

**Elenice de Castro**

**Informação para apoio à tomada de decisão  
em saúde: parâmetros de produção de informação  
territorializada**

Dissertação apresentada ao Departamento de Biblioteconomia e Documentação da Escola de Comunicação e Artes da Universidade de São Paulo - CBD/ECA-USP, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências da Comunicação, área de concentração: Ciências da Informação e Documentação.

**Orientadora: Profa. Dra. Nair Yumiko  
Kobashi**

**São Paulo – 2002**

**Banca Examinadora**

---

---

---

São Paulo,

## **Agradecimentos**

Sempre me intrigou o tom emocionado desta página nas dissertações que consultei. Agora as entendo, cabe a mim sentir a tal emoção que hoje sei, representa um rito de passagem - viagem solitária. Confesso, que posso descrevê-la como uma sensação de alívio misturada à felicidade chegar ao fim desta ventura. Enfim, seguem os meus sinceros agradecimentos:

- À minha família pela paciência com que tolerou minhas ausências.
- Ao Chico Mattos e Jair Piantino que não permitiram que “meus Portugais morressem à míngua”.
- A todos meus amigos e amigas queridos que continuaram insistindo, mesmo diante dos meus costumeiros “não posso”.
- Ao Antonio Cintra pela força de todas as horas.
- À Nair Y. Kobashi por seu apoio escrito, lido, falado, virtual, presencial e sempre imprescindível.
- Ao Abel L. Packer pelo aprendizado constante e por me permitir participar na construção da Biblioteca Virtual em Saúde na América Latina e Caribe.
- Aos meus colegas da BIREME/OPAS.
  
- À Maria de Lourdes Felicio Castro, por ensinar-me na prática que “tudo vale a pena quando a alma não é pequena”.
- À memória de Herculano de Araujo Castro Jr, por dividir comigo seus ideais cooperativistas e seu amor pelo Brasil.
- À Fernando, Thaysa e Gustavo, minha tribo.

*“O desejo é paixão. A vontade, decisão.  
O desejo nasce da imaginação.  
A vontade se articula à reflexão”.*

Marilena Chauí

## **Resumo**

Estudo sobre o componente informação e sua relação com o conceito de saúde, tendo em vista a modernidade e a reflexão sobre as questões de equidade e justiça social; os contextos da tomada de decisão em saúde pública no Brasil, seus fluxos de informação e as principais categorias informacionais demandadas; os mecanismos para operar a informação como ferramenta de insumo local, que reflita a identidade do território. Apresenta como proposta um modelo de sistema de informação para subsidiar o processo de tomada de decisão por gestores de saúde. O sistema é conceituado, neste estudo, como galerias constituídas de fontes de informação interconectadas e disponibilizadas em tempo real, no paradigma da internet. O modelo supõe igualmente a existência de espaços de interlocução e comunicação entre os vários atores envolvidos na promoção do acesso equitativo à saúde: cidadãos, gestores de saúde e Estado.

## **Abstract**

Study on the information components and the correspondent relationship with the concept of health, considering the modernity and the reflection about equity and social justice; the context of public health decision making in Brazil, the information flow and the main information categories on demand; the mechanisms to develop information as a tool of local input, that should reflect the territorial identity. Introduce a proposal of an information system to facilitate the role of health decision makers on decision making process. The system is conceived, in this study, as galleries of health information sources interconnected and put available in real time into the internet paradigm. The model proposed considers spaces for the interchange and communication of experiences among the actors involved in the promotion of the equitable access to health: citizens, decision makers and the State.

## Sumário

Introdução	1
Capítulo 1 Saúde no contexto contemporâneo	5
1.1 O ambiente multidimensional do conceito saúde	5
1.2 A informação na sociedade em rede	7
1.3 A eqüidade e a justiça social em saúde: é imperativo refletir	9
1.4 Os vários conceitos e uma só eqüidade: o âmbito teórico	12
1.4.1 O conceito institucionalizado de eqüidade	18
1.5 A informação como insumo para a eqüidade e a democracia em saúde	20
1.6 A informação em saúde e cidadania	21
Capítulo 2 A informação para a tomada de decisão em saúde pública no Brasil	23
2.1 Os pontos de partida	23
2.2 O contexto	25
2.3 A gestão no âmbito do município	31
2.3.1 O fluxo da informação para a gestão municipal	35
2.3.1.1 Fluxos de informação existentes	38
2.3.1.2 Fluxos de informação em demanda: o lugar da recepção	43
Capítulo 3 Parâmetros de produção de informação territorializada: uma proposta	47
3.1 O processo informacional na geração do conhecimento: o território	47
3.2 O processo de decisão	49
3.3 A informação como insumo: tendências	50
Considerações finais	68
Referências	75

## Introdução

O estudo que ora se apresenta foi movido principalmente pela necessidade de encontrar respostas a duas indagações: Como a Ciência da Informação pode contribuir para criar mecanismos de intervenção social, identificando demandas informacionais e propondo novos modelos que possam efetivamente contribuir para a gestão da saúde pública no Brasil? Como se utilizar da internet para promover esse acesso e partilhar recursos e serviços de informação?

A partir destas interrogações, foram desenvolvidas as reflexões aqui explicitadas, inspiradas em grande parte na afirmação de Bezanson (1998) de que a experiência do século XX ensinou que as novas tecnologias trazem grandes promessas, mas também riscos; desse modo, não se pode seguir acreditando que simplesmente através dos avanços na ciência e da tecnologia se pode promover o desenvolvimento humano e eliminar a pobreza e a miséria. Por outro lado, estes avanços abrem enormes oportunidades se forem acompanhados de uma gama de inovações sociais, que possam contribuir para a diminuição das desigualdades e assegurar níveis mínimos de saúde às minorias étnicas, às mulheres, às crianças e aos idosos.

Outra fonte de reflexão encontra-se na surpreendentemente contemporânea afirmação de Paul Otlet (apud Rieusset-Lemarié, 1997) sistematizada na proposta do projeto do “Mundaneum”, no início do século passado, no qual afirmava que a sociedade civil deveria ser melhorada não com propaganda, mas com uma organização mundial da informação. Isso porque a globalização (termo usado por Otlet) requeria não só uma opinião pública internacional, mas uma sociedade civil internacional, estruturada como um corpo de opinião e, portanto, como um corpo internacional de documentação. Otlet propunha o projeto “Mundaneum”, no contexto do pós-guerra, com o objetivo de desenvolver um grande e único repositório do conhecimento universal, quando, de acordo com

Coelho Neto (1995), a modernidade adquiria contornos já bem definidos e as propostas de alterações nas relações sociais - uma das decorrências da Revolução Russa de 1917 - faziam com que a humanidade sofresse alterações definitivas em sua estrutura.

O acesso à informação em saúde, livre de barreiras de tempo e espaço, através de modelos como a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) - definida como um espaço cooperativo e facilitador para produtores, intermediários e usuários para a operação de produtos e serviços de informação nos níveis local, nacional ou regional - contribuiu para o entendimento de que a mediação proposta pela internet é um componente a ser incorporado nesta reflexão. Este modelo é desenvolvido pelo Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME), centro regional da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS), instituição na qual me encontro engajada profissionalmente, o que explica de alguma maneira a aceitação do desafio proposto nesta reflexão.

Trabalha-se, portanto com o princípio de que o acesso à informação adequada é crucial para subsidiar os processos de tomada de decisão por parte dos gestores de saúde. Decorre disso, a hipótese de que não existe informação que responda adequadamente às demandas de informação gerencial territorializada, embora exista nacional e internacionalmente uma enorme produção de informação relacionada a essas demandas.

Essa hipótese move então o foco do estudo para a compreensão do cenário da gestão da saúde no Brasil, estabelecido a partir da Constituição de 1988. Nesse sentido são retomadas as alterações estruturais ali propostas, as transferências de responsabilidade da atenção de saúde para os estados e municípios, e a criação de demandas informacionais específicas e inéditas no processo de gestão da saúde no país, provocadas por essa reforma.



Nesta mesma perspectiva, observam-se as demandas de informação que se originam no processo decisório em saúde, particularmente as que se referem à definição e implementação de políticas e programas no campo da saúde pública no Brasil, provocadas pela reforma sanitária. Sua dinâmica é influenciada por múltiplas forças e interesses, em que nem sempre as decisões são baseadas em informação adequadamente organizada. Os elementos complicadores têm origem também na multiplicidade de atores que compõem o processo decisório, as diversidades regionais, políticas e de ordem socioeconômica dos municípios brasileiros.

Este estudo ganha sentido no contexto da modernidade, das culturas latino-americanas, do desafio de superar a fragmentação do conhecimento e da busca de soluções para os problemas que ameaçam o desenvolvimento sustentável, como a violência, a iniquidade, a pobreza, a contaminação ambiental e tantos outros que obrigam a uma integração do conhecimento produzido pelas diferentes ciências. Sob a luz dos estudos culturais, procura-se compreender a cultura como instância simbólica e a complexidade de suas formas de interação. Desse modo o conjunto dos processos sociais de produção, circulação e consumo da significação na vida social são instâncias territorializadas, onde cada grupo organiza sua identidade no contexto da democratização (socialização) e das relações do local com o global.

No presente estudo são apresentadas, portanto, reflexões inseridas e focadas no interior das Ciências da Informação, com o objetivo de aprofundar a compreensão sobre: i) como o componente informação se relaciona com o conceito de saúde, tendo em vista a modernidade e a reflexão sobre as questões de equidade e justiça social (Capítulo 1); ii) em que contexto se processa a tomada de decisão em saúde pública no Brasil, como se apresentam os fluxos de informação existentes e como se identificam os fluxos e as categorias informacionais em demanda (capítulo 2); iii) quais os parâmetros para operar a informação como ferramenta de insumo local, que reflita a identidade do território.

Como se opera o processo decisório e como se pode viabilizar a informação para efetivamente apoiar a construção de um novo modelo social, uma nova cidadania, tendo como referência o uso efetivo da internet como instância mediadora (capítulo 3).

Uma das expectativas subjacentes ao longo deste estudo está baseada na vontade de se propor uma rede descentralizada de fontes de informação estruturadas, atualizadas e com padrão de qualidade e confiabilidade nas quais os gestores, os conselheiros municipais de saúde, os cidadãos e membros da comunidade encontrem o ponto focal e de referência e transparência de seus temas e identidades territoriais e, ao mesmo tempo, tenham participação efetiva no global. Sim, este é um modelo utópico que propõe reinventar o futuro.

## **CAPÍTULO 1 Saúde no contexto contemporâneo: conceituação**

### **1.1 O ambiente multidimensional do conceito de saúde**

O conceito de saúde tem sido abordado de diferentes maneiras ao longo dos tempos. Considerado como o resultado de um estado de ausência de doenças, é definido por Holanda (1999:1277) como “estado do indivíduo cujas funções orgânicas, físicas e mentais se acham em situação normal – estado do que é sadio ou são”. O conceito adquire, nos tempos atuais, aspectos de maior amplitude com a definição de saúde, integral (total) proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Esta última define saúde como “o completo bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de doenças”. A OMS amplia assim a dimensão do conceito, acrescentando a ele abrangência e universalidade, definindo seu aspecto social e possibilitando sua inserção como um dos componentes para o entendimento da sociedade contemporânea. Esta, entendida aqui como aquela onde o modus econômico dirigido por processos produtivos de ingressos materiais está mudando para economias onde o processo produtivo é determinado por ingressos simbólicos ou baseados no conhecimento (Stehr, 2001). Sociedade da informação (Castels, 1999) ou sociedade do conhecimento (Stehr, 2001) são outras denominações para esse mesmo conceito.

O estudo do componente “informação”, relacionado ao conceito multidimensional da saúde, requer hoje sua contextualização na sociedade da modernidade e no interior de movimentos em prol da equidade social em territórios onde esses movimentos são mais próximos, ou mais visíveis. A circulação da informação pode ser melhor compreendida a partir do conceito de território proposto por Garcia Canclini (1998) que, ao observar a cultura latino-americana, afirma que ela só pode ser compreendida se forem consideradas as múltiplas combinações entre tradição, modernidade e pós-modernidade. A observação dos quatro traços

definidores da modernidade nos países da América Latina, propostos em seus estudos culturais, é a base necessária para o desenvolvimento da reflexão sobre o tema equidade social no contexto da saúde. O primeiro traço - *a emancipação* - é marcado pela liberação precoce das estruturas políticas a partir do século XIX e por uma racionalização da vida social, mesmo que coexistam até hoje comportamentos e crenças tradicionais e não modernos. O segundo traço definidor da modernidade - *a renovação* - é comprovado pelo crescimento da educação média e superior e pela experimentação artística e artesanal, mesmo em países onde se observam a distribuição e absorção desigual na produção e no consumo das atividades artísticas ou da produção científica. O terceiro traço, e mais forte nos países da América Latina - *a democratização* - é conquistado, nestes países, com constantes períodos de interrupção, e que em parte é resultado da expansão educacional, da difusão da arte e da ciência e da participação das populações em partidos políticos e em movimentos sindicais. A democratização da cultura cotidiana e da cultura política, propiciadas pelos meios eletrônicos de comunicação e pelo surgimento de organizações não-tradicionais, como as organizações não governamentais (ONGs) - urbanas, ecológicas, feministas, juvenis, etc. - são marcas das contradições geradas por esta modernização. E, por fim, o traço expansão - o mais visível e o mais perverso no desenvolvimento econômico, que é também o aspecto que apresenta maior estagnação nos países da região. Este fato é explicitado em dados estatísticos do final da década de 80 do século passado, que identificavam a taxa de crescimento mundial em 4%, enquanto a América Latina apresentava índices de estagnação. Países como México, Brasil e Argentina possuíam índices negativos de crescimento econômico. O Peru, por sua vez, apresentava uma queda de aproximadamente 10% na produção real (Casas, 2001).

Durante as décadas 80 e 90, com o avanço da globalização e da política neoliberal, segundo Santos (1995), aprofundou-se a crise do Estado por conta da mudança dos princípios reguladores da economia de mercado, pela política de privatizações, pela retração das políticas sociais, agravando-se assim as

desigualdades e os processos de exclusão social. Nos países do Terceiro Mundo esse agravamento foi marcado pelo aumento da dívida externa, pelas dificuldades em operar em um mercado mundializado e, principalmente, pela falência das economias nacionais, fatos que influíram no crescimento das desigualdades e das iniquidades sociais.

## **1.2 A informação na sociedade em rede**

O cenário apresentado acima contribuiu certamente para o declínio da participação dos países da região nas inovações tecnológicas, agravado pelo fato do desenvolvimento da economia mundial de mercado, pelo crescente neoliberalismo político e, portanto, sua inserção em uma sociedade moderna de bases capitalistas. O problema não reside no fato de que os países da América Latina não se tenham modernizado, mas na maneira contraditória e principalmente desigual da articulação e desenvolvimento desses traços, explicitados no quadro das situações de desigualdades e iniquidade social.

Neste sentido, o modelo de desenvolvimento informacional de Castells (1999) sugere as bases de construção de uma nova sociedade, a partir da observação dos traços da modernidade segundo o conceito de sociedade em rede. Trata-se de uma estrutura em que as redes imprimem, por sua morfologia, a modificação de produção e de compartilhamento de poder e de cultura.

Estes traços permitem refletir sobre o movimento de transformação sofrido pelos países da América Latina que, mesmo apresentando diferenças significativas nos seus estágios de desenvolvimento, vivenciam mudanças fundamentais nas noções de espaço e tempo, como resultado do crescimento do acesso à rede internet. Esta transformação contribui para a mudança de uma sociedade baseada em um modelo cultural de interação pessoal e organização social para

um novo modelo de sociedade, no qual a informação é um dos principais ingredientes.

É neste cenário onde comunicar-se tornou-se um imperativo ético e uma urgência política, servindo para legitimar discursos, comportamentos e ações, que a tecnologia de informação vê impulsionado o seu desenvolvimento. A rede de comunicação mundial promovida pela internet com o estabelecimento de dispositivos mediáticos cada vez mais sofisticados, permite ultrapassar as limitações de espaço e tempo, rompendo assim o confinamento cultural das comunidades, além daqueles proporcionados pelo telefone, cinema, rádio, televisão, etc (Rodrigues, 1994).

É interessante avaliar a perspectiva desses novos modelos sociais fundamentados em tecnologias de informação, e redes mundiais de comunicação (internet), a partir da afirmação: “Embora a forma de organização em redes tenha existido em outros tempos e espaços, o novo paradigma da tecnologia da informação fornece a base material para sua expansão penetrante em toda a estrutura social.” (Castells, 1999:497)

Se, por um lado, a ordem mundial aponta para a sociedade capitalista em rede, por outro, já não é mais possível conceber um modelo social sem considerar a rede como instrumento de democratização do conhecimento e da informação. Por democratização não se pode entender a simples ampliação do acesso ou do número de receptores para uma dada informação, tampouco considerar o conhecimento científico como a única forma de conhecimento sobre a natureza e a sociedade. A democracia supõe um conjunto de regras que permitem a livre e pacífica convivência entre os indivíduos em uma sociedade, mas também e principalmente a escolha da forma de governo que melhor do que qualquer outra permita o pleno desenvolvimento da pessoa humana. (Bobbio, 1998)

Tendo em vista o cenário social exposto e a multidimensionalidade do conceito de saúde, se buscará entender e explicitar o componente informação nele contido, sem a pretensão de esgotar a discussão de todos os seus aspectos. Nesse sentido, recorta-se como objeto a informação gerencial em saúde pública, por considerar-se que o acesso à informação organizada num contexto social, portanto o seu fluxo, é subsídio imprescindível à busca de equidade no acesso à saúde.

### **1.3 A equidade e a justiça social em saúde: é imperativo refletir**

Estudos efetuados por L.S. Kawashi da Escola de Saúde Pública de Harvard, (apud Alleyne, 2001), revelam que, via de regra, a saúde de uma população está associada à situação econômica de seu país, fato demonstrado pela relação que existe entre índices de pobreza absoluta, de privação relativa, de má distribuição da renda e de má saúde. Esta afirmação é reforçada pela persistência mundial de doenças infecciosas, e pelo crescimento da prevalência de doenças não infecciosas e comportamentais entre as camadas pobres da população.

Os resultados da associação entre situação econômica e saúde da população ficam aparentes por exemplo, nas estatísticas apresentadas no estudo de Pate et al. (2001) que indicam que a cada ano morrem, no mundo, 600.000 mulheres entre 15 e 45 anos de idade por complicações na gravidez ou durante o parto. O trágico é que essas mortes não são causadas por doenças, mas por falta de acesso à informação, à educação e aos serviços básicos de saúde, o que propicia a afirmação que esta mortalidade materna possivelmente não é causada apenas por uma desigualdade de saúde, mas por uma desigualdade social global.

No Brasil, dados de 1996 do Ministério da Saúde (Brasil, 1998) referentes a nascidos vivos (crianças nascidas vivas) segundo idade das mães, indicam que

22,1% provieram de mães com menos de 20 anos de idade e, portanto, adolescentes segundo a classificação de faixa etária da Organização Mundial da Saúde. Estudos efetuados no Peru, detectaram que a mortalidade em crianças com idades abaixo de 5 anos é 30% mais alta entre mães sem nenhuma escolaridade (Doryan, 2001). A alta taxa de gravidez na adolescência, que ocorre, na maior parte das vezes, em camadas mais pobres da população, se somada às conclusões dos estudos de mortalidade infantil no Peru, reforçam as afirmações de Alleyne (2001) sobre a persistência de iniquidades sociais no acesso à informação de saúde e à educação junto às populações da América Latina.

O agravamento da desigualdade social nos países em processo de globalização, a expansão do livre comércio, da economia de mercado e a democracia liberal, imprimiram, portanto, a urgência necessária aos estudos para a identificação dos fatores causadores da iniquidade em saúde, em simultaneidade à apresentação de alternativas possíveis para a sua diminuição ou eliminação.

Vários estudos realizados na área de saúde pública apontam a estrutura de classes e a conseqüente hierarquia social, como elementos que afetam o nível de saúde, entendido aqui como o estado de saúde de uma população resultante da média de indicadores do conjunto trabalho, moradia, educação e renda (Casas, 2001). Esses estudos concluem que aqueles que se encontram no nível mais baixo na hierarquia social, situação definida pelos indicadores acima, apresentam também o nível mais baixo de saúde e de expectativa de vida. Observa-se como um dos pontos importantes nesses estudos, a afirmação de que, ainda que os níveis de saúde sejam em ampla medida socialmente determinados, é possível aventar-se a possibilidade de que, se alteradas essas condições sociais, se poderá alterar também a saúde da população.

Esta afirmação é corroborada nos estudos de Bambas et al. (2001) que aponta três achados empíricos que conduzem à identificação de desigualdades em



saúde entre grupos socioeconômicos, e que devem ser considerados como temas de desenvolvimento em saúde pública, principalmente na América Latina: 1) os pobres usam menos recursos públicos do que os grupos de média e alta renda; 2) há vastas e aparentes desigualdades em saúde entre grupos socioeconômicos, como as existentes entre gênero e origem étnica, sugerindo ligações entre saúde, renda e uma variedade de condições sociais e materiais de vida; 3) as desigualdades no impacto desses macrodeterminantes na saúde e no bem-estar geral estão crescendo. Esses fatos são freqüentemente associados à globalização e implicam a necessidade de intervenções nas políticas de saúde para prevenir a geração de discrepâncias ou o agravamento de situações de desigualdade previamente existentes.

No entanto, esses mesmos autores observam que não se pode limitar essas intervenções à implementação do acesso a serviços (médicos) de saúde, uma vez que uma abordagem de intervenção orientada somente a serviços, já aplicada em outros países e usada historicamente como medida de saúde, não foi suficiente para reduzir as desigualdades, uma vez que os serviços de saúde não são o único componente na composição dos níveis de saúde de uma população. Desse modo, é necessário adotar uma abordagem que reconheça que a população não fica doente aleatoriamente, mas sim em relação ao seu contexto de moradia, trabalho, ambiente social e político e aos contextos relacionados com os fatores biológicos e ambientais.

Considerando os três achados de Bambas et al. (2001) quais sejam, o pouco uso dos serviços de saúde por camadas pobres da população, as desigualdades de saúde entre grupos e as desigualdades do impacto desses determinantes na saúde da população, é possível afirmar que o acesso à informação organizada e especialmente tratada pode colaborar na alteração dessas condições, sejam elas de caráter pessoal, comunitário ou gerencial (do ponto de vista de gestão de serviços de saúde).

Observando o processo de gestão da saúde no Brasil e tendo em conta este cenário, se torna viável a elaboração da hipótese de que o acesso à informação gerencial organizada e adequada aos contextos locais e globais envolvidos, pode contribuir para a elaboração de políticas sociais e de saúde que atuem para minimizar as situações de iniquidade. É evidente que o acesso à informação não pode resolver de per si as iniquidades existentes. Porém, o acesso à informação gerencial em saúde deve ser um dos elementos de contribuição à busca da equidade em saúde, uma vez que é necessária uma operação conjunta com áreas econômicas e políticas para que se contemple uma melhora na qualidade de vida de todas as camadas da população.

#### **1.4 Os vários conceitos e uma só equidade: o âmbito teórico**

Em linguagem comum a equidade é definida como: “a disposição de reconhecer igualmente o direito de cada um; ou o conjunto de princípios imutáveis de justiça que induzem o juiz a um critério de moderação e de igualdade, ainda que em detrimento do direito objetivo; ou ainda igualdade, retidão, equanimidade”. Holanda (1999:544).

No Webster’s New Collegiate Dictionary e no American Heritage Dictionary (apud Bambas et al. 2001), o termo é definido como: “justiça segundo a lei natural ou o direito especificamente livre de parcialidades ou favoritismo”, ou “o estado ideal ou a qualidade de ser justo, imparcial e legítimo”.

Nota-se que a definição de equidade em linguagem comum - bastante ampla em termos conceituais - ainda que relacione equidade com os conceitos de justiça e retidão, o apresenta como sinônimo de igualdade, enquanto que a do Webster’s e do American Heritage relacionam equidade ao conceito de justiça social, estando portanto, mais próximo das atuais abordagens.

Com efeito, Bambas et al. (2001) iniciam a discussão sobre critérios conceituais de equidade aplicada à saúde citando dois artigos da Declaração dos Direitos Humanos, como um marco de referência na discussão do tema de equidade em saúde e bem-estar - Art. 25º. “Toda pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica e ainda quanto aos serviços sociais necessários, e tem direito à segurança no emprego, na doença, na invalidez, na viuvez, na velhice ou noutros casos de perda de meios de subsistência por circunstâncias independentes de sua vontade.” E também o Art. 2º “Todos os seres humanos podem invocar os direitos e as liberdades proclamados na presente Declaração, sem distinção alguma, nomeadamente de raça, de cor, de sexo, de língua, de religião, de opinião política ou outra, de origem nacional ou social, de fortuna, de nascimento ou de qualquer outra situação.”

Cabe comentar que embora a Declaração dos Direitos Humanos comemore 50 anos de publicação, esses ideais de saúde e bem-estar humanos estão bem longe de se transformar em realidade para todos os cidadãos do mundo. Sob certos aspectos pode-se afirmar ser isso quase impossível de se conseguir nos dias atuais, sem o apoio e o desenvolvimento de critérios e processos mais democráticos de distribuição de recursos para a saúde, que considerem as diferenças locais e o acesso à informação e à educação e que prezem ainda a autonomia pessoal.

Identificou-se também outra dimensão conceitual do termo, envolvendo os aspectos éticos, em Starfield (2000), que define equidade em saúde como um tema humanitário que tem origem nos princípios de ética e especialmente de justiça. Para esse autor, a justiça requer a eliminação das iniquidades ou das desigualdades sistemáticas nos grupos populacionais. Esse aspecto é também apontado por Lolas Stepke (2001) ao afirmar que todas as formas de filosofia moral ou ética, em termos gerais, têm como parte de suas metas definir e

explicitar os conceitos de “apropriado“, “bom” e “justo”, entendendo-se aqui apropriado como próprio, direcionado a uma demanda específica, bom como adequado àquela demanda, e justo no sentido de correto, legítimo.

Verifica-se que o componente justiça no conceito eqüidade deriva em grande parte dos estudos efetuados por John Rawls (apud Lolas Stepke 2001), na Universidade de Harvard, onde define que uma sociedade ideal é aquela formada por seres racionais, desinteressados, livres de ódio e inveja, que decidem sobre os próprios princípios de justiça a adotar. Assim, na essência de sua teoria, justiça é fundamentalmente eqüidade e significa imparcialidade e proporcionalidade apropriada na distribuição de bens e benefícios.

É interessante salientar uma marcada diferenciação no uso dos conceitos de eqüidade e igualdade entre os autores consultados. Eqüidade em geral apresenta um significado mais próximo de justiça social e proporcionalidade apropriada, diferenciando-se do conceito de igualdade (direitos e acessos iguais a todos), por considerar que a resposta a demandas deve levar em conta a individualidade. No entanto, o mesmo não ocorre com os termos iniquidade e desigualdade, conceitos opostos, usados pelos autores na maior parte das vezes para estabelecer níveis de relatividade, ora considerando a desigualdade como etapa anterior à iniquidade, ora utilizando ambos os termos para exemplificar situações de iniquidade.

Comentando a teoria de Rawls, Lolas Stepke (2001) esclarece que eqüidade não é igualdade porque a eqüidade supõe a distribuição proporcional de recursos e serviços de forma adequada às necessidades. Assim, por exemplo, o fato de um programa nacional de saúde contemplar acesso aos serviços de saúde a toda a população, isoladamente, não garante eqüidade. Para tal é necessário que o programa supra as demandas específicas daquela determinada população com base nos fatores culturais e socioeconômicos daquele contexto. Em termos de Brasil, fica clara a aplicabilidade do conceito de eqüidade quando verificamos o

quão diferente deve ser um programa de saúde dirigido às populações da selva amazônica, daquele dirigido às populações de uma grande cidade como São Paulo.

Em estudos efetuados para o escritório europeu da OMS, Margaret Whitehead (1992) define o conceito de iniquidade em saúde como as diferenças em saúde que são desnecessárias e evitáveis e por isto consideradas ilegítimas e injustas. Seu estudo é bastante esclarecedor na definição de aspectos conceituais, e serve de instrumento para identificar situações específicas de iniquidade.

Esses estudos permitem também refletir sobre o componente informação contido no conceito de iniquidade. De acordo com a autora, são sete os fatores determinantes de iniquidade em saúde: 1) origem natural, adquiridos ao nascer ou provocados por herança biológica; 2) comportamento de risco à saúde baseado na livre escolha, como a participação em certos esportes e passatempos; 3) vantagem transitória de um grupo sobre outro quando um grupo é o primeiro a adotar um comportamento de promoção à saúde - contanto que outros grupos tenham os meios para alcançar de maneira justa e rápida o mesmo comportamento; 4) comportamento de risco à saúde no qual o grau de escolha de estilos de vida é extremamente restrito; 5) exposição às condições insalubres e estressantes de vida e trabalho; 6) acesso inadequado aos serviços essenciais de saúde e outros serviços básicos; 7) seleção natural ou mobilidade social relacionada à saúde, envolvendo a tendência de as pessoas doentes descerem na escala social.

A autora determina, por outro lado, três critérios para se obter equidade em saúde: critérios de evitabilidade, de escolha e de agente externo (Whitehead, 1992). São esses critérios que permitem apreender e interpretar mais claramente os âmbitos e necessidades informacionais para se estabelecer políticas e programas sociais em saúde, assim como possibilitar a participação da sociedade civil nesse processo.

O primeiro critério - o de *evitabilidade* - está diretamente relacionado à distribuição de recursos e à elaboração de políticas de saúde e, por isso, contém um forte componente gerencial e, por conseqüência, informacional. A partir do critério evitabilidade é possível, por exemplo, elaborar uma proposta de distribuição de serviços de saúde ou de determinantes de níveis de saúde, utilizando informação baseada em evidências científicas, informação sobre viabilidade/inviabilidade financeira ou informação sobre evitabilidade de ordem moral ou cultural relacionadas a uma população local.

A informação baseada em evidência científica é aquela fundamentada em estudos retrospectivos publicados em literatura científica, como as revisões de determinados procedimentos de vacinação, apoiadas por estudos científicos sobre a evolução de sua eficácia em determinadas populações; os ensaios clínicos retrospectivos, como os efetuados para testar um novo medicamento ou uma dosagem específica; ou ainda estudos retrospectivos e avaliativos de determinada política de serviços de saúde. Estes estudos, vistos a partir da perspectiva das evidências científicas, podem proporcionar o diferencial na mudança de um determinado procedimento utilizado por um programa de saúde e que, por ocasião de sua aplicação, parecia ser a solução mais viável; no entanto, o levantamento dos estudos elaborados posteriormente e presentes na literatura científica, apresentou evidências científicas de sua ineficácia ou inadequação à população ou região a que se aplicou.

A informação sobre viabilidade/inviabilidade financeira, como também de algumas experiências exitosas de gestão aplicadas por secretarias estaduais ou municipais de saúde, podem servir de modelo e exemplo para outros municípios ou estados (Reunião, 2001).

Quanto à evitabilidade de ordem moral ou cultural, geralmente relacionada à população local e que necessita ser considerada para garantir o sucesso de um

determinado programa ou política, podem ser mencionadas como exemplo, as restrições à transfusão de sangue em populações de uma determinada religião, ou a manutenção por parte de grupos étnicos de seus próprios rituais e no uso de medicamentos elaborados com ervas.

Desse modo, o critério de evitabilidade pode ser útil para identificar uma série de demandas de informação gerencial adequada e ajustada às especificidades locais para a tomada de decisão em saúde pública. É possível supor, por exemplo, que se um gestor estadual ou municipal de saúde tiver acesso à informação estruturada, contextualizada e em formato adequado poderá, com maior precisão, aplicar o critério de evitabilidade em sua tomada de decisão, mesmo que a equidade absoluta se mostre ser inviável por motivos políticos ou financeiros. A informação gerencial estaria assim, sendo utilizada como instrumento para a tomada de decisão em saúde pública e contribuindo para a diminuição das iniquidades no acesso à saúde.

O segundo critério particularmente relevante na interpretação de equidade em saúde, em termos de informação e autonomia individual ou coletiva, é o da *escolha*. Por sua própria natureza, o critério de escolha está fundamentalmente relacionado à informação. Embora se reconheça que este critério seja bastante vulnerável, no sentido de depender de fatores socioeconômicos, há fortes indícios para se acreditar que, tornando disponível suficiente informação e oportunidade aos indivíduos, se possibilita a opção por atividades e comportamentos em prol de sua saúde. Há estudos que indicam que a ausência de acesso à educação e à informação, podem referendar o tema da iniquidade em saúde relacionada à escolha (Bambas et al. 2001).

E, por fim, o terceiro critério, o de *agente externo responsável*, aporta outro prisma do conceito de iniquidade, relacionando-o à ação de um agente externo, como por exemplo, uma fábrica que despeja dejetos químicos em um rio, causando danos de degradação ambiental ou riscos ocupacionais. Este critério

está altamente relacionado à responsabilidade direta ou indireta. Um aspecto interessante do conceito de agente externo é que ele pode estar relacionado também ao poder público. A negligência no estabelecimento de políticas ou de procedimento legal, pode provocar uma situação de iniquidade junto à população. Um exemplo de tal situação pode ocorrer pela falta de parâmetros regulatórios para o funcionamento de serviços de seguros-saúde oferecidos à população por empresas privadas, já que essa ausência de responsabilidade pode afetar os cidadãos que deveriam, por dever de Estado, estar sendo protegidos por meio de políticas adequadas. Ou ainda, para citar outro exemplo, o caso fartamente noticiado na imprensa, de uma distribuidora de petróleo que contaminou o solo em zona habitada durante anos, sem que os habitantes da região tivessem acesso à informação, que os permitisse acionar os mecanismos para responsabilização da empresa.

Estes três critérios apresentados por Whitehead (idem) fundamentam o componente informação no âmbito do conceito de equidade. Desta forma, é possível simular uma situação em que o tomador de decisão em saúde, com acesso à informação adequada, possa basear sua decisão em critérios de evitabilidade - ao utilizar a informação baseada em evidências científicas para evitar um procedimento ineficiente para a saúde da população; possa basear sua decisão em programas que permitam à comunidade uma escolha mais saudável - ancorada em informação e educação e ainda; possa basear sua decisão em regulamentações legais, de agentes responsáveis que garantam os níveis de segurança à saúde da população.

#### **1.4.1 O conceito institucionalizado de equidade**

Segundo Bambas et al. (2001) desde 1995 a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) identificou a redução das iniquidades em saúde como o objetivo principal de suas orientações programáticas. Seu diretor, George A.O.Alleyne



(Alleyne, 2001), enfatiza que os dois princípios básicos que devem reger o trabalho da OPAS e sua missão de cooperação técnica, são “a busca por equidade em saúde e uma abordagem pan-americana que possibilite a reunião dos países das Américas em iniciativas em prol da saúde para todos”. Ressalta ainda, que a Organização Mundial da Saúde (OMS) também colocou a equidade em saúde como o segundo de seus trinta e oito objetivos na nova política de saúde para todos, citando o trecho das orientações estratégicas da OMS: “Até ano 2020 o desnível de resultados de saúde existente entre os grupos socioeconômicos nos países deverá ser reduzido em pelo menos um quarto em todos os países membros, implementando o nível de saúde nos grupos em desvantagem” (Alleyne, 2001). Esta perspectiva tem apresentado algum efeito, ao verificar-se, por exemplo, a diminuição de alguns índices de flagrante iniquidade como a desnutrição e mortalidade infantil, por meio de fomento aos programas nacionais e às campanhas e programas específicos.

O crescimento da pobreza e das desigualdades na América Latina foram consequência dos desajustes sociais provocados pelas diretrizes econômicas e financeiras adotadas pelo poder público e que acabaram por conduzir à recente reformulação da agenda dos organismos internacionais, em especial Banco Mundial e Fundo Monetário Internacional que passam a apresentar um discurso preocupado com a equidade, a miséria e a pobreza mundial (Escorel, 2001).

Observa-se também o trabalho da Fundação Rockefeller, assim como de outras instituições, no desenvolvimento e financiamento de pesquisas de fomento sobre o tema. Assim sendo e, se está correta a afirmação de Bezanson (1998) de que é necessário que o processo de globalização venha acompanhado de ampla gama de inovações sociais que possam, de alguma maneira, proteger as camadas mais vulneráveis da população, não é difícil concluir que estas instituições financiam linhas de investigação com o objetivo de minimizar possíveis situações sociais e financeiras que possam provocar algum nível de desestabilização no pagamento das dívidas externas, e, por conseguinte, na economia global.

No entanto e para que a observação sobre o tema não estabeleça apenas uma perspectiva pessimista, é importante salientar que, nos países da América Latina, as reformas no setor saúde podem ser consideradas, observando-se suas especificidades e diferentes estágios de desenvolvimento, como alternativas propostas pelo Estado para soluções que permitam maior equidade social, pelo menos em âmbito teórico. Pode-se afirmar que no Brasil, a reestruturação financeira, organizacional e institucional do setor público de saúde, está em franco andamento. É possível que este processo contribua a consolidar o financiamento e a provisão de serviços públicos de saúde, orientando-os para a equidade, a universalidade e a integralidade da atenção.

### **1.5 A informação como insumo para a equidade e a democracia em saúde**

A reflexão sobre as relações entre equidade e informação permitem elaborar a hipótese de que é possível contribuir para a equidade e a democracia em saúde através de dispositivos de informação apoiados em políticas, programas e ações efetivas. Essas ações podem ser enumeradas como: a ampliação do acesso à internet em domicílios e em lugares públicos; o desenvolvimento de conjuntos de fontes de informação que considerem as diversidades territoriais, culturais e sociais; a elaboração de mecanismos e critérios de qualidade para a informação disponibilizada; a produção e organização de informação gerencial para subsidiar o processo de gestão, de tomada de decisão e de elaboração de políticas de saúde; as atividades de educação para a comunidade como as efetuadas por organizações comunitárias, não governamentais e similares; e a inserção do conceito de acesso universal à informação como parte do processo de gestão da saúde e da cidadania.

A estrutura da rede mundial de comunicação, assim como o seu amplo crescimento nos países da América Latina permitem que se estabeleça a internet

como meio a ser utilizado para contribuir para a democratização do acesso à informação em saúde. No entanto, faz-se necessário o estabelecimento de políticas eficazes de ampliação do acesso à rede que possam contribuir para a diminuição do abismo digital (digital divide) - a distância de acesso ao uso de tecnologia de informação entre as camadas mais pobres da população - e as iniquidades presentes na sociedade.

### **1.6 Informação em saúde e cidadania**

A existência de acesso à internet disponível nas Secretarias de Saúde dos municípios brasileiros, configura-se como aspecto positivo para fomentar o uso de informação gerencial mediatizada pela internet. É necessário, no entanto, que os mecanismos de produção, organização e disseminação de informação territorializada sejam eficazes no apoio à tomada de decisão em saúde.

Modelos voltados para essa nova estrutura, como a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) - desenvolvida pela BIREME/OPAS/OMS (Packer et al. 1998) deverão ser analisados.

No espaço mediatizado pela internet, estes modelos e mecanismos fundados na incorporação de novas tecnologias e metodologias devem fornecer subsídios para a reflexão sobre a organização e a estruturação da informação gerencial em saúde.

Constatam-se nas conclusões de Birdsall et al (apud Alleyne, 2001), em artigo sobre a situação de pobreza nos países em desenvolvimento que, atualmente, os tomadores de decisão não operam no sentido da otimização da satisfação da necessidade dos indivíduos, mas baseiam-se em interesses de poder de grupos dominantes. Essa constatação é claramente incompatível com a equidade no acesso aos serviços de saúde. A transparência do processo de tomada de

decisão, de acordo com Lolas Stepke (2001), é um imperativo ético porque a justiça, o primeiro valor de toda instituição social, se baseia em boa medida na imparcialidade.

É possível, então, afirmar que a ação para subsidiar esse processo deverá ser fundamentada em mecanismos de produção de informação gerencial territorializada, baseada em metodologias que possam transformar dados em informações sobre saúde e possam transformar estas informações em conhecimento.

Essa ação social deve aprimorar não somente os serviços de saúde, mas contemplar também o desenvolvimento humano, por meio da educação e da promoção do acesso e do uso da informação. Garantem-se, desse modo, uma maior participação da comunidade no processo de gestão local da saúde e os níveis desejáveis de desenvolvimento da cidadania.

## **CAPÍTULO 2 A informação para a tomada de decisão em saúde pública no Brasil**

### **2.1 Pontos de partida**

A partir da Constituição de 1988, a gestão da saúde no Brasil sofreu significativas transformações. Essas transformações encaminhadas por meio de medidas que objetivavam introduzir alterações estruturais na administração da saúde no Brasil, foram nomeadas em seu conjunto como reforma sanitária brasileira e nos demais países da América Latina, como reforma do setor saúde. Esse processo de reforma da gestão da saúde e suas implicações sociopolíticas e culturais, serão observados a partir das seguintes premissas:

- o processo de Reforma Sanitária implantada no Brasil com a Constituição de 1988 criou ambiente propício para a reflexão sobre o fluxo da informação gerencial, fato que permite identificar as demandas informacionais emergentes.
- a reforma do setor saúde nos países da América Latina, a economia de mercado e suas repercussões sociais e econômicas no Brasil, transferem a gestão dos serviços de saúde para os âmbitos estadual e municipal e o estabelecimento do Sistema Único de Saúde (SUS).
- a complexidade desse processo é influenciada por múltiplas forças e interesses, onde nem sempre as decisões são baseadas em informação adequadamente organizada. A complexidade se amplia por serem múltiplos os atores que compõem o processo decisório, sendo igualmente diversas as realidades locais, políticas, de ordem cultural e socioeconômica dos municípios brasileiros.
- o processo de gestão da saúde no Brasil permite eleger, como campo de observação o âmbito municipal, suas respectivas instâncias de gestão (secretaria

de saúde, conselho de saúde e agentes comunitários) e demandas de informação gerencial para apoio à tomada de decisão.

- a caracterização dos papéis dos gestores municipais, bem como os tipos e fontes de informação que respondem às suas necessidades, são necessários para a identificação da demanda informacional e dos atores envolvidos no processo decisório.

- a identificação dos nichos de informação gerencial já existentes, implícitos ou explícitos nos relatórios de reuniões e encontros nacionais de gestores municipais, permite delimitar o campo da informação gerencial no processo de gestão pública da saúde no Brasil, a partir dos conceitos de equidade e democracia no acesso à informação. Esta idéia fundamenta-se também na observação de Finkelman (2001:136), de que “há premente necessidade de desenvolvimento de metodologias de análise e monitoramento das questões de equidade em saúde, de forma a construir indicadores específicos e estudar suas correlações com a disponibilidade de renda das pessoas, em diferentes situações geográficas e socioeconômicas”.

- a particular situação dos serviços de saúde na América Latina e no Caribe, onde, segundo Alleyne (2000), mesmo com os três sistemas tradicionais de financiamento da atenção à saúde em funcionamento - efetuados por intermédio dos Ministérios de Saúde, dos Institutos de Seguro Social e do setor privado - o mais difícil desafio ainda está por ser superado, que é garantir o acesso à saúde a todos os indivíduos, de modo equitativo. Esta afirmação é reforçada por dados estatísticos que informam que nos países desta região, aproximadamente 25% da população não tem acesso à atenção básica de saúde (Casas, 2001). Embora a distribuição de renda seja o componente mais importante nesta constatação, há outros fatores que impactam a saúde das populações destes países, como as condições de trabalho, moradia e qualidade de vida, contribuindo para a existência de iniquidade no acesso à saúde.

## 2.2 O contexto

A maioria dos países da América Latina deu início ao processo de reforma do setor saúde na segunda metade dos anos 80, provocado em grande parte pela recessão econômica, tendo como resultado a alteração da estrutura de atenção do Estado (governo federal) com a saúde da população.

O debate sobre a reforma sanitária brasileira, durante a 8ª Conferência Nacional de saúde, realizada em 1986 (8ª Conferência), propôs ampla reestruturação financeira, organizacional e institucional do setor público de saúde, com três objetivos principais: 1) transferir a responsabilidade da prestação da assistência à saúde do governo federal para os governos estaduais e municipais; 2) consolidar o financiamento e a provisão de serviços públicos de saúde, orientando-os para a equidade, a universalidade e a integralidade da atenção; 3) facilitar a participação efetiva da comunidade, no planejamento e controle do sistema de saúde.

Essa proposta foi aprovada e sistematizada pela Constituição Brasileira de 5 de outubro de 1988 (Constituição), no título VIII “Da ordem social”, capítulo II “Da seguridade social”, seção II “Da saúde” Art. 196, onde se explicitam o dever do Estado e o conceito de relevância pública, pela primeira vez dado à saúde: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.” (Brasil, 1988:115)

E no Art. 197: “São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao poder público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.” (idem)

A Constituição (Brasil, 1988) estabeleceu também a ampla reestruturação financeira, organizacional e institucional do setor público de saúde, com o objetivo principal de transferir a responsabilidade da prestação de assistência à saúde, do governo federal para os governos estaduais e municipais.

Para viabilizar essa mudança, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), de caráter público, federativo, descentralizado, gratuito e de atenção integral à saúde. Estabelecido na Lei 8.080/90, o SUS é responsável (ainda que não exclusivamente) pela concretização dos princípios constitucionais do direito à saúde, passando a agregar todos os serviços públicos (federal, estadual e municipal) e os serviços privados credenciados por contrato ou convênio. Sua principal característica consiste em promover a descentralização de atividades e responsabilidades para o nível municipal e local, incluindo ainda: - a articulação entre as diversas esferas de governo e a conseqüente consolidação dos recursos financeiros num fundo único, em cada nível de governo; - a descentralização e flexibilização na contratação e pagamento dos prestadores de serviços; - o repasse de recursos de acordo com critérios objetivos (demográficos, epidemiológicos etc.).

Observa-se na documentação divulgada pelo Ministério da Saúde uma forte ênfase em que essas alterações explicitem as seguintes implementações: “a) o desenvolvimento de um processo de mudança cultural e de afirmação da cidadania, no qual a saúde é valor permanente e qualificado da vida; b) a consolidação de um sistema público nacional, em que as três esferas de governo atuem de modo complementar e harmônico, dispondo dos instrumentos de poder necessários; c) a organização e regulamentação de um sistema assistencial privado com objetivos específicos solidários aos preceitos de assistência universal, integral e eqüitativa; d) a adoção de modelos técnico-operacionais inovadores que visem à atenção integral, individual e coletiva; e) a implantação de um sistema de acompanhamento, controle e avaliação dos serviços de saúde;



f) a introdução de práticas de gestão descentralizada que evitem processos cumulativos, ineficazes e injustos” (Brasil, 1996:47).

Este sistema é formado por uma rede de provedores e financiadores que abarca os segmentos público e privado. O segmento público engloba os provedores públicos dos níveis federal, estadual e municipal de governo, assim distribuídos:

- federal:
  - Ministério da saúde (gestor nacional do SUS)
  - Hospitais universitários do Ministério da Educação
  - Serviços das Forças Armadas
- estadual e municipal
  - rede de estabelecimentos próprios da instância estadual e municipal

Essa rede de provedores de serviços de saúde, segundo Finkelman (2001), cobre teoricamente 75% da população brasileira, sendo os 20% restantes cobertos pelos planos e seguros privados. Observa-se que restam 5% da população, embora não mencionados pelo autor, sem acesso a nenhum tipo de assistência à saúde, índice que certamente influenciará a gestão local dos serviços de saúde.

É importante salientar que a Reforma Sanitária Brasileira, desenvolveu-se em um contexto de reformas democráticas voltadas para redefinir as relações entre Estado e sociedade civil, após um longo período de ditadura militar (Ribeiro, 1997). Esse processo se estabeleceu mais efetivamente nos anos 80 no Brasil, impulsionado pelas alterações paradigmáticas da modernidade.

Embora essa nova estrutura tenha nascido com o objetivo de dotar o Brasil de condições para promover a equidade no campo da saúde, na prática, problemas de variada ordem contribuem para que isso não ocorra ou que ocorra apenas em parte. Dentre eles devem ser citados os problemas de ordem política, administrativa e financeira, com sua enorme cadeia de complicadores, incluindo

também os problemas de ordem cultural e educacional. Esses problemas são, em sua maioria, provocados pela mudança de orientação administrativa dos serviços de saúde, que saem da competência federal e estadual e passam para a esfera municipal, e pela significativa ampliação e diversificação das responsabilidades das secretarias municipais de saúde não adequadamente instrumentadas para essa função. Observa-se assim, que apesar da intenção de melhor distribuir recursos, a situação no País, hoje, ainda está longe de atingir os níveis mínimos de equidade, idealmente estabelecidos na proposta da 8a. Conferência, e referendados na Constituição de 1988.

A observação de que a prática política no Brasil está distante de atingir os ideais democráticos está externada no Relatório Final da 11ª. Conferência Nacional de Saúde (Conferência, 2000:167) que afirma “embora o SUS seja um sistema construído com base em princípios de solidariedade social, que assegura a universalidade do acesso e a integralidade da atenção – não é compatível com o atual modelo econômico. E, num contexto social em que a cultura política é marcada pelo autoritarismo, pelo clientelismo, pela exclusão, a luta pela preservação das conquistas sociais é dificultada pela frágil organização da sociedade, em especial dos setores que mais sofrem as conseqüências da pobreza e da iniquidade social”.

Nesse sentido, cabe salientar a afirmação de Coelho Neto (1995) de que o projeto da modernidade não se realizou inteiramente, principalmente em países como o Brasil, onde ainda se registra o predomínio de autoritarismo, clientelismo etc. nos processos, o que compromete as linhas gerais ao redor das quais se move uma sociedade moderna.

Essa situação é bastante agravada, de acordo com Harzheim et al. (2001), pelas transformações ocorridas na velocidade dos fluxos de capitais, de mercadorias, de informação e indivíduos entre os países, com profundas repercussões no nível

econômico, político, social e cultural denominadas em conjunto como globalização.

Frente a esse cenário e ao crescimento do abismo entre ricos e pobres como uma das conseqüências do processo globalizante, torna-se imperativo o estudo de dois aspectos fundamentais: a) como se (re)estrutura a tomada de decisão em saúde no Brasil frente a esse novo paradigma estabelecido pela reforma sanitária e b) como se estabelece o fluxo de informação para a tomada de decisão nesta estrutura que, embora tenha por objetivo um processo de descentralização administrativa e financeira, mantém em seu cerne o arranjo hierárquico, marcado principalmente pela continuidade do estabelecimento de agendas de trabalho e distribuição dos recursos financeiros efetuados pelo governo federal. Essa agenda genérica criada em âmbito federal intensifica a não identificação por parte dos gestores municipais, de problemas específicos de seu município (território).

Observa-se também que, mesmo determinando uma estrutura por princípio descentralizada e alicerçada em três pontos - a universalização da assistência, o controle social e a normalização técnica das alocações financeiras (Ribeiro, 1997) - o SUS na prática, permanece preso às estruturas de Estado tradicionais, verticalizadas e estabelecidas sobre uma área geográfica definida e com capacidade de decisão subordinada às estruturas políticas estatais e não devidamente adaptadas às condições e demandas locais.

Uma das hipóteses para a observação desse fenômeno está no argumento de que há diferenças territoriais do saber e que em grande parte a demanda por parte dos gestores advém das oposições entre o tradicional e o moderno, o local e o global (Garcia Canclini, 1997). Considera-se aqui a democracia como o paradigma sociopolítico da modernidade, e o caráter de mobilidade que ele implica nas posições dos indivíduos e ou grupos (por exemplo a posição do empregado frente ao patrão, da mulher frente ao homem etc.). Doctor (1992) definiu como condições necessárias para se conseguir uma tomada de decisão

democrática: 1) a participação efetiva dos indivíduos nos processos de formulação de preferências e de tomada de decisão; 2) descobrimento e validação das escolhas disponíveis; 3) opinião sobre os temas a serem colocados na agenda para serem submetidos a um processo de decisão democrático.

É neste universo em que predomina a extrema mobilidade dos fenômenos e dos agentes, onde, de acordo com Rodrigues (1994), os dispositivos eletrônicos da informação (como telefone, cinema, jornais, televisão, redes e sistemas eletrônicos e digitais de comunicação etc.) permitem ultrapassar cada vez mais as limitações que até há pouco tempo nos mantinha restritos ao local em que vivíamos. É nele que são gerados o conhecimento global e, por consequência, o fenômeno da desterritorialização (modos culturais que afastam o indivíduo e sua cultura de seu território de origem).

De acordo com Santos (1999), esse conhecimento em sendo global, é também local e, portanto, constitui-se em temas que em um dado momento são adotados por grupos sociais concretos de qualquer natureza, como as campanhas da sociedade civil para erradicar uma doença (febre amarela, dengue etc.), ou reduzir a taxa de mortalidade infantil. Dessa forma, é importante destacar que este fenômeno não acarreta uma desterritorialização generalizada nem provoca os fenômenos de partilha de uma mesma visão de mundo e identificação em uma mesma representação da realidade. “Cada uma das culturas continua a definir um horizonte que delimita o espaço de entendimento e de compreensão dos acontecimentos e das mensagens”... (Rodrigues, 1994:24).

Assim sendo, este estudo sobre o fluxo de informação gerencial e portanto necessariamente local, considera o paradigma da modernidade e seus correspondentes fenômenos das diferenças territoriais do saber, na verificação de suas hipóteses. Embora leve em conta a estrutura hierárquica nos âmbitos dos governos federal e estadual, por força de recorte de objeto tem como ponto focal a gestão municipal.

### 2.3 A gestão no âmbito do Município

A Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (Brasil, 1996) divide a atividade gerencial em dois conceitos aplicados a dois atores (profissionais que têm participação ativa em um processo, serviço ou responsabilidade) distintos. O primeiro é o termo **gerência** conceituado como a administração de uma unidade ou órgão de saúde (ambulatório, hospital, instituto, fundação etc.). O segundo é o termo **gestão** definido como a atividade e a responsabilidade de dirigir um sistema de saúde (municipal, estadual ou nacional), mediante o exercício de funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria. São, portanto, **gestores** do SUS os secretários municipais e estaduais de Saúde e o ministro de Saúde, que representam, respectivamente, os governos no âmbito municipal, estadual e federal. Essas definições foram adotadas neste estudo com o objetivo de uniformizar a nomenclatura, embora se reconheça a existência de outras definições para as mesmas funções. Assim, ao mencionar *gestor municipal*, doravante se estará referindo ao secretário municipal de Saúde, e *gestor estadual* ao secretário estadual de Saúde.

A nova estrutura do setor saúde fundamenta-se em algumas instâncias importantes para a viabilização dos objetivos de descentralização. A primeira delas - a Comissão Tripartite (CIT) - é o âmbito de negociação composto pelos gestores municipais, estaduais e o federal, e a Comissão Bipartite (CIB) formada pelos gestores estaduais e municipais. Estas comissões são fóruns propostos pelo Ministério da Saúde com o objetivo de manter uma certa unicidade em um país de condições locais muito díspares como o Brasil. Além destes fóruns cada esfera de gestão possui o seu conselho específico, - o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) - que somam-se ao Conselho Nacional de Saúde

Observa-se que esta estrutura contempla o desenvolvimento de comissões e conselhos como instâncias de negociação e contém, ainda que no plano teórico, uma proposta igualitária de participação que considera as diferenças existentes entre os 5.506 municípios brasileiros. Na prática, no entanto, é consenso que estas instâncias operam no âmbito político, não sendo difícil avaliar o quanto os representantes dos estados e municípios com maior força econômica e política podem determinar o ritmo destas instâncias.

A complexidade da questão se amplia quando, segundo Dallari (1996), a Constituição inclui outros aspectos de apoio a ações da esfera pública que remetem à questão social. A Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990, por exemplo, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS. Essa participação é estabelecida por intermédio da formação dos Conselhos de Saúde, que são instâncias de ação política que articulam, no campo da saúde, as ações do Estado e da cidadania, com a finalidade de ampliar o controle social na gestão do SUS (entende-se aqui controle social como a participação da sociedade civil no processo de gestão local da saúde. Por sociedade civil aquela composta por representantes das múltiplas organizações intermediárias entre cidadãos e o Estado, incluindo os partidos políticos, a mídia, os grupos de interesse como os sindicatos, as associações profissionais, somados aos movimentos sociais alternativos como as organizações ambientalistas, movimento de mulheres, grupos de defesa dos direitos humanos, ativistas etc.).

Dessa forma, é possível conceituar os conselhos de saúde como as instâncias incumbidas de garantir a participação da comunidade na definição da política de saúde, bem como no acompanhamento de sua execução. Esses conselhos são compostos por representantes do governo, de instituições que prestam serviço ao SUS, de profissionais de saúde e de usuários dos serviços de saúde.

Os conselhos de saúde têm caráter deliberativo, sendo da competência do prefeito e/ou governador homologar as decisões tomadas. Essas decisões tratam da formulação de estratégias e do controle da execução da política local de saúde, incluindo aspectos econômicos e financeiros, tais como:

- aprovar planos de saúde;
- fiscalizar a movimentação de recursos repassados;
- elaborar o seu regimento interno e as respectivas normas de funcionamento;
- propor a convocação de conferências de saúde; e
- encaminhar ao Ministério Público denúncias de irregularidades de que tenha conhecimento.

Em resumo, é possível afirmar que o processo de gestão da saúde no Brasil é estabelecido em três âmbitos:

- o da **negociação** representado pela Comissão Tripartite, composta por gestores estaduais, municipais e federal; pela Comissão Bipartite, formada pelos gestores estaduais e municipais; e também pelas Conferências Estaduais, Municipais e Nacional de Saúde, fórum que agrega as três instâncias como mecanismo de formação de políticas;
- o da **gestão** representado pelo Conselho Nacional de Secretários [estaduais] de saúde (Conass) e pelo Conselho de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) fórum de intercâmbio de experiências e reivindicações;
- o do **controle social** representado pelos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde encarregados das atividades de fiscalização e participação da sociedade civil na gestão local.

Frente a esse cenário, apresentam-se às Secretarias Municipais de Saúde (SMS), segundo Cosems-RJ (2001), novas responsabilidades e novos desafios. As SMS passam a ser responsáveis pela prestação de serviços de saúde e a conseqüente mobilização, alocação e gerenciamento de recursos físicos, humanos e financeiros no âmbito da saúde local.

Formalmente passam a ser de responsabilidade das Secretarias Municipais de Saúde as seguintes funções:

- planejamento, organização, controle, avaliação e gestão de serviços públicos de saúde;
- planejamento, programação e organização da rede hierarquizada de saúde, juntamente com o estado;
- execução dos serviços de vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, alimentação e nutrição, saneamento básico, saúde do trabalhador e saúde ambiental;
- execução da política de insumos e equipamentos;
- fiscalização das agressões contra o meio ambiente que repercutam na saúde humana;
- formação de consórcios intermunicipais;
- gestão de hemocentros e laboratórios
- celebração de contratos e convênios com prestadores privados e o seu controle e fiscalização;
- normalização das ações e serviços públicos de saúde

Os municípios passam assim, a ter a responsabilidade de cuidar da saúde dos munícipes, cabendo ao Estado e ao Governo Federal a cooperação financeira e técnica. É importante salientar que, embora seja evidente a ineficiência desta estrutura no Brasil de hoje - causada por um rol de motivos socioeconômicos, financeiros e culturais, que não cabem a este estudo apontar – permite, no entanto, que se estabeleça um cenário propício ao surgimento de políticas de saúde pública comprometidas com a equidade, fomentadas, ainda que idealmente, pela estrutura descentralizada de poder. O modelo acaba por permitir pensar a participação social subsidiada por informação, cujo conteúdo considere o global, universal, mas adaptado a cada território, para uso como insumo no processo de tomada de decisão.



### **2.3.1 O fluxo da informação para a gestão municipal**

A plataforma que orienta a atenção em saúde no Brasil hoje, é estabelecida pela Agenda Nacional de Saúde. Na estrutura em vigor, esta agenda é estabelecida a cada ano e promulgada através de uma portaria do Ministério da Saúde, após efetuarem-se articulações entre os representantes dos Conselhos estaduais e municipais e com a respectiva referenda do Conselho Nacional de Saúde. Esta agenda, como explicita o texto da Portaria 323/GM do Ministério da Saúde (Brasil, 2001b), é um instrumento fundamental para a orientação estratégica da política de saúde no Brasil. É ela quem define os eixos a serem considerados como referenciais prioritários no processo do planejamento em saúde nos níveis federal, estadual e municipal. Dito de outro modo, trata-se de proposta do governo federal para todos os municípios brasileiros.

Esta desterritorialização faz com que os gestores municipais não se identifiquem com os temas propostos pela Agenda Nacional uma vez que não sentem que foram contemplados os problemas de saúde local ou referentes aos seus territórios específicos, conforme se verifica nas conclusões da 11ª Conferência Nacional de Saúde (Conferência, 2001).

Os eixos prioritários da Agenda Nacional são em geral relacionados às questões cruciais de saúde em âmbito nacional. Para o ano de 2001, por exemplo, foram estabelecidos seis eixos prioritários que são: a) redução da mortalidade infantil e materna; b) controle de doenças e agravos prioritários; c) reorientação do modelo assistencial e descentralização; d) melhoria na gestão, do acesso e da qualidade das ações e serviços de saúde; e) desenvolvimento de recursos humanos do setor saúde; f) qualificação do controle social (Brasil, 2001b).

Ainda segundo o artigo 6º da Portaria acima citada, após aprovação pelos Conselhos Estaduais, os municípios têm 30 dias para elaborar suas agendas, em conjunto com seus respectivos conselhos de saúde.

O gestor municipal deve então elaborar um plano de saúde para o município, fundamentado na agenda nacional de saúde e embora possa ser estabelecido para o período de uma gestão, deverá conter metas anuais. Esse plano será avaliado periodicamente pelo Conselho Municipal de Saúde por meio da elaboração de um relatório. Este documento, por sua vez, deverá compor o “relatório de gestão” a ser enviado ao governo estadual, detalhando-se o cumprimento ou não das metas da agenda nacional de saúde, acompanhado de informações referentes ao município (totais da movimentação da atenção de saúde no município, assim como informações de nascimentos e óbitos etc.) que serão encaminhadas pelo governo estadual ao governo federal. A liberação de recursos financeiros pelo governo federal está atrelada ao envio destas informações.

Na prática, o que acontece é que, via de regra, os secretários de saúde mal conseguem cumprir as metas da agenda nacional de saúde para garantir o recebimento dos recursos do SUS. Portanto, muito embora a estrutura propicie esferas independentes de poder, o plano de saúde no município é, na realidade, um plano de saúde federal, ou seja proposto verticalmente (Reunião, 2001), portanto verifica-se que o plano impede o estabelecimento de elos de uma dada identidade cultural com a sociedade civil e com os temas da saúde local.

Esse fato, que aparentemente poderia propiciar uma atitude acomodada por parte dos gestores municipais – cumpro meu papel e recebo os recursos – não é a tendência majoritária observada nas conclusões das Conferências Nacionais de Saúde, assim como das reuniões patrocinadas pelo Conasems (Conferência, 2000).

Informações reunidas por Ciol (2001) e também pela Ata da 1ª Reunião do Grupo Focal - Projeto Informação para Tomada de Decisão (Reunião, 2001) trazem à luz uma avaliação bastante importante, por parte dos gestores de saúde, em

relação à informação disponibilizada pelo Ministério da Saúde para apoio à elaboração do plano de saúde e do relatório de gestão. Segundo esses depoimentos, as informações disponíveis são de duas naturezas diversas: a) ou não reflete a necessidade local, como é o caso dos dados estatísticos que, embora informados ao governo federal pelos municípios, são disponibilizados apenas em números globais por estado; b) ou está em formato ou linguagem pouco transparente ao gestor municipal e, portanto, não permite a sua internalização e conseqüente inserção na identidade cultural local e na elaboração da política de saúde local.

Retomando o conceito multidimensional de saúde e somando-o ao conceito de equidade, chega-se ao resultado de que as boas condições sociais influem em condições de saúde adequadas. A saúde é, desse modo, um valor universal, global. Considerando ainda, que a saúde diz respeito à humanidade e a doença ao indivíduo, ao grupo ou a uma comunidade, sendo portanto de âmbito local ou pertencente a um território, é possível elaborar-se a seguinte questão: se por um lado há uma proposta de sistema de saúde que (no plano teórico) considera a universalidade e a multiculturalidade dos conceitos, por que os programas e fluxos de informação parecem não se adequarem ao lugar da recepção (município, cidade, bairro)? É possível identificar os fluxos de informação que considerem e garantam essa territorialização e portanto utilizem a informação como insumo ao processo de tomada de decisão na gestão da saúde, sem desvincular-se da identidade cultural local?

#### **2.3.1.1 Fluxos de informação existentes**

O fluxo de informação para apoio à gestão da saúde no Brasil é um processo de mão dupla:

1. do governo federal para o estadual e municipal, representado pela elaboração da Agenda Nacional de Saúde, pelo estabelecimento de normas, portarias,

procedimentos, legislação, material educativo, dados estatísticos globais e disponibilização de recursos;

2. dos estados e municípios para o governo federal com a informação detalhada (em números e notificações) sobre a movimentação de atenção à saúde tais como nascimentos, óbitos, etc. Essa informação garante aos estados e municípios o repasse de recursos financeiros referentes aos serviços de saúde prestados à população.

O quadro elaborado por Fleury (2001) (figura 1), que representa de forma resumida o processo de gestão da saúde no Brasil e suas diferentes instâncias e fluxos de informação, permite a elaboração de algumas inferências. Embora a estrutura de matriz contemple as várias instâncias de descentralização, o poder da autoridade federal permanece visível principalmente nas funções de administração centralizada dos recursos financeiros (fundos), na elaboração de políticas e programas nacionais e na definição da agenda nacional. Observam-se ainda, neste quadro, dois pontos importantes que justificam a reivindicação dos gestores municipais por acesso a instrumental e informação apropriada às suas questões locais. Note-se que na coluna “instrumentos de consenso” a subcoluna hum se refere a consórcios contratados no âmbito municipal, ou seja, todas as atividades de gestão com serviços terceirizados são de responsabilidade do município. No entanto, na coluna “processo de descentralização”, verifica-se que os municípios recebem fundos repassados diretamente pelo governo federal e outros pelo governo estadual, o que os torna duplamente dependentes nos âmbitos informacionais e financeiros. É também interessante notar que, se as colunas “instrumentos de consenso” e “mecanismo de formação de políticas” funcionarem como plataformas para garantia dos fluxos informacionais e de poder, será possível estabelecer uma estrutura informacional nos três âmbitos de poder, de modo a adequá-la às demandas locais. Observa-se ainda que a coluna “Mecanismo de formação de políticas” tem um papel preponderante em todo o processo por representar os fóruns de reivindicações e debates.

**Figura 1 - Estrutura da tomada de decisão em saúde no Brasil**

Níveis de governo	Instrumentos de consenso	Autoridade sanitária	Funções	Processo de descentralização	Mecanismo de controle social	Mecanismo de formação de políticas
Federal	3	Ministério da Saúde	- fundos centralizados - políticas e programas nacionais - agenda nacional		Conselho Nacional de Saúde	Conferência Nacional de Saúde
Estadual			- fundos estaduais - coordenação do sistema regional - serviços de referência			
Municipal	1	Secretaria Municipal de Saúde	- fundos municipais - coordenação do sistema municipal - gerência da rede de atenção		<p>Níveis de autonomia</p> <p>A – administração do sistema local de saúde</p> <p>B – administração do programa de saúde primária</p>	Conselho Municipal de Saúde

1 Consórcios    2 Comissão bipartite    3 Comissão tripartite

### 2.3.1.1.1 Ministério da Saúde

O Ministério da Saúde, como principal provedor de informação e recursos no processo de gestão, disponibiliza em seu site na internet (<http://www.saude.gov.br> acesso em dez. 2001) as seguintes fontes de informação:

- Normas técnicas
  - Normas operacionais básicas que orientam o desenvolvimento do trabalho do SUS e os procedimentos envolvidos, como as NOB-SUS 1993 e 1996;
  - Normas Operacionais de Assistência à Saúde, como a Noas-SUS 01/01;
- Portarias, leis e decretos
  - Como a Portaria nº 393/GM que apresenta a Agenda Nacional de Saúde para 2001;
  - Legislação como a Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes;
- Indicadores sociais através do DataSUS (órgão do governo federal responsável por todo o processamento estatístico do Brasil)
  - Dados estatísticos referentes a totais por estado, usados para quantificar as ações da agenda de saúde a partir dos relatórios de gestão. Como os dados estatísticos de óbitos, nascimento e mortalidade infantil organizados por estado etc.

Embora seja possível identificar uma grande quantidade de informação disponibilizada, nota-se, por exemplo, que não existe uma interface para a consulta à legislação que possibilite o acesso aos resumos das leis, ou às alterações ocorridas nas leis, prazos de validade, etc. Nos textos das normas, também registra-se a ausência de mecanismos que viabilizem a elaboração de conjuntos por temas ou por regiões do Brasil. Os dados estatísticos limitam-se a criar o enlace ao Datasus sem, no entanto, disponibilizar uma ferramenta que possibilite o desenvolvimento de visões por regiões, ou por temas/épocas

específicas. Pela qualidade e importância dos dados apresentados seria interessante contar com interfaces para a visualização de dados adequada às visões/condições locais. É bastante provável que a ausência desses recursos contribua para dificultar o fluxo e o uso da informação disponibilizada pelo Ministério da Saúde, o que justifica a demanda feita por parte dos gestores de saúde.

#### **2.3.1.1.2 Secretarias de Saúde**

Através dos serviços da RNIS (Rede Nacional de Informação em Saúde) é possível identificar os sites de grande parte das secretarias estaduais de saúde. Na maioria dos estados brasileiros, a informação que as secretarias estaduais provêm aos municípios é efetuada pela demanda dos municípios (Reunião, 2001). Identificou-se, até a presente data, a iniciativa de publicação de manual (em papel) com orientações ao gestor estadual e municipal nos estados de São Paulo e Rio de Janeiro.

#### **2.3.1.1.3 Instituições nacionais e estaduais**

Registra-se a existência de algumas instituições nacionais que disponibilizam informação de utilidade para o gestor, tais como dados veiculados nos anuários do IBGE, dados estatísticos como os compilados e disponibilizados pela Fundação Seade no Estado de São Paulo, e outras iniciativas similares existentes em outros estados da federação.

No caso destas fontes complementares ao processo de gestão verifica-se a necessidade de criação de uma instância de adaptação destas informações às necessidades específicas.

#### **2.3.1.1.4 Organismos Internacionais**

Os organismos internacionais mais demandados são a Organização Mundial da Saúde e a Organização Pan-Americana da Saúde por sua ampla coleção de publicações, índices mundiais e orientações sobre procedimentos e campanhas imunológicas. Neste caso, a informação localizada é identificada pelo gestor como muito útil. Sofre porém, na maior parte das vezes, as restrições de compreensão de idioma estrangeiro (Reunião, 2001).

#### **2.3.1.2 Fluxos de informação em demanda: o lugar da recepção**

Moraes (1998:8) afirma que “para compreender o significado da categoria informação em saúde nos dias atuais, é condição *sine qua non* imbricá-la à questão do poder como um instrumento de análise capaz de explicar a produção desses saberes que se formaram e se formam em torno dela. O poder passa assim, a ser a categoria-chave para se entender a produção dos saberes historicamente determinados, em sua dimensão política”.

De acordo com Stehr (2001) informação e conhecimento geram capacidade de ação. Tendo em vista que a concretização do conhecimento é dependente de condições sociais específicas, torna-se evidente o elo entre informação, conhecimento e poder social, principalmente porque o controle de condições e circunstâncias (poder social), requer informação.

O processo informativo ocorre, com efeito, numa estrutura de comunicação mediada não exclusivamente pelo uso de tecnologia. Considera-se que, principalmente no uso de informação como insumo para a tomada de decisão a mediação entre os conteúdos deve ser um processo de comunicação. É, desse modo, “uma relação fundamentalmente intersubjetiva, pois ela enraíza-se na experiência particular e singular dos interlocutores, fazendo apelo tanto à



experiência individual como a experiência coletiva que se entende como bem comum”. (Rodrigues, 1994:27)

É possível afirmar então, que “a informação pertence à esfera da transmissão, entre um destinador e um ou mais destinatários, de dados, de acontecimentos, de conhecimentos... A natureza cibernética das novas tecnologias permite hoje acelerar o processo informativo, ultrapassar as barreiras espaciais à circulação da informação, neutralizar a subjetividades dos atores sociais, homogeneizar as mensagens, converter a informação num fluxo contínuo e planetário”. (Rodrigues, 1994:27)

Assim sendo, e de acordo com Moraes (1994), somente se pode determinar que uma informação é útil e necessária quando se verifica que ela permite apoiar uma ação e contribuir à redução da incerteza dessa ação, ou seja, quando a informação já foi internalizada e transformada em conhecimento (água parada = mosquito = dengue). Embora a informação que se transforma em conhecimento tenha caráter global (universal), é também local por reconstituir os projetos cognitivos locais, ou seja, as condições da ação humana projetadas no mundo a partir de um espaço-tempo local. Seguindo o mesmo exemplo, ao introjetar a informação sobre a transmissão da dengue a população de uma determinada rua, vila, bairro ou comunidade apodera-se deste conhecimento, e passa a ter, com isso, condições de efetuar uma ação de cidadania.

A partir dessas idéias, foram analisadas as demandas de informação explicitadas pelos atores do processo de gestão da saúde, com base em depoimentos da 1ª Reunião do Grupo Focal - Projeto Informação para Tomada de Decisão, realizada em São Paulo em 25 de junho de 2001 (Reunião, 2001), e das conclusões e recomendações do relatório final da 11ª Conferência Nacional de Saúde (Conferência, 2000).

Essa observação permitiu identificar oito categorias informacionais que agrupam demandas por informações gerenciais de diferentes naturezas. Estabeleceu-se, a partir daí, sua distribuição em uma matriz (figura2), de acordo com as funções formais de gestão das Secretarias Municipais de Saúde estabelecidas através das normas operacionais do Ministério da Saúde, e distribuídas de acordo com as demandas.

Foram realçadas neste quadro, as funções que requerem informação com recorte ou tratamento especiais. Não significa, em nenhuma hipótese, que as funções não contempladas com necessidade informacional nesta matriz, sejam desnecessárias. Significa tão somente que são funções que não requerem informação com tratamento específico.

É importante salientar também, que esta matriz tem por objetivo identificar categorias informacionais a serem propostas no âmbito deste estudo. Considera-se, além disso, que os conteúdos ou eixos temáticos a serem tratados por estas fontes, por sua complexidade, merecem um estudo especial.



### **Capítulo 3 Parâmetros de produção de informação territorializada**

#### **3.1 O processo informacional e a geração de conhecimento: o território**

Segundo Rodrigues (1994:27), a informação “pertence à esfera da transmissão entre um destinador e um ou mais destinatários, de dados, de acontecimentos, de conhecimentos”. Como complemento, Moraes (1998) afirma que a informação somente adquire valor se utilizada pelo respectivo receptor (destinatário) para diminuir um determinado grau de incerteza e, portanto, transformar-se em conhecimento. Este conhecimento, segundo Santos (1999), criará possibilidades de ação humana projetada no mundo a partir de um espaço-tempo e de uma experiência local. No entanto, sendo local é também total porque reconstitui os projetos cognitivos locais.

Propõe-se, neste estudo, pois, identificar parâmetros de informação gerencial que não só observem as diferenças territoriais do saber, mas que também reflitam e sejam ajustados às condições locais. Por território entende-se o que determina a identidade cultural no país, no estado, na cidade, no bairro, na comunidade, provocado pela inserção direta do cidadão, seja na construção de casas, na organização política, na convivência com a área em que vive e com seus ocupantes. Esta identidade resulta da relação natural com o território, com o comportamento cotidiano, com a elaboração lingüística etc. o que possibilita a construção desse conjunto de signos com significado localizado (territorializado). É este conjunto que permite a cada indivíduo, assim como a todo o grupo, o reconhecimento de si mesmo como parte integrante daquele conjunto maior de signos que definem a identidade local (território) (Coelho Neto, 1999).

A informação gerencial territorializada, requer a retomada do conceito de sociedade da informação ou sociedade do conhecimento. Apropriadamente, Borges (1995) afirma que o cerne da discussão se encontra na compreensão de

que este novo conceito deve passar pela análise dos processos de transformação que vêm ocorrendo na economia, na política e na cultura mundial onde há o deslocamento do paradigma de sociedade industrial para sociedade do conhecimento, da economia nacional para economia global, de centralização para descentralização. É na sociedade do conhecimento que a informação, dentro de condições sociais específicas, gera capacidade de ação, e torna possível que se estabeleça um elo definido entre conhecimento e poder social. “Legítimas práticas culturais baseadas na ampliação e difusão do conhecimento possibilitam a um maior segmento da sociedade opor-se efetivamente às configurações de poder superadas ou que se percebe tênues e/ou frágeis”... “Me refiro a duas evidências empíricas que sublinham a ligação entre conhecimento e poder social: 1) o declínio da mortalidade por doenças infecciosas é o mais significativo dos achados médicos nos tempos modernos, e é comumente vinculado às ciências aplicadas. No entanto, um exame detalhado dos registros históricos mostra que a contribuição das ciências médicas foi, em certo sentido, marginal. Por exemplo, a mortalidade por coqueluche, tifo, cólera e outras doenças relacionadas, começa a diminuir a partir de 1870, por conseguinte, muito antes que medidas médicas, em forma de medicamentos, influenciassem o seu declínio; 2) extensivas revisões de evidências empíricas acumuladas nos anos mais recentes, sugerem que os anos completos de educação formal são o mais importante índice de relação com a boa saúde.” (Stehr, 2001:10,12).

Neste cenário, é possível desenvolver práticas gerenciais e educacionais empreendedoras, aplicadas à gestão da saúde e baseadas em conhecimentos específicos, gerados com o apoio de ferramentas de tecnologia de informação flexíveis e amigáveis. Estas práticas gerenciais subsidiadas por informação territorializada, devem permitir que os processos sejam vistos em sua totalidade, suportados pelos pressupostos de conectividade, integração e simultaneidade em tempo real. As atividades gerenciais devem apresentar-se em modelo descentralizado, no qual a participação, no âmbito da tomada de decisões, adquira caráter e controle social, encaminhando-se assim para uma melhoria

contínua dos processo produtivos, o que por conseqüência, intensifica o fluxo de informações.

### **3.2 O processo de decisão**

É possível afirmar, parafraseando Flippo (apud Borges, 1995), que a profissão do gestor de saúde é tomar decisões. A tomada de decisão pode ser considerada, grosso modo, como um processo dinâmico por meio do qual o gestor determina as atividades ou sua mudança em um determinado local (neste caso o município). Ressalta-se que os parâmetros que têm influência direta na qualidade das decisões fundamentam-se em informação relevante, na divulgação das decisões em todos os âmbitos, assim como nas informações relativas aos resultados obtidos na implementação das decisões, o que permite a modificação de atividades, seu monitoramento e avaliação por parte dos atores do processo de decisão.

O ator e foco desse processo, é o gestor municipal de saúde, aquele que, segundo a NOB-SUS (Brasil, 1996) tem a responsabilidade de dirigir um sistema de saúde, mediante o exercício de funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria.

Esse rol de responsabilidades faz com que o gestor funcione como processador de informação. Sua atuação está sujeita a limitações de diferentes naturezas, com destaque para aquelas provocadas por: a) volume e qualidade da informação disponível; b) habilidades próprias e facilidade de acesso; c) capacidade de análise; d) compreensão e absorção da informação; e) eficiência na utilização da informação para a decisão.

Sabe-se, no entanto, que esses não são os principais inibidores de um processo eficiente de gestão municipal da saúde. Na gestão da saúde no Brasil como um

todo, como já mencionado no capítulo 2, o processo decisório guarda ainda fortes características de uma ação casuística, clientelista e mercantilista que faz com que os processos de tomada de decisão nem sempre sejam baseados em estoques de informação qualificada, certificada e atualizada.

### **3.3 A informação como insumo: tendências**

Considera-se, no âmbito deste estudo, a polissemia do conceito “informação” que segundo Miranda et al (s.d.), parece ser resultado de uma decorrência natural da apropriação do termo por diferentes áreas do conhecimento. É também relevante esclarecer que o termo “informação em saúde” é aqui utilizado para definir o conjunto de recursos informacionais para apoio ao processo de gestão de saúde. Difere em amplitude e significado do uso do mesmo termo como referência ao conjunto de indicadores de saúde, comumente utilizada por pesquisadores da área de Saúde Pública.

Entende-se, neste âmbito, que qualquer inscrição ou registro sonoro que admite uma análise que permita extrair indicações para decisões estratégicas de gestão com intenções de conhecimento, é informação (Barreto, 2001).

Na observação do conjunto informacional que serve de insumo ao processo de gestão da saúde no Brasil, e tendo em vista o que foi indicado no capítulo 2, é relevante mencionar o *senso comum* como um dos componentes do conjunto de signos que definem a identidade local, devido à sua intrínseca ligação com a cultura e o saber local. Essa reflexão já foi elaborada por McLuhan (1978:81), quando afirmava que “o *senso comum* por muitos séculos foi tido como o poder especificamente humano de traduzir a experiência de um sentido isolado para todos os demais sentidos, de modo a apresentar à mente uma imagem continuamente unificada da experiência”.

Trazendo esta reflexão para o contexto das sociedades da informação e do conhecimento, é possível afirmar que, o que se busca com a criação de sistemas inteligentes é que estes se assemelhem, de alguma maneira, ao senso comum ou como indicava visionariamente McLuhan (1978:81), “se assemelhem ao nosso próprio sistema nervoso central num abraço global, abolindo o tempo e o espaço”. O presente estudo reconhece a relevância do uso do senso comum no processo de gestão e tomada de decisão em saúde. No entanto, dada a complexidade de uma abordagem sobre o tema, limita-se a propor a necessidade de um estudo específico, por considerar sua pertinência.

Sabe-se que, mesmo contando com avançadas ferramentas baseadas em tecnologia de informação, o que se detecta hoje, em termos de informação como insumo dos processos de decisão em saúde no Brasil, são fluxos informacionais incipientes em fase de demanda crescente, por parte dos gestores municipais, por informação adequadamente tratada e disponibilizada.

A globalização é caracterizada, entre outras coisas, pela velocidade nos fluxos de informação. Pode-se afirmar que as oportunidades de criação de conhecimento encontram-se vinculadas ao acesso às mais diversas fontes de informação. No caso específico da saúde, acesso maior poderá, por sua vez auxiliar na redução de iniquidades entre indivíduos, sociedades, países etc. No entanto, as fontes de informação devem estar adaptadas à identidade local (território) sem que abandonem suas características globais (Harzheim et al. 2001).



### **3.3.1 Categorias informacionais identificadas**

A matriz apresentada no capítulo 2 e organizada de acordo com as funções formais de gestão das secretarias municipais de saúde, identifica as demandas e as distribui em oito categorias informacionais: - produtos informacionais resultantes da investigação científica; - ferramentas para apoio à tomada de decisão; - bancos de dados, bases de dados, sistemas específicos, vocabulários controlados; - indicadores sociais e de saúde; - legislação; - educação à distância; - espaço interativo para intercâmbio de experiências e; - comunicação em rede.

As categorias identificadas agrupam fontes, ou indicações de possíveis fontes de informação por tipo, conteúdo ou formato. Segundo Miranda et al. (s.d.), - “tipo” é a natureza intrínseca da produção da informação e como consequência de sua autoria (um artigo científico, uma tese, uma base de dados etc.); - “conteúdo” é a parte substantiva do documento, que de alguma maneira está predeterminado por seu tipo; e - “formato” é a moldura do conteúdo, ou a sua forma de torná-lo visível, inteligível.

Esta elaboração e distribuição em formato de matriz, não tem a pretensão de ser conclusiva ou de esgotar o tema, mas apenas indicar algumas categorias informacionais. Reitera-se aqui a necessidade de elaboração de uma abordagem temática das demandas identificadas. Considera-se, ainda, que por ser a gestão um processo interativo e participativo, deverão ser feitos outros estudos que contemplem a avaliação empírica das categorias informacionais ora identificadas.

### **3.3.1.1 Produtos informacionais resultantes de investigação científica**

A discussão sobre o papel da investigação científica na elaboração de agendas, e a apresentação de conteúdos científicos em produtos temáticos adequados para os gestores é bastante complexa. De acordo com Bronfman et al. (2000) as mudanças propiciadas pela reforma no setor saúde, nos países da América Latina, têm indicado a relevância do apoio da pesquisa científica aos processos de decisão, à seleção de assuntos prioritários e à formulação de novas políticas de saúde. A complexidade reside no fato de que os pesquisadores parecem não estar preocupados em divulgar seus resultados ao público ou aos tomadores de decisão, pois parecem considerar que a publicação dos resultados da pesquisa em revistas científicas efetue a divulgação suficiente. Por outro lado, os tomadores de decisão necessitam dados sobre um tema pontual e muitas vezes com respostas que possam respaldar suas decisões. No entanto, muitas vezes têm dificuldades para entender a linguagem demasiadamente científica utilizada ou, os resultados da pesquisa são demasiadamente inconclusivos para apoiar suas decisões. Para preencher essa lacuna, detecta-se algumas iniciativas em curso para aproximar a pesquisa científica da tomada de decisão em saúde. Há também algumas experiências, ainda insipientes, de estabelecer fóruns de discussão com a participação de pesquisadores e tomadores de decisão, com o objetivo de realizar exercícios periódicos de estreitamento de vínculos na elaboração das agendas de investigação científica.

Na medida em que esses estudos se desenvolvam e se estabilizem, é possível vislumbrar uma aproximação da comunidade acadêmica com a gestão da saúde. Esta seria, sem dúvida, uma perspectiva de estabelecimento de fluxo de informação científica aplicada à gestão o que certamente poderá ser uma contribuição à diminuição das iniquidades no acesso à saúde.

Avalia-se que o estoque informacional existente hoje, gerado pelo saber científico, mesmo sem estabelecer as condições ideais de interação, possui

abrangência e conteúdo suficientes para prestar apoio ao processo de decisão. Neste sentido, foram identificadas demandas por produtos resultantes de investigação científica tais como:

- conjuntos de textos científicos previamente selecionados e organizados que apoiem os processos de decisão na avaliação dos modos de atenção à saúde;
- estudos baseados em evidências científicas para apoio à decisão local, como, por exemplo, os estudos de revisão da literatura científica sobre um determinado procedimento de vacinação e o impacto causado na população, e avaliado por meio de pesquisa científica, tendo como resultado insumo direto à gestão, com informação suficiente para referendar uma nova decisão;
- elaboração de protocolos de conduta (guias contendo procedimentos e normas que regem o exercício profissional na execução da atenção de saúde) em temas específicos e com apoio de informação científica baseada em evidências. Como exemplo, pode-se elaborar e disponibilizar protocolos de conduta para a execução do Programa da Saúde da Família, contendo informação científica para apoio às decisões na atenção à saúde da comunidade;
- Elaboração de pacotes com informação gerencial em temas específicos, resultante de grupos de investigação que utilizam a metodologia de resolução de problemas, em conjunto com pesquisadores de medicina preventiva, baseada em evidências. São exemplos desse tipo, os pacotes informacionais com instruções para a elaboração de um programa de combate à desnutrição, utilizando-se alimentos produzidos no local ou na região.

### **3.3.1.2 Ferramentas para apoio à tomada de decisão**

Infere-se, principalmente de depoimentos de gestores (Reunião, 2001), um forte viés educacional nesta categoria informacional. Especialmente neste caso, observa-se que a aplicação dessas ferramentas no apoio à gestão devem seguir *pari passu* os programas de capacitação e educação continuada. Observa-se,

também, que as ferramentas de apoio à decisão têm forte base nos indicadores sociais.

Foram identificadas, nas demandas por ferramentas informacionais de apoio à decisão:

- metodologias de análise espacial para avaliação de impactos. Metodologias compostas por fontes de informação estatístico-epidemiológicas que incluam, por exemplo, taxas de mortalidade e suas causas determinantes, padrão de morbidade (mortalidade) da população local, indicadores de demandas por determinados serviços e aspectos demográficos, que permitam estabelecer relações com a saúde da população, para, dessa forma, avaliar o impacto de uma determinada ação. Essas metodologias devem compor um sistema “confiável e operante” de vigilância epidemiológica e agravos à saúde”. (Conferência, 2001);
- Modelos de gestão de planos municipais para enfrentar problemas, como, por exemplo, modelos de campanhas contra febre amarela;
- Informes de outros níveis de gestão para intercâmbio de experiências, como os informes da secretaria de finanças e outras secretarias;
- Manuais de instrução em formatos eletrônico e papel;
- Sistema de informações de caráter intersetorial, contendo banco de formulários de gestão unificados e disponíveis on-line. Observa-se que o preenchimento de formulários é tarefa altamente consumidora de tempo do gestor, ocasionando a demanda “por um sistema único para evitar o preenchimento de vários formulários” (Conferência, 2001).
- Sistema em rede com interfaces de busca que permitam o acesso à informação sobre serviços próprios do município e aos serviços conveniados;
- Sistema de informação sobre orçamentos públicos em saúde;
- Mecanismos informacionais para que o município possa acompanhar os processos e gerar cobranças nos âmbitos estadual e federal;
- Calendário de atividades e reuniões dos conselhos estaduais e municipais;
- Serviços de perguntas mais freqüentes.

### **3.3.1.3 Bancos de dados, bases de dados, sistemas específicos, vocabulários controlados**

Agrupam-se nesta categoria, fontes ou possibilidades de fontes de informação que requeiram algum tipo de tratamento sistemático prévio à sua disponibilização, de acordo com padrões internacionais.

Para uniformizar conceitos, adotam-se as definições elaboradas por Reitz (2002): a) base de dados é um conjunto de informação eletrônica atualizada periodicamente (por exemplo: referências bibliográficas, resumos, documentos a texto completo, diretórios, imagens, estatísticas etc.) relacionada a assuntos específicos ou área do conhecimento, composta por registros de dados em formato padrão e uniforme, acessíveis através de uma interface de pesquisa e administrados por um sistema gerenciador; b) banco de dados, algumas vezes usado como sinônimo de base de dados, o termo se aplica mais especificamente à coleção de dados não-bibliográficos, usualmente numéricos. Por exemplo os grandes bancos de dados contendo informação sobre indivíduos (RG, CPF, história de créditos/débitos, dados de saúde etc.)

As categorias informacionais arroladas abaixo não têm por objetivo identificar de forma específica os bancos ou bases de dados demandados, mas subsidiar a criação de um indicador de necessidades de informação previamente tratada:

- bases de dados bibliográficas em temas específicos, com acesso à coleção de textos completos;
- bases de dados com a produção institucional (secretarias de saúde) em âmbito nacional, com estrutura de arquivos abertos (do inglês open archives, arquivos onde se pode publicar sem submeter-se a revisão por pares) para documento gerados pelas secretarias;
- bases de protocolos de conduta;

- projetos em andamento, nacionais e internacionais, com acesso a coleção de documentos a texto completo;
- diretórios de assessorias, especialistas, eventos, congressos, conferências, órgãos e conselhos profissionais, softwares;
- banco de notícias com informações previamente selecionadas sobre condições sanitárias e vigilância epidemiológica;
- coleções de produtos informacionais específicos para grupos vulneráveis como: indígenas, mulheres, negros, crianças, idosos, homossexuais, portadores de patologias ou deficiências, dentre outros grupos ou minorias;
- banco de dados sobre medicamentos, contendo composição, dosagem, bulas em texto completo e informações de interações medicamentosas;
- base de dados de atas das reuniões dos conselhos estaduais e municipais com interface de pesquisa e acesso ao texto completo;
- site institucionalizado da Conferência Nacional de Saúde, com a possibilidade de acesso aos textos completos e conferências apresentados;
- vocabulário e glossário estruturados e controlados, contendo a terminologia padronizada e sua respectiva definição, desenvolvidos com a participação de sociedades científicas, instituições de pesquisa, prestadores de serviços, conselhos profissionais e instituições do governo.

#### **3.3.1.4 Indicadores sociais e de saúde**

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (Organização, 1981), para uma avaliação em saúde, para se conhecer aspectos principais da situação de saúde de uma população, requer um número mínimo de indicadores. Alguns desses indicadores devem refletir o estado de saúde após a implantação de um determinado serviço de saúde e outros, não específicos, como os fatores socioeconômicos, sanitários, dentre outros, que são conhecidos como indicadores sociais.

Um indicador social “é medida em geral quantitativa dotada de significado social substantivo, usado para substituir, quantificar ou operacionalizar um conceito social abstrato de interesse teórico (para pesquisa acadêmica) ou programático (para formulação de políticas). Os indicadores sociais subsidiam “as atividades de planejamento público e formulação de políticas sociais, nas diferentes esferas de governo, possibilitam o monitoramento das condições de vida e bem-estar da população por parte do poder público e sociedade civil, e permitem aprofundamento da pesquisa científica sobre a mudança social, e sobre os determinantes dos diferentes fenômenos sociais.” (Jannuzzi, 2001:133). Assim, taxas de nascidos vivos, analfabetismo, mortalidade infantil, taxas de desemprego, proporção de crianças matriculadas em escolas, são exemplos de indicadores sociais, uma vez que representam em números as dimensões específicas da dinâmica social.

É interessante salientar a distinção entre os indicadores sociais e as estatísticas públicas levantadas nos censos demográficos, pesquisas amostrais ou coletadas nos registros administrativos de ministérios, secretarias de estado e municipais. São as estatísticas públicas – dados censitários, estimativas amostrais e registros administrativos – que servem de matéria-prima para a construção de indicadores sociais. O que diferencia estatística pública de indicador social é o conteúdo informacional presente, isto é, o valor contextualizado da informação disponibilizada para apoio ao processo de tomada de decisão.

São identificadas várias maneiras de classificar os indicadores sociais. A mais usual é sua divisão em áreas temáticas de acordo a realidade social a que se referem, ou seja: demografia, educação, saúde, mercado de trabalho, qualidade de vida, habitação, infra-estrutura urbana, segurança e justiça, renda e pobreza e meio ambiente (Jannuzzi, 2001). Registram-se, ainda, classificações temáticas mais amplas como: indicadores socioeconômicos, de condições de vida, de qualidade de vida, desenvolvimento humano e indicadores ambientais. Os

indicadores sociais têm papel preponderante no processo de gestão e estão relacionados diretamente às atividades de planejamento, controle e avaliação.

Em termos concretos, o sistema de informação para diagnóstico, ação e controle do Ministério da Saúde é composto por: estatísticas de mortalidade, programa de vacinações, assistência médico-sanitária, notificação de nascimentos e as informações produzidas no âmbito do SUS, como, por exemplo, os dados referentes às internações hospitalares. Todos esses dados estão integrados em uma interface comum desenvolvida e mantida pelo Datasus.

Além das fontes do Ministério da Saúde, identificam-se ainda outras instituições que coletam indicadores. O quadro abaixo resume os principais provedores de registros que são a base dos indicadores sociais, o tipo de registro que aportam e a periodicidade de coleta destes dados.



Principais registros administrativos na área social		
Instituição	Registro	Periodicidade dos dados
IBGE	Estatísticas do registro civil	Anual
	Pesq. Inf. Básicas municipais	Irregular
Seade	Estatísticas vitais	Anual
	Pesquisa municipal unificada	Bianual
Ministério do Trabalho	RAIS	Anual
	CAGED	Mensal
Ministério da Educação	Censo escolar	Anual
Ministério da Saúde	Censo do ensino superior	Anual
	Estatísticas de mortalidade	Anual
	Registro de vacinações	Anual
	Assistência médico-sanitária	Irregular
	Notificação de nascidos vivos	Anual
Outros	Estatísticas produção SUS	Mensal
	Anuário da previdência social	Anual
	Estatísticas de arrecadação federal	Anual
	Reg. de ocorrências policiais	Anual

(Jannuzzi, 2001:57)

Observando-se a questão do ponto vista das demandas dos gestores, pode-se afirmar que há disponibilidade de informação de indicadores. Verifica-se no entanto, a necessidade de criação de instâncias intermediárias que possam agregar valor a esses indicadores, por meio de estudos de aplicação local e contextual dos dados.

A tendência das demandas informacionais identificadas nesta categoria aponta para:

- reunião e integração dos indicadores sociais e de saúde em um só espaço, como, por exemplo, os indicadores de mortalidade que se encontram dispersos em instituições diferentes;
- indicadores sociais e de saúde adaptados às realidades dos municípios, principalmente os indicadores de setores como comércio, indústria, custo de vida etc.
- análises especiais com variáveis socioeconômicas e de situação de saúde;

- ferramentas que permitam a análise dos indicadores como insumo aos processos de avaliação e acompanhamento do desenvolvimento de programas e ações de saúde.

### **3.3.1.5 Legislação**

Observando o resumo da estrutura da tomada de decisão em saúde no Brasil, no quadro de Fleury (2001), reproduzido no capítulo 2, é possível inferir a legislação utilizada para reger o processo da descentralização da administração implantado a partir da reforma sanitária brasileira. Como a distribuição dos recursos permanece centralizada no governo federal, que os repassa aos estados e municípios, mediante prestação de contas, a estrutura legal que estabelece as ações reguladoras e normativas do sistema como um todo, está organizada através de:

- a Constituição federal estabelece os direitos à saúde e cria o Sistema Único de Saúde (SUS), e é referendada pela Constituição de cada estado brasileiro;
- as portarias estabelecem as instâncias de gestão, regulam a transferência dos fundos, estabelecem a agenda nacional de saúde, as cláusulas de contratos e convênios do SUS, a prestação de contas, parâmetros para o planejamento assistencial etc.;
- as instruções normativas regulamentam as normas operacionais, o fluxo de processos e o plano diretor de regionalização;
- as leis, votadas pelo poder legislativo, dispõem sobre as condições e estabelecem normas e princípios reguladores do funcionamento do processo de gestão da saúde, alteram decretos etc.;
- os decretos, promulgados diretamente pelo presidente da República, dispõem sobre as condições e a forma que se efetuará o repasse regular dos recursos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos estaduais e municipais, regulamentam o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do SUS etc.

Para efeitos deste estudo optou-se por chamar legislação a todo esse conjunto.

As demandas informacionais em relação à legislação e normalização legal, referem-se principalmente à necessidade de se criarem instâncias para agregar valor à informação legislativa, no sentido de desenvolver interfaces que possam garantir o acesso à legislação atualizada, de maneira amigável e resumida e em linguagem simplificada.

Desta forma, a demanda por produtos informacionais no âmbito da legislação aponta para a necessidade de criação de uma instância de tratamento informacional da legislação que permita o acesso à legislação em texto completo, indexada, comentada, resumida em linguagem simplificada e atualizada.

#### **3.3.1.6 Educação a distância**

“O ato de conhecer é o processo de interação efetuado entre o indivíduo e a realidade, permitindo descobrir a sua forma de ser, ou pelo menos adquirir respostas provisórias para um problema definido. As soluções para os problemas é o que se pode chamar de conhecimento propriamente dito” (Seabra, 2001).

Entende-se, desse modo, por apropriação do conhecimento, o modo do indivíduo compreender a realidade, sendo possível incluir à percepção humana toda a subjetividade e a mística presentes no mundo do imaginário. Em função da complexidade inerente à natureza em que vivemos, o ato de conhecer é um longo processo em direção à descoberta da essência das coisas.

Os sistemas educativos encontram-se hoje em constante mudança. A distinção entre ensino “presencial” e ensino “a distância”, de acordo com Levy (1999) é cada vez menos pertinente, uma vez que a aprendizagem por meio do uso de redes, e de ferramentas de multimídia interativas, vem sendo progressivamente integrada às formas clássicas de ensino. A aprendizagem a distância - pelo uso

de redes e com a criação de formatos hipermídia interativos que buscam estabelecer novos paradigmas de aquisição de conhecimentos e de construção de saberes - está se tornando, pouco a pouco, a alternativa tecnológica para a transmissão de novos conhecimentos.

O Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) tem tido papel preponderante no apoio à educação para o processo de gestão. Seus programas para capacitação continuada têm como apoio uma série de pacotes informacionais para subsidiar o processo educativo e de aquisição de conhecimento.

As demandas identificadas nesta área apontam para a elaboração de programas de:

- Capacitação na elaboração de relatório de gestão, que necessita especial atenção, pela qualidade de detalhes requeridos;
- Sala de ensino a distância;
- Capacitação para a superação de resistências ao uso de novas tecnologias de informação para a gestão;
- Material educativo, em linguagem adequada, sobre o papel dos conselhos e dos conselheiros municipais;

### **3.3.1.7 Espaço interativo e intercâmbio de experiências**

Segundo Milio (2001), a internet conecta cerca de um bilhão de computadores. Assim sendo, ela é também um componente direcionador da globalização. Para os envolvidos nos temas da saúde, neste cenário da globalização eletrônica, o que importa discutir não é somente o acesso dos indivíduos à tecnologia de informação, mas principalmente a todos os grupos que possam fazer a defesa de condições saudáveis de vida, meio ambiente e estilos de vida. Neste sentido, aqueles que representam a promoção da saúde, dentro ou fora do governo, têm pelo menos duas responsabilidades no mundo web. A primeira, a de ser uma

ponte confiável que trata e filtra informação sobre o que é necessário para tornar a saúde viável à população. A segunda, de usar essas novas ferramentas de apoio aos processos de gestão para identificar e desenvolver políticas que promovam um acesso mais eqüitativo à saúde, isto é, estendido à comunidade como um todo.

Considera-se que, neste contexto, o desenvolvimento da gestão, da tomada de decisão e o estabelecimento de políticas de saúde tornou-se ainda mais complexo. Hoje “é necessário saber não somente *o que* (conhecimento), mas também saber *como* (estratégia/habilidade política) para destacar-se no cenário político” (Milio, 2001:75).

Assim, a informação necessita ser estruturada para apoiar a ação política, o trabalho em desenvolvimento e para ser testada em uso. O espaço interativo proporcionado pela internet se apresenta como a alternativa para a elaboração deste processo. As demandas identificadas que requerem a criação de espaços interativos de diálogo, educação, aconselhamento e ação se estabelecem a partir de:

- espaço do gestor: constituído de coleção de fontes de informação e ferramentas de tecnologia de informação que proporcionem uma noção de espaço referencial, especializado e privativo aos gestores. Deve ser dividido por tópicos e temas para intercâmbio de experiências;
- salas de situação: espaços para promoção da saúde à população e/ou grupos de profissionais de saúde (assemelham-se a uma exposição com forte componente educativo, em temas específicos, que podem mover-se através de bairros ou municípios. No mundo virtual, tem a vantagem de estar disponível independentemente de espaço ou tempo);
- divulgação massiva de informações sobre programas e campanhas à população;
- espaços de comitês de cidadania, conclamando à participação da população na discussão de orçamento e agendas com temas prioritários de saúde;

- quiosques de informação sobre serviços e procedimentos, tais como: disponibilidade de leitos em hospitais, filas de procedimentos cirúrgicos, transplantes etc., com atualização diária;
- espaços para denúncias sobre o não-cumprimento de legislação do SUS
- ouvidorias e serviços de “ombudsman” (âncora = pessoa com função de responder em nome do serviço ou instituição) nos conselhos municipais e nas unidade de atenção à saúde;
- serviços de educação, aconselhamento e advocacia (do inglês advocacy – defesa de direitos) em saúde voltados para a comunidade
- serviços de perguntas freqüentes

### **3.3.1.8 Comunicação em rede**

A reflexão sobre a comunicação em rede está inserida, sem sombra de dúvida, na afirmação de Castels (1999) de que a sociedade em rede representa a nova estrutura social para a sociedade da informação. Observa-se, na literatura consultada, um crescimento do debate sobre a interação entre o global e o local. Antony Giddens (apud. Kickbusch, 1999) argumenta que, a globalização é uma realidade distinta e uma ocorrência qualitativamente nova, mas não pode mais ser considerada um evento em outra esfera de ação, mas sim um evento já arraigado ao nosso dia-a-dia. A globalização é uma polarização entre elites dominantes, mas ela também permite a criação de uma consciência comum e ações conjuntas entre continentes através de movimentos sociais e transnacionais e coalizões em torno de propostas de mudanças.

Segundo Kickbush (1999), os debates mais recentes apontam para a profunda interação entre o global e o local. A interação constante já provocou o aparecimento de um novo conceito, criado no Japão, expresso pelo termo “glocalização” (glocalization).

Afirma-se, então, que projetos de conexão em rede que vinculam o local e o global podem ser vistos como uma expressão contra a fragmentação política e podem vir a ter voz no desenvolvimento de políticas nacionais e internacionais. Assim, essa rede de redes que se pode estabelecer a partir do município para os estados, para o país e para o exterior, pode vir a se transformar em uma contribuição significativa em âmbito local, para a criação do chamado capital social. Pode-se, desse modo, contribuir para melhorar a qualidade de vida da população e, em decorrência a qualidade da saúde.

As demandas por produtos informacionais de comunicação em rede espelham de alguma forma a tendência à adoção do conceito “glocalização” através da elaboração de:

- boletins eletrônicos e em papel para a valorização do controle social;
- rede de comunicação entre as secretarias de saúde e os departamentos de medicina preventiva das universidades do estado;
- serviços de divulgação e comunicação de informação em saúde para a população através de redes de estações de radio comunitárias;
- fóruns de discussão:
  - para a elaboração de agendas estaduais conjuntas;
  - para a elaboração de agendas conjuntas para a pesquisa científica;
  - para formação dos conselhos municipais com a participação de representantes da comunidade em âmbito municipal e intermunicipal;
  - para o engajamento de gestores no debate político e para a articulação das discussões com a prestação de serviços de saúde;
  - para o desenvolvimento do orçamento participativo (conceito utilizado para nomear o processo de tomada de decisão sobre o orçamento de saúde do município com o apoio da comunidade);
  - para definir critérios, indicadores, metas e avaliação do impacto das ações de informação, educação e comunicação (IEC), de prevenção e proteção, com o objetivo de orientar e apoiar a tomada de decisão local;

- comitês de estudo e promoção de discussões sobre ética e segurança de informações com o objetivo de elaborar diretrizes e implantar novas orientações;
- estabelecer redes de comunicação entre as secretarias de saúde dos 5506 municípios com conexão internet (dados de 2001);
- estabelecer espaço de observatório virtual para acompanhamento dos trabalhos legislativos e audiências públicas.

Em síntese, um modelo de sistema de informação de apoio à tomada de decisão em saúde, tal como concebe-se neste estudo, deverá ser composto por: produtos resultantes de pesquisa científica; ferramentas para apoio à gestão e tomada de decisão; bancos, bases de dados, sistemas específicos, vocabulários controlados; indicadores de saúde; legislação; educação a distância; espaço interativo para intercâmbio de experiências e comunicação em rede. Esta proposta procura articular o global e o local de modo a promover os fluxos informacionais capazes de gerar conhecimento, expostos ao longo deste capítulo.



## Considerações finais

*“Talvez a condição mais premente da democracia, aquela que incide nas anteriores (...) seja a questão da informação. Seja qual for o estatuto econômico, a posição dentro de um sistema global de dependências sociais, um indivíduo participa da vida social em proporção ao volume e à qualidade das informações que possui, mas, especialmente, em função de sua possibilidade de acesso às fontes de informação, de suas possibilidades de aproveitá-las e, sobretudo, de sua possibilidade de nelas intervir como produto do saber.” (Chauí, 1993:146)*

Nos tempos atuais, o pensar as categorias informacionais para apoio à gestão, não pode deixar de considerar o uso de redes de informação proporcionadas pela internet - por sua estrutura descentralizada e seu caráter democrático - como proposta de metodologia para tornar disponível, de forma ágil, o fluxo de informação gerencial para apoio ao processo de tomada de decisão em saúde.

Como afirma Kickbusch (1999:451) “a rede surge como ideal de organização na era da informação, como a burocracia o foi na era industrial, a hierarquia na pré-industrial e os pequenos grupos errantes durante o nomadismo”. A natureza cibernética dessas novas tecnologias de informação permitem acelerar o processo informativo, ultrapassar as barreiras espaciais à circulação da informação, neutralizar a subjetividade dos atores sociais e converter a informação num fluxo contínuo e planetário (Rodrigues 1994:27).

Cabe então refazer a pergunta de Levy (1999): “Como o desenvolvimento do ciberespaço afeta o urbano e a organização dos territórios?”

Uma possibilidade de resposta é apresentada por Harzheim (2001) ao propor o modelo de um sistema de informação para apoio à gestão com uso das redes

como “modelo organizativo em saúde pública” para superar as estruturas centralizadoras ainda hoje em vigor no Brasil. Esse conjunto de redes tem como objetivo comum a defesa da saúde e o combate às iniquidades em âmbito nacional, e local. Estruturada por meio de uso de novas tecnologias de informação, ela é concebida como “uma rede eletrônica de profissionais de saúde pública”, com maior independência do poder político institucional, mas com forte perfil de atuação política, formada por membros independentes e através de “vínculos horizontais voluntários”, organizados em níveis “integrados de ação”. Esta organização permite o estabelecimento de um fluxo de informações que geram trabalhos conjuntos entre gestores de diferentes municípios, o que de outra maneira, seria praticamente impossível acontecer. Afirma, ainda, que essa interação entre profissionais, instituições nacionais e organismos internacionais pode influenciar esferas de poder nacionais e internacionais, com a adoção de políticas públicas em prol da saúde, criando assim um espaço público global.

Por outro lado, a comunicação entre pares promove a adaptação de modelos adequados às realidades locais. A interação entre o global e o local favorece a criação de “distritos virtuais” – configurados como o espaço de ação dos profissionais de saúde pública. Na medida em que se efetua esse intercâmbio de informação e de profissionais, essa rede pode ser utilizada também como ferramenta de socialização do conhecimento.

O autor acima citado, apresenta interessante identificação de demandas informacionais, fundamenta o desenvolvimento de uma rede de comunicação estruturada em trabalho conjunto e interativo, embora não mencione a existência de uma instância mediadora ou animadora, o que torna vulnerável sua proposta. Sabe-se que são necessárias ações concretas para a animação, a geração, o desenvolvimento, a sistematização, a disponibilização e o estabelecimento de controles de qualidade de conteúdos informacionais em rede.

Outra possibilidade de resposta a essa pergunta é apresentada por Moraes (1998), que propõe que a instância de mediação no processo de gestão seja estabelecida pela construção de um Sistema Municipal de Informações Estratégicas para a Saúde (SMIES). A estruturação de um SMIES implica o desenvolvimento de tecnologias que respondam às diferentes demandas de informações para a tomada de decisões em saúde em um município e sua correspondente disponibilização por intermédio da internet. Acrescenta que o âmbito informacional do SMIES extrapola a informação produzida pela prefeitura, embora deva ser iniciado com uma base de informações municipais, organizadas e indexadas de acordo com um vocabulário com o qual os usuários estejam familiarizados.

O gerenciamento do SMIES deve estar sob responsabilidade de equipes formadas no âmbito dos municípios, capacitada a organizar o universo informacional de acordo com as necessidades dos gestores e dos conselheiros de saúde. Propõe que o universo informacional do SMIES seja distribuído em um conjunto de informações sobre a sociedade civil e sobre o aparelho do Estado, reunindo também informações relacionadas à economia, ao transporte, ao lixo, à habitação, à educação, ao saneamento, ao trabalho, ao meio ambiente, à atenção à saúde, aos equipamentos culturais, ao lazer e outras informações de interesse. Pontua, ainda, que essa iniciativa só tem sentido se aliada a cursos de treinamento, instalação de uma estação em local de livre acesso aos conselheiros e representantes da população e instalação de pontos de acesso em locais de fácil acesso à população, como escolas, postos de saúde etc.

Observando a proposta de Moraes (1998), é possível vislumbrar um sistema de informação para apoio à gestão apropriado, que considere a participação de todas as instâncias envolvidas na gestão e tomada de decisão em saúde. Por outro lado, ao considerar-se a prática política brasileira, que prima por descontinuar qualquer iniciativa de governos anteriores, identifica-se aí um ponto

frágil ou uma certa vulnerabilidade na proposta do SMIES, pelo fato de ter seu eixo central vinculado à estrutura do município.

Outra possibilidade de resposta pode ser a dada pelo modelo para estruturar categorias informacionais em rede, proposto pela Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Ela é definida como “a base distribuída do conhecimento científico e técnico em saúde registrado, organizado e armazenado em formato eletrônico nos países da América Latina e do Caribe, acessível de forma universal na internet.” (Packer, 1998:105).

A BVS é organizada em um espaço virtual mediado pela internet e formado por uma coleção de fontes de informação. Por ser uma coleção de fontes de naturezas diversas e por permitir que usuários de diferentes níveis e locais possam interatuar e navegar no espaço de uma ou mais fontes de informação, independentemente de sua localização física, constitui-se numa biblioteca. Torna-se assim uma ferramenta informacional para apoio a processos de gestão, possibilitando a criação de instâncias mediadoras, de fóruns de discussão, espaços para educação e comunicação interativa em rede. As fontes de informação para a BVS são geradas, atualizadas, armazenadas e mediatizadas através da internet. Uma das características positivas deste modelo está no fato de sua operação e desenvolvimento serem garantidas por uma instância descentralizada de coordenação chamada de comitê consultivo, e seu suporte de tecnologia de informação ser liderado por um organismo internacional (BIREME/OPAS).

Esses comitês consultivos têm também caráter editorial, autônomo e deliberativo. São compostos por várias instituições representativas em âmbito nacional, e/ou temático, e têm como atribuições: - responsabilizar-se pelos conteúdos informacionais; - orientar seu desenvolvimento definindo prioridades, estratégias e procedimentos de acordo com as condições locais; - estabelecer e aperfeiçoar controles de qualidade e definir critérios de seleção para as fontes de informação;

- promover o desenvolvimento de fontes de informação de acordo com as demandas locais; - avaliar e certificar os conteúdos a serem integrados ou referenciados na BVS; - promover a divisão de responsabilidades e de recursos disponíveis; e - apoiar e colaborar na captação de recursos financeiros para o desenvolvimento da BVS. Este modelo encontra-se em implantação em vários países da América Latina e suas aplicações se estendem para várias áreas temáticas em saúde. A aplicação brasileira deste modelo, no tema da saúde pública (disponível em <http://saudepublica.bvs.br>) contempla a criação de um conjunto informacional direcionado ao processo de gestão e tomada de decisão. Por seu caráter de independência, e auto-sustentabilidade, parece ser um modelo bastante seguro para viabilizar esse novo paradigma informacional.

O estudo sobre a questão da informação gerencial como insumo à gestão da saúde pública no Brasil de acordo com os aspectos aqui observados, pode ser sintetizado da seguinte forma:

- se faz necessária a organização de uma instância informacional que responda adequadamente às demandas de informação gerencial territorializada;
- os modelos de mediação de informação em rede, como a Biblioteca Virtual em Saúde, se apoiados por uma série de ações efetivas, poderão contribuir para a promoção da equidade no acesso à informação em saúde. Essas ações efetivas podem ser enumeradas, dentre outras, como:
  - a ampliação do acesso à Internet em domicílios e em lugares públicos permitindo uma expansão no acesso e permitindo a diminuição do abismo digital;
  - o desenvolvimento de galerias de fontes de informação que considerem as diversidades culturais, locais e globais;
  - o estabelecimento conjunto de critérios de seleção e qualidade da informação disponibilizada;
  - o desenvolvimento de atividades de educação de usuários e intermediários em parcerias com organizações comunitárias não governamentais e similares;

- a inserção do conceito de acesso universal à informação como parte do processo de administração da saúde e da cidadania.
- a informação é condição fundamental para a existência da democracia. A democratização das sociedades contemporâneas só é possível com uma maior circulação de bens e informações;
- a simples disponibilização do acesso não garante que as pessoas compreendam o que acontece e nem que vivam e pensem melhor;
- é necessário descobrir, em conjunto com os gestores, conselheiros e cidadãos, um novo modo de revelar as relações entre políticas públicas, condições de vida e situação de saúde;

São, portanto, desafios subjacentes à concepção apresentada neste estudo, o desenvolvimento de projetos informacionais que busquem se colocar a serviço do processo de democracia em todos os setores da vida. A plataforma tecnológica e metodológica, fundamentada na mediação da internet, é o paradigma tecnológico do projeto.

Trata-se de construir uma galeria de fontes de informação estruturadas, atualizadas e com padrão de qualidade e confiabilidade, a ser utilizada por gestores, conselheiros municipais de saúde, cidadãos e membros da comunidade como referencial transparente para as suas indagações. Sim, esse é um modelo utópico que propõe reinventar o futuro. Só que o futuro já começou.

Para dar conta da utopia, muitos modelos devem surgir, à medida que os processos democráticos avancem no sentido de diminuir as iniquidades de acesso à saúde e minimizar os processos de exclusão social e digital. Cabe considerar também que a globalização dos meios informacionais, dinamizada pela tecnologia eletrônica, requer a ação de uma cidadania participativa e crítica.

A articulação funda-se em instâncias de mediação eletrônica, que tece a estrutura de uma sociedade mais democrática, com melhores condições de vida de seus cidadãos e que possa promover o acesso equitativo à saúde através de decisões baseadas em informação qualificada e atualizada. “A utopia é uma construção imaginária que estabelece as fronteiras de um mundo ainda por-vir, situado para além da realidade dada. Simples proposta criativa de um devir humano desejável e realizável pela ação coletiva de um povo” (Moraes, 1998:260).

Diante dos estados de iniquidade no acesso à saúde vivenciados atualmente e refletidos ao longo deste estudo, só é possível uma saída: “reinventar o futuro, abrir um novo horizonte de possibilidades, cartografado por alternativas radicais às que deixaram de o ser.” (Santos, 2000:322). Ou como registra a *Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde* (WHO, 1986) “a saúde é criada e desenvolvida onde o povo mora, ama, trabalha e se diverte”.

## REFERÊNCIAS

- ALLEYNE, G. O. A. Equity and health. In: PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **Equity and health: views from the Pan American Sanitary Bureau**. Washington, DC: PAHO, 2001. p. 3-11.
- ALLEYNE, G. O. A. Health in the Americas: a search for equity. In: DAVID ROCKEFELLER CENTER FOR LATIN AMERICAN STUDIES. **Health and equity in the Americas**. Disponível em: <<http://www.fas.harvard.edu/~drclas/pages/tabpages/publications/newsletters/fall00/alleyne.htm>>. Acesso em: 26 jul. 2001.
- BAMBAS, A.; CASAS, J. A. Assessing equity in health: conceptual criteria. In: PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **Equity and health: views from the Pan American Sanitary Bureau**. Washington, DC: PAHO, 2001. p. 12-21.
- BARRETO, A.A. A informação em seus momentos de passagem. **DataGramZero**. v.2 n.4 ago. 2001 ARTIGO 01 Disponível em: [http://www.dgzero.org/ago01/F\\_I\\_aut.htm](http://www.dgzero.org/ago01/F_I_aut.htm). Acesso em: 25 maio 2002.
- BEZANSON, K. International development on the eve of the third millenium. In: PACKER, A. L.; CASTRO, E. (Ed.). **Virtual health library**. São Paulo: BIREME/PAHO/WHO, 1998. p. 35-62.
- BIREME y el Sistema Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud: hacia la Biblioteca Virtual en Salud. In: PACKER, A. L.; CASTRO, E. (Ed.). **Biblioteca virtual en salud**. São Paulo: BIREME/OPS/OMS, 1998. p. 97-123.
- BIREME. **Fontes de informação de apoio à tomadores de decisão em saúde pública**. Disponível em: <<http://www.bireme.br/bvs/sp/P/ptomadoresdecisao.htm>>. Acesso em: 26 jul. 2001.
- BOBBIO, N. **Diário de um século: autobiografia**. Rio de Janeiro: Campus, 1998. 300 p.
- BORGES, M. A informação como recurso gerencial na sociedade do conhecimento. **Ciência da Informação**, Brasília, v. 24, n. 2, p. 181-188, maio/ago. 1995.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Percentual de nascidos vivos segundo a idade das mães. In: \_\_\_\_\_. **Indicadores e dados básicos Brasil, 1997**. Brasília, 1998.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Norma operacional básica do Sistema Único de Saúde - SUS (NOB - SUS 1996). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 6 nov. 1996.



BRASIL. Ministério da Saúde. Norma operacional de atenção à saúde do Sistema Único de Saúde - SUS (NOAS - SUS 01/01). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, jan. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 393/GM, de 29 de março de 2001**. Agenda saúde 2001. Disponível em: <<http://w3.saude.gov.br/cit/st/ANS2001.htm>>. Acesso em: 26 jul. 2001.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. 14.ed. Brasília: Câmara dos Deputados, 2000. 393 p.

BROBECK, A. F. Avaliação da qualidade da informação nos sistemas de informação e de apoio à decisão: um estudo introdutório. **Revista Brasileira de Administração Contemporânea**, v. 1, n. 4, p. 73-87, 1995.

BRONFMAN, M. et al. **De la investigación en salud a la política: la difícil traducción**. Santa Fé: Manual Moderno, 2000. 134 p.

CASTELLS, M. **A sociedade em rede**. São Paulo: Paz e Terra, 1999. 617 p.

CASAS, J. A. Health disparities in Latin America and the Caribbean: the role of social and economic determinants. In: PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **Equity and health: views from the Pan American Sanitary Bureau**. Washington, DC: PAHO, 2001. p. 22-49.

CHAUÍ, M. **Cultura e democracia: o discurso competente e outras falas**. São Paulo: Cortez, 1993. 310 p.

CIOL, R. **Políticas municipais de saúde em Americana: nível de informação para tomada de decisão**. 2001. 143 f. Dissertação (Mestrado em Biblioteconomia e Ciência da Informação) - Faculdade de Biblioteconomia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas.

COELHO NETO, J. T. Moderno. In: \_\_\_\_\_. **Moderno e pós-moderno: modos & versões**. 3.ed. São Paulo: Iluminuras, 1995. p. 13-39.

COELHO NETO, J. T. **Dicionário crítico de política cultural: cultura e imaginário**. 2.ed. São Paulo: FAPESP, Iluminuras, 1999. 383 p.

COMEDY, Y. L. The dilemma of the new millenium: diversity, democracy, and workforce development in the information age. **Information Impacts Magazine**, Apr. 2000. Disponível em: <[http://www.cisp.org/imp/april\\_2000/04\\_00comedy.htm](http://www.cisp.org/imp/april_2000/04_00comedy.htm)>. Acesso em: 26 jul. 2001.

CONFERENCIA NACIONAL DE SAÚDE, 11, 2000, Brasília. Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde, com controle social. **Relatório final**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001 p.180

DALLARI, S. G. O direito à saúde na visão do conselho municipal de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.13, n. 4, p.531-540, out./dez. 1996.

DOCTOR, R. D. Social equity and information technologies: moving toward information democracy. **Annual Review of Information Science and Technology**, v. 27, p. 43-96, 1992.

DORYAN, E. Poverty, human development, and public expenditure: developing actions for government and civil society. In: PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **Equity and health: views from the Pan American Sanitary Bureau**. Washington, DC: PAHO, 2001. p. 50-60.

ENG, T. R. et al. Access to health information and support: a public highway or a private road? **JAMA**, v. 280, n. 15, p. 1371-1375, 1998.

ESCOREL, S. Os dilemas da equidade em saúde: aspectos conceituais. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, [200-]. 22 p. Não publicado.

FINKELMAN, J. Análise de equidade-saúde: Brasil. In: PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **Equity and health: views from the Pan American Sanitary Bureau**. Washington, DC: PAHO, 2001. p. 135-140.

FLEURY, S. **Universal, dual o plural? Modelos y dilemas de atención de la salud en América Latina**. In: SEMINÁRIO SAÚDE E DESIGUALDADES: INSTITUIÇÕES E POLÍTICAS PÚBLICAS NO SÉCULO XXI, ENSP/FIOCRUZ, 2001, Rio de Janeiro. Não publicado.

GARCIA CANCLINI, N. Cultura y comunicación: revisiones teóricas. In: \_\_\_\_\_. **Cultura y comunicación: entre lo global y lo local**. La Plata: Universidad Nacional de la Plata, 1997. p. 29-46.

GARCIA CANCLINI, N. **Culturas híbridas: estratégias para entrar e sair da modernidade**. 2.ed. São Paulo: EDUSP, 1998. 392 p.

GARCIA CANCLINI, N. Prólogo. In: MARTIN-BARBERO, J. **De los medios a las mediaciones**. Santafé de Bogotá: Convênio Andrés Bello, 1998. P.23-25.

HARZHEIM, E.; ÁLVAREZ-DARDET, C. Armadilha das pirâmides. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.17, n. 4, p.1009-1015, jul./ago. 2001.

HOLANDA, A. B. **Novo dicionário da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999. 1499 p.

IANNI, O. Globalização: novo paradigma das ciências sociais. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 8, n. 21, 1994.

JANNUZZI, P. M. **Indicadores sociais no Brasil**: conceitos, fontes de dados e aplicações para formulação e avaliação de políticas públicas e elaboração de estudos socioeconômicos. Campinas: Alínea, 2001. 141 p.

KICKBUSCH, I. Global + local = glocal public health. **Journal of Epidemiological Community Health**, v. 53 p. 451-452, 1999.

LÉVY, P. **A conexão planetária**: o mercado, o ciberespaço, a consciência. São Paulo: 34, 2001. 192 p.

LÉVY, P. **Cibercultura**. São Paulo: 34, 1999. 260 p.

LÉVY, P., AUTHIER, M. **As árvores de conhecimentos**. São Paulo: Escuta, 1995. 188 p.

LOLAS STEPKE, F. Ética, equidad y practica en las instituciones de salud. In: PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **Equity and health**: views from the Pan American Sanitary Bureau. Washington, DC: PAHO, 2001. p. 150-157.

LUCCHESI, P. T. R. **Eqüidade na gestão do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 2000. Não publicado.

MARTÍN-BARBERO, J. **De los medios a las mediaciones**: comunicación, cultura y hegemonia. Santa Fé: Convenio Andrés Bello, 1998. 351 p.

MILIO, N. The Internet public health and the globalisation of just about everything. **Journal of Epidemiological Community Health**, v. 55 p. 74-76, 2001.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1999. 269 p.

MORAES, I. H. S. **Informações em saúde: da prática fragmentada ao exercício da cidadania**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1994. 172 p.

MORAES, I. H. S. **Informações em saúde**: para andarilhos e argonautas de uma tecnodemocracia emancipadora. 1998. 274 f. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Disponível em: <<http://www.unhchr.ch/udhr/lang/por.pdf>>. Acesso em: 28 out. 2001.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Preparación de indicadores para vigilar los progresos realizados en logro de la salud para todos el año 2000**. Ginebra: OMS, 1981.

PACKER, A. L. Prefacio. In: PACKER, A. L.; CASTRO, E. (Ed.). **Biblioteca virtual en salud**. São Paulo: BIREME/OPS/OMS, 1998. p. 9-15.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. Division of Health and Human Development. Research Coordination Program. **Strategies for utilization of scientific information in decision-making for health equity**. Washington, DC: PAHO, 2001. 14 p. Não publicado.

PATE, E.; COLLADO, C.; SOLÍS, J. A. Health equity and maternal mortality. In: PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **Equity and health: views from the Pan American Sanitary Bureau**. Washington, DC: PAHO, 2001. p. 85-98.

PELLEGRINI FILHO, A. **Ciencia em pro de la salud: notas sobre la organización de la actividad científica para el desarrollo de la salud en América Latina y el Caribe**. Washington, DC: OPS, 2000.

REITZ, J. M. **ODLIS: online dictionary of library and information science**. Connecticut: WCSU, 2002. Disponível em: <<http://vax.wcsu.edu/library/odis.html>>. Acesso em: 06 jun. 2002.

RIBEIRO, J. M. Conselhos de saúde, comissões intergestores e grupos de interesses no Sistema Único de Saúde (SUS). **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 81-92, jan./mar. 1997.

RIEUSSET-LEMARIÉ, I. P. Otlet's Mundaneum and the international perspective in the history of documentation and information science. **Journal of the American Society for Information Science**, v. 48, n. 4, p. 301-309, 1997.

RODRIGUES, A. D. **Comunicação e cultura: a experiência cultural na era da informação**. 2.ed. Lisboa: Presença, 1999. 231 p.

RODRIGUES, A. D. **Estratégias da comunicação: questão comunicacional e formas de sociabilidade**. 2.ed. Lisboa: Presença, 1997. 223 p.

SANTOS, B. S. **Pela mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade**. 4.ed. Porto: Afrontamento, 1995. 299 p.

SANTOS, B.S. **Um discurso sobre as ciências**. 11.ed. Porto: Afrontamento, 1999. 58 p.

SEABRA, G. F. **Pesquisa científica: o método em questão**. Brasília: EDUNB, 2001. 124 p.

SILVEIRA, S. A. **Exclusão digital: a miséria na era da informação**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2001. 45 p.

STARFIELD, B. Is equity a scientific issue: inequality across socioeconomic and political groups influences health outcomes. **Journal of Epidemiological Community Health**, v. 54, n. 5, p. 324-325, 2000.

STEHR, N. Modern societies as knowledge societies: the implications for health and health care. In: CONGRESO REGIONAL DE INFORMACIÓN EN CIENCIAS DE LA SALUD, 5., 2001, Habana. **Anais eletrônicos...** Disponível em: <[http://www.bireme.br/crics5/proceedings/Stehr/havana\\_stehr.htm](http://www.bireme.br/crics5/proceedings/Stehr/havana_stehr.htm)>. Acesso em: 26 jul. 2001.

UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAM. **Human development report 2001: making new technologies work for human development**. New York:Oxford University Press, 2001. 264 p.

WAGSTAFF, A. Inequalities in health in developing countries: swimming against the tide? In: BRITISH SOCIETY FOR POPULATION STUDIES CONFERENCE, 2001, Londres. Não publicado.

WHITEHEAD, M. The concepts and principles of equity in health. **International Journal of Health Services**, v. 22, n. 3, p. 429-445, 1992.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Health-for-all policy for the twenty-first century. In: \_\_\_\_\_. **Fifty-first world health assembly**. 1998. Disponível em: <<http://www.who.int/archives/hfa/ear7.pdf>> Acesso em: 7 jun. 2002.