têm alguma habilidade com o alemão, ou seja, 23 conselheiros.

Habilidade em outras línguas foi mencionada por 25 respondentes, ou 3,70% da amostra. Foram elas: italiano, mencionado por 15 pesquisados (2,22%), holandês, japonês e guarani, citadas por uma pessoa cada, representando 0,15% cada uma. Não responderam esta pergunta 157 conselheiros ou 23,22% da amostra do estudo. A tabela 12 mostra as habilidades dos conselheiros no que se refere às línguas estrangeiras.

Tabela 12: Habilidades em línguas estrangeiras

Língua	Fala	%	Lê	%	Escreve	%	Fala/ Lê	%	Fala/ Escreve	%	Lê/ Escreve	%	Fala/ Lê/Escreve	%
Inglês	7	1,04	92	13,61	5	0,74	12	1,78	0	0,00	34	5,03	62	9,17
Espanhol	6	0,89	111	16,42	0	0,00	28	4,14	1	0,15	11	1,63	35	5,18
Francês	4	0,59	23	3,40	0	0,00	3	0,44	0	0,00	1	0,15	7	1,04
Alemão	16	2,37	1	0,15	0	0,00	2	0,30	0	0,00	0	0,00	4	0,59
Outras	8	1,18	5	0,74	0	0,00	3	0,44	0	0,00	1	0,15	8	1,18
Total	41	6,07	232	34,32	5	0,74	48	7,10	1	0,15	47	6,95	116	17,16

Embora não se tenha ouvido de nenhum pesquisado menções com relação ao seu desempenho, enquanto conselheiro de saúde, por causa de suas possíveis limitações no

domínio de habilidades em línguas estrangeiras, é importante ressaltar a questão da barreira linguística.

Pinheiro (2003, p. 67) investigando as comunidades científicas, encontrou numa amostra de 1.307 pesquisadores do CNPq, 27 (4,2% dos 645 que responderam ao item Barreira Lingüística) que disseram ser este item um fator muito relevante no desempenho de suas atribuições.

Na área da saúde indígena, no Brasil, o Relatório da Fundação Nacional de Saúde (BRASIL, FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2001, p. 8) sobre a 1ª Conferência de Saúde do Distrito Sanitário Especial Indígena Yanomami, recomendou "(...) adequação do conselho, respeitando a diferenciação étnico-linguística e cultural". E mais adiante "... que a FUNASA normatize a contratação de recursos humanos, capacitação específica para área indígena assegurando capacitação profissional, lingüística e cultural e reciclagem para os profissionais que já se encontram em área." E também a "contratação de intérprete, de acordo com a necessidade, para acompanhamento de pacientes nas unidades de saúde e pólos base minorando as dificuldades de barreira linguística."

Com relação à participação nos conselhos, item 19 do questionário e pergunta um no roteiro da entrevista, a grande maioria dos pesquisados é composta de conselheiros municipais, num total de 95,86% da amostra, categorizados por 648 indivíduos. Em seguida comparecem cinco representantes dos conselhos estaduais, 0,74% e somente três nacionais (0,44%). Do total de 676 respondentes, 20 (2,96%) se declararam pertencer a duas esferas: municipal e estadual, simultaneamente. Nenhum conselheiro deixou de informar a sua participação por esfera de atuação. A tabela 13 mostra esta distribuição.

Participação em outros conselhos foi mencionada por 157 pessoas, sendo os mais citados: Assistência Social, Direitos da Criança e do Adolescente, Bolsa Família e Educação.

Tabela 13: Distribuição da amostra por esfera de conselho

Esfera de Conselho	Frequência	%
Municipal	648	95,86
Estadual	5	0,74
Municipal + Estadual	20	2,96
Nacional	3	0,44
Total	676	100,00

A figura 38 ilustra como as quatro categorias profissionais estão representadas nos conselhos, a saber: usuários, trabalhadores da saúde, gestores do SUS e prestadores de serviços de saúde (perguntas 21 e seis do questionário e do roteiro da entrevista, respectivamente). Pode-se dizer que trabalhadores da saúde e gestores do sistema estão praticamente empatados, com um menor comparecimento de representantes dos usuários e dos prestadores de serviços de saúde.

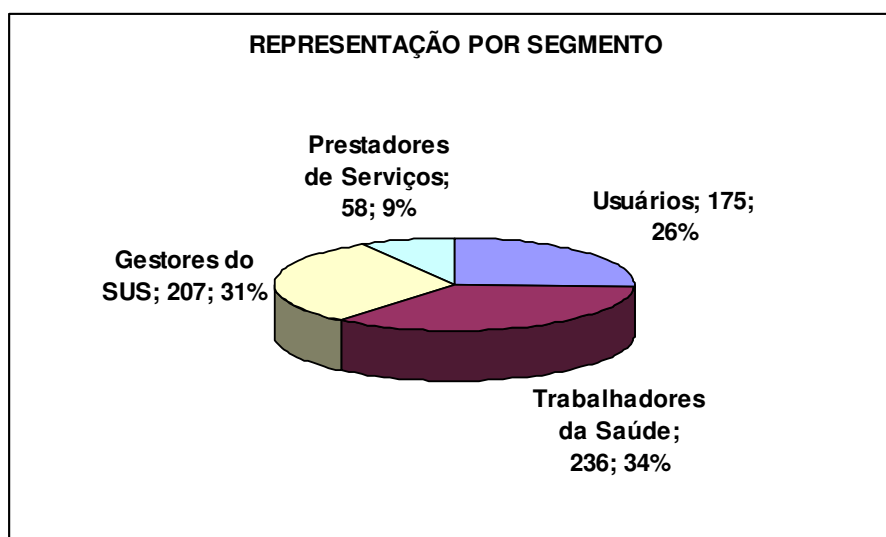


Figura 38: Distribuição da amostra por representação por segmento

O cotejo da representação de cada segmento profissional com as três esferas de conselhos, nacional, estadual e municipal, revela que os três conselheiros nacionais representam, cada um, um segmento diferente, o que significa, aproximadamente, 33,33% para cada um deles, não se verificando, dentre eles, a presença de representantes dos prestadores de serviços de saúde, conforme a tabela 14.

Tabela 14: Segmentos representados pelos conselheiros nacionais

Segmento	Frequência	%
Usuários	1	33,33
Trabalhadores da Saúde	1	33,33
Gestores do SUS	1	33,33
Total	3	99,00

Já no tocante aos conselheiros estaduais, conforme a tabela 15, surgem dois representantes dos prestadores de serviços de saúde, 8% da categoria, que teve um total de 25 participantes.

Tabela 15: Segmentos representados pelos conselheiros estaduais

Segmento	Frequência	%
Usuários	10	40,00
Trabalhadores da Saúde	2	8,00
Gestores do SUS	11	44,00
Prestadores de Serviços	2	8,00
Total	25	100,00

Quando a representação dos segmentos profissionais passa para a esfera municipal (tabela 16), ocorre uma melhor distribuição; entretanto continua pequena a participação da classe dos prestadores de serviços (8,38%).

Tabela 16: Segmentos representados pelos conselheiros municipais

Segmento	Frequência	%
Usuários	171	25,60
Trabalhadores da Saúde	235	35,18
Gestores do SUS	206	30,84
Prestadores de Serviços	56	8,38
Total	668	100,00

A questão da representação dentro dos conselhos ensejou, durante as entrevistas, vários depoimentos de caráter político. Durante a pergunta nº 6, na entrevista, pôde-se ouvir do conselheiro nº 4:

“Como conselheiro do município temos pouca ou nenhuma autoridade nos negócios da Secretaria da Saúde Municipal, muitas vezes nós conselheiros temos a função de homologar os atos do governo.” (CMS, Usuário, 66-70 anos)

O segmento que mais reclamou foi o dos representantes dos usuários. Uma conselheira (nº 12) disse que:

“Nós, representantes de usuários, na maioria das vezes não somos levados a sério.” (CMS, Usuário, 51-55 anos)

O entrevistado nº 7 afirmou que:

“Nós conselheiros representantes de usuários quase nunca somos levado [sic] a sério; mesmo apresentando provas.” (CMS, Usuário, 51-55 anos)

Tais constatações ilustram perfeitamente o que foi dito por Oliveira (1997, *op. cit.*, p. 28-29). Entretanto, uma conselheira (nº 22) fez valer seus direitos:

“Como usuária do SUS reivindiquei minha participação nos planejamentos das atividades, pois os sistemas de saúde precisam igualmente dar conta de responder adequadamente aos usuários portadores de quadros clínicos agudos que têm aumentado em grande velocidade.” (CMS, Usuário, 41-45 anos)

Outro depoimento de representante dos usuários que teve um desfecho favorável foi o da conselheira nº 13 que relatou:

“(…) como a porcentagem dos usuários é de 50%, então é justo, que saia desta classe, através de votação, o presidente do conselho. Foi uma observação/reivindicação que deu certo.” (CMS, Usuário, 46-50)

O maior conflito, entretanto, parece estar entre os gestores e as outras categorias. O conselheiro nº 18 disse que:

“A falta de integração gestor-conselheiro trava o alcance dos objetivos sociais.” (CMS, Usuário, 36-40 anos)

A conselheira nº 15, abordando o mesmo problema, deu o seguinte depoimento:

“O gestor do meu município tentou fazer com que o CMS aprovasse uma proposta de adesão ao programa NASF da seguinte forma: mandou que a coordenadora da estratégia da saúde da família apresentasse verbalmente a proposta de adesão, sem que os conselheiros tivessem maiores informações a respeito.” (CMS, Usuário, 36-40 anos)

Uma conselheira escreveu no questionário:

“Questões de contratualizações como: preferências; prerrogativas; tetos orçamentários e a participação do conselho nas contratualizações com o estado e etc. são sempre problemáticas. O Gestor municipal falou uma coisa e funcionários do estado outra. Não me convenceram.” (CMS, Usuário, 51-55 anos)

Também existe queixa sobre gestores de instâncias superiores, como esta:

“(…) porque desde o gestor federal a orientação já compromete a consolidação do SUS, visto que a complementaridade tornou-se prática normal no gerenciamento e operacionalização do Sistema Único de Saúde, a exemplo das FUNDAÇÕES.” (CMS, Usuário, 61-65 anos)

Mas, representar segmentos diferentes, em épocas diferentes, parece ser salutar, conforme atestou o entrevistado nº 26:

“Acredito que o grande problema hoje é o perfil dos conselheiros espalhados pelo Brasil afora. Fui conselheiro nos quatro primeiros anos de implantação do SUS representando os usuários. Em 2004 assumi o outro lado da moeda e foi fundamental para que eu cobrasse uma participação mais efetiva. Pois todas as vezes que os conselheiros atuam de forma mais efetiva eles se transformam em parceiros do gestor e os resultados ficam mais palpáveis.” (CMS, Gestor, 51-55 anos)

Com relação ao tempo de participação no conselho (pergunta 22), a maioria disse que participa há menos de seis anos, com média de 4,9 anos. A tabela 17 mostra o tempo de participação nos conselhos. Não informaram este tempo 15,53% da amostra (105 respondentes).

Tabela 17: Tempo de participação no conselho

Tempo de Participação	Frequência	%
Menos de 1 ano	33	5,78%
1 a 5 anos	358	62,70%
6 a 10 anos	110	19,26%
11 a 15 anos	53	9,28%
16 a 20 anos	14	2,45%
Mais de 20 anos	3	0,53%
Total	571	100,00%

Quando comparado com a variável idade do conselheiro, o tempo de participação no conselho revela que os que estão há menos de um ano não têm representantes nas faixas dos com menos de 19 anos e também na faixa dos 61 aos 70 anos. Estes (os com menos de um ano) também não têm doutores nem pós-doutores entre eles. A maioria é do sexo feminino, 63,64% (21 dos 33) da classe e estão concentrados nas regiões sul e sudeste, com 75,76% da classe (25 do total de 33).

Aqueles que são conselheiros de um a cinco anos, a grande maioria da amostra, têm a maior representação na faixa dos 25 a 30 anos, com 74 elementos ou 20,67% da categoria. A maioria tem especialização (105 casos), comparecendo com 29,33%. A predominância também é feminina, com mais da metade (54,75%) representada por 196 mulheres. Nesta faixa (um a cinco anos) já comparecem mais representantes das regiões, norte, nordeste e centro-oeste, com 32,12%, permanecendo a maioria, 67,88%, com os representantes do sul e sudeste.

Na terceira faixa de tempo de conselheiro, de 6 a 10 anos, está a melhor distribuição de freqüências, com todas as categorias bem representadas. A maior concentração, por idade, está no intervalo de 31 a 55 anos, com 84 indivíduos ou 76,36% do total de 110. Nesta faixa também encontram-se um doutor e um pós-doutor. A maioria também é do sexo feminino, 56,36% do total. Com relação a distribuição geográfica, as regiões sul e

sudeste aparecem praticamente empatadas, com 36 e 37 representantes, respectivamente.

No período de 11 a 15 anos, a faixa etária com mais representantes é a dos 51 a 55 anos, com 15 casos, representando 28,30% da categoria. O mesmo número de conselheiros (15) tem especialização. Ocorre uma maioria de homens, 56,60% (30 indivíduos) e novamente um empate, agora de 19 elementos para as regiões sul e sudeste.

As duas menores categorias, em termos de número de representantes ou maior tempo de participação nos conselhos, ou seja, de 16 a 20 anos e mais de 20 anos, quando aglutinadas, revelam 17 casos. Há equilíbrio entre homens e mulheres, com 9 e 8 respectivamente e maioria com curso de especialização. Permanece a supremacia das regiões sul e sudeste na distribuição geográfica, com 88,24% dos 17 casos.

Com relação às publicações dos conselheiros (pergunta 23), pode-se dizer que a produção acadêmica deles é baixa, conforme demonstrado pela tabela 18. Os que responderam que não publicaram nenhum dos itens propostos constituem percentual bem alto (53,61% dos 623 que responderam a esta pergunta). Alguns deles publicaram dois ou mais dos vários itens listados, sendo que apenas um deles afirmou que já publicou todos os seis tipos de trabalho. Não responderam nenhum dos itens desta pergunta 53 conselheiros (7,84%).

Tabela 18: Publicações dos conselheiros

Publicação	SIM	%	NÃO	%	Não Respondeu	%	TOTAL
Artigo	118	17,46	443	65,53	115	17,01	676
Livro	8	1,18	483	71,45	185	27,37	676
Capítulo de livro	16	2,37	473	69,97	187	27,66	676
Monografia/TCC	214	31,66	370	54,73	92	13,61	676
Dissertação	45	6,66	452	66,86	179	26,48	676
Tese	5	0,74	463	68,49	208	30,77	676

Numa comparação com o grau de instrução mais elevado, verifica-se que quem mais publicou artigos, foram os pós-graduados com especialização, num total de 66 respondentes (55,93%) do total de 118 que responderam a este quesito. Esta mesma categoria também foi a que mais publicou monografias ou trabalhos de conclusão de curso, representando a metade exata dos que responderam ao item (109 ou 50,00%). Livros foram publicados por seis (75%), dentre oito conselheiros que responderam. As dissertações foram publicadas por 22 pesquisados e as teses por todos os três doutores e dois pós-doutores que integraram a amostra. Os conselheiros com título de Mestre foram os

que mais colaboraram em capítulos de livros, cinco ou 31,25% dos 16 que não deixaram de prestar esta informação.

Pode-se concluir, em relação ao Objetivo Específico 1 (Identificar o perfil dos conselheiros de saúde no tocante à idade, sexo, formação mais elevada, profissão, e segmento que representa nos conselhos) que, após a caracterização da amostra desta pesquisa, e levando-se sempre em consideração a margem de erro de $\pm 3,73\%$, que o conselheiro tem de 41 a 45 anos de idade, é do sexo feminino, tem graduação em nível superior, exerce profissão na área da saúde, a maioria participa de conselho municipal e é representante dos trabalhadores da saúde. Portanto, o OE1 foi alcançado.

6.2 Necessidades de informação dos conselheiros

O segundo bloco de perguntas do questionário (30 a 43), com base nas recomendações de Silva (1994, *op. cit.*) e Pedrosa (1998, *op. cit.*) procurou levantar os tipos de informações em saúde que o conselheiro necessita para exercer o controle social do SUS; as fontes e mídias mais utilizadas e se ele obteve sucesso na última vez que utilizou este tipo de informação. Também procurou conhecer suas sugestões sobre assuntos que acha relevantes como objetos passíveis de controle social.

Como ocorreu grande variabilidade de respostas no tocante à periodicidade das necessidades dos diversos tipos de informação (perguntas 30 a 41), na tabela 19 aglutinou-se, duas a duas, as quatro freqüências, a saber, nunca com raramente e de vez em quando com frequentemente.

Deve-se observar, pela coluna Total, que em nenhum dos 10 itens propostos, houve a manifestação de todos os 676 componentes da amostra. Assim, pelas respostas obtidas, todos os tipos de informação propostos são importantes para os conselheiros, com destaque para os da categoria administrativa/organizacional e da categoria financeira, com 91,86% e 87,88% das preferências, respectivamente. Em terceiro lugar ficou a informação do tipo legal/jurídica, com 85,74% das menções e, em quarto lugar comparecem praticamente empatadas a estatística e a contábil, aquela com 82,81% e esta última com 82,38% dos casos.

Com relação à informação contábil, uma conselheira afirmou que:

“(...) necessitei de dados contábeis para avaliar se o percentual aplicado pelo município estava conforme o prevista na CF/88. Ocorreu que, após algumas conversas informais com a administração, o percentual foi aplicado corretamente.” (CMS, Gestor, 20-24 anos)

Segundo o depoimento de uma conselheira, que respondeu por escrito no questionário, parece haver lacunas no que tange à informação legal/jurídica, aí incluídas as portarias, resoluções, acórdãos e outros tipos de documentos. Ela disse:

“(...) hoje mesmo estive realizando contato com a SEMUS e fiquei pasma [sic], pois estamos travando convênio (APAE e Secretaria Municipal de Saúde) e o setor de Convênio e de Auditoria desconhecem a portaria que regulamenta o tal convênio e não utilizam as nomenclaturas apropriadas.” (SMS, Usuário, 41-45 anos)

Outra conselheira relatou que:

“Nas audiências públicas normalmente preciso recorrer a todo o meu conhecimento em contabilidade, finanças e política para entender os balancetes. Recorro frequentemente à legislação em saúde, que é bem complexa, para ajudar a definir o meu voto nas deliberações.” (CMS e CES, Trabalhador da Saúde, 25-30 anos)

Outro depoimento sobre a importância da informação jurídica/legal para embasar decisões foi dado por uma participante que assim se expressou:

“(...) mesmo *against the Law* [sic] foi nos dito que não poderíamos subvencionar uma UTI privada; que atende pelo SUS. O Ministério Público nos apoiou e ficou de fornecer a base legal para que pudéssemos subvencionar. Não forneceu. A UTI ia fechar. Autorizamos assim mesmo.” (CMS, Gestor, 61-65 anos)

Na outra extremidade da distribuição, a dos tipos de informação nunca ou raramente lembrados pelos conselheiros, os mais citados, portanto os menos importantes foram: científica, por 32,79% dos que responderam este item; a tecnológica foi mencionada por 24,82% e em terceiro a econômica, com 124 casos (21,99%).

Tabela 19: Tipo de Informação que necessita para exercer o controle social no SUS

Tipo de Informação	Nunca/Raramente	%	De Vez em Quando/ Frequentemente	%	Total
Administrativa/Organizacional	50	8,14	564	91,86	614
Científica	180	32,79	369	67,21	549
Contábil	102	17,62	477	82,38	579
Econômica	124	21,99	440	78,01	564
Estatística	99	17,19	477	82,81	576
Financeira	71	12,12	515	87,88	586
Legal/Jurídica	84	14,26	505	85,74	589
Política	111	19,51	458	80,49	569
Tecnológica	135	24,82	409	75,18	544
Outro	113	42,32	154	57,68	267

Os conselheiros mencionaram, em maior número, dentre os outros tipos de informação que necessitam (pergunta 41), a demográfica e a social, se bem que ambas po-

dem ser categorizadas como informação estatística. Oito respondentes voltaram a mencionar a questão da capacitação para os conselheiros como sendo um tipo de informação relevante para o exercício de suas atribuições. Outras sugestões foram: educação, cultura e epidemiologia, além do conhecimento e experiência da realidade local.

Quando se compara o tipo de informação necessária com a região geográfica do conselheiro, a administrativa/organizacional foi a mais importante para todas as cinco regiões. A tabela 20 mostra a distribuição geográfica, por região, das preferências por tipos de informação.

Tabela 20: Tipos de informação mais necessária por região

Tipo de informação	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
Administrativa/Organizacional	26	106	235	152	43
Científica	19	56	171	96	29
Contábil	23	81	203	133	34
Econômica	21	73	196	115	31
Estatística	20	80	208	129	37
Financeira	21	94	216	145	36
Legal/Jurídica	21	87	217	143	35
Política	21	82	202	120	29
Tecnológica	21	69	181	106	30
Outro Tipo	8	26	66	43	11

No que diz respeito ao confronto do tipo de informação necessária com a idade do pesquisado, a preferência dos conselheiros pela Administrativa/Organizacional recai na faixa dos 41-45 anos, daí decrescendo o interesse à medida que a idade avança. A figura 39 ilustra esta situação.

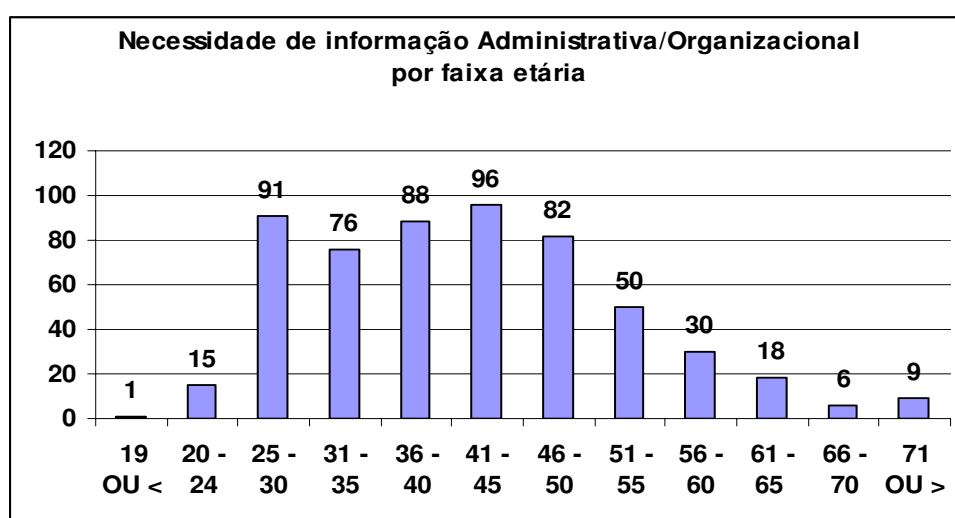


Figura 39: Necessidade de informação Administrativa/Organizacional por faixa etária

A curva que ilustra a necessidade de informação Financeira tem comportamento semelhante, conforme mostrado na figura 40. O formato da curva para os outros tipos de informação tem características parecidas.

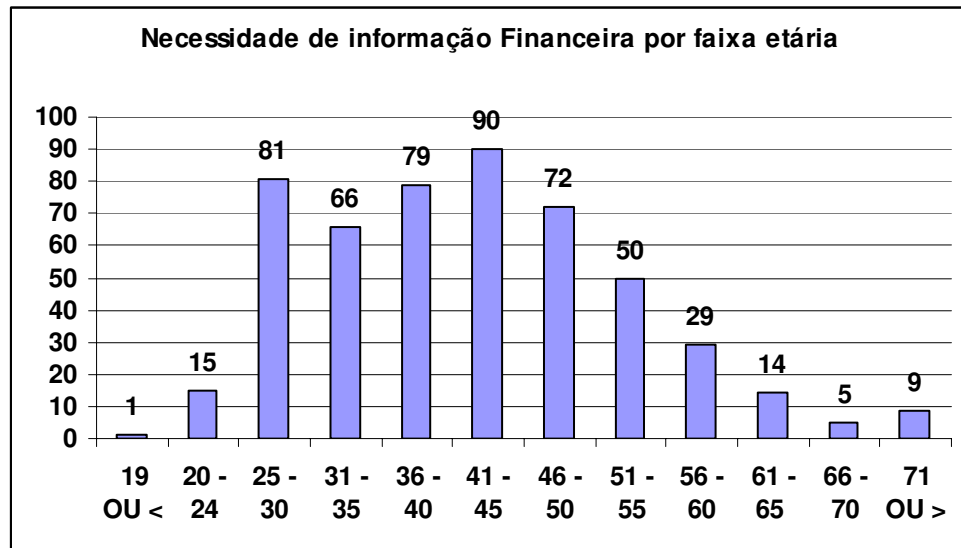


Figura 40: Necessidade de informação Financeira por faixa etária

Pode-se supor que a semelhança das curvas, concentrando a maior frequência na faixa etária dos 41-45 anos, reside no fato de ser esta classe a que contém o maior número de respondentes.

Quando confrontados com o segmento que o respondente representa no conselho, os tipos de informação mais necessitados são a administrativa/organizacional, com 131 casos e financeira com 130, estando, portanto, praticamente empatados. As menos importantes para esta categoria são a científica e a tecnológica – a primeira com 88 casos e a segunda com 94, conforme mostra a figura 41.

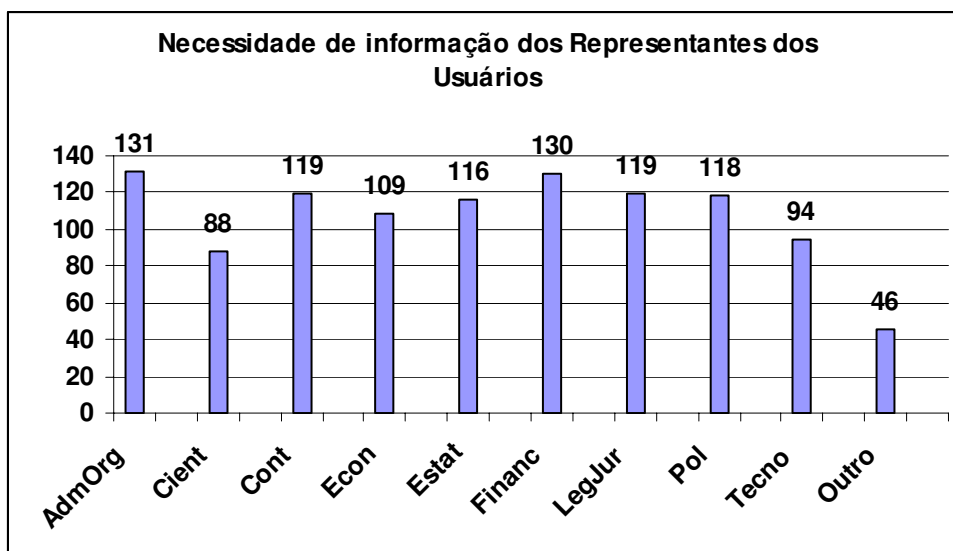


Figura 41: Necessidade de Informação dos Representantes dos Usuários

A curva que demonstra as preferências dos conselheiros que representam os trabalhadores da saúde não tem comportamento muito diferente da anterior. Pode-se atribuir as diferenças à maior ocorrência desta última categoria (os trabalhadores em saúde) na amostra (236 contra 175 dos usuários). A figura 42 mostra esta semelhança de opiniões.

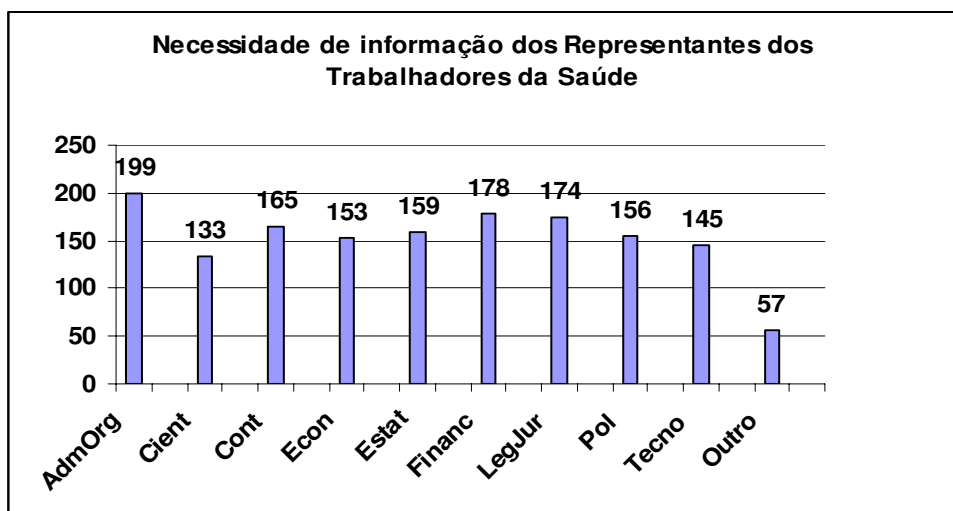


Figura 42: Necessidade de Informação dos Representantes dos Trabalhadores da Saúde

Com maior variabilidade nas preferências, com um menor achatamento na curva, conforme ilustrado pela figura 43, os representantes dos gestores disseram ter menor necessidade de informação científica e financeira, privilegiando também a administrativa/organizacional, a contábil, a estatística e a legal/jurídica. Pode-se especular que a maior variabilidade se deve à diversidade de atribuições do gestor no processo de administrar os recursos, necessitando de um maior acervo informacional.

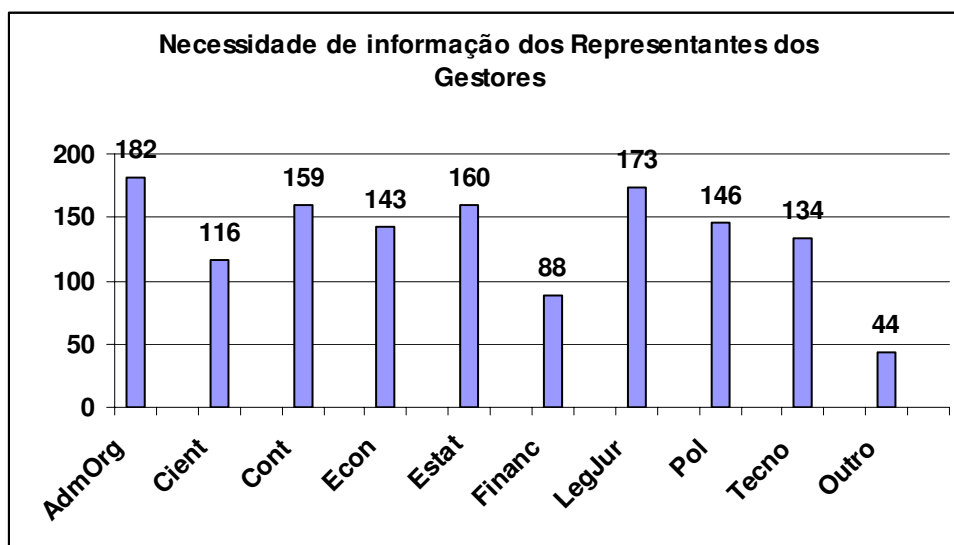


Figura 43: Necessidade de Informação dos Representantes dos Gestores

A última categoria de conselheiros, a dos representantes dos prestadores de serviços de saúde, pelo mostrado na figura 44, tem comportamento semelhante ao das duas primeiras, sem grandes oscilações nas opiniões.

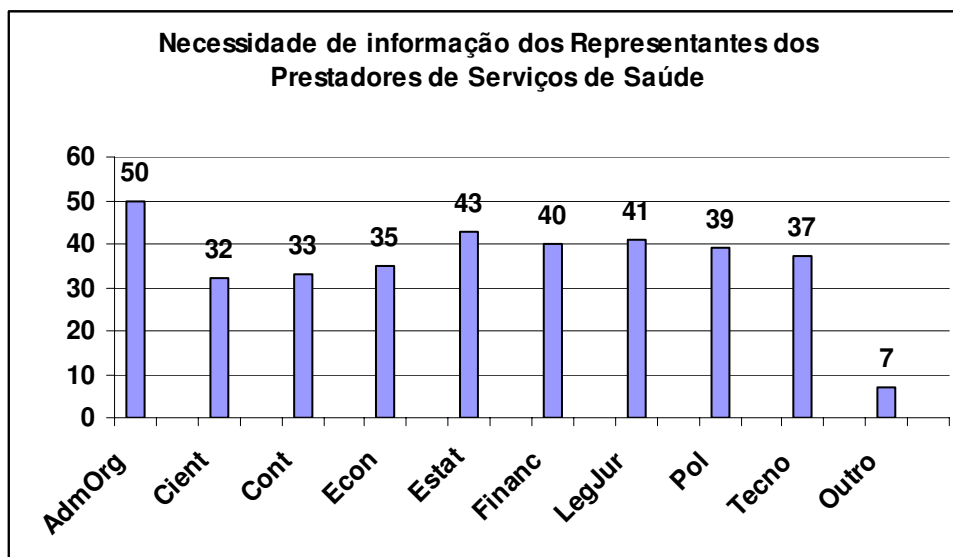


Figura 44: Necessidade de Informação dos Representantes dos Prestadores de Serviços de Saúde

Fazendo-se um cruzamento da profissão do conselheiro de saúde com o tipo de informação que necessita, verifica-se uma forte correlação ($r > 0,994$) entre estas duas variáveis. A tabela 21 relaciona as necessidades de informação com as profissões.

Tabela 21: Necessidade de Informação por profissão dos conselheiros

Profissão	Tipo de Informação Necessária	Frequência
Administrador	Administrativa/Organizacional	22
Agente Administrativo	Administrativa/Organizacional	10
Aposentado	Administrativa/Organizacional, Financeira, Legal	15
Assistente Social	Legal/Jurídica	15
Auxiliar Administrativo	Administrativa/Organizacional	19
Aux. de Enfermagem	Administrativa/Organizacional	10
Cirurgião Dentista	Estatística	10
Comerciante	Estatística e Financeira	8
Enfermeiro	Administrativa/Organizacional	81
Farmacêutico	Administrativa/Organizacional, Contábil e Financeira	10
Fisioterapeuta	Administrativa/Organizacional	12
Médico	Legal/Jurídica	16
Professor	Administrativa/Organizacional	23
Psicólogo	Administrativa/Organizacional e Financeira	11
Secretário de Saúde	Administrativa/Organizacional e Financeira	19
Servidor Público	Administrativa/Organizacional	70
Téc. de Enfermagem	Administrativa/Organizacional e Política	16

As perguntas 42 do questionário e 11 do roteiro da entrevista indagaram sobre sucesso na última vez que o conselheiro fez uso de informação em saúde, para exercício do controle social e solicitava que ele o relatasse. Forneceram seus depoimentos, por escrito, 329 pesquisados (48,67%). Destes, 278 (41,12%) relataram experiências positivas contra apenas 51 (7, 54%) que alegaram ter sido negativa sua última experiência no uso de informação em saúde.

Dos 676 conselheiros da amostra, 347 (51,33%), portanto a maioria, não respondeu a esta pergunta. De um modo geral, as respostas a este quesito podem ser agrupadas em três categorias de experiências, conforme adotado na pesquisa do Ministério da Saúde (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003, *op. cit.*, p. 51), a saber: recursos financeiros, mobilizações sociais e uso de veículos de comunicação.

A tabela 22 apresenta algumas respostas afirmativas e negativas, aqui categorizadas como situação e lacuna pela abordagem *sense making* com relação a recursos financeiros. Cabe esclarecer que as respostas, em ambas as colunas, não foram dadas pela mesma pessoa.

Tabela 22: Situação x Lacuna no uso das informações sobre recursos financeiros

Situação	Lacuna
<p>“Para aprovação do relatório trimestral de gestão da Secretaria Municipal de Saúde. Com as informações obtidas através [sic] da Secretaria de Finanças, foi possível esclarecer as planilhas para os conselheiros e assim fazer observações em ata.” (CMS, Trabalhador da Saúde, 41-45 anos)</p>	<p>“A maior dificuldade é com o controle financeiro; contábil e orçamento.” (CMS, Trabalhador da Saúde, 46-50 anos)</p>
<p>“Na aprovação das Contas Municipal [sic] da Saúde da cidade de [omitido intencionalmente], relativa ao primeiro semestre de 2008.” (CMS, Usuário, 56-60 anos)</p>	<p>“Necessitamos de relatórios desmembrados das verbas repassadas aos municípios. Nunca nos informam. Sem informação precisa não temos como fazer controle e uma boa aplicação da mesma.” (CMS, Trabalhador da Saúde, 61-65 anos)</p>
<p>“Com muita frequência utilizo informações em Saúde. Consulto constantemente repasse do FNS; questiono diminuição de repasse; solicito adesão a novos programas do Ministério, como por exemplo, a implantação de um NASF no município e de um CAPs II. Sou uma usuária constante.” (CMS, Trabalhador da Saúde, 66-70 anos)</p>	<p>“Digo que as informações vêm em formato de planilha Excel e que não temos como saber se o que está ali é correto, pois não existe um sistema que monte as planilhas de prestação de contas no município, e isto vale para todos os conselhos.” (CMS, Usuário, 41-45 anos)</p>
<p>“Como sou gestora; estou sempre olhando as informações do Fundo Municipal de Saúde (FMS) e do SIOPS.” (CMS, Gestor, 41-45 anos)</p>	<p>“A maior dificuldade é o relatório de gestão trimestral da Secretaria Municipal de Saúde.” (CMS, Usuário, 51-55 anos)</p>
<p>“Houve relativo sucesso: quando participei do Conselho; num mandato anterior; a Comissão Financeira solicitou documentos que num primeiro momento foram negados; com a denúncia ao Ministério Público posteriormente o assunto foi resolvido, embora com desgastes.” (CMS, Usuário, 56-60 anos)</p>	<p>“Não, por encontrar dados complexos e dificuldade de acessibilidade virtual [sic].” (CMS, Trabalhador da Saúde, 51-55 anos)</p>

Algumas das lacunas mencionadas acima encontram eco na questão da opacidade (falta de transparência), aludida por Jardim (1998, *op. cit.*), no seu estudo sobre as condições de produção e disseminação, pela administração pública federal, das informações que devem estar à disposição da sociedade, enquanto que a questão da falta de dados processados adequadamente e dos formatos inadequados da entrega da informação também foi percebida no estudo da autora polonesa Niedzwiedzka (2003, *op. cit.*).

Estes tipos de dificuldades não são encontrados apenas no Brasil e na Polônia, uma vez que pesquisa do governo canadense também mostrou “frustração do público em relação a serviços e informações oferecidos”, conforme relatado por Tapscott (1997, *op. cit.*, p. 173).

Na segunda categoria de experiências exitosas ou frustrantes no uso de informação em saúde, está a informação para mobilizações sociais. Nesta categoria enquadra-se a informação que potencializa a participação ativa da sociedade, ou de grupos sociais, na formulação e fiscalização das políticas de saúde. A tabela 23 apresenta algumas respostas dadas pelos conselheiros.

Tabela 23: Situação x Lacuna no uso de informações para mobilizações sociais

Situação	Lacuna
“Nosso Conselho é muito leigo nos conhecimentos; sendo que começou a mudar de 2007 para cá; foi quando eu e outro Conselheiro conseguimos participar da Plenária Estadual e Nacional. Conseguimos muito material e começamos a passar as informações.” (CMS, Usuário, 46-50 anos)	“Com relação aos Conselhos; o passado “patogênico” [<i>sic</i>] pode estar além de nosso alcance; não porque está acabado e encerrado; mas precisamente porque não está, ou seja, porque continua a provocar danos no presente. Talvez possamos fazer alguma coisa para mudar.” (CMS, Usuário, 46-50 anos)
“Mudança do regimento interno possibilitando o aumento das cadeiras dos usuários.” (CMS, Trabalhador da Saúde, 41-45 anos)	“As dificuldades são referentes às denúncias; nunca tivemos respaldo das instâncias competentes: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, Conselho Estadual de Saúde e nem mesmo do Ministério Público.” (CMS, Usuário, 46-50 anos)
“No ano de 2008, a ONG na qual trabalho desenvolveu um projeto em parceria com o Ministério da Saúde e Escolas Municipais, o que envolveu 5.000 alunos.” (CMS, Usuário, 46-50 anos)	“Não. Acho que o Ministério deveria ser mais atencioso nas denúncias que os conselheiros fazem, pois eu fiz denúncia na Conferência Estadual do secretário e do prefeito e foi aprovado pela maioria e até vaiado. Fala para mim o que aconteceu. Nem me ligaram.” [<i>sic</i>] (CMS e CES, Usuário, 46-50 anos)
“A utilização dos métodos participativos, através de dinâmicas e também recurso audiovisual fez com que os conselheiros compreendessem melhor o dinamismo que é a utilização dos recursos disponíveis e que muitas vezes não são utilizados pela maioria dos municípios.” (CMS, Gestor, 51-55 anos)	“Não; pois as pessoas são desinteressadas. Como todo brasileiro querem [<i>sic</i>] exigir direitos sem saber sequer quais os seus direitos, pois não são participativos.” (CMS, Trabalhador da Saúde, 31-35 anos)
“Palestra aos usuários de conotação política contrária, pois se não tiver muito conhecimento	“Não. Falta de interesse da população.” (CMS, Prestador, 31-35 anos)

eles interpretam tudo de maneira contrária.” (CMS, Gestor, 46-50 anos)	
“Sempre que atuo me baseio primeiro em informações. Exemplo: tivemos que opinar recentemente sobre um projeto denominado “Saúde ao Ar Livre”. Tivemos que recorrer à Portaria 204, à Portaria MS 7. Enfim, temos que estar sempre munidos com este tipo de informação.” (CMS, Usuário, 41-45 anos)	“Não. Pelo desconhecimento dos conselheiros do seu papel no acompanhamento, fiscalização dos gastos em saúde, visto que existe um distanciamento muito grande entre o exercício do controle social e o investimento no processo formativo dos conselheiros.” (CMS, Gestor, 46-50 anos)

Halliday (1994, *op. cit.*, p. 103) abordou esta lacuna ao manifestar sua preocupação com o engajamento das “organizações de cidadãos vigilantes e conscientes de seus direitos” para que se possa exercer o *accountability*, enquanto Oliveira (2007, *op. cit.*, p. 29) alerta para o fato de que muitos conselhos foram transformados em “meras instâncias homologatórias” das decisões tomadas pelos gestores do sistema, justamente pela dificuldade de mobilização.

A este respeito, na última entrevista conseguida, a de nº. 30, o conselheiro assim se expressou:

“Vejo que no município onde trabalho há grande necessidade de inclusão dos usuários, dos trabalhadores e dos gestores em todos os níveis de atenção e gestão do SUS para, inicialmente, mudar o modelo de atenção instituído nos serviços de saúde, baseado no atendimento individual médico-hegemônico, hospitalocêntrico [sic], com busca da medicalização [sic] da vida.

Para tanto, percebo a necessidade de iniciar um processo de contágio pelo SUS que já certo trabalhando com ações interdisciplinares e transdisciplinares, bem como intersetoriais em busca de aumentar a qualidade de vida dos usuários e não com se faz atualmente, manter o paradigma da saúde como ausência de doença. Para isso é fundamental o "Controle Social" atuar não de forma de controle [sic], mas no sentido de participação em todas as fases do processo. Deve propor, deve aprender, deve contagiar os demais.” (CMS, Trabalhadores da Saúde, 71 anos ou mais)

A tabela 24 apresenta algumas respostas relevantes com relação ao terceiro e último grupo de experiências, o uso de informações nos vários meios de comunicação (mídias).

Tabela 24: Situação x Lacuna no uso de veículos de comunicação

Situação	Lacuna
“Através [sic] de uma portaria enviada via <i>e-mail</i> consegui fazer um projeto de centro de especialidade odontológica.” (CMS, Gestor, 25-30)	“Buscamos no <i>site</i> da SES a PPI do município; mas o <i>site</i> não estava disponível. Entramos em contato com a DRS X - Piracicaba; que também não conseguiu acessar o sistema naquele dia.” (CMS, Gestor, 46-50 anos)
“Através [sic] do <i>site</i> da Secretaria Estadual	“Faltam dados precisos e atualizados sobre

de Saúde fui informada de uma capacitação e após entrar em contato com o gestor fui autorizada a participar com as despesas pagas.” (CMS, Trabalhador da Saúde, 25-30 anos)	a situação epidemiológica no Estado. Os sistemas não estão suficientemente alimentados.” (CES, Usuários, 61-65 anos)
“Busquei informações sobre a Resolução 333 do CNS - Eleição para Presidente do CMS. Pesquisei na Internet; pedi ajuda ao Conselho Estadual. A eleição foi um sucesso. Um profissional de saúde é o presidente.” (CMS, Usuário, 46-50 anos)	“Não. Nos <i>sites</i> do Ministério da Saúde, por exemplo, nunca consigo chegar especificamente no que gostaria e em alguns sites quando encaminho <i>e-mail</i> solicitando alguma informação, quando respondem, não tem precisão.” (CMS, Trabalhador da Saúde, 20-24 anos)
“Através [<i>sic</i>] do Programa Pró-Saúde obtive algumas idéias para propor mudanças na inserção do profissional de saúde no SUS.” (CMS, Usuário, 41-45 anos)	“No <i>site</i> DATASUS são necessárias várias tentativas devido aos diversos ícones existentes. Dados desatualizados.” (CMS, Trabalhador da Saúde, 41-45 anos)
“Mais ou menos. Foi no controle do mosquito da dengue, através [<i>sic</i>] de divulgação em escolas, creches e associações nos povoados do município.” (CMS, Gestor, 31-35 anos)	“Material de divulgação das ações em saúde realizadas; para a IV Conferência Municipal de Saúde; o sucesso não foi o esperado, pois a participação popular foi insignificante.” (CMS, Prestador, 41-45 anos)
“Sempre que necessitamos, procuramos nos informar sobre as atualidades no <i>site</i> do Ministério Público. Também tiramos dúvida na GRS de Patos de Minas, a qual nosso município pertence. Enfim; toda fonte de informação para melhorar nosso atendimento é explorada.” (CMS, Trabalhador da Saúde, 25-30 anos)	“Depende do entendimento de informação em saúde. Estou atualmente fazendo pelo conselho uma pesquisa sobre mortalidade materno-infantil e temos dificuldade de informação e outra pesquisa, no trabalho, sobre drogas e as informações mais elementares não são encontradas.” (CES, Usuários, 51-55 anos)

As lacunas referentes à comunicação foram motivo de preocupação por parte de Tovar (2007, *op.cit.*, p. 56), quando menciona a sua importância para a participação do cidadão, sob pena de o controle ficar restrito apenas “a microespaços, como o hospital, por exemplo”, Nesta mesma direção, Cardoso (2007, *op. cit.*) já havia chamado a atenção para o fato de que as relações dos conselheiros com seus grupos de origem podem ser dificultadas pela falta de equipamentos básicos, tais como telefone, televisão e vídeo, sem falar nos equipamentos de informática e o acesso à Internet.

Também chamaram a atenção para estas limitações Harrison, Hepworth e Chazal (2004, apud CASE, 2006, *op. cit.*). O problema com relação à atualização dos dados ocorre porque não se dá atenção às recomendações de autores como Schwartz (1998, *op.*

cit., p. XXXI), Nielsen (2000, *op. cit.*, p. 380) e Reedy, Schullo e e Zimmerman (2000, *op. cit.*, p. 287) entre outros.

As perguntas 44 do questionário e 13 do roteiro da entrevista indagaram quais os meios de comunicação (mídias) ou serviços que o conselheiro utiliza para exercício de suas atividades, o que está mostrado, em ordem decrescente, na tabela 25. Pela coluna Total percebe-se que, para nenhum dos itens propostos, houve anuência dos 676 respondentes.

Tabela 25: Meios de Comunicação/Serviços que utiliza nas atividades de Conselheiro

Mídia/Serviço	Frequência	%	Total
Internet	585	92,86%	630
Correio eletrônico	521	86,69%	601
Jornal	437	74,96%	583
Revista	340	60,82%	559
Rádio	335	59,93%	559
Televisão	281	50,72%	554
Correios	280	52,53%	533
Biblioteca	247	46,43%	532
Serviço de alto-falante	126	25,40%	496
BBS	72	15,65%	460

O uso de mídias e serviços está ilustrado na figura 45. Merece ser ressaltado que os serviços de correios, outrora grandes parceiros do Ministério da Saúde na disseminação de informações, com o advento da internet e dos serviços de correios eletrônicos, cai na escala de preferências, indo juntar-se à biblioteca, ao serviço de alto-falante e à BBS como os menos utilizados pelos conselheiros.

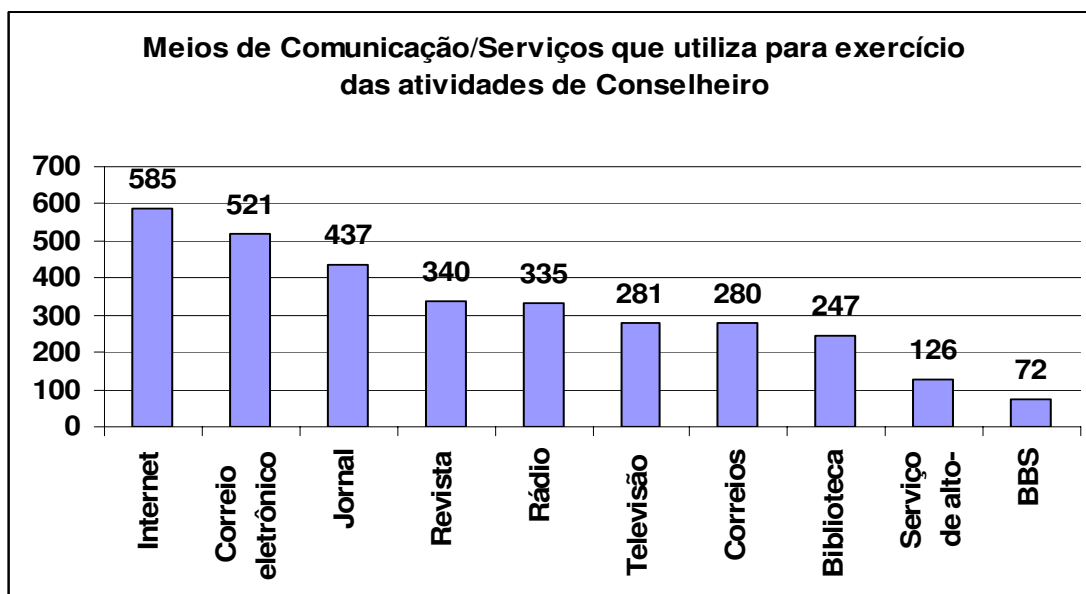


Figura 45: Meios de Comunicação/Serviços que utiliza para exercício das atividades de Conselheiro

O uso da internet revela-se muito importante como mídia para o conselheiro, conforme atestam estes depoimentos:

“(...) pois uso frequentemente os *sites* ligados a saúde para baixar informações; para atualização dos sistemas de informação da Secretaria Municipal de Saúde.” (CMS, Trabalhador da Saúde, 25-30 anos)

“(...) utilizo em demasia todo o material que posso buscar na internet; por exemplo: quando necessito de assessoria jurídica do Conselho Estadual ou Nacional; ou como proceder diante de alguns impedimentos legais em nosso trabalho de fiscalização.” (CMS, Gestor, 41-45 anos)

“(...) sempre pesquiso através [*sic*] do portal do Ministério da Saúde e da Secretaria Estadual.” (CMS, Gestor, 31-35 anos)

“(...) eu tenho facilidade em obter informações, pois trabalho na saúde e tenho acesso a Internet. Consultei o Portal da Transparência.” (CMS, Trabalhador da Saúde, 41-45 anos)

A pesquisa do Ministério da Saúde (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003, *op. cit.*, p. 52-53) informa que a Internet foi mencionada por 64% das respostas, com a ressalva de que em “relação à esfera de representação CMS, há uma tendência à baixa utilização de Páginas da Internet”. Tal melhora nos níveis de utilização pode ser creditada à rápida expansão da internet no Brasil e os esforços de capacitação para inclusão digital no período de seis anos que separa as duas pesquisas. De forma análoga, o rádio e a televisão, também naquele estudo, apresentaram baixa porcentagem (33% e 24%, respectivamente) de preferência pelos conselheiros em suas atividades.

Nesta pesquisa um conselheiro fez um depoimento favorável ao rádio como mídia para o controle social:

“(...) hoje temos um programa de rádio exclusivo do CMS de minha cidade e isto é muito importante para todos.” (CMS, Usuário, 41-45 anos, IDHM = 0,696)

A pergunta 43 do questionário e a pergunta 12 do roteiro da entrevista perguntavam ao conselheiro qual (ou quais) assunto(s), com base na sua experiência no SUS, deveria(m) ser objeto(s) de controle social.

Responderam esta pergunta 380 conselheiros (56,21%), sugerindo que 47 temas, aproximadamente, sejam objeto de controle social. A tabela 26 apresenta as sugestões dos conselheiros.

Tabela 26: Assuntos que devem ser objeto de controle social

Objeto de Controle	Frequência	%
Recursos Financeiros	71	18,68
Políticas de saúde	54	14,21
Capacitação	48	12,63
Atendimento	29	7,63
Informação	19	5,00
Recursos Humanos	19	5,00
Gestão	15	3,95
Mobilização social	14	3,68
Educação em saúde	12	3,16
Controle social	9	2,37
Direitos e deveres	9	2,37
Humanização	8	2,11
Ampliação de vacinas	7	1,84
Auditoria	7	1,84
Prevenção	7	1,84
Acesso ao SUS	4	1,05
Administração do SUS	3	0,79
Desemprego	3	0,79
Gravidez na adolescência	3	0,79
Judicialização	3	0,79
Programa Saúde da Família	3	0,79
Álcool	2	0,53
Atenção básica	2	0,53
Cidadania	2	0,53
Controle da natalidade	2	0,53
Epidemiologia	2	0,53
Higiene e Saneamento	2	0,53
Planejamento Familiar	2	0,53
Abertura política	1	0,26
Aleitamento materno	1	0,26
Controle de doenças	1	0,26

Objeto de Controle	Frequência	%
Controle sócio-cultural	1	0,26
Cuidados com a saúde	1	0,26
Dados epidemiológicos	1	0,26
Desnutrição	1	0,26
Doenças psicossomáticas	1	0,26
Droga	1	0,26
Doenças Sexualmente Transmissíveis	1	0,26
Farmácia básica	1	0,26
Habitação	1	0,26
Pobreza	1	0,26
Preservação ambiental	1	0,26
Programas e projetos	1	0,26
Realidade Local	1	0,26
Riscos de doenças	1	0,26
Saúde do trabalhador	1	0,26
Total	380	100,00

Tendo por base a tabela 26, acumulou-se as freqüências, acrescentando-se a terceira coluna, mostrada na tabela 27.

Com esta aglutinação percebe-se que os 12 primeiros temas atingem 80,79% das menções dos pesquisados e podem ser classificados em cinco grandes categorias: administrativo, direito, educacional, saúde e social, o que está mostrado na tabela 28.

Tabela 27: Frequência acumulada dos assuntos que devem ser objeto de controle social

Objeto de Controle	Frequência	%	Frequência Acumulada
Recursos Financeiros	71	18,68%	18,68%
Políticas de saúde	54	14,21%	32,89%
Capacitação	48	12,63%	45,53%
Atendimento	29	7,63%	53,16%
Informação	19	5,00%	58,16%
Recursos Humanos	19	5,00%	63,16%
Gestão	15	3,95%	67,11%
Mobilização social	14	3,68%	70,79%
Educação em saúde	12	3,16%	73,95%
Controle social	9	2,37%	76,32%
Direitos e deveres	9	2,37%	78,68%
Humanização	8	2,11%	80,79%
Outros assuntos	73	19,21%	100,00%
Total	380	100,00%	

Tabela 28: Categorias de assuntos que devem ser objeto de controle social

Categoria do assunto objeto de controle	Frequência	%
Gestão	183	48,16%
Legal/Jurídico	12	3,16%
Educação	12	3,16%
Saúde	131	34,47%
Social	42	11,05%
Total	380	100,00%

Classificando-se os dados da tabela 28 em ordem decrescente de preferência para receberem controle social, na opinião dos conselheiros, percebe-se que os assuntos de cunho administrativo são causa de maior preocupação, em relação à saúde, propriamente dita. E aqui cabe lembrar a recomendação de Osborne e Gaebler (1994, *op. cit.*), de que em matéria de custo-benefício, na área da saúde pública, a melhor coisa que o governo faz é a disseminação de informações sobre saúde. A figura 46 mostra esta situação.

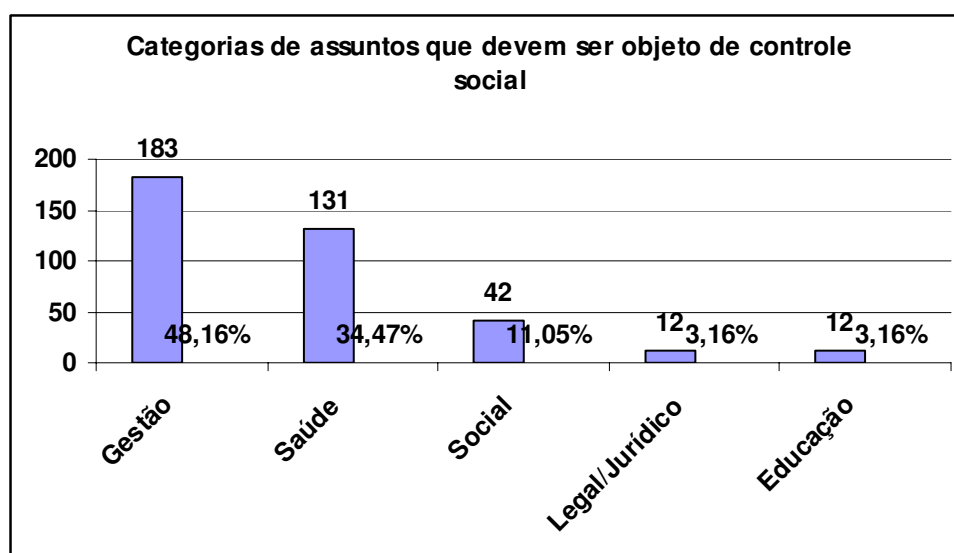


Figura 46: Categorias de assuntos que devem ser objeto de controle social

Depoimentos importantes foram ouvidos. Disse o conselheiro nº 28, sobre temas que devem ser objeto de controle social, durante a entrevista:

“Em primeiro lugar acho que os contratos de trabalhos dos médicos do PSF e outras unidades de saúde. Acho uma imoralidade o comprometimento profissional do médico em assinar um contrato de trabalho de atendimento de 8 horas/dia e atender 40 minutos/dia ou em outras unidades de 200 horas, e até de 400 horas e atender 30 minutos.

Outra questão importante é a dos atendimentos realizados pelos hospitais, onde o paciente assina na entrada uma ficha e não recebe nenhum comprovante do real procedimento a que foi submetido durante a sua permanência, quer seja internado ou não, não podendo conferir o que foi gasto com ele ficando somente a cargo do controle e avaliação do município acreditar ou não nos serviços "realizados" e apresentados pelos hospitais.

Acho que o Sistema deveria lançar outras ferramentas para estes controles. Acredito que muitos hospitais façam a maior "farrá" aí. Acho que os usuários deveriam receber uma

cópia do prontuário ou outro relatório com os procedimentos aos quais foram submetidos e obrigados a apresentar aos serviços de controle e avaliação para conferência onde os controladores confrontariam estes com os usuários e os recebidos dos hospitais, fechando aí qualquer chance de super faturar os procedimentos. Me entende? Já dei estas sugestões ao Ministério mas parece que este prefere deixar como está. São brechas para as falcaturas.” (CMS, Usuários, 51-55 anos)

Outro depoimento detalhado foi o do entrevistado nº 15 que assim se expressou:

“No caso específico do nosso município a definição das prioridades na aplicação dos recursos do Fundo Municipal de Saúde deve ser objeto de controle maior por parte da sociedade.

Vou explicar o que quero dizer com isso: a lei que orienta o gestor da saúde e os conselhos de saúde a realizarem a cada quatro anos uma Conferência Municipal para buscar as prioridades nas ações de saúde está em vigor desde 1990. Em 2006 quando cheguei ao conselho uma de minhas primeiras ações como conselheiro foi alertar o plenário e a mesa diretora para isso, pois até aquela data nenhuma conferência havia sido realizada no município.

Realizamos a nossa primeira conferência em agosto de 2007, mas o gestor não deu a mínima atenção às ações indicadas no relatório final da conferência. Conclusão: entendo que o SUS é um sistema extraordinariamente bem concebido, mas falta educar a sociedade para operacionalizá-lo. A começar por seus gestores municipais que não têm qualificação para o exercício do cargo e não tem interesse de ler e observar a legislação que trata do Sistema.

Realiza tudo pela tradição. O que o gestor anterior fazia aquele que o substituiu continua fazendo. Confesso que me sinto desgastado de tanto cobrar isso em plenário e pessoalmente ao gestor. Mas uma esperança surge agora com a transição na gestão municipal.

Estou de certa forma otimista com a nova gestão, pois o gestor que assumiu recentemente a Pasta da Saúde, pelo menos as normas relativas ao SUS pediu para ler [sic] e a sua primeira manifestação no plenário do nosso conselho foi no sentido de orientar-se na legislação para o exercício do cargo. Mas, além disso, acho fundamental - e aí vai uma sugestão para você consignar no seu trabalho: uma campanha institucional do governo federal para educar a sociedade usuária do SUS.

O que acontece hoje é o seguinte: o usuário tem um calafrio ou uma febre e corre para a emergência do hospital municipal. O usuário não aprendeu a utilizar os serviços dos Programas Saúde da Família e isso eu vejo como uma deficiência do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde que também não têm a capacitação necessária para orientar o usuário. Acho até que acabei extrapolando na resposta à pergunta, mas é importante você conhecer a realidade da maioria dos municípios brasileiros com relação ao controle social.

Mas o fato é esse: o controle social nos municípios menores não existe porque não há quem saiba exercê-lo com segurança segundo os seus princípios legais. Na verdade é um verdadeiro faz de conta. No nosso município as coisas começaram a mudar quando cheguei ao conselho.

O plenário do nosso conselho já determinou a restituição de verbas aplicadas indevidamente às contas do fundo e existem ainda algumas pendências que caminham para isso, mas em outros aspectos do controle social, como definição de prioridades das ações de saúde e na aplicação dos recursos, por exemplo, ainda não conseguimos implementar porque não há, por exemplo a inter-relação extremamente necessária com a câmara de vereadores para o conselho participar da discussão do orçamento do município.

“Os nossos vereadores são alheios a isso. Já encaminhamos proposta nesse sentido e não recebemos nenhuma resposta.” (CMS, Usuários, 56-60 anos)

Para saber-se quais recursos, ou fontes de informação o conselheiro utiliza nas suas atividades, foi elaborada a pergunta 57 do questionário (14 no roteiro da entrevista). Foram sugeridos 12 itens e mais a opção “outro”. Novamente, nenhum dos itens propos-

tos foi respondido pela totalidade dos 676 participantes da amostra. As preferências dos pesquisados foram classificadas em ordem decrescente e estão apresentadas na figura 47.

Os indicadores de saúde, os relatórios e as atas dos conselhos ocupam as três primeiras posições no rol de preferências dos conselheiros, com 556 (90,26% do total de 616 pessoas que responderam este item); 517 (87,63% do total de 590 respondentes) e 507 (84,08% de 603), respectivamente.

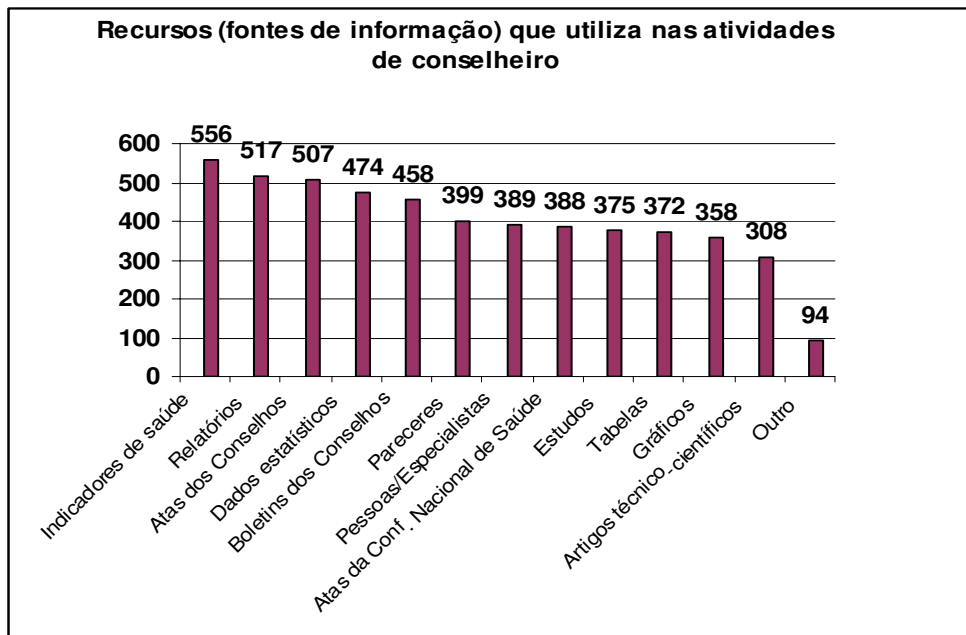


Figura 47: Recursos (fontes de informação) que utiliza nas atividades de conselheiro

O coeficiente de correlação encontrado entre a fonte de informação que mais utiliza e o segmento profissional que o conselheiro representa, revela $r > 0,988$. Nas três primeiras categorias, a saber: usuários, trabalhadores de saúde e gestores do SUS, as preferências recaem sobre os indicadores de saúde e os relatórios, como as fontes mais consultadas. Para os representantes dos prestadores de serviços de saúde os relatórios cedem sua vez aos dados estatísticos como segunda fonte mais consultada.

Estas preferências estão ilustradas nas figuras 48, 49, 50 e 51, respectivamente.

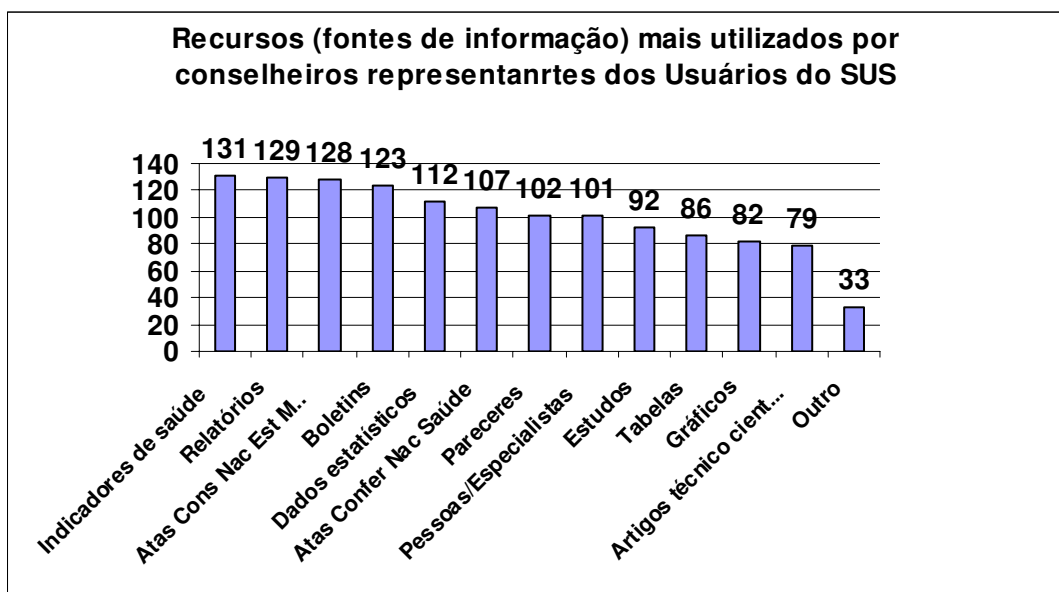


Figura 48: Recursos (fontes de informação) mais utilizados por conselheiros representantes dos Usuários do SUS

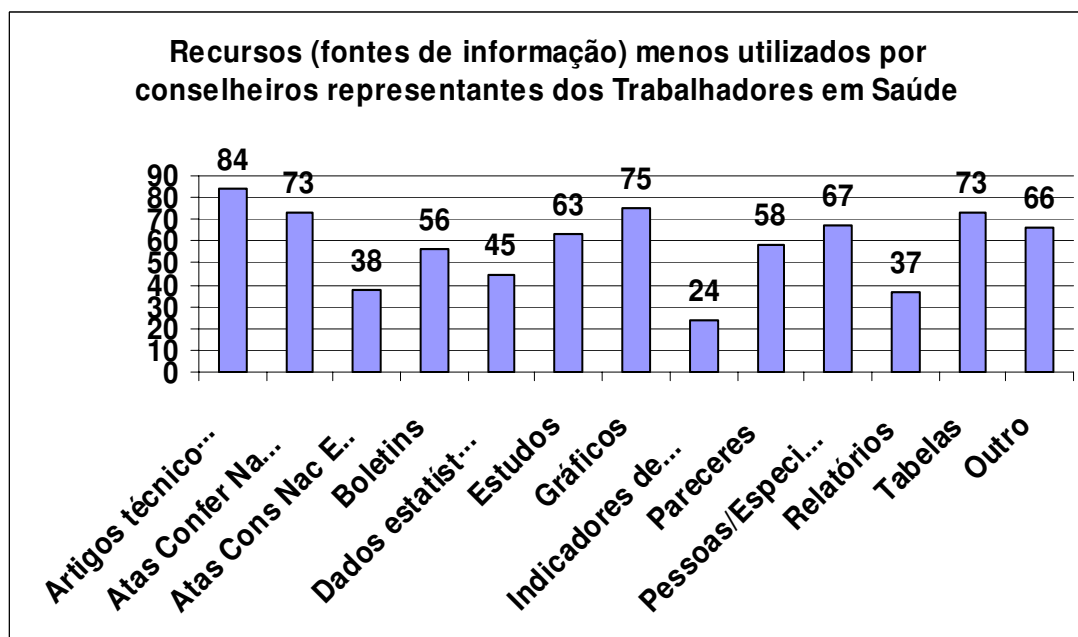


Figura 49: Recursos (fontes de informação) mais utilizados pelos conselheiros representantes dos Trabalhadores da Saúde

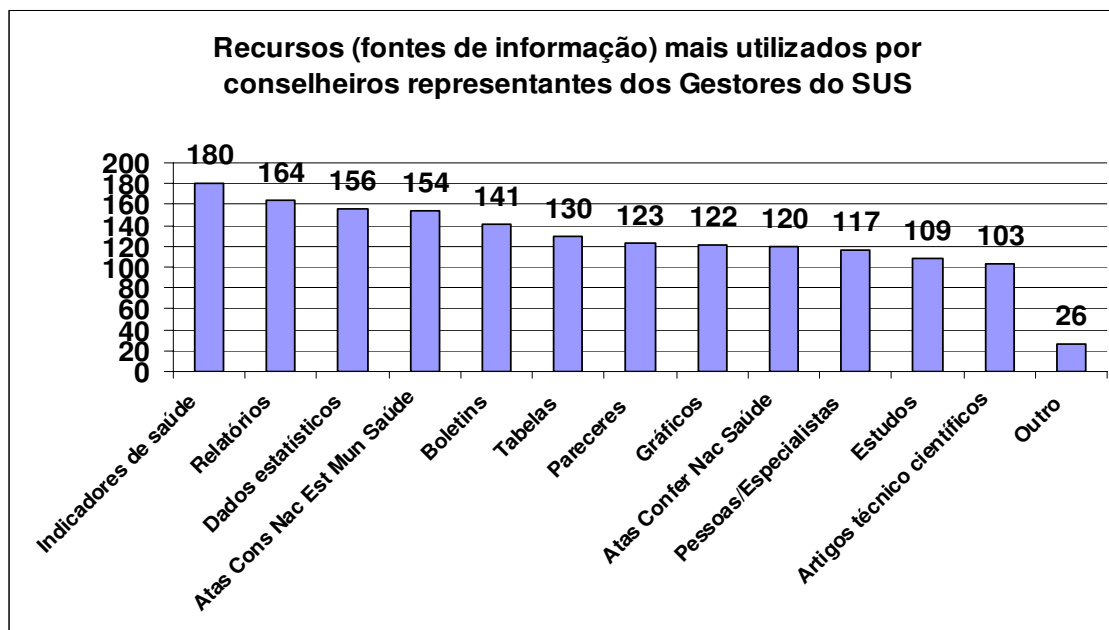


Figura 50: Recursos (fontes de informação) mais utilizados por conselheiros representantes dos Gestores do SUS

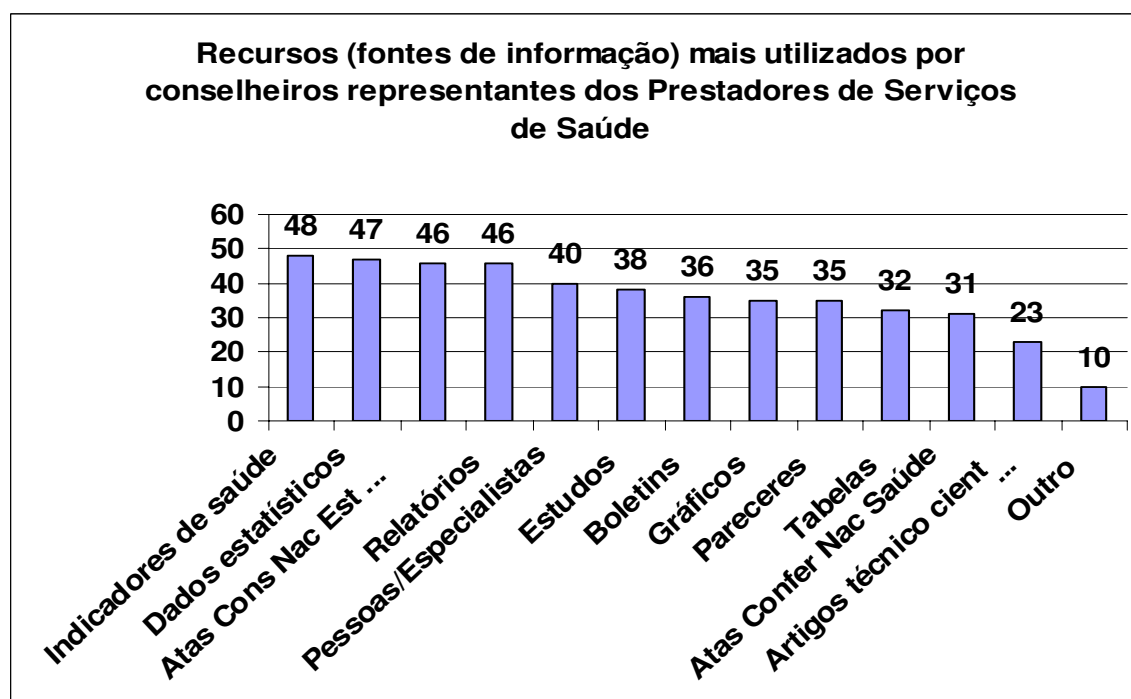


Figura 51: Recursos (fontes de informação) mais utilizados por conselheiros representantes dos Prestadores de Serviços de Saúde

A tabela 29 resume as preferências pelas fontes de informações pelos quatro segmentos de representação dentro dos conselhos. Pode-se especular que os valores mais baixos, referentes às respostas dos representantes dos prestadores de serviços de saúde, estejam associados à menor participação desta categoria na amostra, 58 indiví-

duos contra 236 representantes dos trabalhadores da saúde, 207 dos gestores do SUS e 175 dos usuários.

Tabela 29: Fontes de informação mais utilizadas por Segmento de Representação nos Conselhos

Fonte de Informação	Usuários	Trabalhadores	Gestores	Prestadores
Indicadores de saúde	131	195	180	48
Relatórios	129	177	164	46
Atas Cons. Nac. Est. Mun. Saúde	128	173	154	46
Boletins	123	155	141	36
Dados estatísticos	112	159	156	47
Atas Confer. Nac. Saúde	107	128	120	31
Pareceres	102	139	123	35
Pessoas/Especialistas	101	132	117	40
Estudos	92	134	109	38
Tabelas	86	124	130	32
Gráficos	82	118	122	31
Artigos técnico científicos	79	104	103	23

A importância dos indicadores de saúde foi comparada à dos indicadores econômicos por Moraes (2007, *op. cit.*, p. 25) quando questionou por que a mídia só publica colunas com o segundo tipo, os econômicos.

Apesar da preferência manifestada pelos indicadores de saúde, existem críticas à utilização desta ferramenta de gestão no âmbito dos conselheiros. O conselheiro nº 4 disse que:

“(…) os indicadores utilizados nos pactos são muito subjetivos; mal explicados; freqüentemente remetem a "culpa" de não ter sido atingidas tais metas aos próprios usuários do sistema. A informação fica a cargo dos gestores que não têm demonstrado interesse algum.” (CMS, Trabalhadores da Saúde, 31-35 anos)

Do lado dos que percebem a utilidade dos indicadores, pôde-se ouvir este depoimento da conselheira nº 17:

“(…) a informação em saúde tem dados muito ricos, porém são dispersos e usados conforme o interesse de cada setor. Na elaboração do Plano Municipal de Saúde usamos estes dados e o Conselho Municipal de Saúde tem apreciado as prestações de contas à luz de indicadores de saúde.” (CMS, Gestor, 46-50 anos)

Ou ainda, como alguns respondentes escreveram no questionário:

“(…) apresentar aos conselheiros o Pacto pela Saúde e os indicadores alcançados pelo município contribuiu para a participação e envolvimento dos conselheiros nas ações de promoção e prevenção a saúde.” (CMS, Gestor, 36-40 anos)

“(…) sempre faço uso dos indicadores de saúde do município para verificar o cumprimento de ações.” (CMS, Trabalhador da Saúde, 46-50 anos)

“(...) consultei o Pacto de Gestão Municipal, o que me possibilitou avaliar os indicadores pactuados.” (CMS, Prestador, 36-40 anos)

Os relatórios, o segundo item mais votado nas fontes consultadas pelos pesquisadores, conta com depoimentos favoráveis, tais como:

“(…), pois sempre me baseio nos relatórios trimestrais, relatórios de gestão que são apresentados nas reuniões do conselho.” (CMS, Prestador, 36-40 anos)

Ou então:

“(…) antes da tomada de decisão procuro me fundamentar na apresentação de resultados do relatório de gestão e Plano Municipal de Saúde e em outros relatórios da saúde.” (CMS, Usuário, 51-55 anos)

E ainda:

“(…) buscamos sempre acompanhar os relatórios das Conferências municipais onde se observa as necessidades da nossa comunidade que é através dela [sic] que realizamos os nossos planejamentos.” (CMS, Gestor, 46-50 anos)

As pessoas e os especialistas também são lembrados como fontes de consulta, conforme o achado de Cogdill (2003, *op. cit.*), e estes depoimentos dados por alguns conselheiros:

“(…) sempre que se faz necessário a presença de um profissional da área da saúde para esclarecer assuntos; obtemos retorno.” (CMS, Usuário, 46-50 anos)

“(…) é importante a troca de experiências com outros conselheiros; novo aprendizado; como atuar no município; tomar iniciativas para melhorar o atendimento à comunidade.” (CMS, Gestor, 41-45 anos)

“(…) através [sic] de uma assessoria jurídica resolvemos algumas questões que dificultavam o nosso controle social.” (CMS, Trabalhador, 36-40 anos)

“(…) tive que procurar o Superintendente Estadual.” (CMS, Usuário, 51-55 anos)

“(…) liguei algumas vezes para a Secretaria Estadual de Saúde e sempre recebi as orientações necessárias; porém no município algumas orientações não são repassadas ao conselho o que complica o entendimento de certos assuntos.” (CMS, Usuário, 25-30 anos)

“(…) pois foi pedido para que o contador e um vereador nos explicassem o porquê de mudar o convênio com um hospital de uma cidade vizinha.” (CMS, Trabalhador da Saúde, 46-50 anos)

Com base em todas estas constatações, o Objetivo Específico 2: Identificar as necessidades de informação do conselheiro quanto ao tipo e as fontes de informação, as mídias utilizadas e os assuntos que devam ser objeto de controle social” foi alcançado, uma vez que se pode afirmar que os pesquisados preferem as informações dos tipos administrativa/organizacional, financeira e legal/jurídica, consultando como fontes de informação os indicadores de saúde, os relatórios e as atas dos conselhos em suas várias

instâncias, utilizando a internet e o correio eletrônico como principais meios de comunicação e afirmando que os recursos financeiros, as políticas de saúde e a capacitação dos conselheiros devam ser os itens mais importantes como objetos de controle social.

6.3 Razões das necessidades de informação dos conselheiros

Para se conhecer a finalidade com que o conselheiro busca a informação, elaborou-se a pergunta 126 do questionário, cujo item equivalente no roteiro da entrevista recebeu o nº 21. As perguntas 72 a 110 (15 a 18 no roteiro da entrevista) procuraram levantar a importância para o trabalho do conselheiro de algumas páginas, sítios, produtos e serviços hospedados na internet, assim como a facilidade (ou dificuldade) que tem para utilizá-los.

A tabela 30 apresenta, por ordem decrescente de importância, a finalidade com que o conselheiro busca a informação. Na abordagem *sense making* ela é caracterizada como a situação que leva o usuário a buscar a informação. Mais uma vez, a totalidade da amostra, 676 pesquisados, não respondeu completamente a todos os 10 itens propostos.

Tabela 30: Finalidade com que busca a informação/Situação

Finalidade com que busca a informação/Situação	Frequência
Realizar Estudos	449
Comunicação com a Comunidade	442
Planejar/preparar Aula/Capacitação/Palestra/Treinamento	388
Redigir Relatórios	387
Construir Indicadores	370
Gerenciar Projetos	316
Redigir Pareceres	297
Redigir Normas	291
Escrever Artigos Científicos	88
Outra	61

Outras finalidades (ou situações) foram expostas pelos conselheiros:

“(…) busco Informação para organização e funcionamento do Conselho Municipal de Saúde.” (CMS, Gestor, 51-55 anos)

“(…) para aprovação de protocolo de trombolítico em tratamento de AVC na Santa Casa local.” (CMS, Gestor, 56-60)

“(…) informações necessárias para a construção do Plano Municipal de Saúde.” (CMS, Trabalhador da Saúde, 25-30 anos)

“(…) base para poder discutir o Plano Municipal de Saúde.” (CMS, Trabalhador da Saúde, 51-55 anos)

“(...) identificar o perfil da população. Com isso; identificamos [sic] as demandas; gargalos e oferta de serviços, facilitando o processo de planejamento e tomada de decisão em âmbito local.” (CMS, Gestor, 25-30 anos)

“(...) a investigação das mortes materna infantil [sic] de nossa cidade foi bem sucedida, pois obtivemos resultados positivos; pois através da promotoria pública mudanças foram promovidas no sistema de saúde.” (CMS, Trabalhador da Saúde, 46-50 anos)

“(...) busco informações também na parte financeira (Repasse Fundo a Fundo) para apresentação das Audiências Públicas nas análises de Receita e Despesa da Secretaria da Saúde.” (CMA, Trabalhador da Saúde, 56-60 anos)

As respostas à pergunta sobre o grau de importância de um elenco de páginas da Internet para suas atividades de conselheiro, “alguma importância” e “muita importância” foram aglutinadas, permitindo que fosse construída a tabela 31 que apresenta as preferências em ordem decrescente.

Tabela 31: Grau de importância de cada página da Internet para as atividades de conselheiro

Página/Sítio na web	Frequência	%
Ministério da Saúde (MS)	585	94,97%
Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)	579	94,61%
Secretaria Estadual de Saúde (SES)	570	93,75%
Fundo Nacional de Saúde (FNS)	569	92,82%
Departamento de Informática do SUS (DATASUS)	556	92,05%
Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	540	89,40%
Secretaria Municipal de Saúde (SMS)	539	89,53%
Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)	536	90,39%
Fundação Nacional de Saúde (FUNASA)	516	88,21%
Sistema de Inform. Orçamento Públicos em Saúde (SIOPS)	516	87,02%
Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ)	484	82,59%
Anuários Estatísticos	467	81,64%
Organização Mundial de Saúde (OMS)	437	77,21%
Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS)	384	68,57%
Organização Não Governamental (ONG)	336	60,22%
Tribunal Superior Eleitoral (TSE)	332	59,29%
Outra	98	37,69%

Depreende-se, pelas altas frequências encontradas, que todas as páginas ou sítios na *web* são importantes para as atividades dos conselheiros. O estudo do Ministério da Saúde (BRASIL, 2003, *op. cit.*, p. 54), utilizando escala de 1 a 5, apresentou o seguinte resultado páginas da Internet: Conselho Nacional de Saúde (89%), lembrado nesta pesquisa por alguns conselheiros; Datasus (79%), Secretaria Estadual de Saúde (75%), IBGE (72%) e Conferência Nacional de Saúde *On-line* (71%). Com relação ao grau de im-

portância de alguns serviços/produtos de informação para as atividades de conselheiro, mostrado na tabela 32, a preferência recaiu sobre aqueles que apresentam as informações já consolidadas e formatadas.

Tabela 32: Grau de importância dos serviços/produtos de informação para suas atividades de conselheiro

Serviço/Produto	Frequência	%
Indicadores Básicos para Saúde (IDB)	551	92,61%
Sistema Inform. Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS)	551	92,14%
Sistemas de Informações Ambulatoriais (SIA)	549	92,89%
Transferências Financeiras a Estados e Municípios	540	91,06%
Sistema de Informações Hospitalares (SIAH)	521	88,91%
Biblioteca Virtual em Saúde (BVS)	466	81,61%
Tabulador Genérico/Internet (TABNET)	384	68,82%
Tabulador Genérico/Windows (TABWIN)	363	66,12%
Outros	83	34,87%

De forma similar à importância das páginas e sítios na *web*, também foi alto o grau de importância dos serviços e produtos que estão à disposição do conselheiro. Para efeito de comparação, em que pese as variáveis serem diferentes (grau de importância x grau de utilidade), a tabela 33 apresenta os resultados encontrados na pesquisa do Ministério da Saúde (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003, *op. cit.*), sem apresentar a frequência para cada caso, de alguns produtos e serviços na Internet, para uma amostra de 59 conselheiros.

Tabela 33: Grau de utilidade de serviços e produtos para as atividades de conselheiro – pesquisa do Ministério da Saúde

Serviço/Produto	%
Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS)	75
Transferências Financeiras a Estados e Municípios	72
Sistemas de Informações Ambulatoriais (SIA)	69
Biblioteca Virtual em Saúde (BVS)	62
Indicadores Básicos para Saúde (IDB)	62

Fonte: BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003, p. 54

Com relação ao grau de facilidade de uso de serviços/produtos oferecidos para suas atividades de conselheiro, pode-se afirmar que aqueles que permitem a consulta às informações já consolidadas são os mais fáceis de usar (muita facilidade), enquanto que

as ferramentas de tabulação, que requerem algumas habilidades de informática por parte do usuário foram consideradas de mais difícil utilização. As tabelas 34 e 35 mostram esta situação.

Para verificar possíveis contradições de opiniões entre a importância dos serviços e produtos e a facilidade na sua utilização, calculou-se o coeficiente de correlação entre estas duas variáveis (somente para os produtos e serviços comuns a ambas as perguntas) que apresentou $r > 0,740$, podendo-se afirmar que os respondentes foram coerentes em suas afirmações.

Espera-se que com o avanço na implantação das estações da biblioteca virtual em saúde, a BVS torne-se mais conhecida e procurada pelos conselheiros. Como uma estratégia de inclusão digital, a Estação BVS permite o acesso gratuito a mais de 16 milhões de referências técnico-científicas. Trata-se de informações acadêmicas ou geradas por instituições do SUS, disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde (BVS MS). O usuário pode pesquisar dicas, datas importantes e legislação vigente, além de políticas, programas e ações do ministério. A fim de orientar quanto à utilização integral das ferramentas disponíveis, a Estação BVS oferece monitoramento. O espaço destina-se a toda população, principalmente, pesquisadores, gestores, estudantes e profissionais de saúde.

Tabela 34: Maior Grau de Facilidade de uso de serviços/produtos oferecidos para suas atividades de conselheiro

Serviço/Produto	Frequência
Indicadores Básicos para Saúde (IDB)	512
Transferências Financeiras a Estados e Municípios	491
Caderno de Saúde	466
Anuário da Saúde	388
Tabulador Genérico/Internet (TABNET)	336
Sistema Inform. Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS)	303
Tabulador Genérico/Windows (TABWIN)	103

Tabela 35: Menor Grau de Facilidade de uso de serviços/produtos oferecidos para suas atividades de conselheiro

Serviço/Produto	Frequência
Tabulador Genérico/Windows (TABWIN)	116
Tabulador Genérico/Internet (TABNET)	114
Anuário da Saúde	90
Caderno de Saúde	60
Transferências Financeiras a Estados e Municípios	48
Indicadores Básicos para Saúde	43
Sistema Inform. Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS)	42

A pesquisa do Ministério da Saúde (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003, *op. cit.*, p. 55) concluiu que nenhum dos instrumentos “se destaca como fácil de usar” pelos conselheiros consultados na época.

Pode-se supor que nestes seis anos que separam as duas pesquisas, os esforços para melhoria das ferramentas, ou o ensino de como utilizá-las não conseguiram torná-las mais fáceis (ou amigáveis) para os usuários, o que sem dúvida deve merecer atenção imediata do Datasus, o departamento responsável pelos dois tabuladores, uma vez que, segundo os próprios usuários, ambas as ferramentas são importantes nas suas atividades de conselheiros.

Como os conselheiros pesquisados afirmaram que buscam a informação para realizar estudos ou se comunicar com a comunidade, como finalidades prioritárias; que dão mais importância ao sítio do Ministério da Saúde, ao IDB e ao SIOPS para sua pesquisa, e têm mais facilidade de utilizar os serviços e produtos que apresentam informação já consolidada e formatada, o Objetivo Específico 3: “Identificar as razões das necessidades de informação do conselheiro” também foi alcançado.

6.4 Inclusão digital dos conselheiros

O último bloco de perguntas dos instrumentos de coleta, 111 a 147 do questionário e 19 a 25 no roteiro da entrevista foi elaborado com o intuito de se conhecer as habilidades dos conselheiros com relação ao uso de tecnologias e as condições de acesso. O principal ponto de onde o respondente acessa a Internet é o trabalho, conforme aponta a tabela 36, enquanto que estudo realizado na Islândia (PÁLSDÓTTIR, 2009) revelou preferência pelo uso da Internet em casa (95,2% dos casos). Pode-se especular que a vanta-

gem numérica da Islândia deva-se ao maior poder aquisitivo da população e, por conseguinte, maior acesso aos produtos de informática, bem como às rigorosas condições climáticas.

Tabela 36: De onde faz conexão com a Internet

De onde faz conexão	Nunca	%	Diariamente	%	Semanalmente	%	Mensalmente	%	Total
Trabalho	46	7,71	428	71,69	96	16,08	27	4,52	597
Casa	136	24,33	269	48,12	125	22,36	29	5,19	559
Biblioteca	391	88,06	9	2,03	20	4,50	24	5,41	444
Outro	220	71,43	33	10,71	36	11,69	19	6,17	308

Outros locais mencionados foram o próprio conselho e as *lan houses* do município onde residem. Com relação aos serviços da Internet que mais utiliza, o correio eletrônico (*e-mail*) e a pesquisa são os que merecem a preferência dos conselheiros, conforme mostra a figura 52.

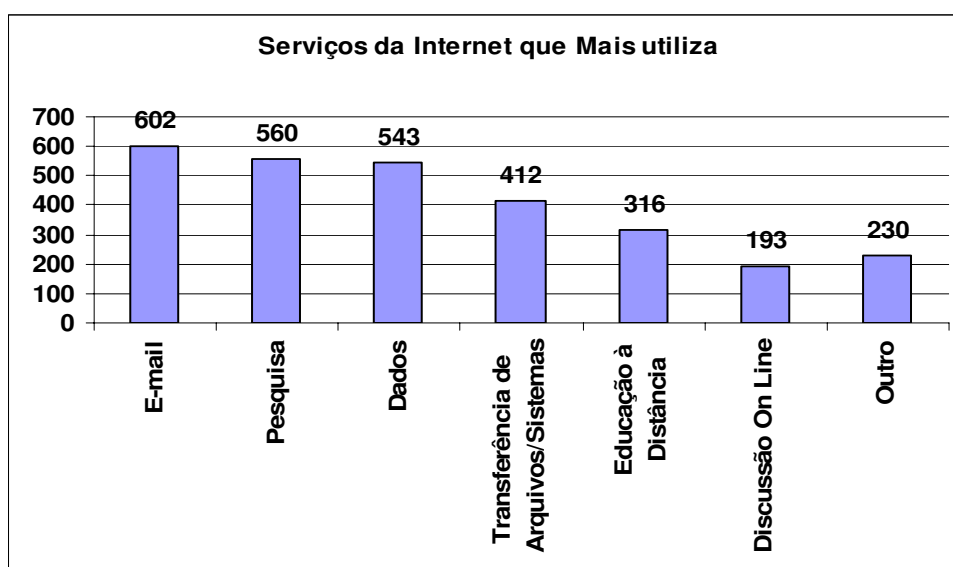


Figura 52: Serviços da Internet que Mais utiliza

Conexão, sítios ou páginas não disponíveis e acesso foram os três problemas mais importantes mencionados pelos conselheiros, conforme mostrado na figura 53.

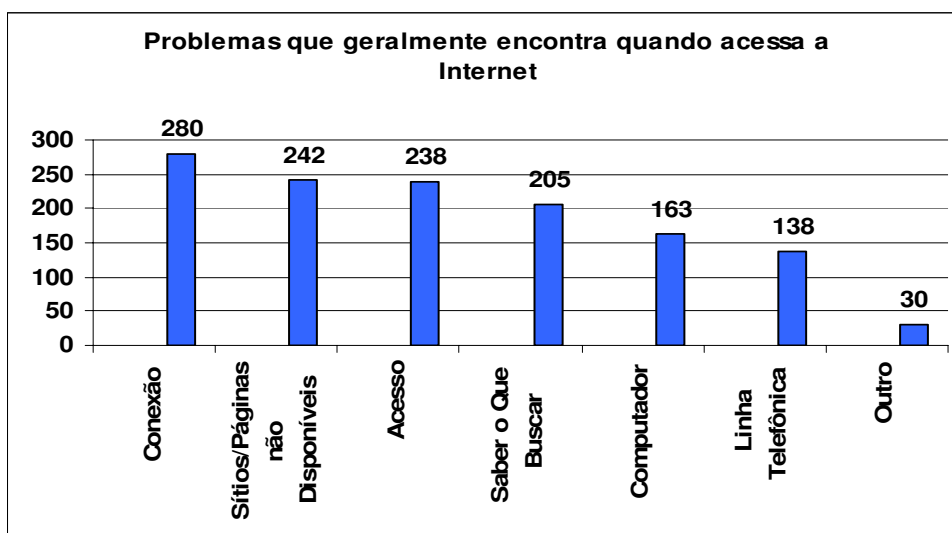


Figura 53: Problemas que geralmente encontra quando acessa a Internet

Entretanto, conforme alguns depoimentos, outros problemas se apresentam quando a questão é a Internet, senão, vejamos:

“Não disponho de Internet.” (CMS, Trabalhadores da Saúde, 41-45 anos, IDHM = 0,608)

“(…) a informação está disponível e não ao alcance [sic] de quem necessita fazer o controle; os conselhos não têm estrutura que operacionalize os processos que são demandados no conselho.” (CMS, Prestador, 41-45 anos, IDHM = 0,852)

Outro conselheiro disse que:

“(…) falta de informações nos registros; todos incompletos.” (CMS, Trabalhador da Saúde, 51-55 anos, IDHM = 0,575)

E um terceiro mencionou:

“(…) não temos acesso ao sistema de controle social nos bancos de dados do município.” (CMS, Prestador, 51-55 anos, IDHM = 0,848)

Uma conselheira, talvez num reconhecimento das suas limitações na utilização desta mídia, fazendo uma autocrítica, disse que:

“(…) o problema é a própria.” [sic], (CMS, Gestores, 41-45 anos, IDHM = 0,591)

Pode-se perceber que problemas de acessibilidade ou de completeza dos dados também se verifica em municípios com alto e médio IDHM.

A busca na internet não se mostrou problemática para os pesquisados. Quando indagados quem faz a busca, se o próprio ou se pede ajuda a terceiros, a maioria afirmou que ele mesmo faz a busca: 592 (94,27% dos 628 que responderam) contra 206 (40,95% dos 503 que responderam ao item) que afirmaram que terceiros fazem a busca. Um conselheiro afirmou que:

“(…) na maioria das vezes fica a cargo da Secretaria Executiva do conselho localizar as informações solicitadas.” (CMS, Gestor, 36-40 anos)

Pesquisa realizada na Holanda (VAN DEURSEN e VAN DIJK, 2009) também concluiu pelo alto grau de pesquisados que fazem eles mesmos as buscas na Internet por informações governamentais (80%), com uma pequena parcela que afirmou pedir ajuda a alguém que esteja por perto.

Sabendo-se então que o conselheiro, no que tange à internet, mesmo apresentando limitações nas suas habilidades para tal, faz a busca por si próprio, faz o acesso de casa ou do conselho e utiliza mais o correio eletrônico e as pesquisas na *web*, e que muitas vezes enfrenta problemas de conseguir acesso, pode-se afirmar que a exclusão digital ainda não foi de todo resolvida para uso das tecnologias de informação, podendo-se afirmar que o Objetivo Específico 4: “Identificar o grau de inclusão digital do conselheiro” também foi alcançado.

Tendo sido alcançados os quatro objetivos específicos, pode-se concluir que o objetivo geral da pesquisa, que foi identificar as necessidades de informação dos conselheiros de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde também foi atingido.

Com base nos modelos de Wilson e de Martínez-Silveira, e também nos resultados encontrados para os quatro objetivos específicos da pesquisa, construiu-se o modelo de comportamento informacional dos conselheiros de saúde, mostrado na figura 54.

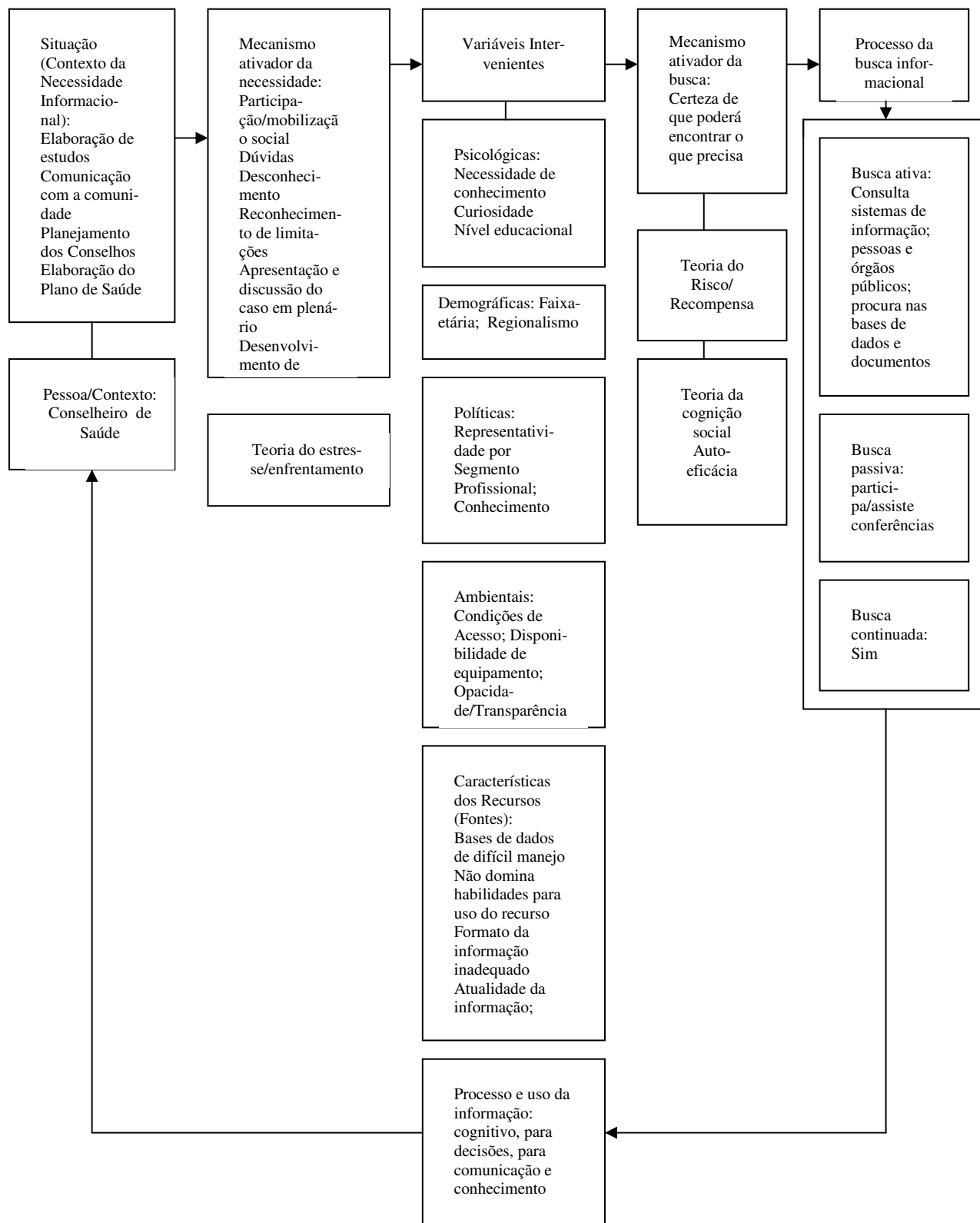


Figura 54: Modelo de comportamento informacional dos conselheiros de saúde

O contexto das necessidades informacionais deste modelo foi o da busca por informação para controle social do Sistema Único de Saúde. O mecanismo ativador da necessidade deste grupo está situado na área cognitiva, relacionando-se com o que Dervin conceituou como situação, neste caso a elaboração de estudos, a comunicação com a comunidade e as atividades de planejamento dos conselhos e a elaboração dos planos de saúde dos municípios.

Os motivos mencionados pelos conselheiros avaliados nesta pesquisa estão também relacionados à necessidade de conhecer e de estar informado, visando sua participação nos conselhos e à capacidade de mobilização social por meio de comunicação com a comunidade, além de obter conhecimento para diminuir suas limitações no tocante às suas atividades em plenário, assim como desenvolver o pensamento crítico e também por curiosidade sobre temas relevantes para o SUS. Estes conselheiros almejam um bom desempenho quando têm que apresentar ou debater uma situação nas plenárias dos conselhos e também serem possuidores dos conhecimentos necessários para analisar e criticar os relatórios de prestação de contas dos gestores, no tocante aos aspectos financeiros e operacionais do sistema em seus municípios.

As variáveis que intervêm na decisão de busca podem ser categorizadas como de origem psicológica (necessidade de conhecimento); demográfica (idade e as questões relacionadas ao regionalismo; política no que diz respeito às lacunas (*gaps*) referentes aos conhecimentos necessários para a representação de seu segmento dentro do conselho; ambiental no que tange às facilidades, ou dificuldades, de acesso ao estoque informacional, à posse de habilidades na manipulação de ferramentas (*softwares*) para manipular e poder trabalhar com os formatos muitas vezes inapropriados da informação entregue pelos vários sistemas, sítios e serviços hospedados na Internet, e também as características dos recursos (fontes de informação) intervêm de forma importante na busca ativa do conselheiro, que também recorre às pessoas/especialistas e aos órgãos governamentais em busca de informação

A busca passiva da informação, conforme encontrado na pesquisa, concentra-se na participação em conferências de saúde ou nos cursos de capacitação específica para conselheiros de saúde. O ciclo encerra-se, conforme depoimentos de vários pesquisados, com o sucesso na utilização da informação ou na frustração de não ter atingido seus intentos, o que caracteriza um processo cognitivo de alteração informacional para a atividade do conselheiro.

7 – Conclusões e recomendações

Após 20 anos de implantação do Sistema Único de Saúde, grande parte da população brasileira ainda desconhece suas características, missão, filosofia norteadora e suas práticas de atenção à saúde. Neste contexto, como não poderia deixar de ser, encontram-se, também, muitos profissionais da saúde, que nele trabalham e apresentam as mesmas dúvidas, compartilham desinformações e desconhecimentos sobre seu funcionamento.

Somente em março de 2003, portanto há apenas seis anos, foi apresentada e apreciada em reunião do Conselho Nacional de Saúde a proposta de formulação de uma nova política, com foco principal na construção de um novo componente, o Controle Social, e a partir de então surge, no âmbito do SUS, todo um esforço voltado para a definição de estratégias visando a produção, acesso e disseminação das informações em saúde para atender esta nova demanda.

Entretanto, um novo problema se colocava à mesa das discussões. A grande maioria dos sistemas de informações do SUS, foi pensada, desenvolvida e posta em operação para o atendimento da gestão nacional dos programas implementados pelo Ministério da Saúde. Daí decorre que as informações voltadas para as gestões estaduais e municipais do sistema, como um todo, mereceram tratamento secundário e aquelas necessárias ao atendimento da nova demanda, o Controle Social, praticamente inexisteram na arquitetura de tais sistemas.

7.1 Síntese da metodologia e dos dados analisados

A pesquisa aqui descrita tentou contribuir com um mapeamento das necessidades de informação dos conselheiros de saúde com o propósito de sugerir melhorias nos sistemas e serviços de informação entregues àqueles que exercem o controle social, com o propósito de que sejam incorporadas nos sistemas existentes atualmente e naqueles que venham a ser desenvolvidos no futuro.

A abordagem utilizada, a da construção do sentido para o conselheiro de saúde levantar sua necessidade de informação, frente à uma situação a qual deve dar uma resposta, utilizando os recursos e tecnologias mais apropriados, permitiu identificar as mais importantes situações como sendo: a elaboração de estudos, a comunicação com a comunidade, o planejamento da construção dos conselhos e os planos de saúde municipais.

Entretanto, para resolver estas situações, uma lista de lacunas (*gaps*) surge no caminho do conselheiro, na forma de dificuldade para compreender ou como exercitar o

controle social, demandando capacitação apropriada, seja para exercer o papel de conselheiro ou manipular ferramentas de informática para utilizar o enorme acervo à sua disposição; não conseguindo ser ouvido ou “levado a sério” nas plenárias dos conselhos, dependendo do segmento que represente naquele momento; não encontrando a informação apropriada ou no formato que realmente necessita; ou ainda não conseguindo acesso à Internet ou não encontrando disponível o sítio ou página que tenta visitar.

Com o propósito de superar tais barreiras, o conselheiro lança mão de usos ou pontes, seja pedindo a outras pessoas que façam a pesquisa na *web*; seja consultando pessoas sobre um determinado tema ou uma legislação mais complexa; ou então consultando instâncias superiores da administração pública e também levando o problema para discussão em plenário.

O Objetivo Específico 1 (Identificar o perfil dos conselheiros de saúde no tocante à idade, sexo, formação mais elevada, profissão, e segmento que representa nos conselhos) foi alcançado, revelando que o conselheiro tem de 41 a 45 anos de idade, é do sexo feminino, tem graduação em nível superior, exerce profissão na área da saúde, a maioria participa de conselho municipal e é representante dos trabalhadores da saúde.

O Objetivo Específico 2 (Identificar as necessidades de informação do conselheiro quanto ao tipo e as fontes de informação, as mídias utilizadas e os assuntos que devam ser objeto de controle social) foi atingido, uma vez que a análise dos dados permite afirmar que os pesquisados preferem as informações dos tipos administrativa/organizacional, financeira e legal/jurídica, consultando como fontes os indicadores de saúde, os relatórios e as atas dos conselhos em suas várias instâncias, utilizando a internet e o correio eletrônico como principais meios de comunicação e afirmando que os recursos financeiros, as políticas de saúde e a capacitação dos conselheiros devam ser os itens mais importantes como objetos de controle social.

Como os conselheiros pesquisados afirmaram que buscam a informação para realizar estudos ou se comunicar com a comunidade, como finalidades prioritárias; que dão mais importância ao sítio do Ministério da Saúde, ao IDB e ao SIOPS para sua pesquisa, e têm mais facilidade de utilizar os serviços e produtos que apresentam informação já consolidada e formatada, o Objetivo Específico 3 (Identificar as razões das necessidades de informação do conselheiro) também foi alcançado.

Por último, a pesquisa permite concluir que Objetivo Específico 4 (Identificar o grau de inclusão digital do conselheiro) também foi alcançado, quando constatou-se que o conselheiro, no que tange à internet faz a busca por si próprio, faz o acesso de casa ou

do conselho e utiliza mais o correio eletrônico ou as pesquisas na web, e que muitas vezes enfrenta problemas com o acesso, ou não dispõe de internet ou não possui as competências para utilizar a tecnologia. Tais evidências permitem afirmar que a exclusão e o analfabetismo digitais ainda não foram de todo resolvidos para alguns conselheiros.

7.2 Contribuições da pesquisa

De posse das constatações anteriores, recomenda-se a implementação do Portal do Conselheiro de Saúde, conforme sugerido por um conselheiro. O Modelo de comportamento informacional dos conselheiros de saúde, também proposto no final do trabalho, pode servir de base e subsídio para o desenvolvimento do portal.

Tal ferramenta terá por objetivo reunir num único local, os acessos às principais fontes de informação elencadas pelos conselheiros como as mais importantes, a saber: as informações financeiras referentes ao SUS, as informações administrativas referentes à capacitação dos conselheiros e também ao acervo de legislação, portarias e normas expedidas no âmbito do SUS.

O Portal do Conselheiro de Saúde deverá contemplar *links* para algumas facilidades, tais como: outros portais ou sítios, como os dos Conselhos Nacional, Estadual e Municipal de Saúde, quando este existir; o do Datasus e todos os seus produtos e serviços ofertados; o da Legislação em saúde, além das informações relevantes referentes à capacitação e treinamento disponíveis, bem como apontar para um repositório que permita armazenar, tratar e disseminar o conhecimento produzido pelos conselheiros, de tal sorte que as experiências exitosas possam ser compartilhadas e embasar as situações semelhantes que venham a surgir. Deverá também apontar para um diretório de pessoas/especialistas, do tipo “quem é quem” (*Who is Who*) no controle social.

A convergência tecnológica, apontando para as redes sociais e de colaboração, fornece uma série de recursos à disposição do SUS para a implantação do portal, merecendo destaque a plataforma CATIR disponibilizada pelo Ministério do Planejamento com o propósito de facilitar a construção de redes de relacionamento no âmbito do governo federal. O portal do governo eletrônico também disponibiliza as recomendações e normas para construção de páginas e sítios para a Internet no âmbito do poder executivo federal.

Sugere-se como instância mais apropriada do Ministério da Saúde, para hospedar esta ferramenta, a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, a qual já vem desenvolvendo programa de inclusão digital para os conselheiros de saúde e o repasse de equipamentos de informática para os conselhos. Na sua estrutura encontra-se o Departa-

mento de Apoio à Gestão Participativa (DAGEP) que conta com duas Coordenações Gerais: Apoio à Educação Popular e Mobilização Social e Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social, tendo como objetivo de trabalho o aprimoramento e ampliação da gestão participativa, tais como o apoio dos mecanismos institucionalizados de controle social; processos participativos de gestão; instâncias de decisões compartilhadas; mecanismos de mobilização social; processos de educação popular em saúde e ações articuladas entre diferentes setores de governo para a promoção da equidade em saúde.

7.3 Sugestões para próximas pesquisas

Algumas questões surgidas na pesquisa, como:

a) os conflitos de poder ou de representação nos conselhos, por fugirem ao escopo da Ciência da Informação, merecem pesquisas na área da Ciência Política, da Sociologia e também na Saúde Coletiva;

b) a questão da capacitação para os conselheiros deve merecer atenção dos pesquisadores da Educação e das modernas tecnologias para Educação à Distância;

c) na área da Ciência da Informação, pesquisas mais detalhadas sobre as necessidades de cada tipo de informação, tais como a administrativa/organizacional, a legal/jurídica e a financeira, e principalmente pelas macrorregiões brasileiras e também a necessidade informacional da terceira idade, tendo por justificativa mais importante a constatação estatística do IBGE sobre o envelhecimento da população brasileira;

d) as outras mídias utilizadas para comunicação com a comunidade devem ser estudadas sob o enfoque e as teorias da Comunicação.

7.4 Sugestões para políticas internas de comunicação

Pode-se supor que por falta de comunicação apropriada ou mesmo a inexistência de uma política de endomarketing (o marketing voltado para a própria instituição), muitos produtos e serviços ofertados pelo Ministério da Saúde sejam pouco conhecidos ou completamente desconhecidos pelos conselheiros de saúde. Neste aspecto recomenda-se ao Datasus maior divulgação de seu acervo e campanha maciça de capacitação e treinamento nas ferramentas que oferece, assim como pode ser sugerido à Coordenação Geral de Documentação e Informação do Ministério da Saúde maior divulgação da Biblioteca Virtual em Saúde e da importância de seu acervo em linha para as atividades inerentes ao controle social.

É possível que tais sugestões, embrionárias que possam ser, com o devido acolhimento e discussão para maturação apropriada, no âmbito do Sistema Único de Saúde, possam, um dia, concretizar-se em suporte importante para a transparência, legalidade e resolutividade do atendimento gratuito e universal, preconizado pelo SUS, permitindo que o contribuinte possa perceber, na prática, que pagar impostos pode gerar, por parte do Estado, o retorno que tem direito por lei, e não tendo que comprar novamente, na iniciativa privada, os serviços de atenção à saúde.

7.5 Limitações da pesquisa

Esta pesquisa não abordou as questões de análise crítica dos vários sistemas de informação existentes à disposição dos conselheiros e do exercício do controle social, assim como não teve preocupação com possíveis lacunas (dificuldades) que possam existir com relação aos vários regionalismos encontrados no Brasil, notadamente o linguístico e o cultural. O que pode servir de sugestão também para estudos no futuro.

Convém ressaltar, mais uma vez, que as importantes questões políticas levantadas nas respostas de vários conselheiros também não fizeram parte do escopo deste trabalho, daí a importância de recomendar-se estudos com este foco nas esferas apropriadas do mundo acadêmico.

Referências

- ADAIR, Charlene B. *Revolução total dos processos*. São Paulo: Nobel, 1996.
- ALMEIDA, Osnália Ribeiro de. *A influência do conselho estadual nos conselhos municipais de saúde na temática do controle social*. Monografia apresentada à Escola da Saúde Pública Dr. Jorge David Nasser. Campo Grande, 2002.
- ALMEIDA FILHO, N. *A ciência da saúde*. São Paulo: Hucitec, 2000.
- ALVES-MAZZOTTI, Alda Judith e GEWANDSZNAJDER, Fernando. *O método nas ciências naturais e sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa*. 2ª ed. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002.
- AMOR, D. *A (r)evolução do E-business*. São Paulo: Makron Books, 2000.
- ANDRADE, Odorico Monteiro de e GOYA, Neusa. *Sistemas locais de saúde em municípios de pequeno porte: a resposta de Icapuí*. Fortaleza: Expressão, 1992.
- ANJOS, Magda Duarte dos. *O processo de descentralização da gestão do sistema municipal de saúde de Florianópolis*. Dissertação de Mestrado apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.
- ARENDT, H. *A condição humana*. 6ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1993.
- ASSIS, Marluce Maria Araújo e VILLA, Tereza Cristina Scatena. *O controle social e a democratização da informação: um processo em construção*. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, 2006.
- AZEVEDO, Kely Cristina Carneiro, FERNANDES, Aliana e MARTINIANO, Claudia Santos. *A conformação dos conselhos gestores do município de Campina Grande-PB*. Anais da 58ª Reunião da SBPC. Florianópolis, julho-2006.
- BACIGALUPO, Ruth; FOX, Nick e LEVY, Philippa. *Information management in health visitors' public health and community development activities*. Health Informatics Journal; 11 (2), pp. 83-94, Jun 2005.
- BAHIENSE, Geraldo Campos. *Alinhamento estratégico de tecnologia da informação no setor público: a oferta de serviços eletrônicos em secretarias de fazenda no Brasil*. Tese de Doutorado apresentada à Escola de Administração de Empresas de São Paulo. São Paulo, 2002.
- BARBOSA, Bia. *A comunicação como um direito humano*. In: Brasil. Ministério da Saúde. Coletânea de comunicação e informação em saúde para o exercício do controle social. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.
- BARRETO, Aldo de Albuquerque. *A informação e seus momentos de passagem*. Data-GramaZero: Revista de Ciência da Informação, v.2, n.4, ago/2001. Artigo 01. Disponível em http://www.dgzer.org/Atual/Art_01.htm. Visitado em 12.08.2005.

BARRETO, Aldo de Albuquerque. *Mudança estrutural no fluxo do conhecimento: a comunicação eletrônica*. Ciência da Informação, Brasília, v.27, n. 2, p.122-127, maio/ago. 1998.

BERÇOTT, Flávio Márcio. *Avaliação de sistemas eletrônicos de informação mediante uso de conceitos de estudos de usuários: um modelo aplicado no sistema eletrônico de informação do paciente da Rede Sarah de Hospitais*. Dissertação de Mestrado apresentada ao Departamento de Ciência da Informação e Documentação, da Faculdade de Estudos Sociais Aplicados da Universidade de Brasília, 2000.

BETINI, Giliana. *Da informação em saúde ao serviço como informação*. Dissertação de mestrado apresentada à Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo, 1997.

BIASOTO JUNIOR, Geraldo. *A universalização da saúde e a construção do SUS In Reformas no Brasil: balanço e agenda*. [organizadores] GIAMBIAGI, Fabio; REIS, José Guilherme e URANI, André. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2004.

BISPO JÚNIOR, José P. e GESTEIRA, Ivana A. Lins. *A ciência da informação e o controle social na área de saúde*. Salvador: Universidade Federal da Bahia, 2006.

BLACK, R. *Websites que funcionam*. São Paulo: Quark, 1997.

BLACKBURN, C.; READ, J. e HUGHES, N. *Carers and the digital divide: factors affecting Internet use among carers in the UK*. Health Society Care Community. London, may; 13 (3):201-20, 2005.

BOBBIO, Norberto; MATTEUCCI, Nicola; PASQUINO, Gianfranco. *Dicionário de Política*, vol. 1, 4ª ed., Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1998.

BÓGUS, Cláudia Maria. *Participação popular em saúde: participação política e desenvolvimento*. São Paulo: Annablume, 1998.

BOLIVIA. Ministerio de Salud y Previsión Social; Programa Nacional de Chagas. *Para la conformación de una eficiente política de información, comunicación, y educación en la lucha contra la enfermedad de chagas em Bolívia*. La Paz, 2001.

BOLT, David. *Digital Divide*. TV Books Inc., 2000.

BORGES, Jussara; NASCIMENTO, Joalice e DA SILVA, Helena Pereira. *Análise das informações disponibilizadas no portal de serviços e informações do governo federal*. 2005. Disponível em texto integral em <http://www/conip.com.br/bancodeideias/arq/mgov/JoaliceJussaraHelena.pdf>. Acessado em 23.04.07.

BORJA, Fabiana. *Gestão da informação na saúde: em busca da promoção da cidadania*. In: CHAIN, Ali [et al.] (Orgs.) e-gov.br: a próxima revolução brasileira: eficiência, qualidade e democracia: o governo eletrônico no Brasil e no mundo. São Paulo: Prentice Hall, 2004.

BRASIL. ABRASCO. *Incentivo à participação popular e controle social em saúde: relatório final*. Rio de Janeiro, 1994.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde – FUNASA. *Relatório da 1ª Conferência de Saúde do Distrito Sanitário Especial Indígena Yanomami*. Roraima, 2001. Disponível em texto integral em <http://www.proyanomami.org.br/frame1/1conyan.doc>. Visitado em 26.04.2009.

BRASIL, IBGE. PNAD, Síntese de indicadores 2006. Disponível em www.ibge.gov.br.

BRASIL. Ministério do Planejamento, *Governo Eletrônico*, em http://www.governoeletronico.gov.br/noticias.cfm?ld_noticias=271 [07/06/2001].

BRASIL, Ministério da Saúde. *Oficina de Trabalho Informações em Saúde para o Controle Social, Brasília, 29 e 30 de maio de 2003: relatório final*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde*. Brasília, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. *O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios*. Brasília, 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde (b). *Seminário Nacional de Comunicação, Informação e Informática em Saúde: Pacto pela democratização e qualidade da comunicação e informação no âmbito do SUS*. Brasília, 8 e 9 de dezembro de 2005.

BRASIL. PRÊMIO NACIONAL DA QUALIDADE. *Critérios de excelência*. São Paulo: PNQ, 2001.

BREDER, Jane Carvalho. *Controle social – um modelo em construção: contribuições do Tribunal de Contas da União*. In: SOUSA JUNIOR, José Geraldo de (Org.). *Sociedade democrática, direito público e controle externo*. Brasília: Tribunal de Contas da União, 2006.

BRENDER, J.; NOHR, C.; MCNAIR, P. *Research needs and priorities in health informatics*. *International Journal of Medical Informatics*, [s.l.], n.58, p.257-289, 2000.

BRODY, Roberta. *Researching Information Failure: A Potential Application of Sense-Making Methodology*. International Communication Association: New York, NY, 2005.

BROWN, Maysa Fátima. *O conhecimento dos vários segmentos da sociedade sobre o funcionamento do conselho gestor de saúde da unidade básica de saúde Dr. Ademar Guedes de Souza (ubs Mata do Jacinto)*. Monografia apresentada à Escola da Saúde Pública Dr. Jorge David Nasser. Campo Grande, 1998.

BRUNER, R. *Net results: o marketing eficaz na Web*. São Paulo: Quark, 1998.

BRYANT, Sue Lacey. *On the fringe: working as a Health Education/Information Officer*. *Aslib Proceedings*; 38 (1), pp. 17-23, Jan 1986.

BURKE, Lillian & WEILL, Barbara. *Information Technology for the Health Professions*. New Jersey: Prentice Hall, 1999.

BURKE, Peter. *Uma história social do conhecimento: de Gutenberg a Diderot*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2003.

BURNS, Alvin C. e BUSH, Ronald F. *Basic Marketing Research: using Microsoft Excel Data Analysis*. 2nd edition. Upper Saddle River, New Jersey: Pearson Prentice Hall, 2008.

CAHN, Marjorie A. et al. *The Partners of Information Access for the Public Health Workforce: a collaboration to improve and protect the public's health, 1995-2006*. *Journal of the Medical Library Association (JMLA)*, vol. 95, no. 3, pp. 301-309, 2007.

CAMPOS, Edval Bernardino. *Controle social das políticas públicas: notas para debate*. Belo Horizonte, 2004.

CARAVANTES, Geraldo R. *Administração: teorias e processos*. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2005.

CARDOSO, Janine Miranda. Comunicação e saúde: desafios para fortalecer o SUS, ampliar a participação e o controle social. In: Brasil. Ministério da Saúde. *Coletânea de comunicação e informação em saúde para o exercício do controle social*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

CARVALHO, Antônio Ivo de. *Conselhos de saúde: desafios atuais*. *Conjuntura em Saúde*; (17):21-9, jun. 1994.

_____. (b). *Conselhos de saúde no Brasil*. Dissertação de Mestrado apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP). Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.

CARVALHO, Antônio Ivo de. Conselhos de saúde, responsabilidade pública e cidadania: a reforma sanitária como reforma do Estado. In FLEURY, Sonia (Org.). *Saúde e democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Editora Lemos Editorial, 1997.

CARVALHO, Rosely Cabral de. *A participação popular no Conselho Municipal de Saúde de Feira de Santana*. Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. Salvador, 1998.

CASAS, Javier. *Acceso a la Información Pública: Panorama general de lo que ocurre en Sudamérica. Palestra: O Caso do Peru e de outros países da América Latina. PAINEL: Panorama do direito de acesso nas Américas*. ABRAJI. Seminário Internacional sobre Direito de Acesso a Informações Públicas. Brasília, 29 e 30 de setembro de 2003.

CASE, Donald O. *Information behaviour*. *Annual Review of Information Science and Technology (ARIST)*, v. 40, p. 293, 2006.

CHAIN, Ali et al. (org). *e-gov.br: a próxima revolução brasileira: eficiência, qualidade e democracia: o governo eletrônico no Brasil e no mundo*. São Paulo: Prentice Hall, 2004.

CHAMBERT, Ingrid. *PRIMLINE-an information system for community medicine research and primary health care*. *Biblioteksbladet*, 69 (13), pp. 292-293, 1984.

CHARBONNEAU, Deborah *et al.* *Collaboration addresses information and education needs of an urban public health workforce. Journal of the Medical Library Association (JMLA)*, vol. 95, no. 3, pp. 352-354, 2007.

CHEUK, W. Y. B. *Applying Sense-Making Methodology to Establish Communities of Practice: Examples from the British Council.* International Communication Association: New York, NY, 2003.

CHLEBA, M. *Marketing digital: novas tecnologias e novos modelos de negócio.* São Paulo: Futura, 1999.

COELHO, Ardileusa Alves. *O significado da atuação de profissionais no Conselho Municipal de Saúde.* Dissertação de Mestrado apresentada ao Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, 2001.

COMMISSION OF THE EUROPEAN COMMUNITIES. *eEurope 2002: quality criteria for health related websites.* Brussels, 2002.

COMPAINE, Benjamin M. *The Digital Divide: Facing a crisis or creating a myth?* Cambridge, 2001.

CORDON, Jorge. Participação comunitária nos conselhos locais de saúde: dificuldades. *Divulg. Saúde debate*; (11):45-7, set. 1995.

CÔRTEZ, Marcelo (Coord.). *Mapa da exclusão digital.* Rio de Janeiro: FGV/IBRE, CPS, 2003.

COSTA, Maria Cristina Castilho. *Sociologia: introdução à ciência da sociedade.* 3ª ed., São Paulo. Moderna, 2005.

COSTA, Maria Helena Liberal da. *Representações do usuário sobre ser conselheiro em Conselho Local de Saúde.* Dissertação de Mestrado apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2006.

COSTA, Rogério da. *Sociedade de controle.* São Paulo em perspectiva.; 18(1), jan-mar. 2004.

CUNHA, Maria Alexandra. *m-Gov – mas afinal, quem paga a conta?* Disponível em <http://www.conip.com.br/bancodeideias/conteudo.php?origem=2&tipo=4&id=32> Visitado em 14.04.07.

CUNHA, Murilo Bastos da. *Base de dados e bibliotecas brasileiras.* Brasília: ABDF, 1984.

CUNHA, Murilo Bastos da e BAPTISTA, Sofia Galvão. *Estudo de usuários: visão global dos métodos de coleta de dados.* *Perspectivas em Ciência da Informação*, v. 12, n. 2, p. 168-184, maio/ago. 2007. Disponível em texto integral em <http://www.eci.ufmg.br/pcionline/viewarticle.php?id=556&layout=abstract>. Visitado em 01/11/2007.

CURRO, V., BUONOUOMO, P.S., ONESIMO, R., e DE ROSE, P., *A quality evaluation methodology of health web-pages for non-professionals*. Med Inform Internet Me, jun-2004.

D'ALESSANDRO, D.M. e DOSA, N.P. *Empowering children and families with information technology*. Iowa City. Arch Pediatr Adolesc Méd. Oct. 2001.

DAVENPORT, Thomas H. *Ecologia da informação: porque só a tecnologia não basta para o sucesso na era da informação*. São Paulo: Futura, 1998.

DEGOULET, Patrice. *Introduction to Clinical Informatics (Computers in Health Care)*. New York: Springer Verlag, 1996.

DERVIN, Brenda. *An overview of sense-making research: concepts, methods and results to date*. International Communications Association Annual Meeting, Dallas, May, 1983.

DETLEFSEN, Ellen Gay e SAKAI, Yukiko. *The informationist or information specialist in context: is this a new model for medical librarians? Igaku Toshokan (Journal of the Japan Medical Library Association)*, vol. 54, no. 1, pp 14-19, Mar 2007.

DIAS, Cláudia Augusto. *Portal corporativo: conceitos e características*. Ciência da Informação, v.30, n.1, jan./abr. Brasília: MCT/IBICT, 2001.

_____. *Usabilidade na web: criando portais mais acessíveis*. Rio de Janeiro: Alta Books, 2003.

DUARTE, Claudine. *Desenhando portais*. In: CHAIN, Ali [et al.] (Orgs.), e-gov.br: a próxima revolução brasileira: eficiência, qualidade e democracia: o governo eletrônico no Brasil e no mundo. São Paulo: Prentice Hall, 2004.

FAGUNDES, Eduardo Mayer. *A lei Sarbanes-Oxley e seu impacto em TI*. S.d. Disponível em texto integral na página web do autor, na URL <http://www.efagundes.com/Artigos/Sox_e_o_impacto_em_TI.htm>. Acessado em 15.03.2007.

FARMER, Jean. *"Full members of the team": medical librarians in the patient care setting*. *Library Association Record*; 79 (2), pp. 81-85, Feb 1977.

FARMER, Jean e GUILLAUMIN, Beth. *Information needs of clinicians: observations from a CML program*. *Bulletin of the Medical Library Association*; 67 (1), pp. 53-54, Jan 1979.

FERNANDES, Andréa. *E-Governo no Brasil: estudo da Secretaria para Assuntos Fiscais do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (SF/BNDES)*. Rio de Janeiro: BNDES, 2001.

FERRARI, Pollyana. *Usabilidade também é entender a fundo o gosto do usuário*. Disponível em texto integral na URL: <http://www.cidade.usp.br/arquivo/artigos/indes1602.php>. Visitado em 06.08.2004.

FERREIRA, Sueli M. S. P. e MELLY, Mylene. *Using Sense-Making to study user information needs at the basis for design a complex website: An application at a major university*. International Communication Association: San Francisco, 1999.

FIRJAN. *Desburocratização Eletrônica nos Estados Brasileiros*. Rio de Janeiro: Instituto Euvaldo Lodi, 2002.

FONSECA, Maria Odila. *Informação e direitos humanos: acesso às informações arquivísticas..* Dissertação de mestrado apresentada ao convênio UFRJ/IBICT. Rio de Janeiro, 1996

FOUNTAIN, Jane E. *Building the virtual state: information technology and institutional change*. Washington DC: The Brookings Institution, 2001.

FRACOLLI, Lislaine Aparecida; SILVA, Roseli Ferreira da. *Organização de Conselhos Locais de Saúde: a experiência do município de Marília*. Saúde em debate;(11):78-81, set. 1995.

FRANÇA. *The plan for scientific and technical information in health*. MIDIST Bulletin d'Information; (4), pp. 11-13; Dec 1983.

FRAZER, Charles e MCMILLAN, Sally J. Sophistication on the World Wide Web: evaluating structure, function and commercial goals of web sites. In: SCHUMANN, David W e THORSON, Esther (editores). *Advertising and the World Wide Web*. Lawrence Erlbaum Associates, 1999.

FREIRE, Gustavo H. *Construção de Instrumento para Comunicação da Informação sobre Saúde*. Dissertação de Mestrado em Ciência da Informação apresentada ao Convênio CNPq/IBICT-UFRJ/ECO. Rio de Janeiro: CNPq/IBICT, 1998.

FREIRE, Isa Maria e ARAÚJO, Vânia M. R. Hermes de. *Tecendo a rede de Wersig com os indícios de Grinzburg*. DataGramaZero: Revista de Ciência da Informação, v.2, n.4, ago/2001. artigo 03. Disponível em http://www.dgzer.org/Atual/Art_03.htm. Visitado em 12.08.2005.

FREIRE, Paulo. *Extensão ou comunicação?* Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1971.

FURNELL, S. M e KARWENI, T. *Security implications of electronic commerce: a survey of consumers and businesses*. Journal Internet Research. Volume: 9 Issue: 5 Page: 372 - 382 , 1999.

GAMMILL, Kay M. M. et al. *Health e-links: a pilot program for delivering electronic health information (EHI) to consumers in rural areas through a partnership with Louisiana public Libraries*. Journal of Consumer Health on the Internet; 7 (2), pp. 13-21, 2003.

GIL, Antônio Carlos. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 5ª ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GIOPATTO, W. F. *Necessidades de informações gerenciais dos usuários do Sistema de Serviço Militar do Exército Brasileiro*. Dissertação de Mestrado apresentada ao Departa-

mento de Ciência da Informação e Documentação, Universidade de Brasília, Brasília, 2004.

GIUSE, Nunzia Bettinsoli; LEE, Patricia e SATHE, Nila A. *Benchmarking information needs and use in the Tennessee public health community. Journal of the Medical Library Association (JMLA)*; 91 (3), Jul 2003.

. *A power information user (PIU) model to promote information integration in Tennessee's public health community. Journal of the Medical and Library Association (JMLA)*; 92 (4), pp. 459-464, Oct 2004.

GONÇALVES, Andréa de Oliveira; SILVA, Jacinta de Fátima Senna e PEDROSA, José Ivo dos Santos. *Contribuições da gestão participativa no espaço público chamado conselho: o contexto dos conselhos de saúde no Brasil. Saúde em debate*; (43):96-105, jun. 2008.

GOST GARDE, J. *Gestión sanitaria y tecnologías de la informacion*. In: REUNIÓN DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE INFORMÁTICA DE LA SALUD, 6., 2000, Pamplona. [Anais...]. Pamplona: [s.n.], 2000. Disponível em: <http://www.seis.es/informes/2001default.htm>. Visitado em 15.08.2005.

GOULART, Flávio A. A.; BARATTA, Tereza Cristina; TRINDADE, Carlos Alberto. *Conselho municipal de saúde: diretrizes para implantação*. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Administração Municipal (IBAM), 1991.

GRONLUND, Ake. *Electronic government: design, application and management*. Hershey: Idea Group Publishing, 2002.

GROSSMAN, Lawrence K. *The electronic republic: reshaping democracy in the information age*. New York: Penguin USA, 1996.

HAGEL, J. III. *Vantagem competitiva na Internet*. Rio de Janeiro: Campus, 1999.

HAGUE, Barry N. & LOADER, Brian D. *Digital democracy: discourse and decision make in the information age*. London: Routledge, 1999.

HALLIDAY, Tereza Lúcia. Declarações de objetivos e legitimação organizacional. *Brasília: Rev. adm. pública*; 25(1):25-34, nov. 1990-jan. 1991.

HARRIS, Lindsay e PETERSON, Mary. *Beyond SALUS: extending online co-operation outside of South Australian health libraries. Health Information and Libraries Journal*; 22 (2), pp. 143-145, Jun 2005.

HEEKS, Richard. *Reinventing government in the information age: international practice in IT-enabled public sector reform*. London, Routledge, 2001.

HENNER, T. A. e CHARLES, P. *Using focus group to guide development of a public health web site. Medical Reference Services Quarterly*; 21 (4), pp. 15-22, winter 2002.

HILL, Kevin A. & HUGHES, John E. *Cyberpolitics: citizen activism in the age of the Internet*. Lanham: Rowman & Littlefield Publishing, 1998.

HOGARTH, Michael E. & SABBATINI, Renato M. E. *Informática e a Medicina do Século 21*. Revista *Informática Médica*, Campinas: UNICAMP, vol. 1, nº 2, mar/abr 1998.

HOLMES, Douglas. *Egov: ebusiness strategies for government*. London: Nicholas Brealey, 2001.

HUBER, J. T. e WARD, S. E. *Facilitating information access for public health professionals in north Texas: the Public Health Information Outreach*. *Texas Library Journal*; 76 (4), pp. 162-166, Winter 2000.

IYER, L. S.; GUPTA, B.; FOROUGHI, A. *An overview of commercial web site development issues*. In: Americas Conference on Information Systems, 2000. Anais. Long Beach: AIS, p. 257-9.

JACKSON, Rachel *et al.* *The information requirements and information-seeking behaviours of health and social care professionals providing care to children with health care needs: a pilot study*. *Health Information and Libraries Journal*, vol. 24, no. 2, pp. 95-102, Jun 2007.

JARDIM, José Maria. *Os arquivos (in)visíveis: a opacidade informacional do estado brasileiro*. Tese de doutorado apresentada à Universidade Federal do Rio de Janeiro no Convênio CNPq-IBICT, IBICT. Rio de Janeiro, 1998.

JENKINS, Lillie R. Design as “designed” by users and designers: Sense-Making the design of information technology. International Communication Association: San Francisco, 1999.

_____ *Designing systems that make sense: What designers say about their communication with users during the usability testing cycle*. Tese de Doutorado apresentada à Universidade Estadual de Ohio: Columbus, Ohio, 2004.

KAFURE, Ivete Muñoz. *Usabilidade da imagem na recuperação da informação no catálogo público de acesso em linha*. Tese de doutorado apresentada ao Departamento de Ciência da Informação e Documentação da Universidade de Brasília, 2004.

KALIN, S. *Perdidos e confusos*. HSM Management, n. 20, p. 22-6, maio - jun., 2000.

KAMARCK, Elaine Ciulla & NYE, Joseph S. Jr. *Governance.com: democracy in the information age*. The Brookings Institution: Washington DC, 2002.

KAPLAN, B. *Evaluating informatics applications: clinical decision support systems literature review*. *International Journal of Medical Informatics*, [s.l], v.64, n.1, p.15-37, 2001.

KATZ, James E. & RICE, Ronald E. *Social consequences of internet use: access, involvement, and interaction*. Cambridge: MIT Press, 2002.

KETTL, Donald F. *The global public management revolution: a report on the transformation of governance*. Washington DC: The Brookings Institution, 2000.

KOLODNEY, Steve. *Digital Government: moving beyond “e”*. Fairfax, VA: American Management Systems, 2003.

KUHNDT, Michael; VON GEIBLER, Justus; HERRNDORF, Martin. *Assessing the ICT Sector Contribution to the Millennium Development Goals Status quo analysis of sustainability information for the ICT sector*. Wuppertal, 2006. Disponível em http://www.wupperinst.org/uploads/tx_wibeitrag/wr3.pdf. Visitado em 09.03.2007.

LABRA, Maria Eliana e FIGUEIREDO, Jorge Aubyn de. *Associativismo, participação e cultura cívica: o potencial dos conselhos de saúde*. Ciênc. Saúde coletiva; 7(3): 537-547, 2002.

LAKATOS, Eva Maria e MARCONI, Marina de Andrade. *Sociologia geral*. 7ª. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

LAM, J. C. Y. e LEE, M. K. O. *A model of internet consumer satisfaction: focusing on the website design*. In: Americas Conference on Information Systems, 1999. Anais. Milwaukee: AIS, p. 526-28.

LATTMAN-WELTMAN, Fernando. *Mídia e accountability: dimensões e condições da poli-arquia midiática*. Disponível em texto integral no cd-rom do 10º Encontro Anual da Compôs, 2004.

LAUDON, K. C. e LAUDON, J. P. *Management information systems: organization and technology in the networked enterprise*. 16. ed. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall, 2000.

LE COADIC, Yves-François. *A ciência da informação*. Brasília: Briquet de Lemos, 2004.

LEÃO, Beatriz de Faria. *Introdução aos Padrões de Representação de Informação em Saúde*. (disponível em apresentação Microsoft Power Point). Palestra proferida no Ministério da Saúde, Brasília, 2001.

LÈVY, Pierre. *Pela ciberdemocracia*. In: MORAES, Dênis de (Org.). Por uma outra comunicação. Rio de Janeiro: Record, 2003.

LINDERMAN, Albert. *Sense-Making Methodology informing macro and micro organizational change*. International Communication Association: San Diego, CA, 2003.

LITTY, Jamie M. *Making sense of media production: Put your method where your methodology is*. International Communication Association: San Diego, CA, 2003.

LIVRO VERDE. *Sociedade da Informação no Brasil*. Brasília: Ministério da Ciência e Tecnologia (MICT), 2000.

LOPES, Ilza Leite de Azevedo Santos. *Proposta de critérios de qualidade para avaliação da informação em saúde recuperada nos sites brasileiros da world wide web*. Tese de doutorado apresentada ao Departamento de Ciência da Informação e Documentação da Universidade de Brasília, 2006.

MAIA, Rousiley C. M. *Democracia e a internet como esfera pública virtual: aproximando as condições do discurso e da deliberação*. Disponível em texto integral em cd-rom do 10º Encontro Anual da Compôs, 2004.

MARINO, Selma Regina de Andrade. Participação popular e desenho organizacional: um estudo do Conselho Municipal de Saúde de Florianópolis. Dissertação de Mestrado apresentada ao Curso de Pós-graduação em Administração da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 1992.

MARRIL, J.L., MILLER, N. e KITENDAUGH, P. *The Medline Plus public user interface: studies os design challenges and opportunities*. J Med Libr Assoc. Jan. 2006.

MARSHALL, Joanne Gard e HAMILTON, John D. *The clinical librarian and the patient: report of a project at MCMASTER University Medical Centre*. *Bulletin of the Medical Library Association*; 66 (4), pp. 420-425. Oct 1978.

MARTELETO, Regina Maria e RIBEIRO, Leila Beatriz. *Informação e construção do conhecimento para a cidadania no terceiro setor*. ECO/UFRJ. Disponível em texto integral em cd-rom do 10º Encontro Anual da Compôs, 2004.

MARTÍNEZ-SILVEIRA, Martha e ODDONE, Nanci. *Necessidades e comportamento informacional: conceituação e modelos*. *Ciência da Informação*: Brasília, v. 36, n. 1, p. 118-127, maio/ago. 2007. Disponível em texto integral em <http://revista.ibict.br/index.php/ciinf/article/viewFile/797/725>. Visitado em 2.06.2009.

MASON, Jon. *Making-Sense of Metadata: A Potential Application of Sense-Making Methodology*. International Communication Association: New York, NY, 2005.

MAZZOLENI, M.C., MARELLO, A., GIORGI, I. e MARCHI, A. *Web versus press with a high circulation: an Italian case study*. *Stud Health Technol Inform*. 95:694-9, 2003.

MAXIMIANO, Antonio César Amaru. *Teoria geral da administração: da revolução urbana à revolução digital*. 5ª. ed.; São Paulo : Atlas, 2005.

MCGARRY, Kevin. *O contexto dinâmico da informação*. Brasília: Briquet de Lemos, 1999.

MEIRELES, Manuel. *Sistemas de informação: quesitos de excelência dos sistemas de informação operativos e estratégicos*. Volume 1 da Série: Indicadores Gerenciais. São Paulo: Arte & Ciência, 2004.

MIRANDA, Silvânia Vieira de. *Identificação de necessidades de informação e sua relação com competências informacionais: o caso da supervisão indireta de instituições financeiras no Brasil*. Tese de doutorado apresentada ao Depto. De Ciência da Informação da Universidade de Brasília, 2006.

MORAES, Ilara Hämmerli Sozzi de. *Informação em saúde para o exercício do controle social: a luta pela democratização e qualidade da informação*. In: Brasil. Ministério da Saúde. Coletânea de comunicação e informação em saúde para o exercício do controle social. Brasília, Editora do Ministério da Saúde, 2007.

MORAES (b), Nilson Alves de. *Comunicação, sentidos e saúde*. In: Brasil. Ministério da Saúde. Coletânea de comunicação e informação em saúde para o exercício do controle social. Brasília, Editora do Ministério da Saúde, 2007.

MOREIRA, Marcelo Rasga *et al.* *Participação nos conselhos municipais de saúde de municípios brasileiros com mais de cem mil habitantes.* Saúde em debate; (43):48-61, jun. 2008.

MORITA, Ione; GUIMARÃES, Juliano Fernandes Campos; DI MUZIO, Bruno Paulino. *A participação de conselheiros municipais de saúde: solução que se transformou em problema?* Saúde e Sociedade;15(1):49-57, jan-abr. 2006.

MORRIS, L. *et al.* *Information management in primary care: delivering a strategy to improve patient care in Scotland.* Informatics in Primary Care, [s.l.], n. 10, p.85-88, 2002.

MORRIS, Ruth C. T. *Toward a user-centered information service.* Journal of the American Society for Information Science, 45 (1), 11-30, 1994.

_____. *Online tables of contents for books: The user's perspective.* Tese de Doutorado apresentada à Universidade de Michigan, 2001.

NELISSEN, Paul. *The social character of sense-making: Social influences on situation movement state.* International Communication Association: Chicago, Illinois, 23.05.1996. Disponível em texto integral em <http://communication.sbs.ohio-state.edu/sense-making/meet/m96nelissen.html>. Visitado em 08.07.2006.

_____. *Sense-Making Methodology in organizations: Connecting theory, policy, and practice.* International Communication Association: San Diego, CA, 2003. Disponível em texto integral em <http://communication.sbs.ohio-state.edu/sense-making/meet/2003/meet03nelissen.html>. Visitado em 08.07.2006.

NICHOLAS, D., HUNTINGTON, P. e WILLIAMS P. *Delivering consumer health informations digitally: a comparison between the web and touchscreen kiosk.* J Med Syst. Feb; 27(1):13-34, 2003.

NICHOLAS, D., HUNTINGTON, P., WILLIAMS P e GUNTER, Barrie. *Perceptions of the authority of health information. Case study: digital interactive television and the internet.* Health information and Libraries Journal. Vol. 20. Dec. 2003.

NIEDZWIEDZKA, B. M. *Barriers to evidence-based decision making among Polish health-care managers.* Health Services Management Research, 16(2): 106-15, May 2003.

NIELSEN, J. e TAHIR, Marie. *Homepage: usabilidade 50 web sites desconstruídos.* Rio de Janeiro: Campus, 2002.

NIELSEN, J. *Projetando websites.* Rio de Janeiro: Campus, 2000.

NILAN, Michael S. e DERVIN, Brenda. *Beyond agency to structure: Moving quantitative Sense-Making to a focus on both societal structural arrangements and information seeking agency.* The Electronic Journal of Communication [On-line serial] 9 (2, 3 &4), 1999.

NILAN, Michael S. *Interpretative methodology for organizing resources in information systems.* International Communication Association: San Diego, CA, 2003.

NISKIER, Celso. *Alfabetização e inclusão digital: o ingresso no mundo da cultura deve ser feito pela porta da frente*. São Paulo: Gazeta Mercantil, p. A-3, nº. 22.687, 14.10.2003.

NOGUEIRA JR., Alberto. *Cidadania e direito de acesso aos documentos administrativos*. Rio de Janeiro: Ed. Renovar, 2003.

NORRIS, Pippa. *Digital divide: civic engagement, information poverty, and the Internet worldwide*. Cambridge: Cambridge University Press, 2001.

NOWAK, G. J.; SHAMP, S.; HOLLANDER, B. CAMERON, G. T. *Interactive media: a means for more meaningful advertising?* In: SCHUMANN, D. W.; THORSON, E. *Advertising and the world wide web*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum, 1999.

OLIVEIRA, Luiz Carlos de Almeida. *A tecnologia da informação na relação entre o estado e o cidadão – a prática do Estado e a expectativa do cidadão: estudo de caso no estado do Paraná*. Dissertação de mestrado apresentada à Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Curitiba, 2003.

OLIVEIRA, Maria Teresa de. *Aspectos da informatização da sociedade brasileira: trabalho, saúde e controle social – o caso do setor bancário*. Tese de Doutorado apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 1986.

OLIVEIRA, Miriam. *Fatores internos de atração: o que adotar no website*. In: *Resumo dos Trabalhos da XXV Enanpad*. Rio de Janeiro: Anpad, 2001.

OLIVEIRA, Saulo Carneiro de, e RAMOS, Edith Maria Barbosa. *A Internet como mecanismo de controle social da gestão pública, segundo o princípio da publicidade, nos municípios de São Luís e Curitiba*. Anais da 58ª Reunião Anual da SBPC, Florianópolis, Julho/2006.

OLIVEIRA, Suelen Carlos de. *Cidadania e participação social: a experiência do conselho de saúde em um município da Baixada Fluminense*. Monografia apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca para obtenção do grau de Especialista. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.

OLIVEIRA, Valdir de Castro. *Comunicação e poder nos conselhos de saúde*. COMPOS. UFMG, Belo Horizonte, 2004. Disponível em texto integral em cd-rom do 10º Encontro Anual da Compôs, 2004.

_____. (b). *Comunicação, informação e participação popular nos conselhos de saúde*. *Saúde e Sociedade*.;13(2):56-69, maio-ago., 2004.

OSBORNE, David e GAEBLER, Ted. *Reinventando o Governo – como o espírito empreendedor está transformando o setor público*. Brasília: MH Comunicação, 1995.

PÁLSDÓTTIR, Á. *Seeking information about health and lifestyle on the Internet*. *Information Research*, 14(1) paper 389, 2009. Disponível em texto integral em <http://InformationR.net/ir/14-1/paper389.html>. Visitado em 20.03.2009.

PARREIRAS, Tatiane A.S.; CARDOSO, Ana Maria P. e PARREIRAS, Fernando S. *Governo eletrônico: uma avaliação do site da Assembléia Legislativa de Minas gerais*. In: CINFORM, 5, 2004, Anais, Salvador: UFBA, 2004.

PASCALI, Jaqueline de. *Formas de organização social em um sistema local de saúde: um estudo de caso*. Dissertação de mestrado apresentada ao Departamento de Prática de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2005.

PASSOS, Iana Maria Campello. *Participação na gestão pública da saúde: um estudo de caso*. Dissertação de Mestrado apresentada à Escola Brasileira de Administração Pública da Fundação Getúlio Vargas. Rio de Janeiro, 1995.

PEDROSA, Ana Amélia Galas, *A tematização da informação em saúde nas conferências de saúde de Teresina (PI)*. Ver. Assoc. Saúde Pública do Piauí; 1(2), dez. 1998.

PEPPERS, D. e ROGERS, M. *Nos conhecemos de algum lugar?* HSM Management, n. 19, p.38-43, mar-abr., 2000.

PEREIRA, Edmeire Cristina. *Design de Sistemas de Informação centrado no usuário e a abordagem do Sense-Making*. Campinas: Pontifícia Universidade Católica, Transinformação, v. 14, n. 2, p. 139-151, julho/dezembro/2002. Disponível em texto integral <http://revistas.puc-campinas.edu.br/?id=22&article=4&mode=pdf>. Visitado em 20.07.2007.

PERRYMAN, Carol. *Information behaviours in an online smoking cessation forum*. Libri; 53 (3), pp. 149-159, Sep 2003.

PIERSON, Donald (Org.). *Estudos de organização social*. São Paulo: Martins, 1970.

PINHEIRO, Lena Vânia Ribeiro. *Comunidades científicas e infra-estrutura tecnológica no Brasil para uso de recursos eletrônicos de comunicação e informação na pesquisa*. Revista Ciência da Informação. Brasília, v. 32, n. 3, p. 67, set/dez., 2003. Disponível em texto integral em <http://revista.ibict.br/index.php/ciinf/article/view/27/24>. Visitado em 26.04.2009.

PRESOTO, Lúcia Helena. *A participação social na atuação dos Conselhos Municipais de Bertioga: possibilidades de articulação*. Dissertação de Mestrado apresentada ao Departamento de Prática de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2004.

RAMBO, Neil. *Public health information support*. Reference Services Review; 33 (1), pp. 44-48, 2005.

RAYPORT, J. F.; JAWORSKI, B. J. *E-commerce*. New York: McGraw-Hill, 2001.

REEDY, J., SCHULLO, S. e ZIMMERMAN, K. *Marketing Eletrônico: a integração de recursos eletrônicos ao processo de marketing*. Porto Alegre: Bookman, 2001.

REPULLO JÚNIOR, Rodolfo. *A municipalização das ações de saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde*. Tese de doutorado apresentada à Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2002.

RETHLEFSEN, Melissa L. *Citation analysis of Minnesota Department of Health Official publications and journal articles: a needs assessment for the RN Barr Library*. *Journal of the Medical Library Association (JMLA)*, vol. 95, no. 3, pp. 260-266, 2007.

REVERE, Debra; BUGNI, Paul F.; Fuller, Sherrilynne. *A public health knowledge management repository that includes grey literature*. *Grey Journal*, vol. 3, no. 3, pp. 164-168, 2007.

RIFKIN, Jeremy. *A era do acesso: a transição de mercados convencionais para networks e o nascimento de uma nova economia*. São Paulo: Pearson Education do Brasil, 2001

RIGBY, M. *The management and policy challenges of the globalization effect of informatics and telemedicine*. *Health Policy*, [s.l.], v. 46, n. 2, p. 97-103, 1999.

RIPSA – Rede Interagencial de Informações para a Saúde. *Indicadores básicos de saúde no Brasil: conceitos e aplicações*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002.

ROCHA, Rogério Lannes. *Informação para participação e controle social*. In: Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. Anais do IV Congresso Brasileiro de Prevenção em DST E AIDS: descentralização e sustentabilidade. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

ROCKOFF, Maxine L. *Information outreach to a local public health department: a case study in collaboration*. *Journal of the Medical Library Association (JMLA)*, vol. 95, no. 3, pp. 355-357, 2007.

RODRIGUES, C. Z. *Informação no Sistema Único de Saúde: um estudo de usuário do Sistema Cartão Nacional de Saúde no contexto do Governo Eletrônico*. Dissertação de mestrado apresentada ao Departamento de Ciência da Informação da Universidade de Brasília, 2003.

ROSENBERG, M. J. *E-learning – strategies for delivering knowledge in the digital age*. New York: McGraw-Hill, 2001.

ROWLEY, Jennifer. *A biblioteca eletrônica*. Brasília: Briquet de Lemos, 2002.

RYAN, Jeanette L. *AZ HealthInfo: a collaborative model for supporting the health information needs of public health workers, public librarians, consumers, and communities in Arizona*. *Journal of the Medical Library Association (JMLA)*, vol. 95, no. 3, pp. 349-351, 2007.

SÁ, Ivone Pereira de. *A face oculta da interface: serviços de informação arquivística na web centrados no usuário*. Trabalho apresentado ao Curso de Mestrado Profissional em Gestão da Informação e da Comunicação em Saúde do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP) da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) para obtenção do título de Mestre em Gestão da Informação e da Comunicação em Saúde. Rio de Janeiro, 2005.

SACARDO, Gislaiane A; CASTRO, Iracema Estyer do N. *Saúde: Conselho Municipal*. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo: Instituto Polis, 2002.

SÁNCHEZ MANSOLO, A A.; MARTÍN DIAZ, O; IGLESIAS DIOS, J. *Registro electrónico de pacientes*. Revista Cubana Educ. Méd.,[s.l.], v. 13, n. 1, p.46-55, 1999.

SARACEVIC, Tefko *et alli*. *From e-sex to e-commerce: web search changes*. Disponível em texto integral em <http://www.scils.rutgers.edu/~tefko/IEEEComputer2002.pdf>. Visitado em 23.08.2005.

SAVOLAINEN, Reijo. *Information use, gap-bridging and Sense-Making*. International Communication Association: San Francisco, 1999.

SCHILLER, Herbert I. *Information inequality: the deepening social crisis in America*. London: Routledge, 1996.

SCHNALL, Janet G. e WILSON, Joan W. *Evaluation of a clinical medical librarianship program at a university health sciences library*. *Bulletin of the Medical Library Association*; 64 (3), pp. 78-283.s, Jul 1976.

SCHÖN, Donald A., SANYAL, Bish & MITCHELL, William J. *High technology and low-income communities: prospects for the positive use of advanced information technology*. Cambridge: MIT Press, 1998.

SCHWARTZ, E. I. *WebEconomia*. São Paulo: Makron Books, 1998.

SERVON, Lisa J. *Bridging the digital divide: technology, community, and public policy*. Oxford, UK: Blackwell Publishers, 2002.

SHAPIRO, Carl & VARIAN, Hal R. *Economia da Informação*. Rio de Janeiro: Campus, 1999.

SHERWIN, G. R.; AVILA, E. N. *Connecting online: creating a successful image on the Internet*. Oregon: Oasis, 1999.

SHIELDS, Peter e DERVIN, Brenda. *Putting the Missing User back into Telecommunication Policy Research: Applying Sense-Making Methodology*. International Communication Association: New York, NY, 2005.

SHORTLIFFE, Edward H. *Medical Informatics: computer applications in health care and biomedicine (Health Informatics)*. 2ª. ed., New York: Springer Verlag, 2000.

SILVA, Alexandra Ximenes da. *O Cadastro Nacional de Conselhos de Saúde como estratégia de fortalecimento da comunicação e informação para o exercício do controle social*. In: Brasil. Ministério da Saúde. Coletânea de comunicação e informação em saúde para o exercício do controle social. Brasília, Editora do Ministério da Saúde, 2007.

SILVA, Alexandra Ximenes da e SILVA, Angélica. *Reflexões sobre inclusão digital e controle social do SUS no Brasil*. In: Brasil. Ministério da Saúde. Coletânea de comunicação e informação em saúde para o exercício do controle social. Brasília, Editora do Ministério da Saúde, 2007.

SILVA, Frederico Augusto Barbosa da e ABREU, Luiz Eduardo de Lacerda. *Saúde: capacidade de luta, a experiência do Conselho Nacional de Saúde*. Brasília: IPEA, 2002.

SILVA, Jorge Vieira da. *Informação e ação política democrática*. São Paulo em perspectiva; 8(4), out-dez. 1994.

SILVEIRA, Sérgio Amadeu da e CASSINO, João [Org.]. *Software livre e inclusão digital*. São Paulo: Conrad Editora do Brasil, 2003.

SILVEIRA, Sérgio Amadeu da. *Exclusão digital: a miséria na era da informação*. São Paulo: Ed. Fundação Perseu Abramo, 2001.

SLACK, Warner V. *Cybermedicine: how computing empowers doctors and patients for better health care*. San Francisco: Jossey-Bass, 1997.

SOLOMON, H. *Seeking consumer health information in New Zealand: a closer look*. *New Zealand libraries*; 48 (5), pp. 82-88, Mar 1996.

SONG, J.; ZAHEDI, F. M. *Web design in e-commerce: a theory and empirical analysis*. In: *International Conference on Information Systems*, 2001.

SORJ, Bernardo. *brasil@povo.com: a luta contra a desigualdade na Sociedade da Informação*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2003.

SOUSA, Jessie Jane Vieira de. *Obstáculos para o acesso à informação hoje no Brasil e sugestões de ações*. Seminário Internacional sobre Direito de Acesso a Informações Públicas. ABRAJI. Brasília, 29 e 30 de setembro de 2003.

SOUSA, Maria Auxiliadora Oliveira. *Controle social e cidadania na construção do sistema único de saúde: a caracterização dos conselhos municipais de saúde*. Monografia apresentada à Escola da Saúde Pública Dr. Jorge David Nasser. Campo Grande, 1995.

STERNBERG, R. J. *Psicologia cognitiva*. Porto Alegre: Artmed, 2000.

STERNE, J. *Marketing na Internet: integrando a Web à sua estratégia de marketing*. Rio de Janeiro: Campus, 2000.

STOTZ, Eduardo N. *Movimentos sociais e saúde: notas para uma discussão*. *Cadernos de saúde pública* 10 (2): 264-268. Rio de Janeiro, abr/jun., 1994. Disponível em texto integral em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v10n2/v10n2a14.pdf>. Visitado em 14.05.06.

SUKPANICH, N.; CHEN, L. *Interactivity as the driving force behind e-commerce*. In: *Americas Conference on Information Systems*, Anais. Long Beach: AIS, 2000.

TAIRA, Noriko e MIKUNI, Kumi. *Information needs of public health nurses and the role of the library of medical science university*. *Igaku Toshokan (Journal of the Japan Medical Library Association)*, vol. 54, no. 2, pp. 166-171, Jun 2007.

TAKAHASHI, Tadao (Org.). *Livro Verde. Sociedade da Informação no Brasil*. Brasília: Ministério da Ciência e Tecnologia (MICT), 2000.

TAPSCOTT, Don. *Economia Digital: promessa e perigo na era da inteligência em rede*. São Paulo: Makron Books, 1997.

TERRA, José Cláudio Cyrineu e GORDON, Cindy. *Portais Corporativos: a revolução na gestão do conhecimento*. São Paulo: Negócio, 2002.

TOVAR, Maurício Torres. *Participação e controle social para o exercício pleno da cidadania em saúde na América Latina: importância da comunicação e informação*. In: Brasil. Ministério da Saúde. Coletânea de comunicação e informação em saúde para o exercício do controle social. Brasília, Editora do Ministério da Saúde, 2007.

TRASK, Melanie. *Health literature collections in the Commonwealth Department of Health*. *Australian Special Libraries News*; 13 (4), pp. 111-116, Dec 1980.

TURBAN, E. *et al. Electronic commerce*. Upper Saddle River, New Jersey: Prentice Hall, 2000.

TWOSE, Claire *et al. Public health practitioners' information access and use patterns in the Maryland (USA) public health departments of Anne Arundel and Wicomico Counties*. *Health Information and Libraries Journal*, vol. 25, no. 1, pp.13-22, 2008.

URBAN, G. L.; SULTAN, F.; QUALLS, W. J. *A confiança na web*. HSAM Management, n. 25, mar.-abr., 2001.

VALLA, Victor Vincent (coord.); CARVALHO, Mariângela de; ASSIS, Mônica de. *Participação popular e os serviços de saúde: o controle social como exercício da cidadania*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ENSP, 1993.

VAN BEMMEL, J. *Handbook of Medical Informatics*. New York: Springer Verlag, 1997.

VAN DEURSEN, A.J.A.M e VAN DIJK, J.A.G.M. *Improving digital skills for the use of online public information and services*. *Government Information Quarterly* Volume 26, Issue 2, April 2009.

VASSOS, Tom. *Marketing estratégico na Internet*. São Paulo: Makron Books do Brasil, 1997.

VAZ, José Carlos. *Perspectivas e desafios para ampliação do governo eletrônico nos municípios brasileiros*. In: *Seminário Internacional Governo Eletrônico e Governos Locais*. Brasília, 2003.

VENETIANER, T. *Como vender seu peixe na Internet: um guia prático de marketing e comércio eletrônico*. 4ª. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1999.

VOLESKO, M. M. *It wasn't raining when Noah built the ark: disaster preparedness for hospitals and medical librarians, post September 11*. *Internet Reference Services Quarterly*; 6 (3/4), p. 99-131, 2002.

WALLIS, Lisa C. *Information-seeking behavior of faculty in one school of public health*. *Journal of the Medical Library Association (JMLA)*, vol. 94, no. 4, sp., Oct 2006.

WALTON, L. J. *et al. Outreach to public health professionals: lessons learned from a collaborative Iowa public health project*. *Bulletin of the Medical Library Association*; 88 (2), pp. 165-171, Apr 2000.

WARNER, Amy J. *A Taxonomy Primer*. Disponível em texto integral em <http://www.lexonomy.com/publications/aTaxonomyPrimer.html>. Visitado em 10/05/2004.

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

WENDHAUSEN, Agueda; CAPONI, Sandra. *O diálogo e a participação em um conselho de saúde em Santa Catarina, Brasil*. CAD. Saúde pública = Rep. Public health; 18 (6):1621-1628, nov.-dez., 2002.

WENDHAUSEN, Agueda L. P.; BARBOSA, Tatiane Muniz; BORBA, Maria Clara de. *Empoderamento e recursos para a participação em conselhos gestores*. Saúde e Sociedade;15(3):131-144, set-dez, 2006.

WERNER, Sonia Acioli. *Participação social em saúde: a experiência do conselho municipal de saúde de Niterói*. Dissertação de Mestrado apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.

WILHELM, Anthony G. *Democracy in the digital age: challenges to political life in cyberspace*. London: Routledge, 2000.

WILSON, T. D. *On user studies and information needs*. London, Journal of Documentation. Vol. 37, 1981.

_____. *Models in information behaviour research*. London, Journal of Documentation. Vol. 55, n. 3, 1999.

WRESCH, William. *Disconnected: haves and have-nots in the information age*. Piscataway: Rutgers University Press, 1996.

ZABOT, João Batista M. e SILVA, L.C. Mello da. *Gestão do conhecimento: aprendizagem e tecnologia construindo a inteligência coletiva*. São Paulo: Atlas, 2002.

Anexos

I – Instrumento de coleta de dados – Fase de pré-teste



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE ECONOMIA, ADMINISTRAÇÃO, CONTABILIDADE E CIÊNCIA
DA INFORMAÇÃO E DOCUMENTAÇÃO
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIA DA INFORMAÇÃO E DOCUMENTAÇÃO

PESQUISA SOBRE NECESSIDADE DE INFORMAÇÃO DO CONSELHEIRO DE SAÚDE

A – IDENTIFICAÇÃO

Nº.:

(1) Nome: _____

(2) Município de residência: _____ (3)UF: _____

Telefone para contato: _____ e-mail: _____

(4) Região: _____ (5) Micro-Região: _____

(6) Profissão: _____

(7) Há quantos anos trabalha na área da saúde? _____

(8) Sexo M F

(9) Idade: () 19 ou menos () 20-24 () 25-30 () 31-35 () 36-40
() 41-45 () 46-50 () 51-55 () 56-60 () 61-65 () 66-70
() 71 ou mais

(10) Grau de instrução mais elevado:

- Básica
- Superior completo (Graduação): _____
- Pós-Graduação: _____
- Especialização: _____
- Mestrado: _____
- Doutorado: _____
- Pós-Doutorado: _____

(11) Conhecimentos de línguas estrangeiras:

Nenhum		<input type="checkbox"/>			
Inglês	Fala	<input type="checkbox"/>	Lê	<input type="checkbox"/>	Escreve <input type="checkbox"/>
Espanhol	Fala	<input type="checkbox"/>	Lê	<input type="checkbox"/>	Escreve <input type="checkbox"/>
Francês	Fala	<input type="checkbox"/>	Lê	<input type="checkbox"/>	Escreve <input type="checkbox"/>
Alemão	Fala	<input type="checkbox"/>	Lê	<input type="checkbox"/>	Escreve <input type="checkbox"/>
Outras:	Fala	<input type="checkbox"/>	Lê	<input type="checkbox"/>	Escreve <input type="checkbox"/>

Outras: _____

(12) Quais são os conselhos dos quais participa?

- Conselho Municipal de Saúde
- Conselho Estadual de Saúde
- Conselho Nacional de Saúde
- Outro (Qual? _____)

(13) Qual o segmento profissional que representa no conselho?:

- Usuários
- Trabalhadores da saúde
- Gestores do SUS
- Prestadores de serviços de saúde

(13.1) Desde quando o (a) sr.(a) participa do conselho? _____

(14) Já publicou trabalhos técnico-acadêmicos?

	SIM	NÃO
Artigo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Livro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B - INFORMAÇÕES EM SAÚDE PARA CONTROLE SOCIAL DO SUS

(15) Que tipo de informação o (a) sr. (a) necessita para exercer o controle social no SUS?

TIPO	NUNCA	SEMPRE
Administrativa/Organizacional		
Científica		
Contábil		
Econômica		
Estatística		
Financeira		
Legal/Jurídica		
Política		
Tecnológica		
Outra:		

C - AVALIAÇÃO DE FONTES DE INFORMAÇÃO

(18) Que meios de comunicação/serviços utiliza para exercício das atividades de Controle Social?

MEIO	NUNCA	SEMPRE
Biblioteca		
Correios		
Correio eletrônico		
BBS (<i>Bulletin Board System</i>)		
Internet		
Jornal		
Rádio		
Revista		
Serviço de alto-falante		
Televisão		
Outros:		

(19) Quais recursos (fontes) o (a) sr. (a) utiliza nas atividades de conselheiro?

FONTES	NUNCA	SEMPRE
Artigos técnico-científicos		
Atas da Conferência Nacional de Saúde		
Atas dos Conselhos Nacional/Estadual/Municipal de Saúde		
Boletins do Conselho Nacional/Estadual/Municipal de Saúde		
Dados estatísticos		
Estudos		
Gráficos		
Indicadores de saúde		
Pareceres		
Pessoas		
Relatórios		
Tabelas		
Outros:		

(20) Qual o grau de importância de cada página de Internet para suas atividades de conselheiro?

PÁGINA DA INTERNET	NENHUMA	POUCA	MUITA
Agência Nacional de Saúde (ANS)			
Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)			
ANUÁRIOS ESTATÍSTICOS			
Depto. Informática do SUS (DATASUS)			
Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ)			
Fundo Nacional de Saúde (FNS)			
Fundação Nacional de Saúde (FUNASA)			
Inst. Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)			
Ministério da Saúde (MS)			
Secretaria Estadual de Saúde (SES)			
Secretaria Municipal de Saúde (SMS)			
ONG (QUAL?)			
Organização Mundial de Saúde (OMS)			
PÁGINA DA INTERNET	NENHUMA	POUCA	MUITA
Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS)			
Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS)			
Tribunal Superior Eleitoral (TSE)			
OUTRA:			

(21) Qual o grau de importância para o (a) sr. (a) dos serviços e produtos de informação para as suas atividades como conselheiro?

PRODUTO/SERVIÇO	NENHUMA	POUCA	MUITA
Biblioteca Virtual em Saúde (BVS)			
IDB			
Sistema de Informações Ambulatoriais (SAI)			
Sistema de Informações Hospitalares (SIAH)			
SIOPS			
Tabulador Genérico/Internet (TABNET)			
Tabulador Genérico/Windows (TABWIN)			
TRANSFERÊNCIAS FINANCEIRAS A ESTADOS E MUNICÍPIOS			
OUTROS:			

(22) Qual o grau de facilidade de uso de vários serviços e produtos oferecidos para suas atividades como conselheiro?

PRODUTO/SERVIÇO	NENHUMA	POUCA	MUITA
ANUÁRIO DA SAÚDE			
CADERNO SAÚDE			
IDB			
SIOPS			
TABNET			
TABWIN			
TRANSFERÊNCIAS FINANCEIRAS A ESTADOS E MUNICÍPIOS			

D - USO DE TECNOLOGIAS E CONDIÇÕES DE ACESSO

(23) Conexão à Internet

Onde\Freq.	NUNCA	DIAR.	SEMANAL	MENSAL
TRABALHO				
CASA				
BIBLIOTECA				
OUTROS				

(24) Serviços da Internet que utiliza

SERVIÇO	NUNCA	SEMPRE
E-MAIL		
PESQUISA DE NOTÍCIAS DE SAÚDE		
CONSULTA A DADOS		
TRANSFERÊNCIA DE ARQUIVOS E SISTEMAS		
EDUCAÇÃO À DISTÂNCIA		
DISCUSSÃO ON-LINE		

(25) Com que finalidade geralmente busca a informação?

FINALIDADE	NUNCA	SEMPRE
ARTIGOS CIENTÍFICOS		
COMUNICAÇÃO COM A COMUNIDADE		
CONSTRUIR INDICADORES		
ESTUDOS		
NORMAS		
PARECERES		
PLANEJAMENTO DE AULA/TREINAMENTO/CAPACITAÇÃO		
PROJETOS		
RELATÓRIOS		

(26) Quais são os problemas que geralmente encontra quando utiliza a Internet?

PROBLEMA	NUNCA	SEMPRE
ACESSO À INTERNET		
CONEXÃO		
DISPONIBILIDADE DE COMPUTADOR		
LINHA TELEFÔNICA		
SABER O QUE BUSCAR		
SÍTIOS/PÁGINAS NÃO ESTÃO DISPONÍVEIS		
OUTROS:		

(27) Quem faz a busca na Internet para o (a) sr. (a)?

QUEM FAZ	NUNCA	SEMPRE
O PRÓPRIO		
PEDE A TERCEIROS		

II – Instrumento de coleta de dados hospedado na web

FormSUS

Pesquisa_Conselheiro_Saude

Formulário | Altera Ficha

PESQUISA SOBRE NECESSIDADE DE INFORMAÇÃO DO CONSELHEIRO DE SAÚDE

Sr.(a) Conselheiro(a), após preencher o questionário, não esqueça de clicar no botão GRAVAR, que se encontra no final deste, para que suas respostas sejam incluídas no banco de dados. Pela sua colaboração, mais uma vez, **MUITO OBRIGADO!**

* **Preenchimento Obrigatório**

[Clique aqui em caso de dúvidas relativas a este formulário.](#)

Dados Pessoais

- 1) **Nome:** *
- 2) **Estado:** *
- 3) **Município:** *
- 4) **Telefone:**
- 5) **Correio Eletrônico (e-mail):**
- 6) **Profissão:** *
- 7) **Há quantos anos trabalha na área da saúde?**
- 8) **Sexo:** *
- Masculino
- Feminino
- 9) **Idade:** *
- 10) **Grau de Instrução Mais Elevado:** *
- Básica (Fundamental - Ginásio)
- Médio (Científico - 2º Grau)
- Superior Incompleto
- Superior Completo - Graduação
- Especialização
- Mestrado
- Doutorado
- Pós-Doutorado

11) Conhecimentos de Línguas Estrangeiras:

	Fala	Lê	Escreve
12) Nenhum:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13) Inglês:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14) Espanhol:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15) Francês:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16) Alemão:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17) Outras:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 18) **Outras línguas estrangeiras:**

19) Quais são os conselhos em que participa? *

- Conselho Municipal de Saúde
 Conselho Estadual de Saúde
 Conselho Nacional de Saúde

20) Participação em Outros Conselhos:

21) Qual o segmento profissional que representa no conselho? *

- Usuários
 Trabalhadores da Saúde
 Gestores do SUS
 Prestadores de Serviços de Saúde

22) Desde quando participa do Conselho (data aproximada):

23) Já publicou trabalhos técnico-acadêmicos?

	SIM	NÃO
24) Artigo:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
25) Livro:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
26) Capítulo de Livro:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
27) Monografia/TCC (Trabalho de Conclusão de Curso):	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
28) Dissertação:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
29) Tese:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Informações em Saúde para Controle Social no SUS

30) Tipo de Informação que necessita para exercer o controle social no SUS:

	Nunca	Raramente	De vez em Quando	Freqüentemente
31) Administrativa/Organizacional:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
32) Científica:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
33) Contábil:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
34) Econômica:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
35) Estatística:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
36) Financeira:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
37) Legal/Jurídica:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
38) Política:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
39) Tecnológica:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
40) Outro:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

41) Outro Tipo de Informação para Controle Social:

42) Na última vez que fez uso de informação em saúde, para exercício do controle social, obteve sucesso? Relate-o no espaço ao lado.

43) Com a sua experiência no SUS, que assunto(s) deveria(m) ser objeto de Controle Social?

Avaliação de Fontes de Informação

44) Meios de Comunicação/Serviços que utiliza para exercício das atividades de conselheiro?

	Nunca	Raramente	De vez em Quando	Freqüentemente
45) Biblioteca:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46) Correios:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47) Correio eletrônico:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48) BBS (Bulletin Board System):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49) Internet:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50) Jornal:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51) Rádio:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52) Revista:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53) Serviço de alto-falante:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54) Televisão:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55) Outro:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

56) Outro meio de comunicação/serviço:

57) Recursos (fontes de informação) que utiliza nas atividades de conselheiro:

	Nunca	Raramente	De vez em Quando	Freqüentemente
58) Artigos técnico-científicos:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59) Atas da Conferência Nacional de Saúde:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60) Atas dos Conselhos Nacional/Estadual/Municipal de Saúde:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61) Boletins dos Conselhos Nacional/Estadual/Municipal de Saúde:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
62) Dados estatísticos:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
63) Estudos:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
64) Gráficos:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
65) Indicadores de saúde:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
66) Pareceres:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
67) Pessoas/Especialistas:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

68) Relatórios:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
69) Tabelas:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
70) Outro:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

71) **Outro recurso (fonte de informação):**

72) **Grau de IMPORTÂNCIA de cada página da Internet para suas atividades de conselheiro:**

	Nenhuma	Alguma	Muita	Não sabe
73) Agência Nacional de Saúde (ANS):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
74) Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
75) Anuários Estatísticos:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
76) Deptº de Informática do SUS (DATASUS):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
77) Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
78) Fundo Nacional de Saúde (FNS):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
79) Fundação Nacional de Saúde (FUNASA):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
80) Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
81) Ministério da Saúde (MS):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
82) Secretaria Estadual de Saúde (SES):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
83) Secretaria Municipal de Saúde (SMS):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
84) Organização Não Governamental (ONG):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
85) Organização Munial de Saúde (OMS):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
86) Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
87) Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
88) Tribunal Superior Eleitoral (TSE):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
89) Outra:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

90) **Outra página da Internet:**

91) **Nome da ONG (Organização Não Governamental):**

92) **Grau de IMPORTÂNCIA dos serviços/ produtos de informação para suas atividades como conselheiro:**

	Nenhuma	Alguma	Muita	Não sabe
93) Biblioteca Virtual em Saúde (BVS):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
94) Indicadores Básicos de Saúde (IDB):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
95) Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
96) Sistema de Informações Hospitalares (SIAH):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
97) Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
98) Tabulador Genérico/Internet (TABNET):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
99) Tabulador Genérico/Windows (TABWIN):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

100) Transferências Financeiras a Estados e Municípios:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
101) Outro:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

102) **Outro Serviço/Produto de Informação:**

103) **Grau de FACILIDADE DE USO de serviços/ produtos oferecidos para suas atividades de conselheiro:**

	Nenhuma	Alguma	Muita	Não sabe
104) Anuário da Saúde:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
105) Caderno Saúde:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
106) Indicadores Básicos de Saúde (IDB):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
107) Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
108) Tabulador Genérico/Internet (TABNET):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
109) Tabulador Genérico/Windows (TABWIN):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
110) Transferências Financeiras a Estados e Municípios:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Uso de Tecnologias e Condições de Acesso

111) **De ONDE faz conexão com a Internet?**

	Nunca	Diariamente	Semanalmente	Mensalmente
112) Do Trabalho:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
113) De Casa:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
114) De Biblioteca:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
115) Outro:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

116) **Outro local de ONDE faz conexão com a Internet:**

117) **SERVIÇOS da Internet que utiliza:**

	Nunca	Raramente	De Vez em Quando	Freqüentemente
118) E-mail (Correio eletrônico):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
119) Pesquisa de Notícias de Saúde:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
120) Consulta a Dados:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
121) Transferência de Arquivos e Sistemas:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
122) Educação à Distância:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
123) Discussão On-Line:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
124) Outro:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

125) **Outro SERVIÇO da Internet que utiliza:**

126) **FINALIDADE com que BUSCA a informação:**

	Nunca	Raramente	De Vez em Quando	Freqüentemente
127) Escrever Artigos Científicos:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
128) Comunicação com a Comunidade:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
129) Construir Indicadores:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

130) Realizar Estudos:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
131) Redigir Normas:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
132) Redigir Pareceres:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
133) Planejar/preparar Aula/Capacitação/Palestra/Treinamento:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
134) Gerenciar Projetos:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
135) Redigir Relatórios:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
136) Outra:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

137) Outra FINALIDADE com que BUSCA a informação:

138) PROBLEMAS que geralmente encontra quando acessa a Internet:

	Nunca	Raramente	De vez em Quando	Freqüentemente
139) Acesso à Internet:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
140) Conexão:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
141) Disponibilidade de Computador:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
142) Linha Telefônica:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
143) Saber o Que Buscar:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
144) Sítios/Páginas não Estão Disponíveis:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
145) Outro:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

146) Outro PROBLEMA quando utiliza a Internet:

147) QUEM faz a BUSCA na Internet?

	Nunca	Raramente	De vez em Quando	Freqüentemente
148) O Próprio:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
149) Pede a Terceiros:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Atenção: Ao gravar aguarde a tela de confirmação. Somente se aparecer a mensagem de confirmação seus dados terão sido gravados.
[Clique aqui em caso de dúvidas relativas a este formulário.](#)

Página 1 de 1

III – Mensagem eletrônica convidando à participação na pesquisa

Prezado (a) Sr.(a) Conselheiro (a):

Sou Doutorando em Ciência da Informação na Universidade de Brasília (UnB) e também funcionário do Ministério da Saúde.

Escolhi para tema da minha pesquisa a “Necessidade de Informação dos Conselheiros de Saúde”.

Estou solicitando sua colaboração, no sentido de, se possível, responder o questionário que se encontra hospedado no FormSUS e que pode ser acessado pelo link abaixo:

http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=2241&ex

Sua resposta é de suma importância para nortear o desenvolvimento de sistemas e produtos de informação no âmbito do Sistema Único de Saúde e facilitar seu trabalho como Conselheiro.

O (A) sr.(a) não precisa se identificar. As informações serão tratadas com sigilo.

Entretanto, se for informado o seu e-mail, comprometo-me a enviar uma cópia da tabulação dos dados e das conclusões/recomendações.

Desde já agradeço a colaboração e coloco-me ao seu dispor para eventuais esclarecimentos.

Atenciosamente,

Carlos Zalberto Rodrigues

Analista de Sistemas

COSIN/DENASUS/MS

W3 NORTE - SEPN - Quadra 511 - Bloco C Ed. Bittar IV - 3º andar

70.750-543 Brasília-DF

Telefone (61) 3448-8274

Fax (61) 3448-8382

zalberto@saude.gov.br

IV – Mensagem eletrônica de cobrança de resposta

Prezado (a) Sr.(a) Conselheiro (a):

Tendo em vista que até o presente momento nenhum Conselheiro do seu município respondeu o questionário da minha pesquisa, “Necessidade de Informação do Conselheiro de Saúde”, volto a solicitar sua colaboração, no sentido de, se possível, responder o questionário que se encontra hospedado no FormSUS e que pode ser acessado pelo link abaixo, bem como divulgar este estudo para todos os Conselheiros de sua cidade.

http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=2241&ex

Volto a lembrar que sua resposta é de suma importância para nortear o desenvolvimento de sistemas e produtos de informação no âmbito do Sistema Único de Saúde e facilitar seu trabalho como Conselheiro.

O (A) sr.(a) não precisa se identificar. As informações serão tratadas com sigilo. Entretanto, se for informado o seu e-mail, comprometo-me a enviar uma cópia da tabulação dos dados e das conclusões/recomendações.

Mais uma vez agradeço a colaboração e coloco-me ao seu dispor para eventuais esclarecimentos.

Atenciosamente,

Carlos Zalberto Rodrigues

Analista de Sistemas

COSIN/DENASUS/MS

W3 NORTE - SEPN - Quadra 511 - Bloco C Ed. Bittar IV - 3º andar

70.750-543 Brasília-DF

Telefone (61) 3448-8274

Fax (61) 3448-8382

zalberto@saude.gov.br

V - Correspondência enviada pelos correios

Brasília - DF, 10 de fevereiro de 2009

Prezado (a) Sr.(a) Conselheiro(a) de Saúde:

Sou Doutorando em Ciência da Informação na Universidade de Brasília (UnB) e também funcionário do Ministério da Saúde.

Escolhi para tema da minha pesquisa a “Necessidade de Informação dos Conselheiros de Saúde”.

Estou solicitando sua colaboração, no sentido de, se possível, responder o questionário que se encontra hospedado no FormSUS, na Internet, e que pode ser acessado pelo link abaixo, bem como divulgá-lo por todos os Conselheiros de Saúde do seu município.

http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=2241&ex

Sua resposta é de suma importância para nortear o desenvolvimento de sistemas e produtos de informação no âmbito do Sistema Único de Saúde e facilitar seu trabalho como Conselheiro.

O (A) sr.(a) não precisa se identificar. As informações serão tratadas com sigilo. Entretanto, se for informado o seu e-mail, comprometo-me a enviar uma cópia da tabulação dos dados e das conclusões/recomendações.

Desde já agradeço a colaboração e coloco-me ao seu dispor para eventuais esclarecimentos.

Atenciosamente,

Carlos Zalberto Rodrigues

Analista de Sistemas

COSIN/DENASUS/MS

W3 NORTE - SEPN - Quadra 511 - Bloco C Ed. Bittar IV - 3º andar

70.750-543 Brasília-DF

Telefone (61) 3448-8274

Fax (61) 3448-8382

zalberto@saude.gov.br

VI – Roteiro da entrevista

Falar local, data e hora.

1. *Poderia dizer seu nome e de qual (quais) conselho (s) o (a) Sr.(a) faz parte?*
2. *Qual a profissão do(a) Sr.(a)?*
3. *Qual a sua idade?*
4. *Qual o seu grau de instrução mais elevado?*
5. *O (A) sr,(a) fala, lê ou escreve alguma língua estrangeira?*
6. *Qual o segmento profissional que o (a) Sr. (a) representa no conselho?*
7. *Desde quando o (a) Sr.(a) participa do conselho?*
8. *Já publicou algum tipo de trabalho técnico-acadêmico?*
9. *Como o(a) Sr.(a) vê a questão do controle social no Sistema Único de Saúde?*
10. *Poderia falar do tipo de informação que o(a) Sr.(a) necessita para exercer o controle social no SUS? (Mostrar Cartela)*
11. *Na última vez que fez uso de informação em saúde, para exercício de controle social no SUS, obteve sucesso? Poderia relatá-la?*
12. *Com sua experiência no SUS, que assunto(s) deveria(m) ser objeto de controle social?*
13. *Poderia falar desses meios de comunicação/serviços (Mostrar Cartela) que utiliza para exercício de suas atividades de conselheiro?*
14. *E com relação as fontes de informação, por exemplo...(Mostrar Cartela) que utiliza nas atividades de conselheiro, poderia falar sobre elas?*
15. *Poderia falar das páginas (sites) da internet que estão nesta Cartela, quais são importantes para suas atividades de conselheiro?*
16. *Alguma outra página, que tenha esquecido?*
17. *E sobre a importância destes serviços e produtos de informação (Mostrar Cartela) para as suas atividades de conselheiro?*
18. *Poderia falar da facilidade (ou da dificuldade) que tem para utilizar estes serviços e produtos oferecidos (Mostrar Cartela) para suas atividades de conselheiro?*
19. *Destes locais aqui (Mostrar Cartela) de onde o (a) Sr. (a) faz conexão com a internet e com qual frequência? (Mostrar Cartela de Frequência). Utiliza algum outro local, além destes?*

20. *Quais destes serviços (Mostrar Cartela) o(a) Sr.(a) utiliza?*
21. *Poderia falar com quais destas finalidades (Mostrar Cartela) geralmente busca a informação? Alguma outra finalidade que tenha esquecido?*
22. *Poderia falar se encontra algum destes problemas (Mostrar Cartela) quando utiliza a internet? Enfrenta algum outro problema?*
23. *No caso dos problemas, como o(a) Sr.(a) procede para resolvê-los?*
24. *Quem faz a busca na Internet para o(a) Sr.(a)? O(a) Sr.(a) mesmo(a), ou pede ajuda?*
25. *Geralmente alcança (consegue) os resultados com a busca da informação?
(Em caso de NÃO, perguntar Por que?)*

Gostaria de acrescentar alguma coisa que tenha esquecido?

Encerrar e agradecer.

Falar a hora.