

ALANEIR DE FÁTIMA DOS SANTOS

**SISTEMAS DE INFORMAÇÕES EM SAÚDE E  
CONTROLE SOCIAL:  
UMA INTERAÇÃO A SER DESVENDADA**

*Dissertação apresentada ao curso  
de pós-graduação em Ciência da  
Informação, nível mestrado, da  
Escola de Biblioteconomia.*

*Orientadora: Ana Maria P. Cardoso*

**Universidade Federal de Minas Gerais**

**Belo Horizonte, 1996**

Dedico essa dissertação aos conselheiros de saúde e técnicos da SMSA/BH que lidam com a área de informação. Com seu trabalho e dignidade, eles constroem as bases para um sistema de saúde universal e de qualidade.

Aos meus pais, que proveram os melhores fundamentos da minha educação, cultura e sensibilidade.

## AGRADECIMENTOS

*Ao grupo técnico da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, que compartilharam descobertas, perspectivas e impasses na construção do SUS imanamente, contribuindo, com suas críticas e sugestões para a estruturação dos Sistemas de Informações em Saúde e para as reflexões contidas nessa dissertação.*

*Às fundadoras do NISE, professoras Maria Cristina Lodi Guedes de Mendonça e Maria Suzana Lemos Souza, cujas experiências em projetos de pesquisa da área de informação em saúde foram estruturantes para o acúmulo de discussão aqui apresentado e, especialmente, a professora Rosa Maria Quadros Nehmy, que com seu brilho, motivação e referencial conceitual foi companheira para o aperfeiçoamento dessa dissertação.*

*Aos professores de mestrado em Ciências da Informação que com suas reflexões sobre estruturação de sistemas de informação contribuíram decisivamente no aprofundamento da minha formação na área, sobretudo*

*Ana Maria P. Cardoso e Afrânio Carvalho Aguiar.*

*Ao pessoal de apoio do Sistema de Informação da SMSA/BH, Marcos, Beth, Clarete e Edna, que com sua dedicação incansável ao trabalho, contribuíram para que diversas fases - e árduas - da dissertação se viabilizassem.*

*E especialmente, a Joana Rosa e Juarez, que são os imprescindíveis, sempre.*

*“Estás sentado sobre esse marco pensando que ainda estás aqui, mas teu espírito, voltado para o futuro, já não se contém no que era tua vida, e tua essência principia agora. Os homens, que inventaram o tempo, inventaram em seguida a eternidade como um contraste, mas a negação do tempo é tão vã quanto ele próprio. Não há passado nem futuro, mas apenas uma série de presentes sucessivos, um caminho, perpetuamente destruído e recomposto, pelo qual avançamos sem parar. Estás sentado, mas teus pés se apoiam diante de ti sobre o solo como uma espécie de inquietação como se já pressentissem o caminho...*

*Partes, pois: já és, a partir de agora, menos belo que tu mesmo”.*

*Marguerite Yourcenar*



## RESUMO

A conformação dos Sistemas de Informações em Saúde tradicionalmente estruturam-se acompanhando as ênfases do processo de formulação das políticas de saúde no país.

Passam de uma realidade gestada a partir do final dos anos 60 onde se estruturavam dicotomicamente com características epidemiológicas e de produção de serviços, para nos dias atuais se conformarem enquanto um sistema que supera o processo de desarticulação institucional presente nas progressivas políticas implantadas no decorrer da década de 80.

Este processo de conformação dos Sistemas de Informações em Saúde faz com que sua interação institucional passe a se subordinar aos processos de decisão em curso dentro da estrutura organizacional, despotencializando sua utilização enquanto um recurso estratégico.

Ao lado do processo de constituição dos sistemas de informações, observa-se na área da saúde a estruturação de uma experiência de participação singular: os conselhos de saúde. Tornam-se a principal experiência de controle social que interrelaciona-se com o aparato estatal, redimensionando seu funcionamento.

Essa dissertação se propõe a buscar a interrelação entre informação, estratégica nos dias atuais e o controle social, reafirmado como fundamental para a instauração de um projeto decisivo para a área de saúde.

Esta dissertação tem como objetivos: apontar diretrizes par a constituição de sistemas de informações em saúde que incorporem uma dimensão estratégica; caracterizar as diversas fases de estruturação dos conselhos de saúde no país, tendo como referência a evolução das políticas de saúde e identificar as necessidades de informações dos conselhos de saúde de Belo Horizonte.

Foram pesquisados 176 conselheiros de saúde, utilizando a técnica do incidente crítico. Constatou-se que há um esforço de construção de um sistema nacional de informação em saúde mas ele incorpora ainda de forma incipiente, a informação em sua dimensão estratégica. Resultado: despotencializa a eficácia social da gestão pública e as possibilidades de sua publicização.

A incorporação dos conselhos de saúde nos processos de decisão propiciou um salto histórico na transparência e socialização das políticas públicas de saúde mas novos atores incorporados não têm acesso instrumental para lidar com processos tão complexos de gestão.

Os conselheiros ainda não conseguiram incorporar as funções de definição de diretrizes das políticas de saúde, concentrando-se em reivindicar melhorias , passar informação aos usuários , acompanhar e controlar o funcionamento da rede pública.

Há necessidade que os próprios conselhos relacionem-se com a produção das informações desde a origem, diminuindo sua dependência absoluta frente as fontes institucionais e capacitando-os para lidar com todo potencial da informação.

Quanto à utilização da informação em um sentido estratégico , torna-se necessário incorporar informações qualitativas e relacionadas aos contextos externos mais influentes nas políticas de saúde.

A incorporação da informação em uma dimensão estratégica no centro de decisão e a socialização do acesso a ela em direção aos atores sociais presentes nos conselhos de saúde, permitiria um novo patamar de qualidade em democratização e eficiência deste espaço público, ao mesmo tempo , tão necessário e promissor para a sociedade.

# SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO .....	01
2 OBJETIVOS E METODOLOGIA.....	08
3 A CONFIGURAÇÃO DOS SISTEMAS DE INFORMAÇÕES EM SAÚDE NO BRASIL.....	11
3.1 A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE E A CONFORMAÇÃO DOS SISTEMAS DE INFORMAÇÕES EM SAÚDE.....	11
3.2 OS SISTEMAS NACIONAIS DE INFORMAÇÕES EM SAÚDE.....	25
3.3 O USO DA INFORMAÇÃO EM SAÚDE DE UMA FORMA ESTRATÉGICA.....	42
3.3.1 A INFORMAÇÃO NO GERENCIAMENTO DAS ORGANIZAÇÕES.....	42
3.3.2 SISTEMAS DE INFORMAÇÕES EM SAÚDE PARA USO ESTRATÉGICO: DIRETRIZES.....	52
3.3.3 O CONTROLE SOCIAL E SUA RELAÇÃO COM A INFORMAÇÃO .....	72

<b>4 OS CONSELHOS DE SAÚDE E OS NOVOS MOVIMENTOS SOCIAIS.....</b>	<b>80</b>
4.1 OS NOVOS MOVIMENTOS SOCIAIS.....	80
4.2 EMERGÊNCIA E PERSPECTIVAS DOS NOVOS MOVIMENTOS SOCIAIS.....	86
4.3 O CONCEITO DE PARTICIPAÇÃO E OS MOVIMENTOS DE SAÚDE.....	89
4.4 O PROCESSO DE PARTICIPAÇÃO POPULAR E A CONSTRUÇÃO DOS CONSELHOS DE SAÚDE: CONTEXTO HISTÓRICO.....	97
<b>5 UM ESTUDO DE CASO:AS NECESSIDADES DE INFORMAÇÕES DOS CONSELHEIROS DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE.....</b>	<b>118</b>
5.1 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS SOBRE A INVESTIGAÇÃO.....	118
5.2 OS CONSELHOS DE SAÚDE EM BELO HORIZONTE E SUA REGULAMENTAÇÃO.....	121
5.3 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	123
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>144</b>
<b>7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>159</b>

# 1 INTRODUÇÃO

Para falar da forma como se estrutura essa dissertação, é necessário me remeter a inquietação que a originou: qual a interrelação entre informação, estratégica nos dias atuais, e o controle social-reafirmado por todos como fundamental para a instauração de um projeto decisivo para a área da saúde?

Essa dissertação, portanto é sincronicamente perpassada pelos impasses e reafirmações expressos na concepção acerca de Sistemas de Informações em Saúde e na reiterada busca de concretizar o controle social no processo de formulação e execução das políticas de saúde no Brasil. Dizer destes temas, analisá-los, encontrar confluências, significa nos movimentarmos no amplo, complexo e, às vezes, cansativos percalços vivenciados pelos que acreditam que ainda é possível estruturar um Sistema Único de Saúde de qualidade, geridos pela lógica e interesses públicos.

Desvendar esta interrelação significa, antes de tudo, nos apossarmos do significado adquirido pela informação dentro das estruturas organizacionais atuais, sob pena de transpormos uma análise já defasada, relativa à informação, para a área de saúde. É sobretudo, identificar a mudança essencializadora ocorrida com a informação, onde esta sai de uma função de suporte, estritamente vinculada ao controle de papéis, para uma função estratégica, passando a ser utilizada como um poderoso recurso que permite capacitar a organização a atingir seus objetivos de forma mais eficaz e a identificar novas oportunidades para aperfeiçoamento e expansão de suas atividades, pré-figuradas pelo desenvolvimento em grande escala das tecnologias de informação.

Os Sistemas de Informações em Saúde tradicionalmente estruturam-se acompanhando as ênfases do processo de formulação das políticas de saúde no país. Passam de uma realidade gestada a partir do final dos anos 60, onde se estruturavam dicotomicamente com características epidemiológicas e de produção de serviços, para nos

dias atuais, se conformarem enquanto um sistema que supera o processo de desarticulação institucional presente nas progressivas políticas implantadas no decorrer da década de 80 no país, e se consubstanciam na possibilidade dos municípios se responsabilizarem pela gestão de seus recursos. Os Sistemas de Informações em Saúde preconizados pelos diversos autores incorporam esta diretriz e as características propostas evidenciam esta concepção.

Este processo de conformação dos Sistemas de Informações em Saúde faz com que sua interação institucional passe a se subordinar aos processos de decisão em curso dentro da estrutura organizacional, despotencializando sua utilização enquanto um recurso estratégico, ou seja, que permita subsidiar o processo de tomada de decisão frente a outras estruturas organizacionais externas (sejam não públicas da área de saúde ou extra-setoriais). Secundariza-se a utilização das tecnologias de informação como forma de aprimorar as atividades executadas pelo setor público, enquanto crescentemente expande-se, na sociedade, a uma velocidade ímpar, esta incorporação.

Esta dissertação configura-se a partir desta abordagem: resgata as diferentes ênfases dadas por diversas realidades organizacionais nas suas relações com a informação e situa como se caracterizam os Sistemas de Informações em Saúde hoje no país, objetivando apontar as diretrizes para a sua constituição dentro de uma concepção estratégica.

Em relação ao controle social, observa-se que processa-se na área de saúde a estruturação de uma experiência de participação popular singular: a existência dos conselhos de saúde. Iniciam sua constituição no final da década de 70, juntamente com a estruturação de uma série de mobilizações com características específicas que foram denominadas de novos movimentos sociais. Denotando uma vitalidade ímpar, em meio às indagações sobre potencialidades, limites e perspectivas dos novos movimentos sociais emergentes, os movimentos da área de saúde sobrevivem, consolidam-se - são mais de 3000 conselhos municipais de saúde estruturados em 1995 - e ganham especificidades. Tornam-se a principal experiência de controle social que interrelaciona-se com o aparato

estatal, qualificando-o ao propor a introdução de setores populares anteriormente excluídos do processo de formulação e acompanhamento das políticas de saúde. Configuram-se como a experiência que redimensiona o funcionamento do aparato estatal, promovendo desarranjos na institucionalidade constituída ou introduzindo as bases para uma nova institucionalidade.

As crises contínuas e as vicissitudes na estruturação do Sistema Único de Saúde, advindos do seu processo de estruturação, a busca de espaços de expansão para consolidação do projeto de atenção médica supletiva, hoje já abrangendo a cobertura de milhões de brasileiros e a incipiente priorização do setor saúde dentro de um projeto de desenvolvimento para o país, configuram uma situação onde a reflexão sobre o complexo e rico processo de controle social em curso na área de saúde permanece submerso. Esta dissertação propõe-se a desvendá-lo, enfocando sua relação com a informação. A partir da caracterização das condições de emergência dos novos movimentos sociais no contexto do país, a dissertação procura situar os conselhos de saúde dentro do processo de estruturação da área de saúde, recuperando historicamente suas diversas fases e caracterizando-as.

O aprofundamento destas reflexões e análises das experiências em curso na área de saúde nos permite compreender a complexidade e riqueza da busca da cidadania no processo de construção de projetos democráticos para a gestão do Estado no país.

Para a apreensão das mediações existentes entre a estruturação de sistemas de informação na área de saúde e o controle social foi necessário o percurso já descrito acima. Dentro da abrangência de cada tópico, foram apontadas do ponto de vista conceitual, as possibilidades de confluências e distinções entre os dois temas. Isto proporcionou um arcabouço conceitual para a análise dessa interrelação.

Em seguida as primeiras aproximações mais concretas relativas a relação entre informação e controle social, começaram a ser apreendidas, a partir de uma investigação exploratória - um estudo de caso - sobre as necessidades de informação dos conselheiros de saúde do município de Belo Horizonte. Os dados utilizados neste estudo de

caso são parte integrante de um projeto institucional da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

Foram pesquisados 176 conselheiros de saúde, utilizando um questionário e a técnica do incidente crítico. Foram coletados dados referentes a três representantes de cada conselho local existente no município de Belo Horizonte no início do ano de 1.994, totalizando 40 conselhos e de todos os componentes do conselho municipal de saúde de Belo Horizonte nas gestões 1991 - 1994 e 1994 - 1996.

Os resultados deste estudo de caso associados às análises mais conceituais descortinam um universo instigante: os processos de acúmulos e limites decorrentes das experiências de controle social na sua interface com a informação; as confluências e especificidades entre os sistemas de informação em saúde de caráter mais geral e os dirigidos aos conselheiros de saúde, e o desafio de se incorporar a questão do controle social dentro da dimensão estratégica de Sistemas de Informações em Saúde.

A especificidade da área de saúde e o processo atual que vivencia são elementos constituidores fundamentais na análise elaborada nessa dissertação, na medida em que no decorrer desta última década vão sendo estruturadas as bases para a viabilização mais efetiva do Sistema Único de Saúde, diminuindo consideravelmente a distância entre o projeto concebido e as bases reais para sua existência. É o momento de superação de alguns impasses e de emergência de outros limites, ainda não experimentados.

O modelo de estruturação do sistema de saúde no país, instituído a partir do final dos anos sessenta, norteou-se por uma lógica médico-cêntrica, individual e curativa, sendo gerido de forma centralizada e excludente, viabilizado através da expansão da rede de prestadores privados financiados com recursos públicos.

Os contínuos processos de crise e as modificações profundas ocorridas na sociedade brasileira a partir do final do período da ditadura militar, quando este projeto da área de saúde foi gestado, fizeram com que, progressivamente, novos redirecionamentos fossem dados para a área de saúde, expressos em diversas estratégias institucionais:



Programas de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), Ações Integradas de Saúde (AIS), Sistema Único e Descentralizado de Saúde (SUDS). Este processo de redirecionamento consolida-se através de um arcabouço jurídico-institucional, expresso no texto da Constituição, o qual cria o Sistema Único de Saúde e preconiza que seja gerido de forma descentralizada pelo setor público e garantida a integralidade de ações, acesso universal e participação social.

Ao lado desse processo, a rede de prestação de serviços de saúde no país, no decorrer da década de 80, altera sua conformação, com a expansão significativa das empresas de atenção médica supletiva, as quais asseguram algum nível de assistência a 30 milhões de pessoas no país, que desembolsam recursos próprios para a manutenção dessa estrutura assistencial. Configura-se um quadro onde o Sistema Único de Saúde, público, passa a coexistir com uma rede assistencial de massa, privada, em expansão, que continuamente expõe publicamente o Sistema Único de Saúde, em função da disputa de mercado.

O Sistema Único de Saúde, preconizado pelo texto Constitucional, não se institui imediatamente; é um processo onde, progressivamente, vão sendo construídas as bases para sua realização. Um passo decisivo é a municipalização das ações de saúde, asseguradas pela Norma Operacional Básica de 1993 (NOB 93), através da qual os municípios passam a controlar recursos financeiros do nível federal que são aplicados no município na prestação de serviços assistenciais à população.

A municipalização das ações e serviços de saúde, ainda com limites, expressa na prática a descentralização do poder estatal, a qual permite a conformação dos pressupostos para a viabilização dos SUS: possibilidade de planejamento de ações e serviços, com superação de desarticulação interinstitucional, o melhor controle na aplicação de recursos financeiros, particularmente os destinados ao setor contratado conveniado e a participação da população de forma mais efetiva.

O município de Belo Horizonte foi um dos primeiros a inserir-se no processo de municipalização das ações e serviços de saúde assumindo a condição de gestão semi-plena, forma mais avançada de municipalização, de acordo com o instituído pela NOB 93, que regulamenta as diferentes formas de gestão possíveis de serem assumidas pelas secretarias de saúde. Este fato é absolutamente delimitador no que se refere as potencialidades e problemas vivenciados na área de saúde quando o município torna-se gestor do sistema de saúde.

E foi nesse ambiente, perpassado de perplexidades, certezas e descobertas que essa dissertação transcorreu: a experiência dos Conselhos de saúde e do sistema de informação em saúde do município de Belo Horizonte neste contexto foram imprescindíveis para as reflexões e análises contidas no presente trabalho.

Este trabalho está estruturado da seguinte forma. No capítulo dois, "Objetivos e Metodologia", são apresentados os objetivos da dissertação e feitas observações metodológicas sobre o desenvolvimento do conjunto. Sob o tema "A configuração dos Sistemas de Informações em Saúde no Brasil", apresentado no capítulo três, procurou-se desenvolver aspectos relacionados à conformação dos Sistemas de Informações em Saúde no contexto da política nacional de saúde. Ao mesmo tempo, procurou-se apresentar uma breve revisão sobre a utilização da informação no gerenciamento das organizações e as concepções que norteiam os Sistemas de Informações em Saúde, finalizando com a apresentação de diretrizes para a estruturação de um Sistema de Informação em Saúde que incorpore a dimensão estratégica.

No capítulo quatro, "Os Conselhos de Saúde e os Novos Movimentos Sociais", encontra-se organizada uma caracterização dos denominados novos movimentos sociais e a contextualização do desenvolvimento dos conselhos de saúde, referenciando-se na evolução das políticas de saúde no país.

No capítulo cinco, "Um Estudo de Caso: As Necessidades de Informações dos Conselheiros de Saúde de Belo Horizonte", são apresentados e analisados os resultados

de um estudo de caso sobre as necessidades de informações dos conselhos de saúde, utilizando a técnica do incidente crítico.

Nas “Considerações Finais” são apresentadas algumas conclusões referentes ao conjunto de temas desenvolvidos na dissertação.

## 2 OBJETIVOS E METODOLOGIA

### 2.1 OBJETIVOS

- 1 Apontar diretrizes para a constituição de Sistemas de Informações em Saúde que incorporem uma dimensão estratégica.
- 2 Caracterizar as diversas fases de estruturação dos conselhos de saúde no país, tendo como referência a evolução das políticas de saúde.
- 3 Identificar as necessidades de informações dos conselhos de saúde de Belo Horizonte , visando a estruturação de um sistema de informações em saúde, que os atenda em sua especificidade.

## 2.2 METODOLOGIA

O projeto foi desenvolvido em três etapas. Na primeira etapa, foram formuladas diretrizes que devem nortear a estruturação dos Sistemas de Informações em Saúde. Na segunda, foi proposta uma caracterização das diversas fases vivenciadas pelos conselhos de saúde, referenciando-se na evolução das políticas de saúde no país. Na terceira etapa, desenvolveram-se, através de um estudo de casos, aspectos referentes às necessidades de informações dos conselheiros de saúde para o desempenho de suas atribuições.

Na primeira etapa, a partir da identificação das mudanças ocorridas em relação ao significado da informação dentro das realidades organizacionais, foi realizada uma revisão de literatura das propostas relativas à estruturação de sistemas de informações na sua relação com a evolução das políticas de saúde e uma descrição dos sistemas de informações em saúde atualmente existentes. A partir desta análise, foi formulada uma proposta de diretrizes para a estruturação de sistemas de informações na área de saúde.

Na segunda etapa, procurou-se situar o contexto de surgimento dos conselhos de saúde - os denominados "novos movimentos sociais"-, através de uma revisão de literatura. A seguir, foram caracterizadas as diversas fases dos conselhos de saúde, buscando correlacioná-las com o processo de evolução das políticas de saúde no país, através do levantamento da legislação relativa a área de saúde e resoluções das diversas instâncias constituidoras do Sistema Único de Saúde.

Para a realização da terceira etapa, o estudo de caso - necessidades de informações dos conselheiros de saúde de Belo Horizonte - inicialmente utilizou-se um questionário, objetivando identificar os conselhos de saúde existentes no município de Belo Horizonte no início do ano de 1994. O questionário foi dirigido às unidades prestadoras da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, contendo os seguintes dados: nome do

Conselho, tipo de vínculo com a unidade de saúde, data de fundação, periodicidade de reuniões, nome e endereços dos componentes e tipo de representação. Foi realizado treinamento de pessoa responsável para a aplicação do questionário. Após a identificação dos conselhos de saúde existentes no município de Belo Horizonte, foi elaborado um questionário, utilizando a técnica do incidente crítico, objetivando coletar dados relativos as necessidades de informação dos Conselheiros de saúde. Foram pesquisados 176 conselheiros de saúde, que se distribuem da seguinte forma: 03 representantes, escolhidos aleatoriamente, para cada um dos 40 conselhos locais de saúde existentes no início de 1994 e todos os conselheiros do Conselho Municipal de saúde (56 membros), nas gestões 1991-1994 e 1994-1996.

### **3 A CONFIGURAÇÃO DOS SISTEMAS DE INFORMAÇÕES EM SAÚDE NO PAÍS**

#### **3.1 A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE E A CONFORMAÇÃO DOS SISTEMAS DE INFORMAÇÕES EM SAÚDE**

O movimento rumo a um novo tipo de centralização político-administrativa por que passa o sistema de prestação de serviços de saúde no Brasil evidencia, ao mesmo tempo, elementos de ruptura e de continuidade em relação ao processo de unificação vivido pelo setor saúde a partir da década de 60.

A criação do Instituto Nacional de Previdência Social, em 1967, marca o rompimento com o modelo corporativo, mutualista e restrito na capacidade de cobertura assistencial - característico dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP's) - inaugurando uma nova estratégia de ação do Estado, através das políticas sociais. A reorganização da rede prestadora de serviços de saúde e seguridade social, via complexo previdenciário, passa a se constituir em uma saída para o quadro de estrangulamento político-institucional e de grave crise fiscal vivido pelo Estado. Por um lado, essa reorganização cumpre uma função social e redistributiva, ao ampliar os direitos à assistência como possibilidade de obtenção de legitimidade. Por outro, coloca à disposição do Estado um poderoso sistema compulsório de arrecadação e financiamento.

Segundo FLEURY-TEIXEIRA (1985), o surgimento e desenvolvimento da Previdência, a partir desse período, apresenta cinco principais características:

a) extensão da cobertura previdenciária de forma a abranger a quase totalidade da população urbana e parte da população rural;

b) orientação da Política Nacional de Saúde para o privilegiamento da prática curativa, individual, assistencialista e especializada, em detrimento de medidas de saúde pública de caráter preventivo e de interesse coletivo;

c) um aparente paradoxo: a crescente intervenção estatal, através da Previdência Social, regula o mercado de produção e consumo dos serviços de saúde e o desenvolvimento de um padrão de organização da prática médica orientado para a lucratividade, favorecendo os produtores privados desses serviços;

d) criação de um complexo médico-industrial, responsável pelas elevadas taxas de acumulação de capital das grandes empresas monopolistas internacionais nas áreas de produção de medicamentos e de equipamentos médicos;

e) diferenciação da prática médica em função da clientela, mais especificamente, em função dos requisitos de inserção das diferentes frações da classe trabalhadora no processo de produção.

A crescente demanda por serviços de saúde revela a natureza concentracionista e excludente do modelo de crescimento econômico adotado no Brasil, ao final da década de 60. A partir de 1968 até 1973 vive-se o chamado "milagre econômico brasileiro", estratégia de crescimento econômico acelerado, baseada em pesados investimentos estatais, industrialização e urbanização aceleradas e elevada concentração de renda.

Esse período de industrialização acelerada, ao incrementar o contingente de trabalhadores industriais e urbanos se, por um lado, redimensiona a capacidade de arrecadação e financiamento do sistema previdenciário, por outro lado, passa a requisitar resposta imediata do sistema.

A urgência de se viabilizar a expansão de cobertura e a necessidade de normalizar o funcionamento do complexo previdenciário consubstanciaram-se na elaboração do Plano de Pronta Ação (PPA), em 1974, com as seguintes finalidades e características:



a) propiciar condições para que seja progressivamente atingida a universalização da Previdência, via pagamento universal dos atendimentos de emergência e simplificação da identificação do paciente;

b) utilizar toda a capacidade instalada da área de assistência médica, tanto pública quanto privada, promovendo a contratação de, praticamente, todos os leitos privados disponíveis, bem como os laboratórios e outros serviços de diagnose e terapia;

c) estimular a modernização da assistência médica e especializar o sistema hospitalar próprio.

Elaborado num momento em que a disponibilidade de recursos financeiros parecia inesgotável, resulta do PPA o aumento incontrolável das despesas, dada a forma de pagamento baseada na "unidade de serviço" (US). Assim, o PPA termina por exacerbar a face contraditória do sistema previdenciário, pela hipertrofia do setor privado na assistência médica.

Observa-se que, ao lado da reformulação do sistema de saúde, começa a constituir-se um esboço de sistema de informação em saúde, articulado nacionalmente sob a responsabilidade do Ministério da Previdência e Assistência Social, com o objetivo de subsidiar o pagamento dos serviços contratados e conveniados do setor privado, baseado na US. Esse sistema passa a coexistir com informações relativas à área de saúde, advindas de: registros nacionais de saúde e censos estatísticos (em execução desde 1948, sob a responsabilidade do IBGE) e um sistema nacional de vigilância epidemiológica e de mortalidade, sob a responsabilidade do Ministério da Saúde.

A forma de pagamento via US introduz a necessidade de estruturação de um fluxo sistematizado de informações na área de saúde. No entanto, a US não permite um controle do volume de recursos possíveis de serem gastos com uma unidade assistencial prestadora de serviços. A própria unidade prestadora comunica a quantidade de serviços executados, independentemente de avaliação de capacidade operacional, de recursos tecnológicos e humanos suficientes e de adequação de área física.

Em 1975 é elaborado o projeto do Sistema Nacional de Saúde, objetivando a compatibilização e estruturação da ação dos diversos órgãos envolvidos na cobertura da área. O Sistema Nacional de Saúde, a partir de uma constituição plurinstitucional propunha-se a: integrar as práticas de saúde pública com as de medicina previdenciária; rearticular as unidades do setor público com o setor privado e regionalizar a assistência médico-sanitária, considerando os perfis epidemiológicos de cada região do país.

Nesta nova reformulação, as medidas de saúde coletiva passam a ser enfatizadas em um contexto de hegemonia da prática médica curativa, na tentativa de conter a demanda que não estava conseguindo ser absorvida. É a proposta da institucionalização de uma dicotomia de atribuições entre o sistema público e o privado. Ao primeiro, caberiam as medidas e os atendimentos de interesse coletivo, enquanto o setor privado responsabilizar-se-ia pela assistência médica individualizada.

Observa-se que organizacionalmente, o Ministério da Saúde passa por reformulações, que readequam sua estrutura funcional (BRASIL, 1976). Entre as atividades e medidas de interesse coletivo relativas a saúde que cabe ao Ministério executar, situa-se a avaliação dos níveis de saúde da população e coordenação e supervisão das ações de vigilância epidemiológica em todo o território nacional. Inicia-se a preocupação relativa a utilização de informação nos documentos formais constituidores da área de saúde. Este processo, ainda ambíguo, pressupõe organizacionalmente a estruturação de divisão de segurança e informações, diretamente vinculada ao ministro de Estado; a área de epidemiologia, vinculada à secretaria nacional de ações básicas de saúde e a área de informática, vinculada à secretaria geral.

À divisão de segurança e informações (DSI), órgão integrante do Sistema Nacional de Informações e Contra-informação, subordinada ao ministro do Estado, compete assessorá-lo em todos os assuntos pertinentes à Segurança Nacional, à mobilização e às informações, estando sujeita a orientação normativa, à supervisão técnica e à fiscalização

específica do Serviço Nacional de Informação. Observa-se que esta divisão, que se relaciona com a informação, tem um caráter estritamente de controle de ações executadas na área de saúde, vinculando-se ao processo do arcabouço institucional da ditadura vigente na época.

É na secretaria nacional de ações básicas de Saúde que é iniciada a discussão referente à utilização de informações com o objetivo de incidir sobre as políticas em curso na área, mesmo que ainda de uma forma bastante incipiente. Cabe à Secretaria elaborar, promover a execução e avaliar programações de abrangência nacional; elaborar e promover a aplicação e controlar o cumprimento de normas técnicas básicas; executar ações próprias de nível central, prestar assistência técnica e financeira às entidades públicas e privadas, nos campos de organização de serviços, epidemiologia, laboratório de saúde ambiental e educação em saúde, ecologia humana e saúde ambiental. As ações vinculadas à área de informática estão vinculadas organizacionalmente à Secretaria Geral.

No entanto, é somente nas ações de vigilância epidemiológica que será incorporada, de fato, a utilização de informações. A vigilância epidemiológica passa a ser entendida como atividade de um sistema de informação-decisão-controle e deve ser desenvolvida em função de ações programadas e fundamentadas em dados confiáveis do quadro nosológico prevalente.

A coordenação do sistema de saúde levada a efeito em 1977, através da criação do SINPAS (Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social) inaugura no âmbito institucional o reconhecimento da necessidade de políticas de racionalização, com separação de atribuições referentes à prestação de serviços de atendimento médico, seguridade social e administrativos. Passam a compor o SINPAS os seguintes órgãos: IAPAS (Instituto de Administração Financeira), INPS (Instituto Nacional de Previdência Social), INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social); Fundação Legião Brasileira de Assistência, Fundação de Bem-Estar do Menor, Empresa de

Processamento de Dados da Previdência Social (DATAPREV) e CEME (Central de Medicamentos).

Com a mudança, ocorre a divisão por diversos organismos das diferentes funções da previdência, permitindo a fragmentação dos poderes, ao mesmo tempo em que são incorporadas novas fontes de receitas.

A década de 80 demarca um período de exacerbamento das contradições do modelo previdenciário brasileiro - a chamada "crise da previdência social". A partir de então o sistema passa a apresentar crises cíclicas relacionadas aos momentos de desaceleração da economia com conseqüentes quedas dos níveis de empregos e salários. Essas crises são atenuadas mediante aumento das alíquotas previdenciárias, criação de novas contribuições sociais e compressão de benefícios e dispêndios de saúde.

Em 1981 a crise previdenciária atinge seu clímax e é tornado público seu caráter eminentemente financeiro. Diante disso, a crise político-institucional do sistema prenuncia-se inevitável. Com o risco de se verem deterioradas as condições de assistência e extensão de cobertura, com as naturais conseqüências, o governo constitui o CONASP (Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária) em setembro de 1981.

O caráter da crise previdenciária fica patente nas medidas propostas pelo CONASP no "Plano de Reorientação da Assistência à Saúde" no plano social:

- 1) implantação do novo sistema de contas à base de pagamento por procedimento médico, propiciando a criação de sistemas de auditorias;
- 2) implantação de um programa de ativação e integração dos serviços públicos de saúde e valorização dos recursos humanos;
- 3) implantação de um programa de racionalização nos ambulatórios do INAMPS.

De tais medidas, as que de mais imediato se realizam são as de natureza racionalizadora, em particular, a forma de pagamento pela Autorização de Internação Hospitalar (AIH) disciplinando a compra de serviços do setor cadastrado.

É nesse momento (1982), como resultado da crise da previdência social, que é realizado um investimento significativo de recursos para a estruturação de um sistema nacional de informações de saúde objetivando o pagamento das internações hospitalares do setor privado. É criada, de fato, a DATAPREV, empresa de processamento de dados vinculada ao Ministério da Previdência e Assistência Social e o sistema de informação baseado no procedimento médico é implantado nacionalmente, passando a se constituir como o maior banco de dados relativo ao setor saúde no país, com um nítido caráter de controle, fortemente centralizado e de restrito acesso.

Acompanhando as diretrizes do Plano do CONASP, em maio de 1984 são estabelecidas as Ações Integradas de Saúde (AIS), envolvendo o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), as secretarias estaduais e municipais de saúde, além dos Ministérios da Educação e de Saúde.

O plano do CONASP, portanto, constitui-se na formulação estratégica básica do Estado para o enfrentamento da crise do modelo previdenciário neste período. Por um lado, procura dar conta da natureza financeira da crise, estabelecendo margens mais restritivas de remuneração dos serviços contratados e retificando os vínculos da previdência com setores específicos da rede pública de prestação de serviços. Por outro lado, o CONASP, ao anunciar a meta de integração dos serviços de saúde no país revela a contraface institucional da crise do modelo previdenciário, que é de desintegração entre as instituições públicas de prestação de serviços.

A busca da integração passa a constituir a base para as propostas de reorganização da assistência à saúde no sentido de maior adequação funcional, sem abranger, de fato, uma redefinição estrutural do modelo previdenciário. Elege-se a integração institucional como principal estratégia para a superação dos problemas de saúde.

É realizada, em 1986, a VIII Conferência Nacional de Saúde, onde após todo um processo de mobilização social para o aprofundamento da proposta para a área, são

aprovadas as diretrizes para a reorganização do setor saúde no Brasil, que se consubstancia no texto constitucional relativo à área .

Em relação à área de informação, é delegada ao nível federal a atribuição de definir as políticas do Sistema Único de Saúde quanto às informações e, ao nível estadual, a gerência do sistema estadual de informações em saúde. As resoluções salientam que é indispensável garantir o acesso da população às informações necessárias ao controle social dos serviços, assegurando, a partir da constituição de um Sistema Nacional de Informação, maior transparência às atividades desenvolvidas pelo setor e à adoção de uma política de saúde que responda efetivamente à complexidade do perfil sócio-sanitário da população brasileira.

Paralelamente à discussão do projeto para a área de saúde, desencadeado pela VIII Conferência, em 1987 é criado, pelo governo, o "Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizado de Saúde nos Estados" (SUDS), objetivando a consolidação e desenvolvimento qualitativo das Ações Integradas de Saúde (AIS). O programa contém as seguintes características:

a) descentralização político administrativa, a partir da redefinição de funções de diversas instituições ;

b) proposta de modelo assistencial pluralista, centralizado na distritalização, com o objetivo de permitir a abordagem epidemiológica e o controle social;

c) política de pessoal caracterizada por isonomia salarial baseada nas particularidades regionais, implantação progressiva de tempo integral e dedicação exclusiva, e garantia dos direitos do pessoal vinculado ao nível federal.

De tais diretrizes o SUDS desencadeia, na prática, a descentralização administrativa, transferindo para o Estado as atribuições do INAMPS na responsabilidade de gestão dos convênios e contratos entre a previdência social e o conjunto dos prestadores públicos e privados dependentes dos recursos públicos, prevendo sua futura municipalização. Tal descentralização, programaticamente pensada como mecanismo de

descentralização administrativa, encontra seus limites na diversidade do quadro político regional, dada a hipertrofia do poder das secretarias estaduais de saúde e a ausência de efetivos canais de participação popular.

Deve-se notar que um aspecto relevante na estrutura institucional prevista no SUDS, o estabelecimento do modo de enfrentamento com o padrão hegemônico da assistência médica individual, curativa e medicalizante, vinculada aos produtores privados de serviços, apresenta imprecisões de definição.

O processo de unificação institucional ganha expressão legislativa com a promulgação da nova Constituição, criando o Sistema Único de Saúde (SUS). Em linhas gerais, o texto constitucional: delega ao poder público a regulamentação, fiscalização e controle das ações e serviços de saúde; constitui um Sistema Único de Saúde, assegurando a descentralização, atendimento integral e participação da comunidade, com as entidades privadas participando de forma complementar e veta a destinação de recursos públicos para auxílio ou subvenções às entidades com fins lucrativos.

Objetivando oferecer subsídios para o processo de reforma constitucional foi criado, pelo Ministério da Saúde, um grupo de trabalho sobre informação em saúde (1987). Partindo da proposta de um SUS no país, o grupo aponta os seguintes princípios norteadores para um Sistema Nacional de Informação em Saúde: garantia de privacidade; divulgação das informações de modo a favorecer o controle social; adequação da informação ao Sistema Único de Saúde e retorno das informações às fontes. Quanto às diretrizes, salienta que esse sistema deve ser um instrumento de apoio às decisões, à racionalidade, ao desenvolvimento de recursos humanos, científicos e tecnológicos e à avaliação da efetividade das ações de saúde.

Essas discussões consubstanciam-se na regulamentação do texto constitucional disposto na lei 8080, de 1990, o qual salienta que, dentre os princípios norteadores do SUS estão:

- a) direito à informação, para as pessoas assistidas, sobre sua saúde;

b) divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e sua utilização pelo usuário;

c) acompanhamento, avaliação e divulgação do nível de saúde da população e das condições ambientais;

d) organização e coordenação do sistema de informação em saúde.

A regulamentação do texto constitucional assegura ainda que o acesso aos serviços de informática e base de dados, mantidos pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério do Trabalho e da Previdência Social, será assegurado às secretarias estaduais e municipais de saúde ou órgãos congêneres, como suporte ao processo de gestão, de forma a permitir a gerência informatizada das contas e a disseminação de estatísticas sanitárias e epidemiológicas médico-hospitalares. Prevê ainda que o Ministério da Saúde, em articulação com os níveis estaduais e municipais, organizará, no prazo de dois anos, um sistema de informações em saúde, integrado em todo o território nacional, abrangendo questões epidemiológicas e de prestação de serviços. No entanto, tais propostas ainda não se concretizaram. Continuam a ser estruturados, dicotomicamente, banco de dados com características epidemiológicas, por um lado e de produção de serviços, por outro.

Com o objetivo de estruturar mais um banco nacional de dados epidemiológicos ocorreu em 1989, seguindo orientação do Primeiro Seminário sobre Nascidos Vivos, a padronização de um formulário - Declaração de Nascidos Vivos - DN. O objetivo é a obtenção de dados mais importantes e melhores esclarecimentos sobre os nascimentos ocorridos no país. Será a partir do início da década de 90 que o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), de abrangência nacional, começa a se estruturar em todo o país.

Datam do início da década de noventa as iniciativas para a estruturação do Sistema de Informações Ambulatoriais - o SIA/SUS, o qual insere-se no esforço de controlar os recursos financeiros aplicados na área ambulatorial, gerando dados relativos à produção de serviços ambulatoriais de todos os prestadores vinculados ao SUS. O SIA/SUS



passaria a se constituir em um instrumento de programação físico-orçamentária das diversas unidades que compõem o SUS, profundamente articulada ao processo de pagamento. As faturas ambulatoriais - antigas GAPs (Guias de Autorização de Pagamento) - são substituídas pelo SIA/SUS, que, informatizado, se propõe a englobar todas as unidades ambulatoriais do setor público e contratado/conveniado vinculadas ao SUS.

A realização da IX Conferência Nacional de Saúde, em 1992, reafirma a necessidade de municipalização das ações e serviços de saúde, pautando-se por evidenciar as diretrizes já sedimentadas no arcabouço jurídico-institucional do SUS. Em relação a informação, salienta que esta é fundamental para a garantia da democratização e viabilização do SUS. O controle das atividades de saúde por parte da sociedade só é possível se houver acesso livre à informação de boa qualidade, apresentada de forma clara e acessível a todos. Afirma que deve ser estimulada a criação do Sistema Nacional de Informações de Saúde, descentralizado, que permita a produção e disseminação de informações sobre as condições de serviços em todos os níveis do SUS, além de serem destinados recursos específicos para a área de informação. O acesso aos grandes bancos de dados nacionais, que contêm informações sócio econômicas e demográficas, deve ser facilitado, mediante divulgação mais ampla e freqüente dos dados necessários para melhor diagnóstico, planejamento e avaliação das ações de saúde. As resoluções da Conferência apontam a necessidade de se articular a relação entre meios de comunicação social e informações.

Concomitantemente ao processo de estruturação do SUS, ocorre durante a década de 80, uma expansão significativa da atenção médica supletiva, de tal modo que em 1988 já cobria 31.140.000 brasileiros (MENDES, 1994). Ocorreu uma mudança da configuração do modelo médico hegemônico, expresso no processo de ruptura gradativa que o setor contratado/conveniado estabelece em relação ao SUS, através da incorporação de seu sistema mais moderno ao sistema de atenção médica supletiva.

Segundo MENDES (1994), no final dos anos 80 está consolidado o projeto neoliberal de saúde, composto por sub-sistemas: alta tecnologia, sistema de atenção médica supletiva e o sistema público. O autor caracteriza-os.

O sistema de alta tecnologia já existia incipientemente mas sofre mudanças significativas tanto de natureza quantitativa quanto qualitativa. Seu crescimento é exponencial e resulta de fatores endógenos e exógenos. O crescimento endógeno explica-se pela sua articulação política interna através de uma ação mais orgânica, especialmente dos hospitais de ensino e de grupos corporativos das associações de especialidades médicas. O exógeno tem duas dimensões: dada pelos interesses dos produtores de insumos que têm, neste sub-sistema, um consumidor privilegiado e o que poderia ser denominado de crescimento reflexo, o qual decorre do crescimento dos outros dois sub-sistemas, mas especialmente, da atenção médica supletiva, a qual não cobre os procedimentos de alto custo. Atende de 2 a 3% da população e consome mais de 30% dos recursos públicos do SUS.

A atenção médica supletiva, enquanto sistema, beneficia-se do processo de universalização excludente e cresce vertiginosamente. Ela é propugnada pelos seus representantes como um conjunto de modalidades assistenciais que funcionam a curto prazo para o Estado, aliviando as despesas da Previdência Social. Não obstante, a legislação considera os serviços de saúde como custos operacionais das empresas, permitindo repassá-los aos preços dos produtos. Como consequência, a atenção médica supletiva - que é ofertada a grupos privilegiados - é financiada, em última instância, pelo conjunto da população brasileira, o que aumenta o grau de regressividade dos serviços de saúde. É conformada por cinco modalidades assistenciais: medicina de grupo, sistemas próprios, seguro-saúde, cooperativas médicas e planos de administração.

O sistema público - o SUS - regulamentado pelo Estado, deve relacionar-se com o setor privado segundo as normas do direito público. Compõe-se dos serviços

estatais e dos privados que, de alguma forma se relacionam com o privado; é o segmento mais atrasado tecnologicamente.

É a partir da Norma Operacional Básica 01/93 (NOB/93) que o Ministério da Saúde, através de portaria, define procedimentos e instrumentos operacionais que visam a aplicar e aprimorar as condições de gestão do SUS. O objetivo é efetivar o comando único do SUS nas três esferas de governo, configurando a convivência simultânea de situações diferenciadas de gestão do SUS nos estados e municípios, dentro de uma nova sistemática de relacionamento entre as três esferas de governo. Na prática, a NOB/93 operacionaliza o processo efetivo de municipalização de recursos e serviços de saúde existentes no país vinculados ao SUS. Constitui-se, portanto, em marco significativo no longo processo de descentralização político-administrativa em curso na área de saúde desde o início da década de 80. Consubstancia-se a possibilidade dos municípios gerirem, de forma autônoma, seus recursos e planejarem os gastos.

São normatizados, pela NOB/93, três formas de gestão, as quais propiciam diferentes relações entre os níveis de governo: gestão incipiente, gestão parcial e gestão semi-plena.

Na forma mais avançada de gestão proposta, a gestão semi-plena, as secretarias municipais de saúde assumem responsabilidades e prerrogativas completas sobre a gestão da prestação de serviços: planejamento, cadastramento, contratação, controle e pagamento dos prestadores ambulatoriais e hospitalares, públicos e privados; o gerenciamento de toda a rede pública existente no município, exceto unidades hospitalares de referência sob gestão estadual; a execução e controle das ações básicas de saúde, nutrição e educação, de vigilância sanitária, vigilância epidemiológica e de saúde do trabalhador no seu território, conforme definido na Comissão bipartite e recebe mensalmente o total dos recursos financeiros para custeio correspondente aos tetos ambulatorial e hospitalar estabelecidos.

Para o enquadramento e permanência nesta situação, o município, entre outros requisitos deve: dispor de Conselho Municipal e Fundo Municipal de Saúde em funcionamento; comprovar a contrapartida de recursos próprios do Tesouro Municipal para a saúde e apresentar Plano Municipal de Saúde e relatório de gestão atualizado à comissão bipartite.

Em relação a informações, a NOB/93 preconiza, para essa forma de gestão: manter o registro e a remessa mensal de dados para a manutenção e atualização dos bancos de dados de nascidos vivos, mortalidade, doenças de notificação compulsória, produção e morbidade hospitalar, produção ambulatorial, registro de estabelecimentos e produtos de interesse para a saúde, bem como de outros que venham a ser definidos pelas esferas federal e estadual e manter permanentemente o Sistema de Informações Hospitalares - SIH/SUS. Nessa condição, os instrumentos relativos a todos os procedimentos operacionais, incluindo o processamento de dados pertinentes, serão definidos e executados pelos municípios, observada a necessidade de manutenção dos bancos de dados estaduais e federais.

O processo de municipalização definido pela NOB/93, de gestão semi-plena, inicia-se no final de 1994, envolvendo cerca de 22 municípios. No final de 1994 já atingia 52 municípios do país, os quais vivem experiências diferenciadas de tornarem-se gestores do sistema.

Os sistemas de informação em saúde, com o processo de municipalização, tendem a se estruturar nos municípios, tendo estes que se responsabilizar por diversos procedimentos antes executados por outros níveis. Resta a questão: sob qual perspectiva?

## **3.2 OS SISTEMAS NACIONAIS DE INFORMAÇÕES EM SAÚDE**

As fontes de informações relativas à saúde, que têm um caráter nacional, acompanham de forma bastante articulada a evolução das políticas de saúde no país. É possível detectar, claramente, dois sistemas dicotômicos, com suas limitações e potencialidades: os que seguem a lógica do INAMPS, com um caráter eminentemente racionalizador e controlista e os referentes aos dados epidemiológicos, com limites bastante evidentes quanto à qualidade dos dados e fluxo de informação.

### **3.2.1 FONTES DE INFORMAÇÃO EPIDEMIOLÓGICAS**

No que se refere aos dados epidemiológicos, são três as fontes de informações geradas pelas unidades de saúde e seus profissionais, que conformam sistemas nacionais:

#### **3.2.1.1 SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE MORTALIDADE (SIM)**

É de âmbito nacional, estando informatizado. Sua fonte de informação são atestados de óbitos entregues periodicamente por cartórios a órgãos estaduais, que os consolidam e os enviam ao Ministério da Saúde. Os municípios têm acesso a esses dados, em média, com três anos de atraso em função das prioridades do sistema e da necessidade de intercâmbio de informações, pois o sistema contempla aspectos relacionados a óbitos por local de residência e ocorrência.

As estatísticas de mortalidade são bastante utilizadas para caracterizar a situação da saúde de uma população e são de grande valor em epidemiologia, demografia e administração sanitária.

A padronização das estatísticas de mortalidade no plano internacional remonta ao início do século (1925), quando foi sugerido, pela primeira vez, um modelo único de atestado de óbito. Entretanto a adoção por todos os países de um "Modelo Internacional de Atestado de Óbito" só ocorreu a partir da década de 50. Segundo LAURENTI (1992), no Brasil, a uniformização do atestado de óbito ocorreu nessa data, embora só fossem uniformes as partes relativas à causa de morte.

Em 1976, o Ministério da Saúde padroniza uma "Declaração de Óbito", objetivando a estruturação do Subsistema de Informações sobre Mortalidade, que abrange tanto os dados demográficos, de identificação e os de causa de morte.

A discussão relativa à causa básica de morte foi complexa. Iniciou-se na primeira conferência internacional para revisão dos Sistemas Internacionais de Causas de Morte em 1900, quando adotou-se o princípio de selecionar, para cada óbito, apenas uma causa. Isso foi modificado e, em 1948, após a 6ª revisão da classificação internacional de doenças, é que ocorre a definição de causa básica de morte: a doença ou lesão que iniciou a sucessão de eventos mórbidos que levou diretamente à morte ou as circunstâncias do acidente ou violência que produziu a lesão fatal. Observa-se que, apesar da padronização, várias investigações salientam que entre 20 e 25% dos atestados de óbitos não relatam de forma clara a opinião do médico sobre a causa básica da morte.

Há toda uma legislação que regulamenta, tanto no plano nacional, como no estadual, o modo de preenchimento do atestado de óbito, a ser feito pelo médico, composto de oito partes:

Parte I: Cartório:

(1) Unidade de Federação; (2) Cartório; Número de Registro/Data de Registro.

Parte II: Identificação do falecido:

(3). Óbito fetal (sim ou não); (4). Nome; (5). Data de óbito; (6). Estado civil; (7). Sexo; (8). Data de nascimento; (9). Idade; (10). Local da ocorrência; (11). Endereço

da ocorrência; (12). Município da ocorrência; (13). Residência habitual; (14). Município da residência; (15). Unidade da federação; (16). Ocupação habitual; (17). Naturalidade; (18). Grau de instrução; (19). Nome do pai; (20). Nome da mãe;

PARTE III: Menores de um ano ou óbito fetal:

(21). Ocupação habitual do pai; (22). Grau de instrução do pai; (23). Ocupação habitual da mãe; (24). Idade da mãe; (25). Grau de instrução da mãe; (26). Números de filhos tidos; (27). Duração da gestação; (28). Gravidez; (29). Parto; (30). Morte do feto; (31). Peso ao nascer;

PARTE IV: Atestado médico:

(32). Recebeu assistência médica; (33). O médico que assina atendeu ao falecido; (34). O diagnóstico foi confirmado; (35 e 36). Causa da morte (intervalo de tempo entre o início da doença e a morte);

PARTE V: Violência:

(37). Tipo; (38). Acidente do trabalho; (39). Local do acidente;

PARTE VI: Médico:

(40). Nome do médico que assina; (41). CRM; (42). Data do atestado; (43). Endereço do médico; (44). Telefone; (45). Assinatura;

PARTE VII: Sem assistência médica:

(46). Declarante; (47). 1ª testemunha; (48). 2ª testemunha;

PARTE VIII: Cemitério:

(49). cemitério em que será enterrado; (50). Município do cemitério

### **3.2.1.2 SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE NASCIDOS VIVOS (SINASC)**

É um sistema em processo de implantação no plano nacional, pelo Ministério da Saúde, a partir de 1990. São utilizadas as Declaração de Nascidos Vivos (DNs)

preenchida nas instituições de saúde onde ocorre nascimento e nos cartórios. Estas DN's são enviadas para os órgãos estaduais e repassadas ao Ministério da Saúde.

O surgimento do SINASC verifica-se a partir da constatação de dois fatos. Primeiro, a inexistência no Brasil de um sistema que propiciasse dados sobre nascidos vivos, pois as informações disponíveis eram anuários estatísticos do IBGE (falhas porque incompletas), dispondo apenas de dados sobre o número de nascimentos registrados no período, por sexo e por idade da mãe, não abrangendo outras características do nascimento como tipo de gravidez e de parto e duração de gravidez, entre outras. Segundo, devido a grande proporção de sub-registro, pois em certas áreas do país, notadamente no norte e nordeste, o registro de nascimento só era feito quanto havia necessidade da certidão de nascimento.

A ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, desde 1950, define nascido-vivo como "o produto da concepção que, depois de expulso ou extraído completamente do corpo da mãe, respira ou dá qualquer outro sinal de vida. Tal como batimentos cardíacos, pulsações do cordão umbilical ou movimentos dos músculos de contração voluntária, quer tenha ou não sido cortado o cordão umbilical e esteja ou não desprendida a placenta".

A partir da realização do primeiro seminário sobre nascidos vivos, realizado em 1989, foi criado um formulário padrão - a declaração de nascidos vivos - (DN) como documento básico para a obtenção dos dados mais importantes e esclarecimentos sobre os nascimentos. As DN's são impressas e distribuídas pelo Ministério da Saúde e devem ser preenchidas nas unidades de saúde, nos casos de partos ocorridos em estabelecimentos de saúde e pelos cartórios de registro civil, no caso de partos domiciliares.

As informações constantes da DN foram distribuídas em 8 blocos:

BLOCO I - Identificação - contém o número da DN, já impresso em nível nacional.

BLOCO II - Cartório - refere-se às informações relativas ao cartório de registro civil onde o nascimento foi registrado.



BLOCO III - Local da ocorrência - relativo ao local onde ocorreu o parto.

BLOCO IV - Recém nascidos - engloba variáveis que permitem identificar algumas características de recém nascidos bem como as condições de nascimento.

BLOCO V - Gestação e parto - refere-se a características de gestação e parto que deu origem ao recém-nascido em questão.

BLOCO VI - Mãe - refere-se à informação sobre a história reprodutiva da mãe, sua identificação e algumas de suas características.

BLOCO VII - Pai - relativo a identificação do pai.

BLOCO VIII - Responsável pelo preenchimento - refere-se à identificação do responsável pelo preenchimento da DN.

### **3.2.1.3 SISTEMA NACIONAL DE AGRAVOS NOTIFICÁVEIS (SISTEMA NACIONAL DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA)**

O Sistema Nacional de Agravos Notificáveis está estruturado a partir das informações advindas das ações desenvolvidas pela Vigilância Epidemiológica em todo o país. Segundo legislação específica (BRASIL, 1975), as ações de vigilância epidemiológica compreendem as informações, investigações e levantamentos necessários à programação e à avaliação das medidas de controle de doenças e de situações de agravos à saúde. É efetuada pelo conjuntos dos serviços de saúde, públicos e privados, devidamente habilitados para tal fim.

Conforme a normatização, é dever de todo cidadão comunicar à autoridade sanitária local a ocorrência de fato, comprovado ou presumível, de caso de doença transmissível, sendo obrigatória para médicos e outros profissionais de saúde no exercício da profissão, bem como para os responsáveis por organizações e estabelecimentos públicos e particulares de saúde e ensino, a notificação de casos suspeitos ou confirmados

das doenças relacionadas como de notificação compulsória. A partir da comunicação de um caso, a autoridade sanitária é obrigada a proceder a investigação epidemiológica pertinente para elucidação do diagnóstico e averiguação da doença na população de risco. A autoridade sanitária deve adotar medidas para o controle da doença, no que concerne a indivíduos, grupos populacionais e ambiente. A lei que dispõe sobre a organização das ações de vigilância epidemiológica no país é de 1975.

Em 1976, são regulamentadas as ações de vigilância epidemiológica no país (BRASIL, 1976). As ações de vigilância serão de responsabilidade imediata de uma rede especial de serviços de saúde, de complexidade crescente, cujas unidades disporão de meios para:

- a) coleta das informações básicas necessárias ao controle de doenças;
- b) diagnóstico das doenças que estejam sob o regime de notificação compulsória;
- c) averiguação da disseminação da doença notificada e a determinação da população sob risco;
- d) proposição e execução das medidas de controle pertinentes;
- e) adoção de mecanismos de comunicação e coordenação do sistema.

O Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica é composto por um órgão central (mantido pelo Ministério da Saúde, através da Divisão Nacional de Epidemiologia e Estatística de Saúde), órgãos regionais, órgãos micro-regionais e unidades de vigilância epidemiológica.

As atribuições das diversas unidades que compõem o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica são altamente dependentes de um fluxo organizado de informações, através do qual são iniciadas as medidas de controle de doenças e é realizado o monitoramento de todas as ações desenvolvidas.

As doenças de notificação compulsória devem ser notificadas ao Ministério da Saúde, semanalmente, através de aerogramas, que contém as seguintes

variáveis: nome do paciente, residência do doente, doença, idade, sexo, encaminhamento para internação. A obrigatoriedade de notificação dessas doenças pelos médicos está estabelecida pela legislação federal e cada estado tem a possibilidade de inserir doenças que precisam ser acompanhadas em sua área de abrangência. São as seguintes as doenças de notificação compulsória: AIDS, caxumba, chagas agudo, coqueluche, cólera, dengue, difteria, febre amarela, febre maculosa, febre tifóide, hepatite, leishmaniose, leptospirose, malária, meningite meningocócica, outras meningites, peste, poliomielite, raiva humana, rubéola, sarampo, sífilis congênita, tétano e tuberculose.

Para cada um destas patologias são coletadas informações específicas através de uma ficha própria padronizada nacionalmente para o acompanhamento da evolução da doença no paciente; para o registro dos recursos laboratoriais utilizados no diagnóstico da patologia e para o acompanhamento das medidas preventivas adotadas pela unidade de saúde.

Este é o sistema nacional de vigilância epidemiológica existente no país. Em 1993, o Ministério da Saúde desenvolve um sistema informatizado, o Sistema Nacional de Agravos Notificáveis (SINAN) que está em processo de implantação em diversos municípios.

## **3.2.2 FONTES DE INFORMAÇÕES DE PRODUÇÃO DE SERVIÇOS**

### **3.2.2.1 SISTEMA DE INFORMAÇÃO AMBULATORIAL DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SIA-SUS).**

São identificados dois aspectos que redundaram na proposta de criação do SIA-SUS: as diferentes modalidades de vínculos propiciam o surgimento de tabelas de pagamento específico, cada qual com as suas particularidades, fazendo com que o mesmo tipo de atendimento tenha diferentes nomenclaturas, de acordo com a forma de contrato ou convênio estabelecido com o prestador de serviços; e as informações referentes a estatística de produção de serviços transitam de forma independente de pagamento, gerando informações de pouca consistência. Foi proposta, a partir de 1990, a estruturação do sistema nacional de informações relativas à produção de serviços das unidades ambulatoriais - o SIA-SUS.

Segundo o Ministério da Saúde, os objetivos do SIA-SUS são:

- a) produzir pagamento mensal dos serviços ambulatoriais e de Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) executado no máximo de 40 dias após a entrega dos documentos de produção de serviços;
- b) permitir uma avaliação da quantidade de serviços produzidos por unidade, distrito sanitário, município e unidade federada;
- c) permitir o acompanhamento físico-financeiro da Programação Orçamentária Integrada da Saúde (POIS), impedindo a realização de pagamentos não programados/orçados;
- d) gerar contabilidade dos gastos ambulatoriais e de SADT, no prazo máximo de 45 dias após o mês de produção dos serviços;

e) avaliar a cobertura e concentração média de ações sobre populações definidas (município, distrito sanitário, etc...);

f) manter cadastro ativo e atualizado de todos os prestadores de serviços ambulatoriais e de SADT;

g) reduzir o estabelecimento de metas físicas e orçamento de cada unidade prestadora de atendimento;

h) formar bases de dados sobre gastos ambulatoriais em diferentes estados, regiões do país e por diferentes especificações de serviços;

i) fornecer informações imprescindíveis para a organização da rede de serviços.

Os documentos que compõem o SIA/SUS são: Ficha de Cadastro Ambulatorial (FCA), Ficha Cadastral de Mantenedora ou Profissional (FMP), Ficha de Programação Físico-Orçamentária (FPO), Boletim de Produção Ambulatorial (BPA), Boletim de Imunização (BIM), Boletim de Diferença Pagamento (BDP) e Boletim de Produção Individual (BPI).

A abrangência funcional do SIA/SUS, segundo documento que o institui, envolve:

a) cadastramento: cadastrar todas as unidades de prestação de serviços públicos e privados ambulatoriais, sejam serviços auxiliares de diagnose e terapia ~~em~~ unidades de atenção e de assistência médico-odontológica, nos seus vários níveis de complexidade. Cadastrar médicos e odontólogos, individualmente, onde ocorra desvinculação do pagamento de honorários; cadastrar as entidades mantenedoras;

b) automação: automatizar o processamento de dados desde sua coleta até a distribuição das informações produzidas e o pagamentos dos serviços executados;

c) planejamento: apoiar as atividades de planejamento através do acompanhamento permanente da programação e orçamentação;

d) controle e avaliação : instrumentalizar o gerenciamento da execução dos serviços prestados. Fornecer informações que permitam avaliar a dinâmica do Sistema Único de Saúde e o controle de cada unidade;

e) finanças: auxiliar nas atividades de controle e execução orçamentária e contabilidade.

A partir deste escopo, o sistema contém os seguintes conjuntos de dados:

a) informações cadastrais;

b) atividades programadas;

c) recursos programados;

d) atividades/procedimentos executados;

e) recursos utilizados;

f) tabelas de classificação e remuneração de procedimentos;

g) sistema de contabilidade.

Os principais produtos do sistema são:

a) pagamento por fita magnética;

b) informações para o acompanhamento das programações;

c) formação da base de dados para os serviços ambulatoriais produzidos (inclusive SADT);

d) relatório de apoio;

e) cadastro compatibilizado dos estabelecimentos prestadores de serviços.

O sistema de pagamento estrutura-se a partir do procedimento ambulatorial. O SIA/SUS possui os seguintes grupos de procedimentos que mantêm conexão com o valor da tabela de pagamento:

a) ações de vigilância epidemiológica, imunização e atos não-médicos; b) atendimento médico; c) atendimento odontológico; d) radiodiagnóstico; e) medicina nuclear; f) ultrasonografia; g) outros exames de imagenologia; h) exames hemodinâmicos; j) diálise; l)

radioterapia; m) quimioterapia; n) fisioterapia; o) exames especializados; p) terapias especializadas.

Esses procedimentos constantes da tabela do SIA/SUS estão vinculados às qualificações dos prestadores de serviços, considerando-se as especialidades dos profissionais de saúde e o nível de hierarquia da unidade executora de serviços. Os códigos terão que ser compatíveis com os dados cadastrais da respectiva unidade prestadora de serviços.

O sistema foi implantado em todo o país a partir de 1994, abrangendo rede pública e rede contratada/conveniada.

### **3.2.2.2 SISTEMA DE INFORMAÇÃO HOSPITALAR (SIH)**

O surgimento do SIH remonta à crise vivida pela previdência social em 1982, quando o Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP) já propõe a mudança do sistema de pagamentos das internações hospitalares a serviços privados contratados. O sistema anteriormente utilizado baseava-se na Guia de Internação Hospitalar e na Unidade de Serviço onde a internação era paga, individualmente pelos atos, procedimentos, medicamentos e materiais que compunham a internação, o que não permitia controle nem relacionamento por parte do órgão gestor. O novo Sistema de Assistência Médico Hospitalar da Previdência Social (SAMHPS/AIH) implanta-se no país a partir de 1983, para os setores contratados da rede privada, a partir do estado do Paraná. Desde 1986 é extensivo aos serviços de convênio com entidades filantrópicas e beneficentes; em 1987 os hospitais universitários e de ensino são incorporados ao sistema, tendo como diferença básica a tabela de pagamentos, baseada em partes e com um valor médico fechado e um agregado de procedimentos especiais. Em 1990 é proposta para a rede pública o mesmo modelo adotado para os hospitais universitários e de ensino, com valor global médio do porte fechado e vinculado à instituição (hospitalar), sem discriminação de pagamentos individuais para médicos ou serviços auxiliares de diagnóstico e terapia. A partir da mudança constitucional, o sistema passa a denominar-se Sistema de Informação Hospitalar (SIH).

O SAMPHPS, quando configurou-se, tinha os seguintes objetivos:

a) estabelecer mecanismos de coparticipação da Previdência Social e dos prestadores de serviços na responsabilidade pelo dispêndio de recursos para assistência médica e hospitalar a nível secundário e terciário;

b) substituir o pagamento por tarefa aos profissionais de saúde e por fatura aos hospitais, pelo sistema de pagamento por valores fixos dos procedimentos médicos-hospitalares em pacientes internados;

c) estabelecer mecanismos objetivos e claros de reajustes destes valores;



- c) estabelecer mecanismos objetivos e claros de reajustes destes valores;
- d) possibilitar ao paciente ou a sua família opção pelo médico e hospital de sua preferência;
- e) cadastrar todos os médicos que queiram participar do sistema;
- f) estabelecer e utilizar critérios técnicos para a autorização da internação hospitalar, de maneira a evitar a utilização excessiva de recursos em detrimento de outras ações de saúde;
- g) desvincular, da conta hospitalar, honorários dos médicos e demais profissionais da saúde, inclusive os que trabalham nos serviços auxiliares da saúde, de diagnóstico e tratamento (SADT);
- h) simplificar os controles e lançamentos contábeis para os prestadores de serviços e para o INAMPS;
- i) permitir ao INAMPS a previsão de gastos com a assistência médico-hospitalar;
- j) utilizar com maior eficácia os recursos humanos do INAMPS, eliminando a revisão manual de contas e implantando um sistema de auditoria médico-hospitalar;
- k) adotar um sistema de valorização que enfatize o desempenho;
- l) implantar um sistema de avaliação e auditoria contínua baseado no desempenho e qualidade dos serviços prestados.

A grande mudança ocorrida com o SAMHPS refere-se à forma de pagamento. O sistema referencia-se na autorização de internação e em uma tabela de procedimentos, baseando-se na Classificação Internacional de Doenças (CID). A elaboração dessa tabela é feita pelo custo médio de cada procedimento, podendo agregar-se determinados procedimentos especializados e de alto custo unitário. O sistema é automatizado e funciona de forma centralizada, inclusive com o processo de digitação, até

há pouco tempo, ocorrendo no Rio de Janeiro. As informações geradas pelo sistema não estavam disponíveis.

Com a Portaria n. 118 de 29/01/93 que dispõe sobre o acesso aos serviços de informática e bases de dados mantidos pelo Ministério de Saúde, o DATASUS (Empresa de Processamento de Dados de Ministério da Saúde) passa a colocar o banco de dados SIH-SUS, à disposição das secretarias estaduais e municipais de saúde, dos prestadores de serviços, dos profissionais de saúde e dos usuários em geral.

Com este objetivo o DATA/SUS trabalha em três grandes linhas:

a) acesso remoto às suas bases de dados por dois sistemas:

- SÍNTESE - Sistema Integrado de Tratamento Estatístico de Séries Estratégicas. Contém, além de dados econômicos gerais, como índices e correlações, as seguintes informações em nível municipal:

- quantidade e valor da AIH paga, segundo o SIH/SUS;
- morbidade hospitalar, segundo o SIH/SUS;
- número de estabelecimentos de saúde, por tipo, segundo o SIH/SUS e AMS/IBGE;
- número de leitos hospitalares segundo o SIH/SUS e a AMS/IBGE;
- produção de serviços segundo a AMS/IBGE;
- população dos municípios, segundo censos de 1980 e 1981;
- mortalidade, segundo o sistema de mortalidade do Ministério da Saúde.

- BDAIH - Banco de Dados da AIH. Contém as informações referentes ao processamento da AIH:

- lançamento (valores pagos) a hospitais;
- dados cadastrais e leitos dos hospitais;

- dados cadastrais dos prestadores de serviços terceiros;
- lançamento (valores pagos) dos prestadores de serviços (terceiros) e
- situação das AIH normais e de longa permanência.

b) - Distribuição, em meio magnético, das informações existentes na base de dados para processamento local pelos gestores de saúde.

- mensalmente:

- tabela de procedimentos hospitalares
- cadastros de hospitais e
- consolidados, por hospital e procedimento hospitalar, dos lançamentos efetuados.

- por solicitação:

- dados selecionados de cada internação realizada, tais como CID, sexo, idade, procedimento hospitalar, tempo de permanência, etc.

c) Distribuição dos dados apresentados em forma de relatórios e outros documentos (DATASUS, 1993).

A estruturação dos sistemas de informações da área de saúde que mantém fluxo regular com o Ministério da Saúde, tendo portanto característica vertical, encontra-se em processo diferenciado de utilização efetiva e de responsabilidade pela coleta, armazenamento e disseminação de informação pelos diversos municípios.

A característica de verticalização desses sistemas manifesta-se com centralidade em uma formalização no sentido de propiciar a regularidade de um fluxo de informação estabelecido com o Ministério da Saúde, sem que o município se aproprie de informações coletadas para subsidiar o planejamento das atividades assistenciais. Acresce-

se a isso a não existência de conexões entre os diversos sistemas, funcionando todos como estruturas dissociadas e estanques que se esgotam no cumprimento rotineiro de estabelecimento de fluxo e de suas atribuições de abrangência nacional. Reproduz-se a nível do município a dissociação dicotômica característica do Sistemas de Informações em Saúde (SIS) no país: características contábeis e de controle, por um lado, e aspectos epidemiológicos, por outro. Observa-se um funcionamento mais ágil dos sistemas estruturados com um caráter contábil.

Em relação à abrangência dos bancos de dados existentes na área de saúde e aos componentes desses sistemas, constata-se que:

- envolve a maioria das unidades assistenciais prestadoras dos serviços de saúde ambulatoriais e hospitalares, tanto na quantidade das atividades realizadas, na sua natureza e na especificação dos profissionais envolvidos, quanto nos aspectos financeiros. Algumas atividades assistenciais são realizadas e não registradas em função de não constarem na tabela de pagamento elaboradas no atual sistema;

- em nível dos dados epidemiológicos, resente-se da falta de dados de morbidade ambulatorial, com exceção das doenças de notificação compulsória; os dados relativos a nascidos vivos, mortalidade e morbidade hospitalar englobam a maioria do universo;

- os sistemas estruturados, de um modo geral, não coletam informações relativas aos atendimentos executados pela medicina supletiva, que envolvem milhões de brasileiros;

- a unidade territorial é o município, por serem sistemas nacionais, o que limita a utilização, já que um município possui em seu interior realidades bastante complexas e diferenciadas, importantes de serem associadas com o processo de adoecer e morrer de uma população.

No que se refere à qualidade dos dados dessas fontes, observa-se que a vinculação com o aspecto contábil, estimado a partir de um valor médio de procedimentos

ambulatoriais e hospitalares, redundando em um registro que visa aumentar o faturamento e não a descrições de ações e diagnósticos realizados.

## **3.3 O USO DA INFORMAÇÃO EM SAÚDE DE UMA FORMA ESTRATÉGICA**

### **3.3.1 A INFORMAÇÃO NO GERENCIAMENTO DAS ORGANIZAÇÕES**

Na área de saúde, afirma-se que os Sistemas de Informações, situam-se como um componente estratégico para o gerenciamento do Sistema Único de Saúde no país. A complexidade tecnológica e da organização social em saúde frequentemente impedem que a passagem do conhecimento científico à atuação prática se dê de forma espontânea ou imediata. Ao contrário, essa passagem exige a constituição de uma base de informações que fundamente, a partir de estudos e pesquisas orientadas para esta finalidade, a definição de estratégias de intervenção capazes de assegurar a transferência do conhecimento à transformação do quadro sanitário (POSSAS, 1987). Esta problemática nos remete a uma discussão: como um sistema de informação pode se conformar enquanto estratégico?

A abordagem da informação como um recurso organizacional ativo e estratégico não é simplesmente uma questão de superar problemas relacionados a custos ou de evitar duplicação de esforços. Trata-se de explorá-la como um recurso que permite capacitar a organização a atingir seus objetivos de forma mais eficaz e de identificar novas oportunidades (em nível externo). Qualquer informação estratégica é demanda dos objetivos da organização ao mesmo tempo que sustenta esses objetivos. É possível caracterizar um sistema de gerenciamento de informação estratégica (CRONIN, 1990):

- a) deve possuir uma visão do ambiente externo e do futuro;
- b) emerge da avaliação, por parte da alta administração, dos fatores críticos de sucesso;
- c) incorpora parcela significativa de dados gerados externamente;

d) deve ser flexível;

e) o planejamento do sistema de gerenciamento de informação estratégica inicia com a decomposição de estratégia em metas organizacionais;

f) prioriza os fatores críticos de sucesso da organização.

A informação é abordada como um recurso, assim como o capital, a força de trabalho, os equipamentos, pois possui valor (produtividade, apoio gerencial e cooperativo), custa dinheiro (armazenar, processar e disseminar), tem qualidades (oportunidades, exatidão, forma) e é controlável (pode ser computada e gerenciada). (SYONNOT, 1987).

Esta abordagem da utilização da informação também como um recurso estratégico para as organizações recoloca para o nível gerencial a necessidade de restabelecer sua relação com os recursos informacionais. A caracterização da informação enquanto recurso organizacional, possibilita ao nível gerencial: constatar o potencial que advém da utilização da informação de forma rotinizada; identificar as situações onde as informações poderiam estar sendo utilizadas para realizar os objetivos organizacionais estabelecidos e rever a forma como a informação dentro de sua unidade é gerada, processada, armazenada, analisada, buscando estabelecer uma preocupação com sua qualidade, da mesma forma que ocorre com os outros tipos de recursos organizacionais.

Observa-se que o gerenciamento da informação evoluiu de uma função de suporte (voltado principalmente para o controle de papéis) para uma atividade estratégica voltada para melhoria do desempenho e da produtividade organizacional. MARCHAND (1986) propõe um esquema que envolve cinco estágios no desenvolvimento de informação estratégica:

Estágio 1 - gerenciamento de *paperwork*

Estágio 2 - gerenciamento de tecnologia automatizada

Estágio 3 - gerenciamento de recursos informacionais da organização

Estágio 4 - análise e inteligência do "concorrente"

### Estágio 5 - gerenciamento de informação estratégica

O gerenciamento da informação dentro de um contexto organizacional não prescinde de nenhum desses estágios, já que a informação enquanto um recurso econômico pode: se corretamente administrado, resultar em vantagens competitivas; deve-se constituir enquanto um item prioritário em qualquer agenda de planejamento; não é prerrogativa unicamente de planejadores e tomadores de decisões; pode fornecer grande contribuição no nível organizacional, por exemplo, encorajando o emprego mais efetivo de matérias e recursos humanos locais, identificando novas oportunidades, destacando tecnologias novas e apropriadas de produção ou fortalecendo o poder de barganha de uma companhia relativamente a seus fornecedores e compradores (CRONIN, 1990).

As vinculações existentes entre as características da informação e os diferentes níveis organizacionais já foram bastante abordados. TURNER (1988) propõe uma sistematização:

<b>Característica da Informação</b>	<b>Nível/Operacional/Tático</b>	<b>Planejamento Estratégico</b>
Fonte	Interna	externa
Escopo	Estreito	Amplio
Volume dos dados	Grande	Pequeno
Volume de Processamento	Pequeno	Grande
Nível de Agregação	Detalhado	Agregado
Horizonte Temporal	Histórico	Futuro
Atualidade	Muito Atual	Antigo
Precisão Necessária	Alta	Baixa
Frequência de Uso	Mais freqüente	Menos freqüente

Fonte: Turner, Mike. Expert Systems and Decision Support. Expert Systems for Information Management: Glasgow, v.1, nº Spring 1988 p. 3-21

A noção de que existem informações que seriam específicas de determinados níveis organizacionais, complexifica-se quanto se trata do nível gerencial, o qual trabalha com informações próximas de liminares não apenas com a exatidão das informações necessárias no nível de controle operacional mas com perspectivas e horizontes mais longos e, portanto, trabalha-se com informações mais próximas do



planejamento estratégico. Argumenta-se também que as pessoas em todas as espécies de funções necessitam de toda a espécie de informação e que algumas relações claras entre tipos de função e informação aparece em geral de forma mais difusa do que os proponentes de modelos particulares podem sugerir (WILSON, 1987). O nível gerencial referencia-se em informações que perpassam os níveis operacionais e estratégicos. A complexidade do processo gerencial, no que diz respeito a informação, advém exatamente do caráter de sua opção, centrada na mediação entre dois níveis organizacionais, o que dificulta dimensionar suas necessidades de informação. É dentro desse horizonte da necessidade de navegar entre estes dois níveis, que os gerentes devem localizar suas necessidades de informação e estruturá-las, sem perder este referencial.

É possível fazer uma distinção entre dados internos e externos, abordando diversos componentes que nos permitem visualizar as dificuldades advindas de se construir um sistema de informação estratégico, o qual precisa necessariamente agregar dados externos:

a) dados operados internamente tendem a ser predominantemente numéricos, enquanto os do mundo exterior tendem a ser textuais;

b) dados internos tendem a ser altamente estruturados, particularmente porque a geração de cada dado está sob o controle da própria organização. Dados externos são inerentemente amorfos. Seu uso na organização não está sob controle e os canais para usá-los são diversos;

c) dados internos tendem a ser produzidos em um fluxo regular e previsível, enquanto os do mundo externo são irregulares e imprevisíveis;

d) O significado do dado interno é usualmente explícito e evidente por si, mas a informação externa é usualmente altamente dependente do contexto e recursos (WILSON, 1987).

Em uma organização, a percentagem de registros internos relevantes para os níveis da pirâmide organizacional corresponde à seguinte distribuição:

- a) suporte para decisões executivas/estratégicas - 1%;
- b) auditoria e controle - 4%;
- c) operacional - 75%.

Na demanda por informações externas, a situação se inverte em termos de percentagem, sendo o estrategista, isto é, aquele que tem maior visão do ambiente externo, o que requer maior variedade de informações sobre este ambiente, a maioria delas em forma de textos (publicados ou não) e de natureza menos técnica, menos quantitativa (WIGGINS, 1990).

Evidenciam-se os potenciais existentes na utilização de dados internos (apesar de sempre se ressaltar que a função precípua da atividade gerencial exige a interlocução entre dados internos e externos). Como os dados internos estão sob o controle da própria organização, é possível incidir na qualidade, regularidade e utilização periódica rotinizada, criando condições de avaliação e transparência com mais facilidade do que no que se refere aos dados externos. A possibilidade de estruturação de um sistema de informação organizacional pode possibilitar maior flexibilidade e independência para todos os níveis da organização. A generalização de utilização da informação interna pode estimular o processo de aprendizagem de toda organização.

As diferentes percepções que as pessoas possam ter quanto ao valor que informação possui são influenciados por diversos fatores que necessitam serem considerados na estruturação de sistemas de informação. Estes fatores podem ser enumerados (CRONIN, 1990):

- a) a medida em que os custos podem ser identificados;
- b) a medida em que a cadeia de uso é entendida;
- c) a incerteza associada ao retorno dos investimentos em informação;
- d) a dificuldade de se estabelecerem relações causais entre os custos de informação e produtos específicos;
- e) diferentes expectativas dos usuários;

f) fracasso em se reconhecer o potencial comercial e o significado da informação.

As características pessoais do comportamento podem intervir no uso da informação dentro de uma estrutura organizacional:

a) propensão pessoal a consumo de informação (a maneira como os gerentes usam a informação e a intensidade desse uso);

b) sensibilidade a fatores externos (sensibilidade a tendências e eventos externos);

c) perceptibilidade estratégica;

d) reconhecimento da unidade de informação (conhecimento da informação interna e externamente);

e) sistematização (aceitação de procedimentos organizados de aquisição, armazenagem e disseminação da informação).

A importância da subjetividade para a construção de novas referências para a utilização das informações em realidades organizacionais tem que ser ressaltada, pois a existência de atributos específicos da informação tendem a dificultar a sua utilização enquanto um recurso. Enquanto os outros recursos têm uma dimensão física, a informação não tem. O dado é um produto tangível, mas o seu produto final não é. Isto significa que a informação é um fenômeno humano. Assim como a informação é intangível, ela também não pode ser depletada com o uso; ao contrário, muitas vezes, quanto mais informação é utilizada para comunicar, mais você se apropria dela. O desenvolvimento crescente do suporte tecnológico permite que seja transportada com muita velocidade. O processo de difusão não é passível de controle, pelo seu dinamismo. Possui a possibilidade de ser compartilhada por realidades organizacionais para funções diversas (TRAUTH, 1981).

O aprofundamento dos aspectos subjetivos perpassando as valorações que podem redundar em utilização da informação dentro de uma realidade organizacional é importante de ser analisado também pelo fato da informação constituir-se como um

elemento coesivo que pode estreitar laços com toda a organização. A forma de superação dos limites atualmente observados passa pelo reconhecimento da singularidade que o recurso em si possui.

A utilização da informação pelas organizações e pelo nível gerencial é abordada por diversos autores. PLEITNER (1989), em sua investigação, salienta que o propósito da informação na organização é aparentemente criar base para decisões. E decisões, por seu lado, podem ser: tática (na rotina de todo o dia); estratégica (orientada para longo tempo) e operativa/operacional.

Salienta também que o fenômeno da informação tem um aspecto técnico e um de conteúdo (informação interna e externa). No que se refere ao conteúdo quanto a informação interna, pode-se encontrar: ausência de informação; baixo fluxo de informação; informação inadequada; informação insuficiente nos níveis mais baixos sobre projetos e objetivos e canais inadequados de informação. Salienta também que 99% das organizações não utilizam informações externas de forma rotinizada. Quanto ao aspecto técnico, possui quatro elementos: procura e obtenção da informação; seleção; processamento da informação e interpretação/análise da informação.

ROBERT e CLARKE (1989) salientam a importância da informação gerencial na perspectiva de desvendar o ambiente externo e o caráter complexo e volátil das atividades organizacionais relacionadas a informação.

PICKUP (1987) salienta em seu trabalho que usos mais importantes da informação para os gerentes são: na tomada de decisões (envolvendo mais dados internos do que análises externas) e monitoramento de mudanças. No caso de dados internos operacionais, este monitoramento refere-se as atividades e performances da organização, enquanto no caso dos dados externos, é para identificar mais oportunidades e ganhos. Acrescenta ainda que, em ambos os casos, a informação é usada para manter a eficácia enquanto diretriz de toda ação gerencial.

Também TSIU (1986) identifica que os dois maiores usos da informação nas organizações referem-se a redução de incerteza (caracterizando-a como tendo como centralidade a ausência de informações relevantes) e ao processo de tomada de decisão. Em seu trabalho é salientada a interdependência entre os dois aspectos.

BULLINGER (1990) afirma que é possível distinguir áreas principais de uso da informação: funções interpessoais (representação, liderança, contatos); funções relacionadas com a informação (coleta, comparação e transmissão interna de informação) e funções de tomada de decisão (iniciar, melhorar, trocar e distribuir) -esta é a função dominante. O autor salienta também que um sistema de informação pode ser usado para dar suporte aos gerentes na exploração de novos caminhos; no processo de tomada de decisão e na implementação de inovações. Se o sistema de informação for flexível, ele possibilitará fazer o trabalho mais rapidamente de forma flexível e mais independentemente; mais transparência e avaliação do processo de tomada de decisão baseado em dados e relatórios estruturados; estimular o processo de aprendizagem de toda divisão e a organização aumenta sua habilidade para reagir e ser flexível. Os autores destacam que somente quando o nível diretivo na tomada de decisões tem a informação certa, na hora certa, é que se pode tomar a decisão correta; o que exige um alto grau de flexibilidade e habilidade para a informação ser rapidamente utilizada, para ter mais planejamento, delegação e comunicação e para não ser intuitivo, tem que ser institucionalizado.

PLEITNER (1989) também salienta que ao se usar dados não refletidamente pode-se facilmente tomar decisões erradas porque os dados podem ser: incompletos; errados; podem ter vieses e podem refletir algo temporário. Acrescenta que os dados podem ser transformados em informação desde que estes sejam: estruturados/sistematizados; adquiram significado para o usuário; sejam precisos e eventualmente sejam complementados e eventualmente sejam controlados.

BRAGA (1987) salienta que do ponto de vista de uma teoria decisória clássica, a informação é coletada porque ajuda a escolha (de alternativas). Entretanto, em

muitas circunstâncias, os participantes organizacionais parecem encontrar valor em informação que é colhida e não é usada. As organizações incentivam a coleta de informações externas. Muitas das informações são trabalhadas mais como forma de vigiar (controlar) do que como formas de decidir. As organizações investigam ambientes tanto para surpresas quanto para clarear incertezas. A informação é freqüentemente coletada e usada em um contexto que torna seu uso problemático. O uso da informação simboliza em alguns casos comprometimento com escolha racional, mostrar seus símbolos reafirma a importância de seu valor social e assinala competência pessoal e organizacional. Decisões são mais que propósitos pactuais, são descritivos de elementos futuros e selecionam um evento em detrimento do outro.

BROWN (1989) salienta que os dados reunidos em um sistema de informação gerencial servem para:

- a) fornecer informações sobre o ambiente;
- b) reduzir a ambigüidade e fornecer uma base empírica para a tomada de decisões;
- c) avaliar a situação passada, presente e prognosticar o futuro;
- d) avaliar e monitorar atividades.

O uso da informação para a tomada de decisão está condicionado à coleta de dados e estatísticas relevantes e pertinentes aos aspectos envolvidos na questão a ser solucionada e ao objetivo a ser alcançado. Para facilitar o uso dos dados e estatísticas coletadas, convém armazená-los de forma organizada em um sistema gerencial de modo que possam ser recuperados e estejam disponíveis sempre que se fizer necessária sua consulta.

Pelo exposto, um aspecto tem centralidade na utilização dos recursos informacionais pelo nível gerencial: a informação deve criar base para a tomada de decisão. Não se evidencia de um modo geral, uma abordagem de utilização da informação que esteja associada ao caráter estratégico que ela pode desempenhar em uma realidade

organizacional. Alguns poucos autores, salientam outros aspectos indicativos dessa perspectiva ao abordar a possibilidade de utilização da informação: a informação propicia condições para o monitoramento de mudanças, para a redução de incertezas, para a exploração de novos caminhos e para a implantação de inovações.

Observa-se que na grande maioria das organizações, são as informações internas que são utilizadas quase que exclusivamente. Mesmo nestas, detecta-se problemas relativos a geração, fluxo, armazenamento, processamento e análise da informação.

É possível depreender que a utilização da informação pelos diversos níveis gerenciais de uma organização não se articulam como necessidades específicas de informação. Em relação à utilização da informação nas realidades organizacionais, constata-se: a precariedade dos dados internos; poucos avanços têm ocorrido no sentido de utilização de dados externos; os limites organizacionais existentes para a generalização da utilização da informação na estrutura organizacional; dificuldade de se visualizar a informação como um recurso; não se atribui valor à informação; os recursos informacionais não são considerados como possibilidade de otimização de objetivos organizacionais.

É dentro desse contexto que a gerência de recursos informacionais de uma organização estrutura-se.

## **3.3.2 SISTEMAS DE INFORMAÇÕES EM SAÚDE PARA USO ESTRATÉGICO: DIRETRIZES**

### **3.3.2.1 INTRODUÇÃO**

A noção de sistema de informação em saúde (SIS) incorpora diversos elementos. ALDERSON (1974) o define como um mecanismo de coleta, processamento, análise e transmissão de informações requeridas para a organização e operação dos serviços de saúde e também, para pesquisa e aprendizado. EDUARDO (1990) afirma que os sistemas gerenciais em saúde, devem compor-se de um lado, enquanto sistemas informativos da condição do doente, de sua vida e inserção no meio ambiente e, de outro, os referentes às condições que dizem respeito à atuação dos próprios serviços de saúde. WHITE (1980), na tentativa de tentar selecionar os objetivos de sistemas de informação de um modelo geral com a especificidade da área de saúde, enumera seus propósitos: identificar problemas de saúde individuais ou coletivos; verificar sua severidade e vigência relativas; estimar sua prevalência e custo social; identificar a relativa segurança, riscos e eficácia das várias formas de intervenção e avaliar benefícios, custos e efetividade das medidas de prevenção, controle e melhoria dos problemas de saúde individuais ou coletivos.

Segundo o escritório regional da Organização Mundial de Saúde (OMS,1987) para a Europa, SIS é um mecanismo de coleta, processamento, análise e transmissão da informação necessária para se organizar e operar os serviços de saúde e também, para a investigação e o planejamento com vistas ao controle das doenças. Seu propósito é selecionar os dados pertinentes a esses serviços e transformá-los em informação necessária para o processo de decisões, próprio das organizações e de indivíduos que planejam, financiam, administram, provêem, medem e avaliam os serviços de saúde.



A Organização Panamericana de Saúde (OPAS, 1973) entende SIS como um conjunto de componentes (estruturas administrativas, departamentos de estatísticas em saúde, unidades de informações em saúde) que atuam de forma integrada e que têm por finalidade produzir a informação necessária e oportuna para implementar processos de decisão no sistema de serviços de saúde.

SIMBORG e WHITING-O-KEEFE (1982), ao abordá-lo como a configuração de recursos (pessoas, formas, máquinas, procedimentos, dados) usados para comunicar um saber ou conhecimento, salientam que sua função mais importante no plano ambulatorial é a comunicação para a tomada de decisão clínica. Ao analisar os sistemas de informações hospitalares, REICHERTZ (1982), situa-os como unidades organizacionais com aspectos médicos e administrativos que objetivam a melhoria do atendimento ao paciente e das atividades administrativas.

MORAES (1994) salienta que SIS são instrumentos a serviço de uma política de saúde específica. Sua configuração é construída em um processo dinâmico, como resposta a determinados interesses, muitas vezes contraditórios e em conflito. Os SIS vêm representando um espaço estratégico na disputa por hegemonia, que extrapola o setor saúde.

TASCA (1995) salienta que propostas de SIS constituem-se como um dos principais instrumentos para o gerenciamento e devem estar baseadas nos seguintes princípios:

a) flexibilidade no que diz respeito à capacidade de identificar problemas e recursos relevantes ao nível local;

b) especificidade e capacidade de discriminação das informações obtidas através de um enfoque microlocalizado acerca da distribuição espacial dos próprios problemas e recursos, por sua vez visualizados em mapas e bancos de dados informatizados;

c) forte capacidade de elaboração dos dados, cujos resultados forneçam à gerência indicações precisas;

d) participação dos profissionais e da população organizada;

e) gradualidade no desenho e na implementação do sistema.

OPIT (1987) aborda outros problemas relacionados com os SIS atualmente denominados descendentes. Salienta que, quando a prestação de serviços está financiada, completa ou principalmente pelo Estado, o SIS vem desenhado e imposto e sua informatização se consegue graças ao controle financeiro e a hierarquia burocrática. Quando a prestação da assistência está orientada pelo mercado, a coleta de dados se centra na necessidade de pagar ao provedor de serviços ou manter o equilíbrio financeiro da organização que repassa os fundos. OPIT (1987), PACKER (1985), FERNANDES (1988), identificam a predominância dos aspectos contábeis na estruturação dos SIS. Ao caracterizar os SIS existentes como de critério descendente, OPIT aponta conseqüências prejudiciais: os que desejam utilizar a informação, sejam os administradores locais, os planejadores de saúde pública, o pessoal clínico ou os funcionários, raras vezes podem especificar os dados que desejam; é difícil e caro comprovar a informação e, portanto, os erros são freqüentes e transcorre muito tempo entre os contatos e sucessos clínicos e sua análise em uma forma útil do ponto de vista epidemiológico ou estatístico. A partir desta análise, preconiza um sistema descentralizado, com ênfase na ação no nível local.

A Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO, 1994) reforça esta concepção e salienta que os atuais sistemas devem superar a lógica de organização dos antigos programas verticalizados. A informação necessária não deve ser pensada basicamente como necessidade de controle das instâncias descentralizadas, mas ao contrário, como meio de operacionalizar ações de saúde, propiciar o conhecimento das realidades sócio-sanitárias e formular as políticas em todos os níveis de governo.

A ABRASCO salienta que o objetivo a atingir não é apenas a descentralização da informação mas também sua democratização. Não há como falar em

democracia sem democratizar a informação, transformando-a em um instrumento capaz de garantir o efetivo controle social nas decisões políticas e administrativas.

Para KADT (1993), os gerentes de nível local não podem começar a enfrentar as questões de iniquidade na saúde na área sob sua responsabilidade se não as entenderem. Para isso, os SIS precisam ser capazes de estimar quantitativamente a magnitude e a dinâmica do problema. É preciso que haja informações de variadas fontes, para que seja possível analisá-las. Para se compreender a complexidade de fatores que dizem respeito a iniquidade em saúde, três séries de indicadores são geralmente utilizados:

a) os indicadores de saúde estão muitas vezes relacionados com eventos como mortalidade, incidência de determinadas doenças, expectativas de vida, etc. Todavia, lidam mais com a falta de saúde do que com a saúde, contribuindo assim apenas de forma indireta para a estimativa das necessidades de saúde;

b) os indicadores de atendimento à saúde tentam refletir a distribuição de recursos para atendimento à saúde, tais como número de profissionais *per capita*, gastos com saúde *per capita* e assim por diante. Referem-se apenas à prestação de serviços de saúde e não à saúde. Normalmente, não lidam nem com a qualidade ou a acessibilidade dos serviços e nem com as necessidades das pessoas que recebem atendimento à saúde;

c) o setor saúde também pode usar determinados indicadores sócio-econômicos. Tanto quanto outros, esta série de indicadores é predisposta a dissimular iniquidades quando aplicada a dados agregados, mas pode ser útil para grupos ou áreas menores e muito mais homogêneas.

A partir desse diagnóstico, KADT (1993) sugere que um sistema de informação que se proponha a ser um sistema de apoio à decisão em um distrito sanitário deve ser capaz de:

a) gerar e manusear dados desagregados que possam subsidiar o planejamento, mas especialmente a implementação, monitoramento e avaliação das atividades do projeto;

b) fornecer um quadro expressivo da distribuição heterogênea, no distrito, dos problemas sócio-econômicos, riscos ambientais e de ocorrências relativas à má saúde;

c) melhorar a capacidade alocativa, de forma que a alocação de recursos possa beneficiar de maneira efetiva os grupos mais desfavorecidos;

d) aperfeiçoar o gerenciamento dos serviços de saúde dos distritos, tornando-os mais adequados à necessidade de saúde da população.

A lógica das estruturações do SIS identificados por OPIT (1987) e a caracterização do SIS local, salientada por ROSIS e PIZZOTILO (1979) exigem sua reformulação, já que são tradicionalmente centrados nos registros de doenças e compostos por informações formais, com ênfase nos aspectos financeiros e burocráticos. Apesar disso, estudos desenvolvidos por EARLAM (1988), SCHNEIDER e KILPATRICK (1974), CHORNY (1970), BREILH e GRANDA (1986), MENDONÇA et al (1990), FELICE (1990), continuam tendo como base o registro de doenças e sua sistematização, utilizando a Classificação Internacional de Doenças (CID) e limitam-se a propor acréscimos ou supressões, quando não apenas uma nova forma de agregação de dados.

As diversas abordagens incorporam, no entanto, noções importantes no processo de estruturação de Sistemas de Informações em Saúde.

### **3.3.2.2 DIRETRIZES PARA ESTRUTURAÇÃO DE SISTEMAS DE INFORMAÇÕES EM SAÚDE**

Para a estruturação de sistemas de informações em saúde é possível pautar-se por diretrizes que permitem nortear seu processo de constituição, buscando abranger suas atribuições dentro de uma realidade organizacional complexa e multifacetada, como são os serviços de saúde. São as seguintes as diretrizes preconizadas:

#### **A CONFORMAÇÃO DE UM PERFIL DE INFORMAÇÕES ESTRATÉGICAS DENTRO DA ÁREA DE SAÚDE: UMA NECESSIDADE**

A estruturação dos sistemas de informações que agregue preocupações estratégicas é um campo a ser desenvolvido dentro das realidades organizacionais da área de saúde. A desarticulação institucional da área e a estruturação de sistemas de informações dicotômicos com características epidemiológicas e de produção de serviços, configuram uma situação onde a ênfase foi dada à produção de dados relativos a instituições próprias do setor público, com menor ênfase para aquelas do setor contratado/conveniado, às quais o setor público destina recursos e dados de caráter sócio-econômicos e demográficos, necessários para a compreensão do processo de adoecer e morrer de populações.

Este escopo de abrangência dos SIS exige a incorporação de recursos tecnológicos vários, a montagem do fluxo de informação e padronização de instrumentos em um contexto onde ocorre desarticulação institucional e a superação de uma realidade onde é incipiente a utilização de informação nas realidades organizacionais. E encontra-se ainda em processo de estruturação.

Aliado a este escopo delimitado, constata-se que a natureza dos dados coletados e sua utilização centra-se na conformação de um quadro diagnóstico aprimorado,

não se vinculando a atividades de acompanhamento e avaliação. O próprio escopo definido permite a elaboração de um diagnóstico com um olhar centrado nos limites que a própria organização encerra.

É com essas características que o SIS se estrutura, acompanhando as ênfases dadas no processo de formulação das políticas de saúde no país. Os SIS refletem a realidade institucional: passam de uma situação gestada a partir do final dos anos 60, quando se estruturam dicotomicamente, acompanhando as diretrizes das políticas institucionais, para tentar se conformar enquanto um sistema que supere o processo de desarticulação institucional presente nas progressivas políticas implantadas no decorrer da década de 80 no país. Em uma realidade em que, apesar do aumento significativo de cobertura assistencial advindo da estruturação progressiva do SUS no país, ainda temos problemas significativos em relação ao acesso, de recursos limitados para a saúde, ainda com forte presença do setor contratado/conveniado, concebe-se, na formulação de políticas para o setor, um projeto que se consubstancia na política de municipalização, onde seja possível exercer melhor controle de recursos e alocá-los dentro de uma perspectiva mais técnica, incidindo sobre a melhoria dos serviços ofertados.

Os SIS preconizados pelos diversos autores que acompanham a formulação da política de saúde no país, no momento, expressam necessidades advindas do processo de implantação e consolidação do SUS no momento atual. Em um contexto onde busca-se a superação da desarticulação interinstitucional com a possibilidade de gestão do setor pelo município, com alocação efetiva de recursos e com controle social, a estruturação dos SIS incorpora esta diretriz institucional e consubstancia-se em diretrizes preconizadas por diversos autores:

- a) participação dos profissionais e da população;
- b) flexibilidade com uma estruturação que permite atender prioritariamente as necessidades de informação dos gerentes de nível local;

c) alta capacidade de discriminação em relação à localização de áreas de risco sanitário, objetivando um planejamento dirigido a partir de perspectivas locais de intervenção;

d) acompanhamento contábil-financeiro sistemático, o qual permite a aferição de recursos alocados no setor saúde pelos diversos níveis de governo e o acompanhamento de sua distribuição entre os diversos prestadores;

e) produção e análise de dados, dos setores públicos próprios e do setor contratado/conveniado, de caráter epidemiológico, financeiro e de produção de serviços, além de dados sócio-econômicos e demográficos, superando um processo dicotômico de produção e análise de informações no país.

Esse processo de conformação dos SIS intrinsecamente decorrente da evolução das políticas de saúde, faz com que sua interação institucional passe a se subordinar aos processos de decisão em curso dentro da estrutura organizacional, despotencializando sua utilização enquanto um recurso estratégico, ou seja, que permita subsidiar o processo de tomada de decisão frente a outras estruturas organizacionais externas (sejam não públicas da área de saúde ou extra-setoriais).

Como a estruturação de sistemas de informações estratégicas não suprime as necessidades de informação de outros níveis, torna-se necessário, a partir do projeto, a médio prazo, que se tenha para uma estrutura organizacional, iniciar uma análise do ambiente externo, para que seja possível ver quais informações de caráter externo podem ser relevantes para o estabelecimento de metas organizacionais. A necessidade de estruturar-se a partir do projeto institucional, pode ressituar o setor de recursos informacionais dentro da estrutura organizacional, inserindo-se informações que hoje ainda não são valorizadas dentro do contexto do planejamento organizacional. Na área de saúde, esta análise de ambiência, no máximo, atinge o comportamento do setor contratado/conveniado que já compõe o sistema. Como se comportam as empresas de medicina supletiva, que já estão inseridas em uma fatia significativa do mercado de

prestação de serviços, frente a essa problemática enfrentada pela estrutura organizacional? E o setor privado efetivo? Como em outros lugares isso foi efetuado? Utilizando-se pesquisas de opinião pública, como pode ser o comportamento da população? Enfim, o setor de informação pode, estando intrinsecamente vinculado ao projeto institucional, contribuir dentro das suas atribuições, não apenas para ser configurado pela realidade institucional, mas contribuir para sua conformação. Será uma inserção gradual, mas que o requalifica.

A detecção de pontos fortes e frágeis dentro da estrutura organizacional para a viabilização do projeto institucional pode orientar a estruturação de um sistema de informação estratégico, servindo de delimitador sobre quais setores e ações devem ser mais trabalhados.

Ao serem estabelecidas as metas organizacionais, torna-se importante o acompanhamento periódico destas. O sistema de informação deve estruturar-se de forma a permitir que seja visualizado o acompanhamento das metas organizacionais. O acompanhamento destas metas permite a triagem das informações que, de forma periódica e rotinizada, deve manter um fluxo com o sistema central para serem analisadas e disponibilizadas. A conformação do SIS nesta perspectiva, situa-o enquanto elemento coesivo de toda a estruturação organizacional, voltada para objetivos estratégicos, definidos anteriormente. Dá concretude enquanto espaço não necessariamente de produtor e processador de informações, mas um espaço onde agregam-se informações institucionais que interessam à organização como um todo - e o fio condutor passa a ser a concretização dos objetivos propostos em todas as fases.

Processualmente, a dimensão da avaliação vai agregando-se à experiência institucional na área de saúde. Supera-se a conformação de sistemas de informação que têm como centralidade o estabelecimento de diagnósticos da área de saúde. Passa-se à situação onde os SIS configuram-se como o recurso organizacional ativo por vincular-se a todo o processo de planejamento estratégico: elaboração de diagnóstico,



estabelecimento de projetos, definição de metas organizacionais e de pontos críticos e avaliação dos processos.

A execução de projetos de avaliação de desempenho em curso em diversas instituições de saúde, se vinculados ao projeto de estruturação organizacional, podem se configurar enquanto um espaço fundamental para a conformação de um dos aspectos do sistema de informação estratégico na área de saúde. A estruturação de um projeto de avaliação de desempenho, vinculando-o à remuneração das equipes, por metas organizacionais estabelecidas dentro de um projeto institucional geral, permite a construção de um banco de dados onde a qualidade dos dados produzidos será valorizada institucionalmente, onde as informações serão monitoradas e possíveis de serem utilizadas por toda estrutura organizacional. Modifica-se a inserção da informação dentro da estrutura organizacional. A característica de projetos como a avaliação de desempenho, que configura uma situação em que a qualidade do dado é valorizada por todos os membros da instituição, vincula-se ao acompanhamento de metas organizacionais definidas de forma estratégica e perpassa o conjunto de todas as equipes de uma estrutura organizacional (atividades meios e atividades fins, em todos os setores da instituição) é fundamental para a valorização e utilização efetiva da informação dentro da realidade organizacional.

#### **NOÇÃO DE RECURSOS QUE PERMITEM A AGREGAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS ORGANIZACIONAIS**

A estruturação de SIS deve ser capaz de organizar a coleta, armazenamento e análise de dados. Os subsídios necessários para esse processo, que envolve elaboração de instrumentos, desenvolvimento de sistemas, equipamentos e organização do fluxo de informação devem ser fornecidos pelo sistema de informações. O processo de operacionalização da produção da informação e seu fluxo devem ser mantidos

por cada um dos setores e unidades que compõem a estrutura organizacional. A unidade de informação deve-se conformar enquanto um espaço que recebe as informações processadas, para analisá-las dentro de uma perspectiva global dos interesses organizacionais. É fundamental que os diferentes setores e unidades elaborem e produzam suas informações, processem-nas e sejam capazes de analisá-las. A função de uma unidade de informação é agrupá-la e valorizá-la dentro de uma série de objetivos organizacionais estabelecidos e priorizados. A concepção de sistemas de informações apenas com utilização de recursos de informática, equipamentos, digitação e processamento de dados centralizados deve ser superada.

Apesar de se situar o espaço de estruturação dos SIS como o local de produção e disseminação de informação, tende-se a dispender mais recursos no processo de produção. Os aspectos relacionados à capacitação para o uso efetivo de informações organizacionais tendem a ser subestimados. A eficácia de um SIS só ocorrerá se, progressivamente, este processo for invertido. A disseminação deve considerar os aspectos envolvidos na percepção e valoração da informação dentro de realidades organizacionais.

O sistema de informação deve estruturar-se articulando sua área de disseminação de forma que as informações geradas possam ser utilizadas por membros da instituição ou mesmo por outras instituições, para a tomada de decisões e para a consecução de estudos especiais ou projetos de pesquisa.

A política de disseminação de informação deve adequar-se às características de seus públicos-alvos. Ser sucinto, essencializando a abordagem, é fundamental; ainda atua-se em um contexto em que a prática de busca e utilização de informação é bastante precária.

**AUTONOMIA DAS DIVERSAS UNIDADES  
ORGANIZACIONAIS PARA DEFINIÇÃO  
DE SUAS NECESSIDADES DE INFORMAÇÃO**

Os sistemas de informações que constituem-se a partir de um processo centralizado de concepção e operacionalização já demonstraram seus limites no que se refere a seu uso efetivo, à qualidade dos dados e à possibilidade de apreender realidades locais complexas, em um quadro onde a realidade sanitária expressa-se de uma forma desigual. As necessidades de informação são diferenciadas nos diversos níveis organizacionais e entre os diversos setores. O sistema de informação deve se estruturar de forma a atender essas especificidades, ao mesmo tempo que deve suprir, no que interessar aos demais níveis, o sistema de informação como um todo. Um desenho de sistema de informação conformado à partir dessas premissas possibilita à organização potencializar a utilização da informação enquanto um recurso organizacional efetivo, em todos os seus níveis, atendendo as funções de planejamento, de acompanhamento de objetivos e metas organizacionais parciais e de controle de operações de rotina e administrativas.

Particularmente na área de saúde, em que torna-se necessário que o nível gerencial de unidades locais constitua-se enquanto "autoridade" sanitária local, estreitando-se vínculos com a população de sua área de abrangência e potencializando a utilização de recursos disponíveis para intervir em sua realidade sanitária específica, é fundamental que o sistema de informação tenha flexibilidade para incorporar especificidades dos diferentes contextos que compõem a realidade de um distrito sanitário ou de um município. As características da área de saúde, onde a conformação de perfis de morbimortalidade são dependentes de agravos diferentes, das condições sócio-econômicas da população e da estruturação da rede assistencial, não permitem que se uniformize a percepção e o enfrentamento de problemas que são produtos constituídos a partir da interação e confluência destes aspectos, o que lhes confere especificidade, dependendo da

região ou área do município. E o sistema de informação constitui-se enquanto um instrumento decisivo para o processo de gerenciamento de unidades locais

**CONSTITUIÇÃO DE UMA BASE DE DADOS PARA O  
GERENCIAMENTO DOS SERVIÇOS QUE  
ENVOLVEM CARACTERÍSTICAS ASSISTENCIAIS,  
EPIDEMIOLÓGICAS, SÓCIO-ECONÔMICAS E  
ADMINISTRATIVAS-FINANCEIRAS, DO SETOR  
CONTRATADO/CONVENIADO**

Com as novas atribuições decorrentes do processo em curso de municipalização na área de saúde, quaisquer SIS, que pretendam subsidiar a realização de diagnósticos para a análise de possibilidades de intervenção e alocação de recursos, rompendo com critérios clientelísticos e apriorísticos, devem incorporar informações referentes ao setor contratado/conveniado de serviços de saúde. A utilização de sistemas centralizados como o Sistema de Internação Hospitalar, Sistema de Informação de Mortalidade e o Sistema de Nascidos Vivos, agregando desenvolvimentos que permitam decompor os dados por distrito sanitário e por área de abrangência das unidades de saúde é imprescindível. Os dados ambulatoriais estruturados no Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS) são suficientes para traçar um perfil de produção dos serviços, mas não incorporam dados epidemiológicos e de origem de clientela, nem do setor público, nem do setor contratado/conveniado. Torna-se necessário agregar essas informações dentro da realidade organizacional, não necessariamente coletando informações, de forma rotinizada, que incorporem o universo como um todo. É possível através de processos amostrais, rotinizados, enfrentar esses problemas. Com a incorporação do setor contratado/conveniado é necessário rever processos amostrais, pois amplia-se grandemente o universo a ser trabalhado. É importante para o dimensionamento

do tamanho da amostra, a definição precisa sobre qual será a utilização destas informações dentro da realidade organizacional. De qualquer forma, é fundamental que a metodologia a ser utilizada permita chegar ao perfil de morbimortalidade e de origem da demanda das áreas de abrangência das unidades básicas de saúde, as quais são os centros de onde emanarão projetos de intervenção que poderão incidir sobre o quadro sanitário detectado.

Outro aspecto que necessita ser apropriado e valorizado dentro da área de saúde refere-se à coleta e análise de dados financeiros. O volume de recursos financeiros repassados ao setor contratado/conveniado, com sua histórica necessidade de mantê-los sob supervisão e a possibilidade de aperfeiçoar e potencializar a utilização de recursos assistenciais concentrados neste setor, dentro de um planejamento de acompanhamento de metas estabelecidas, merecem a constituição de um sistema de controle articulado com uma equipe de supervisão do controle/avaliação que pode ser acionado a qualquer momento para verificação. Constata-se a necessidade de agregar formas de controle que englobem tanto o aspecto contábil como o assistencial. Sem que isso seja apropriado concretamente dentro da realidade organizacional torna-se complexo falar em gerenciamento de recursos públicos aplicados no setor. O acompanhamento sistemático, a possibilidade de se trabalhar com simulações e cenários diferenciados, onde alocação de recursos diferenciados podem ser testados, compõem um aspecto fundamental do sistema de informação de uma estrutura organizacional da área de saúde.

Mesmo o acompanhamento financeiro dos recursos aplicados na área de saúde nos diferentes níveis de governo é complexo. É importante rotinizar o acompanhamento da alocação destes recursos, mesmo porque é condição da municipalização das ações de saúde, que os municípios também aloquem recursos no setor.

A utilização dos dados sócio-econômicos advindos do IBGE, de forma a permitir uma análise com os dados da área de saúde, tem como pressuposto que a definição de áreas de abrangência das unidades locais respeitem o setor censitário. Ainda se constitui um processo progressivo o apropriar-se da metodologia utilizada e correlacioná-los com a

área de saúde. É necessário selecionar variáveis que serão trabalhadas e ver o nível de agregação, de forma a não se perder em um universo imenso de dados.

**O PROCESSO DE ESTRUTURAÇÃO DA PRODUÇÃO  
DA INFORMAÇÃO NA REALIDADE ORGANIZACIONAL  
CONFORMA-SE PARA O ATENDIMENTO DE  
NECESSIDADES DOS TRÊS NÍVEIS  
ORGANIZACIONAIS**

Nas instituições da área de saúde, a gerência de recursos informacionais, ao estruturar-se, deve incorporar as necessidades de informação dos três níveis organizacionais: controle operacional, administrativo-gerencial e estratégico. A superação de uma situação onde não existem dados rotinizados produzidos e onde não são utilizados por nenhum setor, só se efetiva se, na conformação da área de informações dentro de sua estrutura organizacional, levar-se em conta as especificidades em relação à informação que compõem esses níveis diferenciados. O processo de planejamento do SIS deve ser inserido dentro da realidade organizacional, de forma que estes três aspectos estejam contemplados. Não necessariamente o setor de recursos informacionais deve ser o responsável pela produção, análise e disseminação dessas informações. Pode-se fazer com que os próprios setores sejam responsáveis pelos dados referentes ao controle operacional e mesmo administrativo. O que é importante é que a área de recursos informacionais estruture-se incorporando, necessariamente, as informações estratégicas para a realidade organizacional e que se relacione com outros níveis, no sentido de subsidiar o processo de estruturação relativo a informação dentro do contexto organizacional.

## **GEOPROCESSAMENTO**

A utilização de informações geoprocessadas na área de saúde aperfeiçoa a capacidade de análise dos dados coletados, permitindo a visualização de problemas dentro de um determinado território de uma forma mais clara. O fato de se distribuir eventos dentro de um determinado território, permite que se obtenha dados, não apenas das pessoas que procuraram as unidades, mas também daquelas que residem na área de abrangência, o que *permite elaborar perfis dos residentes por áreas*. Com isso, o geoprocessamento permite que se conheça a origem da demanda de determinada unidade, através da identificação da área de abrangência da população que procura determinado serviço. Esse instrumento auxilia enormemente no processo de planejamento da unidade.

A visualização de informações no contexto de um território, agrega informações a um dado, permitindo fazer correlações sobre possíveis causas ou consequências da ocorrência de eventos.

A possibilidade de agregar informações e distribuí-las sobre um território, permite que se localize precisamente quais regiões de um município ou área de abrangência de determinada unidade de saúde concentram determinados eventos, por exemplo, desnutridos, óbitos infantis, etc. possibilitando direcionar ações para determinadas populações, saindo do campo curativo para o preventivo. A possibilidade de se planejar, levando em consideração o aspecto da concentração de eventos, possibilita discriminar áreas que são de risco para determinados eventos, que precisam ser monitorados. O geoprocessamento é um instrumento poderoso para o planejamento, assentado no conceito de risco. Em um contexto de escassez de recursos, o planejamento de ações dirigidas para áreas que concentrem riscos para a saúde é fundamental.

## **INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIA DE INFORMAÇÃO PARA A ESTRUTURAÇÃO DE SISTEMAS DE INFORMAÇÕES EM SAÚDE**

As mudanças nos processos de trabalho decorrentes da utilização de tecnologia de informação em todas as realidades organizacionais é inquestionável. Na área de saúde, a incorporação de tecnologias de informação iniciou-se no final dos anos 60 com monitoramento de dados clínicos dos pacientes; foi rapidamente incorporada em todo o arsenal propedêutico em processo de desenvolvimento e, só por último alcançou o nível administrativo e de planejamento. Desde a década de 70, sistematicamente vem se agregando recursos tecnológicos de informação para o processo de gerenciamento do sistema de saúde. Em um contexto social onde generaliza-se a utilização de tecnologia de informação, com forte impacto sobre o processo de trabalho classicamente estruturado, é fundamental que um setor, dentro da estrutura organizacional, coordene e impulsione o processo de incorporação de tecnologia de informação e que a organização incorpore esta tecnologia, para evitar o risco de deixar de potencializar a utilização de recursos a sua disposição. A gerência de recursos informacionais deve subsidiar a estrutura organizacional no processo de incorporação desta tecnologia. Como a área de saúde produz e agrega dados de diferentes contextos organizacionais para a estruturação de seu sistema de informações, é importante que esteja prevista a incorporação de tecnologias de informação, tanto na produção da informação como em sua disseminação.



**A DELIMITAÇÃO E A INTERFACE NECESSÁRIA:  
RELAÇÃO SISTEMA DE INFORMAÇÃO /  
EPIDEMIOLOGIA E SISTEMA DE INFORMAÇÃO /  
COMUNICAÇÃO SOCIAL**

Ao se integrarem às realidades organizacionais, os SIS defrontam-se com uma problemática referente à sua função precípua: estruturar-se para subsidiar os processos de decisões organizacionais em todos os níveis . Como área emergente dentro da estrutura organizacional possui interface significativa com duas áreas bem definidas: epidemiologia e comunicação social.

O formato institucional que a relação com as duas áreas estabelece com o sistema de informação é de menor importância; o fundamental é que se relacione dentro de uma estrutura onde as atribuições de cada um dos setores sejam executados, a fim de que não configure um vazio institucional ou superposição de atribuições. A estruturação de dados epidemiológicos é fundamental para o planejamento na área de saúde, no sentido de contribuir para definição de prioridades para alocação de recursos. No entanto, para que se viabilize o projeto definido institucionalmente, são necessárias informações intra e extrainstitucionais que se referem à forma de viabilização e execução do projeto definido. A instituição tem que agregá-las e utilizá-las, buscando integrá-las à informação epidemiológica, as quais juntas, permitem traçar um quadro de possibilidades necessário ao processo de decisões estratégicas. A informação epidemiológica, no sentido de refletir um quadro sanitário é fundamental, mas não suficiente para instrumentalizar a intervenção dentro de uma realidade institucional.

Quanto à área de comunicação social, o sistema de informações para ser reconhecido dentro da estrutura organizacional, com a utilização rotineira de informações pela instituição, precisa disseminar suas informações e para isso, deve-se estabelecer públicos-alvos distintos, onde a responsabilização pelo retorno da informação esteja

assegurada. O nível gerencial, de um modo geral, deve se relacionar mais diretamente com o sistema de informação; quanto aos outros públicos, depende do desenho organizacional. De qualquer forma, é necessário que o SIS subsidie com a parcela de informações, que julgar, ou for definido, como institucionalmente importante, o setor de comunicação social, se este não estiver incorporado a sua própria estrutura. É o retorno de informações, consolidadas e analisadas, que dá concretude à existência do SIS dentro da realidade organizacional

### **ESTRUTURAÇÃO DE UM SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE QUE INCORPORA NÃO SÓ DADOS MAS TAMBÉM DOCUMENTOS**

É importante que o SIS tenha condições de propiciar o acesso a pesquisas e a legislação referentes à área de saúde que estão em constante processo de mudanças. A capacidade que uma estrutura organizacional tem de se colocar dentro do contexto externo depende da capacidade de incorporar inovações, produções e reflexões que estão sendo realizadas por outras pessoas em outras realidades organizacionais, em outros lugares. É necessário que o sistema de informações estruture-se de forma que informações que são consideradas relevantes para a área sejam monitoradas e documentos que abordam estes aspectos sejam recuperados. A interrelação entre sistemas de informações que produzem dados e sistemas que recuperam documentos é fundamental na estruturação de SIS.

Este aspecto permite que a organização não se relacione apenas com sua própria experiência, mas incorpore outras e escolha alternativas entre opções que outras instituições já fizeram e que estão executando. Para o monitoramento do ambiente externo, fundamental em qualquer sistema estratégico, é necessário utilizar não somente dados numéricos produzidos, mas também documentos. Na dimensão da utilização da informação

para avaliar ações organizacionais desenvolvidas, o acesso a informações e análises sobre outras realidades e contextos organizacionais é importante. O parâmetro tem que ser o que ocorre no mundo externo e não um olhar estritamente intra-organizacional. Afinal, para manter uma posição e avançar dentro de uma realidade é preciso estar incorporando pesquisas e reflexões mais avançadas dentro da área.

### **A GESTÃO DA INFORMAÇÃO: O DESAFIO DE SE CONFORMAR COMO ÁREA QUE SE ESTRUTURA A PARTIR DA INTERRELAÇÃO COM AS DEMAIS**

A gestão de um SIS não deverá voltar-se para o próprio setor; as grandes diretrizes do setor e seu processo de desenvolvimento devem ser resultantes de um processo integrado de desenvolvimento de todas as áreas. O SIS não se constitui como atividade fim dentro de um contexto organizacional. A sua gestão requer especificidades. Deve ser no processo de interação com as diversas áreas, de uma forma periódica, que ele deve ir se conformando. Devem ser identificadas as áreas estratégicas dentro da estrutura organizacional e seu nível diretivo deve, periodicamente, participar da gestão dos recursos informacionais da organização; com isso, torna-se mais fácil potencializar a utilização da informação como um recurso estratégico. É importante incorporar os conselhos de saúde em instâncias relativas à definição de diretrizes e acompanhamento da política de informações em saúde.

Dentre as diretrizes de estruturação de Sistemas de Informações em Saúde encontra-se a participação popular, que será discutida em tópico separado.

### **3.3.3 O CONTROLE SOCIAL E SUA RELAÇÃO COM A INFORMAÇÃO**

A participação de diversos atores sociais configura-se de fato, quando é capaz de incidir sobre concessões em relação aos espaços de poder, portanto, pela sua maior ou menor ruptura com estruturas tradicionais, clientelistas ou autoritárias. Essencializar a participação reside na possibilidade dos usuários não só acompanharem, mas participarem efetivamente na implantação e na gestão dos serviços públicos que os beneficiam, ou seja, relaciona-se com a possibilidade de que um espectro mais abrangente da população possa vir a influenciar o processo decisório (JACOBI, 1987).

Na medida em que a existência da informação integra intrinsecamente o processo decisório, a possibilidade de democratizá-lo está diretamente vinculado à possibilidade de democratizar a informação. Enquanto tal, a informação conforma-se enquanto espaço de poder. Informação significa um espaço estratégico de disputa de poder. É poder quando informa aquilo que é importante para quem está de fato decidindo, quando instrumentaliza ou escamoteia e/ou justifica as não decisões, no sentido de criação ou manutenção dos interesses hegemônicos, em uma dada conjuntura (MORAES, 1994).

A informação quando adequadamente assimilada, produz conhecimento, modifica o estoque mental de informações do indivíduo e traz benefícios ao seu desenvolvimento e o desenvolvimento da sociedade em que ele vive. Assim, como agente mediador na produção do conhecimento, a informação qualifica-se em forma e substância, com estruturas significantes com a competência de gerar conhecimento para o indivíduo e seu grupo. Quem detém os estoques de informação determina a sua distribuição e condiciona, potencialmente, a produção do conhecimento. Os produtores de informação não podem dizer ao indivíduo o que pensar, mas podem induzir o que pensar. E na realidade fragmentada por desajustes sociais, econômicos e políticos, a disponibilidade ou a possibilidade de acesso à informação por si só não implicam uso efetivo que pode produzir

conhecimento. Democratizar a informação, não pode, assim, envolver somente programas para facilitar e aumentar o acesso à informação. É necessário que o indivíduo tenha condições de elaborar esse insumo recebido, transformando-o em conhecimento esclarecedor e libertador, em benefício próprio e da sociedade onde vive (BARRETO, 1994).

Pode-se identificar relações entre os modos pelos quais os grupos pensam e buscam as informações e o modo pelo qual o conhecimento é estruturado. Quando as pessoas olham e perguntam por informações e, em seguida, tentam ordená-las em direção a um conhecimento válido e utilizável, elas trazem um grande diferencial de habilidades e necessidades, as quais podem ser identificadas:

a) visão de mundo: afeta a forma como a pessoa explica e o que ela aceita como verdadeiro, e que são permeados por crenças e valores;

b) estilo cognitivo (modo de apreender), que pode ter uma dimensão holística (têm-se uma visão geral, antes de ver os detalhes constitutivos) ou serialística (tenta-se colocar fatos e opiniões dentro de uma seqüência lógica);

c) caminho de categorização da busca e da classificação do conhecimento. Parte-se do princípio que as pessoas usam categorias para ajudar a converter informação em conhecimento (HANNABUSS, 1984).

Ao situar a possibilidade de intervenção na vida social a partir do processo da informação, é importante saber quais são, em um determinado estado e determinada situação, as informações que podemos transmitir: quais passarão (com deformações mais ou menos importantes) e quais não conseguirão passar. Alguns elementos podem ser avaliados:

a) deficiência da informação anterior;

b) interferência da estrutura psíquica do indivíduo;

c) resistência à passagem de certas informações, onde determinado grupo social de indivíduos resistem, em virtude da estrutura de sua consciência real, resultante de seu passado e múltiplos acontecimentos que sobre ela giram. Nesse nível,

trata-se de uma possibilidade de transformação da consciência real, que não põe em questão a existência do grupo;

d) os limites da consciência possível, onde o grupo, para obter a transmissão, como grupo, tem que desaparecer ou transformar-se, a ponto de perder suas características sociais essenciais (GOLDMAN, 1970).

A adoção e o uso de tecnologia de informação por grupos comunitários e agências voluntárias são afetados por problemas relevantes: o conhecimento da existência da informação e a pressão para tratar a informação como mercadoria.

As organizações, atores principais de uma mudança social, não serão capazes de tirar proveito da tecnologia se lhes falta uma avaliação das características e da relevância da informação, como também habilidade para manipulá-la, denominada como "capacitação em informação", a qual pode ser entendida como: conhecimento da existência da informação; acesso aos recursos e exploração dos recursos. Pobreza em informação implica um baixo nível de conhecimento da sua existência, acesso inadequado e reduzida capacidade de explorar todo o seu potencial.

A pressão para tratar a informação como mercadoria é uma das mais inquietantes tendências com a qual o agente de informação tem que lidar na década de 90, resultado de três fatores influentes: a tecnologia da informação, que permite armazenar de forma rápida e segura, além da possibilidade da transparência de grande quantidade de dados, a qual impede ou anestesia a inclinação das próprias pessoas para identificar o que é melhor para elas e os princípios do mercado, que favorecem uma cultura na qual dominam os interesses comerciais de uma forma sufocante e os interesses pessoais sobrepujam os interesses dos grupos desarticulados (HARRIS, 1991).

A incorporação de inovações tecnológicas dentro das organizações faz com que, conscientemente, o processo de decisão seja mais dinâmico e mais dependente de informação. Este grau de dependência em relação a informação faz com que,

naturalmente, quem controla a informação tenha cada vez mais uma posição de poder (TRAUTH, 1981).

É uma ilusão considerar que o desmembramento das idéias reduz-se ao aspecto quantitativo, que o maior número de informação leve necessariamente a um aumento das possibilidades do exercício da cidadania. Primeiro, porque o acúmulo de informações pode ser de uso restrito. O aumento de informações pode reforçar a dominação de uns sobre os outros, reforçar as desigualdades, aumentar relativamente a ignorância da maioria. Segundo, pode ocorrer um excesso de informação que se concentra em determinados aspectos de uma questão, ocultando outros. O direito à informação não é necessariamente transformador da realidade, mas é a base para qualquer reivindicação consciente de mudanças. A democratização da informação implica: descentralização do controle, bem como das responsabilidades; aumento da participação na produção e recepção da informação e expansão dos direitos e deveres relacionados com a divulgação (ALMINO, 1982).

Na área de saúde, a abordagem da informação enquanto um elemento constitutivo do controle social é salientado em vários documentos. A Comissão Nacional de Reforma Sanitária coloca como princípios do sistema de informação em saúde no Brasil:

- a) a privacidade;
- b) a divulgação das informações deve favorecer o controle social;
- c) adequação ao Sistema Único de Saúde;
- d) retorno das informações à fonte (GRUPO DE TRABALHO SOBRE INFORMAÇÃO EM SAÚDE DA COMISSÃO NACIONAL DE REFORMA SANITÁRIA, 1987).

A Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO, 1994), diagnostica como a situação se encontra: desconhecimento da existência e das possibilidades de acesso aos sistemas de informações em bancos de dados, dificuldade de acessar os dados sendo que o eventual acesso às informações apresenta dificuldades em resgatar o potencial informativo dos dados. As informações divulgadas nem sempre são

compreensíveis para diversos segmentos da sociedade, apontando para a falta de integração e articulação entre as áreas de informação e comunicação social nas diversas esferas do SUS. A ABRASCO salienta que a informação é um bem público e neste sentido, é necessária a criação de mecanismos e instâncias colegiadas de controle social sobre decisões estratégicas, que envolvem a produção e disseminação de informações. É dentro desta problemática que se coloca a discussão sobre a importância da informação para o controle social na área da saúde.



## 4 OS CONSELHOS DE SAÚDE E OS NOVOS MOVIMENTOS SOCIAIS

O processo de controle social em curso na área de saúde nos remete à discussão acerca das novas relações existentes entre Estado e sociedade no Brasil.

Na relação entre Estado e sociedade, parte-se do pressuposto que o modelo liberal de sociedade radicaliza a separação entre Estado e sociedade, reduzindo drasticamente o escopo do político e despolitizando a cidadania, transformando os homens em indivíduos solitários e desamparados quando enfrentam as forças coletivas. A contradição básica estaria entre a natureza individualista e atomista da cidadania e a natureza coletiva e organizada das ações políticas, indispensáveis ao atendimento das necessidades e expectativas dos cidadãos. O modelo liberal é caracterizado pela individualização da cidadania, a privatização da vida social e uma separação clara entre as esferas pública e privada, na qual aquela deve ter um alcance minimizado, enquanto se ampliam ao máximo as fronteiras do privado. O modelo liberal desaconselha a ação social e política, com base na concepção de que apenas a ação econômica privada pode conduzir ao bem estar coletivo. A personalidade do cidadão é absorvida pela pessoa do produtor e trocador de mercadorias, enquanto a ação política torna-se mecanismo puramente defensivo. A sociedade civil é vista pelos liberais como espaço de proteção às atividades centradas no interesse próprio, contra a interferência de outros indivíduos também buscando promover seus interesses particulares (ABRANCHES, 1985).

A tradição da cidadania individualista vincula-se à idéia de representação, a qual não exige a participação ativa dos representados e operaria como garantia dos direitos individuais, transferindo o envolvimento direto apenas para quando se tratasse da esfera privada, onde localizar-se-iam aspectos mais relevantes para o bem estar

individual e de toda a sociedade. A idéia de representação ganha contornos mais significativos no que diz respeito a assuntos públicos do que a participação, instaurando uma ruptura entre participação/representação.

As teorias liberais pluralistas mais contemporâneas adotam a defesa ampliada da política de grupos, partindo da premissa que a identificação das pessoas com grupos e organizações voluntárias é estimulada pelo desejo individual de defender interesses particulares. A explicitação dos direitos tornou-se dependente dessas organizações, que na verdade, passam a definir o conteúdo específico desse direitos.

A concretização dessas noções dar-se-ia com o objetivo de incidir sobre as transações sociais (de mercado) através de duas vias: por meio de emergência de organização privadas e voluntárias que ligariam o indivíduo não ao todo, mas ao Estado e pela via de regulação estatal e crescimento diversificado das agências de bem-estar social, as quais corresponderiam à efetivação de maior capacidade de intervenção pública na operação do mercado de um lado, e na afirmação da dimensão da cidadania, de outro. No entanto, nessas sociedades, isto não se concretiza gerando impasses e recolocando a noção de cidadania/ação coletiva (ABRANCHES, 1985).

A crise do modelo liberal é analisada por CRUZ (1986), que identifica três pontos de rupturas vinculadas à emergência dos novos movimentos sociais:

a) ruptura cultural: as antigas certezas se desintegravam sob a marcha inexorável da individualização da sociedade;

b) ruptura com o modelo estatal abrangendo: ineficiência administrativa, incapacidade para prestar serviços e deterioração da legitimidade;

c) ruptura do modelo de desenvolvimento: questões são levantadas sobre as possibilidades e limitações reais, em um esforço da sociedade para conquistar uma nova forma de vida.

A partir dessa problemática estaria ocorrendo na sociedade atual um amplo processo de redefinição da noção de cidadania. Verifica-se a construção coletiva de

direitos que estão sendo realizados pelos movimentos sociais. Na transformação de necessidades e carências em direitos, autopercebidos, processa-se a construção coletiva, que gera atuação política e fundamenta a legitimidade do poder. O confronto com o Estado não é apenas reconhecimento de sua legitimidade mas uma avaliação dessa legitimidade, que é medida por sua capacidade de respeitar e promover os direitos que a população está atingindo (DURHAN, 1984).

A concepção liberal focaliza principalmente a necessidade das liberdades e supõe que, através da iniciativa pessoal e dos mecanismos do mercado, a maioria dos indivíduos resolve seus problemas. Também o liberalismo considera a questão do sentido da vida como assunto individual. Os novos movimentos sociais surgem na tentativa de superar aspectos não resolvidos pela concepção liberal (VIOLA, 1986).

Um dos pontos mais relevantes dos movimentos populares urbanos tem sido o de cristalizar o significado da cidadania, não somente em termos de conquistas materiais mas, principalmente, na constituição de uma identidade que gradualmente vai quebrando a consciência fragmentária que lhe é imposta, não só pelo regime político autoritário mas pela situação de subalternidade de seus agentes (JACOBI, 1987).

É a partir das características do modelo liberal e suas recentes transformações, tanto nos países do primeiro mundo como nos dependentes, que os novos movimentos sociais emergem, incorporando novos valores, questionando a ação do Estado e o próprio sentido da sociedade. Cabe salientar que a discussão que será apresentada, relativa aos novos movimentos sociais, refere-se a concepções surgidas nas primeiras análises sobre novos movimentos sociais, ainda sob o impacto de sua emergência e ascensão.

## 4.1 OS NOVOS MOVIMENTOS SOCIAIS

As diferentes abordagens sobre as condições de emergência dos novos movimentos sociais salientam sua especificidade. É a partir do final da década de 60 que diversos autores europeus começam a salientar a politização da questão urbana. As mudanças dos modos de consumo coletivos, expressos na organização urbana, e a articulação entre as novas contradições sociais que aparecem nas sociedades industriais capitalistas e as contradições econômicas e políticas na base de sua estrutura social instauram as bases para a eclosão dos movimentos sociais urbanos. Esta problemática urbana se configura enquanto crise da cidade capitalista, gerando um crescente processo de politização do cotidiano, em decorrência da ação contraditória do Estado. É a partir desta abordagem que diversos autores situam a origem dos movimentos sociais urbanos (CASTELLS, 1980).

KÄRNER (1986) afirma que dois fenômenos são responsáveis pela origem dos novos movimentos sociais, tanto nos países industrializados como naqueles em desenvolvimento: há um processo de alienação, acompanhado de uma perda real da confiança nas organizações políticas tradicionais; e o ganho de importância da idéia de não querer adiar para o futuro distante o sonho de uma sociedade livre e humana, mas tratar de realizá-la na prática da luta cotidiana pela sobrevivência.

VIOLA (1986) salienta que a discussão europeia coloca o surgimento dos novos movimentos sociais como um componente importante para superar a democracia liberal, no sentido de uma democracia radical. No entanto, o debate latino-americano insere-se em duas tendências principais: de um lado, exagera a capacidade dos novos movimentos sociais para criar uma sociedade; de outro, põe a ênfase nos limites dos movimentos, subestimando-os à medida que podem apoiar a criação de uma nova cultura política.

JACOBI (1987) ao analisar o surgimento de novos movimentos sociais afirma que no Brasil o referencial analítico das contradições é limitado para apreender a

complexidade da emergência de mobilizações populares. Não ocorre uma correlação mecânica entre a carência/exclusão de benefícios urbanos e movimentos, mas são ações povoadas de mediações (particularmente com o Estado) que têm que ser avaliadas.

VIANA (1986), tentando identificar em que condições surgem os novos movimentos sociais no país, no que se refere à relação com o Estado, traça um paralelo entre o *Welfare State* e o Brasil. Salienta que o *Welfare State* instaura-se após uma evolução política que teve dois eixos de sustentação:

a) um que criou as condições para que o Estado, enquanto esfera pública, emergisse com a dimensão da universalidade, capaz de assegurar identidade para toda a nação, de um conjunto de obrigações e direitos que, embora formais, eram cruciais para fundar um início de solidariedade social;

b) desenvolvimento de estruturas político-institucionais de representação das diferenças.

O Brasil demonstra sua peculiaridade pelo fato do sistema de proteção social se basear em uma concepção tutelar da cidadania e em uma forma de incorporação dos atores (sociais e políticos) ao cenário nacional, que se deu a partir de grupos de interesses incrustados dentro do Estado, resultando em:

a) uso privado da máquina estatal;

b) perda da força política dos canais reivindicatórios, ou seja, a estatização do privado.

Acrescenta ainda que para romper com esse passado de políticas sociais, são necessárias mudanças na estrutura de relacionamento entre Estado e sociedade, portanto, o revigoração da noção do público, em detrimento de lutas particulares, corporativistas, que passam pelo aperfeiçoamento do sistema partidário, mecanismos categorizados pela autora como próprias de uma institucionalidade, sem os quais tornam-se inoperantes, incapazes de reverter a prática clientelista e correndo o risco de serem cooptados pela estrutura política.

TELLES (1994) salienta que o tema "movimentos sociais" surge no país a partir de 78/79, com os seguintes indicadores de novidade:

a) práticas reivindicatórias que escapavam dos aspectos tradicionais do clientelismo político;

b) práticas associativas em que parecia ausente a ação direta e hegemônica de grupos organizados de esquerda;

c) formas de organização articuladas a partir de interesses imediatos referentes às condições de vida e moradia e desvinculados de instituições do Estado e partidos oficiais.

Estes aspectos criaram condições para que três grandes ênfases fossem dadas às novas formas de participação:

a) na ênfase nessas novas formas de participação havia o reconhecimento da existência de dimensões da vida social que escapavam ao controle do Estado e que não eram inteiramente recobertos pelas instituições;

b) tendo sido percebidas como expressão da capacidade de auto-organização dos trabalhadores, através de sua descrição e caracterização, construíam-se as evidências de sua importância enquanto alternativas aos sindicatos e partidos tradicionais, vistos como lugares que, desde sempre, garantiam e instrumentalizariam a subordinação e heteronomia das classes subalternas;

c) as novas formas de participação foram vistas como elementos portadores de futuro.

Os novos movimentos sociais surgem em um contexto no qual a confluência da rápida modernização do aparato estatal no país e a ausência de esforços de intervenção política pelos instrumentos tradicionais de organização (partidos e sindicatos) geram condições para a construção e a percepção de novos sujeitos coletivos que tentam construir espaços alternativos para a ação política a partir de novos métodos.

No entanto, a promissora expectativa em relação aos novos movimentos sociais não se concretiza: surgem evidências de fragmentação e das dificuldades de suas lutas, do desfiguramento e desarticulação de seus organismos (TELLES, 1994), de desmobilização em virtude do fortalecimento da posição institucional e de emergência de manifestações coletivas de caráter mais tópico, sob o signo da ação direta (JACOBI, 1987) ou questionamentos sob seus potenciais (MOISÉS, 1992).

MOISÉS (1992), ao analisar os limites dos movimentos sociais afirma que, ao fragmentar a possibilidade de intervenção, os movimentos sociais não contribuem para a definição e/ou a consolidação de um novo padrão de formulação de políticas, nem instituem negociações institucionais em todos os níveis. Como consequência, contribuem para configurar um quadro de empobrecimento do processo de construção da democracia e um esforço do Estado tutelar provedor, tendo que sobreviver em um quadro em que se torna necessário acentuar seu caráter corporativo.

DURHAN (1984) tenta identificar as características dos novos movimentos sociais e a partir daí, situar seus limites e potencialidades, entendendo-os como um processo ambivalente. Afirma que criam um espaço onde é possível a vivência da igualdade permitindo a representação da utopia e elaboração dos direitos que definem uma nova cidadania. Por outro lado, restringem a experiência democrática à prática da democracia direta nos pequenos grupos. Encontram também dificuldades em institucionalizar mecanismos de representação, criando obstáculos à ampliação e a articulação dos núcleos, fornecendo uma visão paroquial e fortalecendo os comportamentos corporativos próprios de reivindicações particularistas. Inversamente, e na medida mesma em que promovem a coletivização de experiências individuais, mostram-se extremamente sensíveis à possibilidades de mudanças que parecem estar presentes nessa nova sociedade em gestação.

GUTIERREZ (1986) salienta que os movimentos sociais vivem um movimento de inflexão, entre as orientações e características tradicionais da sociedade e o

surgimento de novas práticas e orientações. É nesses espaços culturais do cotidiano de resistência que começam a aflorar valores e formas sociais coletivas de auto-governo, que poderão reconstituir o sistema de oposições e viabilizar a reconstrução dos sujeitos históricos. Afirma, no entanto, não existir um princípio único que explique o funcionamento e a transformação dos movimentos sociais, colocando a possibilidade de um processo de desestruturação e desintegração social crescente, em que os atores não chegam a se constituir plenamente por um lado; e, de outro, a possibilidade desses movimentos se tornarem portadores de uma nova ordem social, de um novo modelo de desenvolvimento.

KRISCHKE (1986) avalia as mudanças ocorridas na cultura política, como resultado das experiências de identidade restrita dos movimentos sociais, como sendo positivas por promover uma acumulação de reivindicações e conquistas necessárias quando se trata de problemas específicos e porque o igualitarismo das experiências democráticas de base tem sobrevivido às situações de intercâmbio, negociações e conflitos com os poderes públicos.

Segundo KÄRNER (1986), os novos movimentos sociais ganham força e significação contra formas de alienação e despersonalização crescentes, baseados no fato de que, mesmo sob condições difíceis, podem contribuir com uma mudança de valores para a sociedade, constituída no cotidiano.

VIOLA (1986) afirma que os movimentos sociais têm tido uma influência clara na criação de relações sociais mais democráticas e um efeito democratizador nas interações humanas; entretanto, a correspondência entre as relações sociais democratizantes e a criação de uma ordem política mais democrática não é clara. Mostra também que dois aspectos ainda permanecem nebulosos para os novos movimentos sociais: a forma da sociedade que se deseja e os meios para encorajar a mudança social.

WARREN (1986) afirma que os novos movimentos sociais estão formando lastro social importante para a construção de uma nova cultura política de base no Brasil, por três aspectos:



a) reação às formas autoritárias e de repressão política, propondo democracia direta sempre que possível e de base ou representativa em contratos mais gerais, além de questionar os próprios critérios de distribuição do poder;

b) reação às formas centralizadas do poder, defendendo autonomias locais e sistemas de autogestão;

c) reação ao caráter excludente do modelo econômico adotado no país, encaminhando novas formas de vida mais comunitária.

CRUZ (1986) afirma que geralmente ocorrem posições céticas diante dos movimentos sociais: tenta desvalorizar sua importância, atribuindo-lhes uma existência efêmera e circunstancial e alerta para o perigo de que o autonomismo e antiestatismo dos novos movimentos desencadeiem, por sua descrença da política, uma lógica perversa que desemboca no corporativismo, reforçando finalmente o Estado.

Segundo TELLES (1994), o significado desses movimentos estaria em poder articular um espectro de interesses mais amplo do que a luta estritamente sindical, nos efeitos deslegitimadores no âmbito do Estado, porque poriam em cheque a sua imagem de provedor do bem comum, na ampliação das práticas e no conceito de cidadania não circunscrita aos direitos políticos, mas abarcando os direitos sociais de acesso aos equipamentos urbanos de consumo coletivo. Afirma ainda que esses movimentos foram pensados no interior de uma representação da sociedade como exterioridade frente ao Estado, como um contra-poder em gestação, como sinais de uma sociedade contra o Estado.

É dentro dessas ambivalências constitutivas dos movimentos sociais e da busca contínua do seu significado para o processo em curso de democratização da sociedade brasileira que também se dão as discussões sobre a participação popular na área de saúde.

## 4.2 EMERGÊNCIA E PERSPECTIVAS DOS NOVOS MOVIMENTOS SOCIAIS

A partir do final da década de 70, começam a surgir os primeiros trabalhos enfocando a emergência de movimentos sociais com características peculiares. Diversos autores buscam identificar estas características e situá-las dentro do processo em curso na sociedade brasileira.

Segundo KÄRNER (1986), os movimentos sociais são entendidos como um processo coletivo e comunicativo de protesto, conduzido por indivíduos, contra relações sociais existentes e que afetam um grande número de pessoas (que não precisam estar necessariamente organizadas). Pergunta também se não deve assumir importância a subjetividade, no sentido da autonomia dos interesses parciais e dos grupos, em face da uniformidade obrigatória e do formato coletivo do sujeito revolucionário.

VIOLA (1986) caracteriza os novos movimentos sociais:

- a) orientam-se por critérios de afetividade, de expressividade, orientações comunitárias e organização horizontal;
- b) não se orientam principalmente ou diretamente para o Estado;
- c) valorizam graus elevados de participação nas decisões internas e buscam bases consensuais de decisão, conduzindo à valorização da realidade e da comunidade local;
- d) os pequenos grupos autônomos são foco central da vida associativa.

JACOBI (1987) afirma que dois fatores são importantes nos movimentos coletivos: a dinâmica da ação estatal e as bases e os fatores propulsores da ação coletiva numa determinada conjuntura. É difícil discuti-los pela sua heterogênea base social, pelo caráter assumido por estes na medida em que se constituem enquanto formas de mobilização que ocorre fora dos espaços tradicionais de representação e na especificidade de suas demandas. No entanto, sua eclosão revela tanto a construção de uma identidade

coletiva quanto uma resposta a carências, assim como o desenvolvimento de novas formas de participação política em face das transformações do Estado. O processo de negociação com o Estado permite a criação de uma identidade coletiva, que não se coloca somente no plano político, mas também no cultural. Por outro lado, a elaboração em torno das carências não se coloca somente no plano objetivo, sendo necessário refletirmos em termos da dimensão subjetiva e seus reflexos na eclosão das reivindicações coletivas e na construção de uma cidadania popular. Chega-se ao esforço de uma visão dos movimentos como uma relação com o aparelho de estado onde os dois pólos se transformam no processo, ocorrendo uma concomitância entre as demandas populares e a priorização de certas políticas sociais por parte do governo.

WARREN (1986) salienta que a identidade destes novos movimentos sociais será construída a partir de dois fatos: estrutural, isto é, reconhecimento por parte do povo, em sentido mais abrangente de que classe proletária, das condições materiais do capitalismo contemporâneo e de suas variadas e sobrepostas formas de opressão, bem mais amplos do que os antagonismos que ocorrem no mundo das relações de produção; e, cultural, o que se traduz na internacionalização de uma cultura crítica que vem penetrando os movimentos populares. Este pensamento crítico está sendo construído a partir de uma insatisfação quanto às formas de opressão e autoritarismo. Princípios como democracia de base, livre organização, autogestão, direito à diversidade e respeito à individualidade, identidade local e regional e noção de liberdade individual, associada à de liberdade coletiva, caracterizam as formas de organização e de luta dos novos movimentos sociais.

DURHAN(1984) afirma que os movimentos sociais constituem uma forma de mobilização popular com espaço próprio, diverso daquele ocupado por partidos e sindicatos; compreende talvez a transformação recente da sociedade industrial capitalista e o fato de que a mobilização crescente da sociedade se dá, tanto pela criação de novas formas, quanto pelo fortalecimento daquelas anteriormente existentes. Os movimentos sociais não podem ser vistos como movimentos de defesa contra o empobrecimento crescente, mas

como exigência de atendimento de novas necessidades e, portanto, como luta pela ampliação do acesso ao espaço político e aos benefícios do desenvolvimento econômico. As reivindicações que implicam uma ampliação do consumo coletivo surgem onde são mais necessárias em termos de carência da população. Não organizam as pessoas a partir da sua inserção no processo produtivo mas dizem respeito à esfera do consumo. Suas diversas facetas e complexidades nos leva ao campo da cultura. Os movimentos articulam-se em função de uma ou mais reivindicações coletivas que são definidas a partir de carências comuns. É a carência que define a coletividade possível. Salienta ainda que nas relações internas e no plano simbólico, enfatizam a igualdade. A construção de igualdade se dá através de uma negatividade específica; face à essa carência, todos se tornam iguais. Essa vivência da comunidade, isto é, da coletividade dos iguais, criada pela ação conjunta de todos, se dá em uma dimensão própria que implica uma novidade importante: reconhecimento da pessoa em um plano público e não privado. Como consequência, vivem essa experiência como um enriquecimento pessoal, na intensificação de sua qualidade de sujeitos. Os movimentos sociais tendem a apresentar uma dupla face: a pública, que enfatiza a igualdade, a visão, o consenso e a oculta, das visões, divergências, acusações mútuas, discriminação que só são reconhecidas para serem deplorados, mas que contribuem muito para o valor, a intensidade e a dramaticidade dessa prática coletiva.

## 4.3 O CONCEITO DE PARTICIPAÇÃO E OS MOVIMENTOS DE SAÚDE

VALLA (1992), ao definir participação social, refere-se às múltiplas ações que diferentes forças sociais desenvolvem para poderem influenciar a formulação, execução, fiscalização e avaliação das políticas públicas na área social (saúde, educação, habitação, transporte). Salaria que diversas noções podem estar associadas à participação social:

a) modernização: com a superação de atrasos tecnológicos e culturais de uma determinada sociedade, o país passará por profundas mudanças e a população como um todo participaria;

b) integração de grupos marginalizados;

c) mutirão;

d) desenvolvimento comunitário: a população planeja e toma suas próprias decisões com pequena participação financeira do Estado;

e) participação popular; é uma participação política das entidades representativas da sociedade civil em órgãos, agências ou serviços do Estado, responsáveis pelas políticas públicas na área social, o que de um lado, legitima a política do Estado diante da população; por outro lado, significa um canal para que as entidades populares disputem o controle e a destinação de verba pública.

SPOSATI e LOBO (1992) descrevem os mecanismos para provocar a participação popular no país:

a) mecanismos formais de democracia representativa parlamentares;

b) democracia participativa e democracia direta, através da presença de órgãos populares junto ao executivo;

c) através do judiciário, que possibilita, a princípio, que qualquer pessoa faça valer o direito criado pela legislação e não aplicado pela administração.

JACOBI (1987), ao discutir a necessidade de ampliar a participação, salienta a necessidade de mecanismos de participação complementares aos partidos, em virtude:

a) da multiplicação e especialização das funções das instituições representadas;

b) a complexidade crescente da sociedade não garante a representação dos interesses especiais, setoriais ou territoriais;

c) é fundamental incorporar a noção de que existem grupos sociais que dispõem de recursos econômicos, culturais ou políticos, para os quais a existência de canais de participação democrática pode facilitar a sua intervenção na vida política e estimular o seu desenvolvimento coletivo.

DEMO (1991) define participação como processo de conquista e construção organizada de emancipação social, contendo quatro conceitos fundamentais: uma idéia de processo, pois se trata de um fenômeno historicamente dinâmico e marcado pela profundidade qualitativa no espaço e no tempo; conquista e construção, significando que não pode ser obra de terceiros, mas dos reais interessados; organização, indicando que um dos signos principais de sua competência está na cidadania e o de emancipação social, estabelecendo a centralidade do sujeito social no espaço histórico estrutural das desigualdades sociais.

JACOBI (1987) salienta que a participação deve ser vista pela ótica dos níveis de concessão dos espaços de poder, portanto, pela via da maior ou menor disputa com estruturas tradicionais, patrimonialistas e autoritárias. Portanto, a essência da participação reside na possibilidade dos usuários não só opinarem, mas participarem efetivamente na implantação e na gestão dos serviços públicos que os beneficiam.

SOUZA (1990) problematiza o entendimento a respeito de movimentos de saúde. Partindo de SCHEREN-WARREN, que define os movimentos sociais como uma ação grupal para a transformação (*praxis*) voltada para a realização dos mesmos objetivos (o

projeto) sob a orientação mais ou menos consciente de princípios valorativos comuns (a ideologia) e sob uma organização diretiva mais ou menos definida (a organização e sua direção), a autora tenta aplicá-lo na saúde. Considerar o movimento de saúde em um sentido estrito significa, freqüentemente, entendê-lo pela negativa, ou seja, identificá-lo com ausência de doenças; neste caso, o objetivo dos movimentos se reduziria a combater a doença, através de reivindicações por melhores serviços de saúde, dissolvendo-os em uma dimensão global: de certo modo, todos os movimentos poderiam ser incluídos sob essa rubrica.

A noção do controle social nos documentos oficiais da área de saúde (conferência, decretos, portarias, encontros de secretários municipais de saúde ) pressupõe uma modificação da relação com o poder estabelecido, não se reduzindo aos aspectos de fiscalização ou de execução dos serviços, mas configurando uma situação que refletiria um real poder da população em interferir e modificar rumos políticos, planos e programas de saúde.

Alguns autores buscam identificar as modificações que a participação popular/controlado social introduz. Segundo VALLA (1992), a participação popular pode introduzir uma nova lógica - a das necessidades coletivas, que escapam ao livre jogo do mercado para impor-se através da consciência e da organização dos atores políticos, o que alteraria o perfil das políticas e dos investimentos públicos vigentes em nosso país.

SPOSATI (1992), ao discutir a participação popular na política e nos serviços de saúde, afirma que começa na condição virtual de usuário-cidadão em participar de uma idéia-projeto para atender uma ou mais necessidades, na medida em que a necessidade em saúde é historicamente determinada. Partindo do pressuposto que a saúde é uma questão de vida individual e coletiva, que exige um padrão público e social, a autora afirma que se deve entendê-la, não como um produto a ser consumido, mas sobretudo delinear o projeto que se quer como padrão de qualidade de vida de uma sociedade e, nela, de cada um dos cidadãos. Afirma ainda:

*"Por mais que queiram transmutar a saúde em produtos consumíveis, sejam medicamentos e/ou tratamentos, a compor o imaginário das pessoas, transformando-a em símbolos do consumo, ela é, mais do que direito ao consumo de saúde. É mais do que a lista de serviços, mesmo públicos, ainda que estes sejam básicos à vida da população. Saúde não é uma necessidade cujos contornos de satisfação estejam plenamente dados de saída. O usuário-consumidor é um sujeito democrático virtual na construção da política de saúde e não um carente a ser atendido por uma instituição transformada em ofertante de serviços, negadora, em sua prática, dos direitos dos cidadãos. A equidade na saúde não se limita a uma mera extensão e distribuição mais adequada dos serviços, mas igualmente, a sua conformação em um direito".*

A autora precisa concretamente as funções do controle social situando-o como algo processual e como necessidade dos indivíduos se capacitarem a fim de exercer a alteridade. Não se trata de vigiar uma burocracia, ainda que imediatamente, a reação seja a do usuário com o hospital, com a unidade básica, com uma diretoria. O que se quer marcar é a presença de um sujeito que se contrapõe, que tem força e presença para pressionar e ter protagonismo, o que significa ter informações, ter opinião, na perspectiva da defesa de interesses coletivos, isto é, ser sujeito e não sujeitá-lo.

A autora salienta a centralidade do controle social enquanto criação de uma cultura política democrática, que incorpora aspectos ideológicos e culturais enquanto componentes da política, identificando:



*"O espaço do controle social, ainda que institucionalizado, não é meramente administrativo, é um espaço político que põe em cena interesses, imaginários, representações. Este espaço é uma situação de partida e não de chegada. É nesse contexto que se entende que, a princípio, o exercício do controle social é o espaço de criação de uma cultura política democrática".*

FLEURY-TEIXEIRA (1985) salienta que a construção do projeto de reforma funda-se na noção de crise: crise do conhecimento e da forma da prática médica, crise de autoritarismo, crise de Estado sanitário, da população, crise do sistema de prestação de serviços de saúde. E a estratégia de transformação da situação de crise se configuraria na perspectiva de luta pela democratização, o que significaria o aprofundamento da consciência sanitária dos indivíduos enquanto cidadãos, capazes de transformarem-se em atores sociais organizados na luta pelo direito à saúde como dever do Estado.

JACOBI (1987) também salienta que o tema da participação está diretamente vinculado com os processos de democratização política e com as dinâmicas de gestão descentralizada, e que existem duas condições fundamentais para viabilizar a participação popular:

- a) existência de organizações populares com certa presença a nível local;
- b) ocupação de cargos políticos do município por participante de partidos ou indivíduos favoráveis à mesma.

MACHADO (1988), ao discutir a democratização das instituições de saúde, afirma que o desafio é não suprimir o discurso por práticas de dominação, exclusão ou manipulação e sim explicitá-lo e submetê-lo à discussão pública sob a mediação de organizações políticas. Salienta também a importância da diversidade enquanto componente decisivo de um projeto de controle social: a nível da comunidade não existe um único

interesse comum e o plano institucional influencia e sofre influências das diferentes correntes políticas existentes.

A idéia que, se diferentes correntes de pensamento político não aprenderam a conviver democraticamente dentro das instituições estatais, nenhuma fórmula ou receita de mecanismos de controle popular sobre tais instituições pode tornar-se eficaz porque, por mais tênues que sejam, existem vínculos entre os que trabalham dentro das instituições e as correntes de pensamento político da sociedade. E tais vínculos tendem a ser reforçados à medida que o processo social evolui.

MACHADO (1988) salienta também a contribuição da participação no cotidiano da estrutura da máquina administrativa, da área de saúde, moldada por interesses clientelistas ou por critérios técnicos assépticos. O autor afirma que:

a) as pessoas comuns detêm um saber empírico extremamente importante, e em certos casos, muito mais adequado do que o saber técnico no que se refere à solução de problemas do cotidiano administrativo da implantação de propostas;

b) os critérios usados pela população para atribuir prioridade às necessidades a serem satisfeitas são muito mais racionais do que os critérios dos técnicos, mesmo porque são mais coerentes com sua maneira de fazer andar a vida.

SPOSATI (1992) afirma que o controle social, para ser exercido de fato, precisa de regularidades institucionais - a democracia exige a introdução do planejamento. O que se quer assinalar é que o controle social, ao provocar a democratização da instituição, provoca, ao mesmo tempo, a necessidade de que essa torne claro o campo da sua organização interna, sua divisão de trabalho, seus responsáveis.

A relação entre descentralização e participação é problematizada por diversos autores. FISCHER (1989), citando PRETECEILLE, ao caracterizar a participação e descentralização como processos complementares, afirma que a descentralização pode implicar fragmentação das demandas sociais face ao caráter globalizante (nacional, internacional, transnacional) do processo que produz as desigualdades sociais. Por outro

lado é também a alternativa para desbaratar as obstruções autoritárias e burocráticas do Estado, ampliar e diversificar os espaços para o exercício dos direitos e liberdades civis, a autonomia de gestão municipal, a participação, o controle e a autogestão do cidadão no contexto da vida cotidiana.

VALLA (1993) discute a especificidade da participação no Brasil e o processo de construção da cidadania. Salieta que no Brasil uma grande parte da população não pode vigiar o governo, porque não há o que vigiar. As reivindicações são reivindicações de direito. Então essa é uma cidadania de sobrevivência, uma cidadania de escassez, que pode ser assim cobrada: ou o governo respeita os direitos da população e devolve seu dinheiro na forma de serviços ou grandes parcelas da população continuarão a ter problemas muito sérios de saúde. Trata-se de uma situação diferente dos países onde não há necessidade de se reivindicar água ou esgoto ou serviços de saúde. Os cidadãos desses países vigiam seus governos para que os serviços continuem existindo. Trata-se de uma cidadania de abundância, de vigilância.

SPOSATI (1992) analisa, através de possíveis resultados, as dificuldades com as quais a perspectiva de controle social pode se deparar:

a) alteridade cooptada - pela fragilidade da representação que não possui informação e capacidade argumentativa e, portanto, pouco opina e pela prática da cumplicidade que, ao incluir o interesse restrito e imediato dos representantes populares, afasta-se da luta pela atuação mais ampla dos representados;

b) alteridade subalternizada - o espaço não é do alter, mas dos donos do poder. Reduzem-se os assuntos, é retirada sua complexidade, desproblematizam-se as questões, pois "o povo não iria entender";

c) alteridade tutelada - muitos segmentos técnicos que se entendem identificados com os interesses populares terminam por ocupar o espaço da interlocução por si, criando um vazio de alteridade popular para advogar a causa e tomar o lugar do alter

popular. Aumenta o número dos que se sentam à mesa, mas ainda não é suficiente aquilo que se discute à mesa para os representados.

SOUZA (1990) identifica os fatores que dificultam a compreensão dos movimentos de saúde:

a) subestimação dos movimentos de saúde - o papel dos movimentos de saúde é visto como limitado e subalterno em relação ao dos partidos e/ou referido exclusivamente ao Estado. Isto faz com que, muitas vezes, se pretenda medir sua eficácia e validade apenas em função de seu impacto efetivo sobre as políticas de saúde. Esse enfoque leva a deixar de lado outros aspectos, que dizem respeito à dimensão cultural e conscientizadora dos movimentos de saúde e que são igualmente relevantes para a sua compreensão;

b) supervalorização dos movimentos de saúde - por aí navegam posições basistas, passando facilmente da descoberta de que o povo também sabe a pensar que só o povo sabe.

## **4.4 O PROCESSO DE PARTICIPAÇÃO POPULAR E A CONSTRUÇÃO DOS CONSELHOS DE SAÚDE: CONTEXTO HISTÓRICO**

A reformulação institucional do Estado brasileiro, gerado pelo golpe militar de 64 e seus desdobramentos, instaura os pressupostos que permitem acompanhar as dificuldades e conquistas no que se refere a participação popular na área de saúde.

O processo de unificação dos institutos de diferentes categorias profissionais resultou na criação do Instituto Nacional de Previdência Social em 1967, o qual estabelece as bases para o financiamento das políticas de saúde executadas pelo Estado. Esse processo ocorre sob o signo da supressão de representação, não integrando nem mesmo as já limitadas formas existentes de representação das clientelas usuárias dos diversos sistemas corporativos de saúde estruturados no país. Até então, os Institutos de Aposentadorias e Pensões eram geridos por conselhos tripartites formados por representação estatal, dos empregadores e dos trabalhadores.

A ação estatal na área de saúde neste período norteia-se por uma perspectiva centralizadora, que financia e expande a cobertura assistencial, privilegiando as empresas privadas do setor de saúde, instituindo uma dicotomia entre o modelo coletivo-preventivo e o modelo individual-curativo e com atribuições institucionais diferenciadas que se responsabilizam paralelamente por ações de saúde públicas estatais, aos quais se destinavam recursos marginais e os de natureza assistencial, executadas por empresas privadas, que dão a tônica à política de saúde implantada no país.

Será a partir dos meados da década de 70 que começam a surgir as primeiras experiências de participação na área de saúde, em um contexto no qual o Estado brasileiro é caracteristicamente marcado por um processo crescente de crise econômica e de não abertura de espaços políticos para a expressão de organizações tradicionais: partidos e sindicatos. Na tentativa de conter as contínuas insatisfações populares, através de suas

agências de políticas sociais, o governo apela à participação. Será a partir da confluência da crise econômica, com agravamento das condições de vida da população periférica dos grandes centros urbanos e falta de legitimidade do aparelho estatal, que estas experiências ocorrem.

Considerando as características do processo de participação da área de saúde vinculadas às transformações vivenciadas pelas políticas de saúde no país, a partir do final da década de 70, propõe-se a seguinte periodização:

1o. período: meados da década de 70 até 1984

2o. período: 1984 a 1993

3o. período: NOB 01/93 até hoje

#### **4.4.1 1º. PERÍODO: MEADOS DA DÉCADA DE 70 ATÉ 1984**

O modelo de participação comunitária iniciado a partir de meados da década de 70 conforma-se objetivando propiciar níveis mais altos de satisfação com as agências prestadoras de serviços, preconizado pelo aparato estatal como algo desejável e sua atuação limita-se aos órgãos diretamente prestadores de serviços e ao sub-setor de saúde pública. A participação da população esgota-se na possibilidade de estabelecer uma relação mais direta com o aparelho estatal, em um contexto em que os outros canais de participação social encontram-se obstaculizados, com a participação tornando-se, às vezes, um fim em si mesmo (SOMARRIBA, 1984). Não existem atribuições diferenciadas entre aparato estatal e sociedade, instaurando um processo onde não se torna possível distingui-los.

As iniciativas que culminam com a participação representam a emergência de práticas, ainda isoladas e iniciais, que redefinem as relações entre o Estado e

a população, gerando demandas em um espaço que, apesar de regulado pelo Estado, não controla plenamente a sua institucionalização.

O espaço de participação preconizado relaciona-se diretamente com uma parcela do serviço público estatal, sem a preocupação de construir espaços capazes de incorporar formulações globais para uma política de saúde que articule diversos segmentos que têm papel central na assistência. A proposta de participação não pretendia incidir sobre o processo de formulação efetiva de políticas.

A participação propugnada é desvinculada de um projeto de descentralização institucional de atribuições das diversas agências de prestação de serviços na área de saúde. A possibilidade de um projeto de participação tornar-se um espaço onde mais atores sejam incorporados e incidir sobre os espaços de poder torna-se limitada, na medida em que a proposta mantém a centralização de recursos políticos e financeiros no governo federal.

A proposta de participação comunitária referencia-se nos programas do governo americano que, no início da década de 60, no âmbito da guerra contra a pobreza, cria os programas de ação comunitária, com o objetivo de mobilizar e coordenar recursos locais para projetos de caráter social, envolvendo as populações locais em seu planejamento e administração, na concepção de que a auto-ajuda constitui a forma mais efetiva de superação da pobreza.

Na proposta de medicina comunitária a população deixa de ser alvo inerte de uma ação controlista e normativa no campo sanitário e passa a ser chamada a cumprir um papel minimamente ativo e consciente no esforço de uma saúde pública. A ação sanitária não poderia prescindir do assentimento da população. O aparecimento da medicina comunitária vincula-se, portanto, a uma mudança do paradigma na compreensão do complexo saúde-doença, implicando deslocamentos do foco de atenção das ações dirigidas à higiene do meio para ações dirigidas a intervir na relação entre o homem e o meio ambiente, incluindo aí os fatores culturais e sociais.

Segundo CARVALHO (1995), sobretudo a partir da década de 70, através da mediação de agências internacionais de saúde, então concretamente engajadas na batalha pela redução das desigualdades no acesso aos meios de proteção à saúde, disseminam-se na América Latina os programas de extensão da assistência, em geral centrados em metas de cobertura das ações de atenção primária e em metodologias ou ideologias da medicina comunitária, designando tanto o aproveitamento do trabalho não-qualificado da população nas ações sanitárias, quanto a valorização do engajamento autônomo da comunidade na possibilidade de transitar para melhorias sociais.

Apesar de limitadas, algumas experiências de participação ocorridas no período inicial problematizam aspectos que vão perpassar o dinâmico processo no setor saúde na década de 80 e no início dos anos 90.

Os movimentos apontam uma nova qualidade de participação na gestão da coisa pública, em que a representação não resume todo o esforço de organização mas configura parte de um processo em que os moradores criam as condições para influenciar a dinâmica de um órgão do Estado: o Estado não vê os movimentos como adversários, mas legitima suas reivindicações (JACOBI, 1987). A formação dos conselhos populares de saúde conformaria uma estrutura organizativa com essa capacidade.

Outro desafio já efetuado por essas experiências refere-se à capacidade de se relacionar com diferenças dentro de um projeto de democratização: a heterogeneidade existente na comunidade, onde esta apareceria com interesses diferentes, contraditórios e, às vezes, antagônicos; e na supressão do dissenso, substituindo práticas de dominação, exclusão ou manipulação por discussão pública sob a mediação de organizações políticas (MACHADO, 1988). São ainda incipientes as experiências de participação no setor saúde neste período.



#### 4.4.2 2º. PERÍODO: 1984 A 1993

Será somente nos convênios que instituem os Programas de Ações Integradas de Saúde - AIS, que a participação da população será regulamentada e sua representação assegurada em instâncias gestoras, com atribuições de formulação de políticas e articulação interinstitucional entre os diferentes prestadores públicos que compõem a área de saúde. As AIS são definidas como estratégia de integração programática entre as instituições de saúde pública federais, estaduais e municipais e demais serviços de saúde e passam a ter como instâncias gestoras: em nível nacional - Comissão Interministerial de Planejamento - CIPLAN; em nível estadual - Comissões Regionais Institucionais de Saúde - CRIS; em nível municipal - Comissões Locais Institucionais de Saúde - CLIS; em nível dos grandes municípios - Comissões Institucionais de Saúde - CIMS.

As AIS constituem-se na primeira formulação institucional que objetiva descentralizar atribuições em um contexto em que torna-se necessário articular instituições que têm atribuições superpostas e paralelas. Restringe-se a ações executadas por prestadores públicos, mas potencializa intervenções e redundam em amplo aumento assistencial para a população (MENDES, 1993).

As diretrizes gerais das AIS salientam esses aspectos:

- a) a responsabilidade do setor público em relação à saúde da população e ao controle do sistema de saúde;
- b) o planejamento da cobertura assistencial;
- c) descentralização do planejamento e administração;
- d) a participação dos vários segmentos sociais no encaminhamento de soluções e a avaliação do nível de desempenho da assistência prestada.

As AIS, enquanto instrumento institucional, viabilizam a participação popular em vários municípios e invertem o processo de participação em curso na área de

saúde: é enquanto ação estatal que a participação passa a ser assegurada. A existência das comissões gestoras é condição para a assinatura de convênios.

A realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986, com a participação de cinco mil pessoas representando prestadores, usuários e trabalhadores impulsiona o processo de construção de um projeto de participação da população na elaboração e acompanhamento das políticas de saúde no país. É com esta composição que são elaboradas as diretrizes para a organização do setor saúde no Brasil, que se concretizaria no escopo do texto constitucional referente à área de saúde.

O relatório final da VIII Conferência ressalta a importância do controle social na área de saúde. Será construído um novo Conselho Nacional de Saúde, composto por representantes dos ministérios da área social, dos governos estaduais e das entidades civis de caráter nacional, como partidos políticos, centrais sindicais e movimentos populares, cujo principal papel será o de orientar o desenvolvimento e avaliar o desempenho do Sistema Único de Saúde, definindo políticas, orçamentos e ações. Deverão ser formados conselhos de saúde em níveis local, municipal, regional e estadual, compostos de representantes eleitos pela comunidade (usuário e prestadores) que permitam a participação plena da sociedade no planejamento, execução e fiscalização dos programas de saúde. Deverá ser garantida a eleição das direções das unidades do sistema de saúde pelos trabalhadores desses locais e pela comunidade atendida. É indispensável garantir o acesso da população às informações necessárias ao controle social dos serviços.

Os documentos oficiais da área já passam a incorporar a noção de controle social, consolidando a concepção de um espaço público vinculado ao aparato estatal, institucionalizado, perpassado pelos interesses existentes socialmente. Supera-se a noção de participação comunitária que tinha como objetivo conseguir a adesão das populações-alvo aos programas a ela destinados.

Os conselhos deveriam ser, a princípio, a base da pirâmide institucional a partir da qual se organizaria a política de saúde e à qual deveria se submeter o alto da

pirâmide. Este projeto de participação defrontou-se com obstáculos praticamente insuperáveis. Além dos inevitáveis interesses e orientações políticas divergentes, persiste a secular tendência à centralização e a concentração do poder institucional. Permanece o sempre poderoso obstáculo dos núcleos de clientelismo e populismo incrustados nas instituições de saúde há mais de meio século, que são pontos de inércia e resistência consideráveis à mudança. Os conselhos supõem, de fato, um lugar importante para a política de saúde no projeto de descentralização de nossas políticas sociais, no processo de descentralização da ordem política nacional como um todo (LUZ, 1994).

O aprofundamento do tema da descentralização institucional como desconcentração efetiva de poder, aliada a uma concepção que privilegiava a noção de controle social para viabilizá-la, perpassou as políticas de saúde em nosso país.

Em 1987, o SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde) concretiza mais um esforço de descentralização, pautando-se por transferir o *locus* de elaboração e execução da política de saúde para os Estados, através da integração e a regionalização dos serviços de saúde, de forma a constituir um sistema único. Em seus princípios norteadores, o SUDS refere-se a necessidade de constituição e do pleno desenvolvimento das instâncias gestoras das ações de saúde, em todos os níveis, com ampla garantia de participação de representação popular e de democratização das decisões (GOVERNO FEDERAL, 1987).

O SUDS, através do movimento paradoxal de descentralização centralizadora, significando a descentralização em termos políticos institucionais, acarretou um processo de concentração de poder na figura dos secretários estaduais, responsáveis pelos repasses dos recursos previdenciários, movimento este que ao mesmo tempo em que concentra o poder, suscita a necessidade de maior pressão e negociação política dos municípios junto à esfera estadual. O processo de participação popular deflagrado com a realização da VIII Conferência manifesta-se de uma forma que, na maioria dos estados, são realizadas discussões objetivando a constituição dos Conselhos Estaduais de Saúde,

geralmente a partir de iniciativas de técnicos vinculados ao projeto de reforma sanitária. No entanto, a maior parte dos Conselhos Estaduais só se estruturarão efetivamente no ano de 1993 (NESCON/MG et al, 1993).

A dinâmica de atuação do Estado, através dos programas de extensão de cobertura (PIASS, AIS, SUDS) desencadeia a possibilidade de uma interação Estado-movimentos sociais até então inexistente. Neste processo interativo, tanto os movimentos como o Estado se transformam na maior parte das situações consideradas. As organizações populares foram tratadas pelas agências públicas como interlocutores reconhecidos e não como opositores antagônicos (SOMARRIBA, 1984). Ao se analisar os dados referentes ao aumento de cobertura da prestação de serviços de saúde ocorridos no decorrer da década de 80, observa-se que foi multiplicada por dez a oferta existente, o que nos permite avaliar quantitativamente o esforço realizado de ampliação de cobertura.

A forma de participação da população será aprofundada pelos documentos produzidos pela Comissão Nacional de Reforma Sanitária para a nova lei do Sistema Nacional de Saúde:

a) como princípio básico, a gestão da rede nacional de serviços deverá ser participativa, envolvendo governo, usuários e prestadores de serviços (instituições públicas, privadas e profissionais);

b) a participação deve implicar efetivo poder de controle das ações e serviços prestados pela rede nacional;

c) em nível nacional, existirá o Conselho Nacional de Saúde vinculado a um novo Ministério da Saúde, com função de formulação e controle da execução da política nacional de saúde, nos níveis estaduais e municipais, conselhos estaduais e municipais, com atribuições correspondentes;

d) cada unidade de prestação de serviço de saúde deverá contar com um conselho comunitário, com poder de controle e fiscalização dos serviços ;

e) os Fundos Nacionais, Estaduais e Municipais de Saúde se subordinarão a um novo ministério, às secretarias estaduais e às secretarias municipais e terão suas administrações colegiadas e designadas pelos Conselhos de Saúde correspondentes;

f) o governo federal participará dos Conselhos estaduais e municipais de saúde; haverá representação dos governos estaduais e municipais no Conselho Nacional de Saúde e dos governos municipais nos Conselhos Estaduais de Saúde.

É com base neste documento que toda a regulamentação jurídica é elaborada. Portanto, os marcos jurídicos-institucionais relativos aos conselhos de saúde na atualidade estão estabelecidos: Constituição Federal, de 3 de outubro de 1988; Lei 8080 de 19 de setembro de 1990 e a Lei 8142, de 28 de dezembro de 1990.

Nas discussões que precederam o texto constitucional, a Confederação Nacional da Indústria considerou a participação popular como incompatível com qualquer texto constitucional. Foram as seguintes as outras propostas de participação:

- a) envolvimento da comunidade (Comissão Afonso Arinos);
- b) participação da sociedade civil (Deputado Carlos Santana, Conselho Federal de Medicina, Comissão Nacional da Reforma Sanitária e SEPLAN);
- c) participação de entidades representativas da população ou de usuários (ABRASCO, SBPC, CUT);
- d) participação de entidades dos trabalhadores (PT);
- e) participação paritária de representantes do governo, trabalhadores e empregados (PCB).

No texto constitucional, no artigo 198, seção II, a participação da comunidade é diretriz fundamental do Sistema Único de Saúde:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- a) descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- b) atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- c) participação da comunidade.

A Lei 8080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde) estabelece:

*“As ações e serviços públicos de saúde e os serviços contratados ou conveniados que integram o SUS são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas na constituição, obedecendo ainda aos seguintes princípios:*

- a) universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;*
- b) participação da comunidade”.*

A Lei 8142 de 28 de dezembro de 1990, detalha a forma de participação:

*“O Sistema Único de Saúde de que trata a Lei 8080, de 19 de setembro de 1990, contará em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do poder legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas: Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde”.*

Em relação a Conferência, o artigo estabelece como seus objetivos a avaliação da situação de saúde e a proposição de diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes; salienta a necessidade de representação dos diversos segmentos sociais e atribui aos Conselhos a tarefa de organizá-la e convocá-la.

Define para os Conselhos sua atribuição: atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. Os seus membros são definidos em quatro tipos de representantes: governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários e a representação desses é paritária em relação ao conjunto de outros membros, tanto nos conselhos quanto nas conferências.

A resolução 33/93 do Conselho Nacional de Saúde faz recomendações sobre a Constituição e estruturação dos Conselhos Estaduais de Saúde e Conselho Municipal de Saúde no país. Recomenda a paridade de sua composição - 50% de usuários, 25% de representantes do Estado e 25% de representantes dos trabalhadores do setor saúde. Os conselheiros não deverão receber remuneração, devendo sua função ser considerada de relevância pública. As decisões emanadas desses órgãos devem tratar da formulação de estratégias e do controle da execução de políticas do SUS, com pleno acesso aos aspectos financeiros - como os Fundos de Saúde - ou outros aspectos econômicos-financeiros voltados para o setor, estabelecendo critérios para programação, execução, acompanhamento e avaliando a movimentação de recursos. Quanto à estruturação deve conter apoio e suporte administrativo para seu funcionamento, garantindo-lhe dotação orçamentária.

As resoluções referentes a área de saúde continuam reforçando a necessidade da estruturação dos Conselhos para o funcionamento do SUS no país. O Ministério da Saúde prevê na Norma Operacional Básica - NOB de 01/91 que normatiza a política de financiamento do SUS, a criação de Fundos de Saúde no âmbito de estados e municípios para que se habilitem aos repasses financeiros da união e, em uma segunda etapa, exige-se a criação de conselhos.

Em 1992, ocorre a IX Conferência Nacional de Saúde com uma composição que já se modifica em relação a VIII Conferência: uma maior representação dos usuários (maioria) com um nível de participação maior da esfera municipal. A Conferência conta com 4500 participantes.

Suas resoluções reforçam a idéia do controle social. A Conferência propôs medidas para o fortalecimento dos Conselhos de Saúde, através da garantia de sua implantação em todos os níveis, autonomia financeira, criação de comissões assessoras e criação de fóruns de deliberação mais amplos.

Quanto às suas atribuições listou-se uma série de ações concretas que devem ser efetivadas por todos os conselhos: elaborar e aprovar os planos municipais de saúde; aprovar diretrizes orçamentárias, fiscalizar o repasse, avaliar a aplicação dos recursos e apreciar relatórios de gestão dos fundos; avaliar as condições de funcionamento do sistema de saúde; receber e averiguar denúncias dos usuários quanto aos serviços de saúde, encaminhando as soluções cabíveis e apreciar, aprovar e divulgar campanhas de educação em saúde em todos os níveis do SUS.

A IX Conferência ainda faz recomendações quanto ao funcionamento dos conselhos e ao processo de indicação de representantes para a estruturação dos conselhos, particularmente dos conselhos gestores de cada unidade assistencial que compõem o Sistema Único de Saúde.

Com relação ao acesso à informação, para viabilizar o pleno funcionamento dos conselhos é necessário:

a) garantir o acesso, aos conselhos, a todas as fontes de dados e informações da administração;

b) obrigatoriedade dos órgãos governamentais e setor privado contratado ou conveniado em prestar toda e qualquer informação necessária ao adequado cumprimento das competências dos conselhos;

c) estruturação de condições para que os conselhos possam utilizar as informações e repassá-las à população, em estrito funcionamento articulado com o setor de comunicação social;

d) capacitação dos conselheiros para que possam exercer suas atribuições em todos os níveis.

Na própria Conferência, fez sentir-se o impacto que significou uma participação dos envolvidos na ponta dos serviços. Se por um lado, representou uma democratização, por outro ensejou um acontecimento político inesperado. Segundo LUZ (1994), o erro foi não prever a imaturidade e o não desenvolvimento da própria sociedade



civil na área das políticas públicas, além da falta de hábito da participação popular na elaboração dessas políticas e da incipiente prática de discussão coletiva dos problemas comuns dos cidadãos. São os problemas advindos da incorporação de outros atores que estão inserindo-se no processo de definição de políticas.

As características da participação popular gerada com esta interface institucional diferencia-se do período anterior, aliada a um contexto em que a transição democrática em curso no país desbloqueia canais de participação política antes inexistentes. É sob este referencial que são enfatizados outros aspectos relacionados com a participação na área de saúde.

As diversas instâncias colegiadas constituídas têm sua representação ampliada nestes espaços institucionais. A questão corporativa dos servidores públicos ganha expressividade, gerando conflitos ainda incipientes e/ou galvanizando e dando direcionalidade à ainda frágil representação dos movimentos populares, com menos tradição e estrutura de funcionamento.

A problemática da formulação de políticas ainda não conta com instrumentos de intervenção para os grandes prestadores da rede contratada/conveniada, que concentram suas atividades assistenciais em exames de maior complexidade e atos hospitalares, que continuam se relacionando diretamente com a esfera federal.

O processo de participação deste período constitui-se a partir de uma característica central: a dualidade em seu processo de intervenção. Os movimentos tendem a constituir e/ou ignorar atribuições que lhe são específicas: atribuições da esfera estatal com aspectos de estruturas organizacionais características da sociedade civil.

#### **4.4.3 3o PERÍODO NOB 01/93 ATÉ HOJE**

Em um contexto onde já existiam cerca de 3.000 Conselhos Municipais de Saúde constituídos no ano de 1993 em um universo de 4973 previstos, um Conselho Nacional de Saúde e 27 Conselhos estaduais em funcionamento, o Ministério da Saúde, através da publicação da Norma Operacional Básica nº 1 de 1993, vincula decisivamente a existência de conselhos em funcionamento para que as unidades da federação tenham acesso a recursos oriundos da união (CARVALHO, 1995).

A NOB 01/93 salienta que o Ministério da Saúde decide formular um projeto de operacionalização da municipalização das ações e serviços de saúde, conclamando a imprescindível participação de seus parceiros, aí incluída a sociedade organizada. Acrescenta que a transformação da situação atual requer o desenho de um processo de transição, no qual medidas de caráter inovador atinjam todos os estados e municípios em diferentes graus de intensidade, compatíveis com sua própria vontade e capacidade de absorver responsabilidades gerenciais e políticas. Este modo de agir dá lugar, de imediato, a um quadro intermediário em que os gestores poderão ter ampliado o seu espaço de governabilidade em relação à sua missão precípua, marcadamente diferenciado da situação atual. As três sistemáticas de relacionamento (transicional incipiente, transicional parcial e transicional semi-plena) representam situações progressivas de gestão de estados e municípios sobre o SUS, convivendo simultaneamente.

A NOB 01/93 estabelece requisitos para estados e municípios se candidatarem a diferentes formas de gestão, com grande ênfase na existência e funcionamento periódico dos conselhos. São colocados como requisitos:

a) de situação atual / prestador para transicional/ incipiente:

- manifestar interesse em assumir o controle de contratos com o setor privado, distribuir sua cota de AIH's e assumir a rede ambulatorial;

b) de situação transicional / prestador para transicional / parcial

- implementar as medidas previstas na condição anterior;
- cumprir as exigências da Lei 8142/90;
- apresentar à comissão tripartite o relatório de gestão e o plano de saúde atualizado;

c) de situação transicional / parcial para transicional / semi-plena

- implementar as medidas previstas na condição anterior;
- apresentar a comissão tripartite um plano de compromisso, incluindo os balancetes financeiros do Fundo de Saúde e gastos do Tesouro com saúde e um sistema organizado para efetuar pagamentos ambulatoriais e hospitalares dos prestadores privados contratados.

Na área da saúde, os esforços institucionais integram-se no sentido de viabilizar a constituição de um aparato estatal que incorpore a participação da população.

A NOB 01/93 constitui um marco no projeto de integração inter-institucional, de desconcentração de poder e de democratização da gestão dos serviços, na medida em que pauta-se pela responsabilização da gestão do SUS por atores não somente vinculados à esfera estatal.

À partir desse processo, os municípios em gestão semi-plena passam a ter a representação da população inserida no processo de gestão do SUS no município. Requalifica-se o espaço do Conselho Municipal, que passa a se constituir enquanto um agregador dos diversos interesses presentes na constituição do SUS: trabalhadores, prestadores e usuários. É uma experiência onde o aparato estatal, detentor de recursos políticos e financeiros torna-se permeável a interesses com inserções sociais distintas. Incorporam-se na formulação da política de saúde no município, atores que até então não consideravam o Conselho como *locus* para resolução de problemas advindos da defesa de seus interesses, já que a esfera municipal não dispunha de recursos financeiros para definir o processo das instituições envolvidas. Neste processo, tanto setores excluídos, que precisavam se remeter a diversas instituições e níveis para equacionar seus problemas

como os prestadores incorporam-se em um mesmo espaço e é o resultado desse processo, que permite a gestão do SUS sob bases mais palpáveis.

Outra característica importante da participação da população neste período é o acúmulo de responsabilização que passam a ter essas esferas, o que exige um domínio de aspectos técnicos positivos diversos para dar concretude as atribuições que lhes são delegadas. Coloca-se a necessidade de todos os atores se inserirem dentro de um patamar de qualificação, no qual necessariamente a dinâmica de defesa de interesses corporativos passa a ser alterada pela complexidade que a gestão do SUS coloca. Constitui-se um espaço onde torna-se possível aos atores interagirem e se apropriarem da problemática que a gestão do SUS contém no contexto de nosso país. Configura-se uma situação em que, processualmente, amplia-se a capacidade de formulação de setores não incorporados no processo político, o que potencializa seu poder de intervenção.

A complexidade das atribuições em um contexto de baixo grau de qualificação para viabilizá-las, conforma um quadro, no qual, a princípio, a capacidade de iniciativas políticas restringe-se aos atores que detêm o conhecimento, dificultando a autonomização do conselho em relação ao órgão executivo. Os desafios que a gestão semi-plena coloca para os conselhos criam um paradoxo: autonomia tutelada, onde atores podem se posicionar pois detêm poder para tanto, mas não dispõem de capacidade própria de formulação, em função de estarem ainda se apossando do objeto.

O acompanhamento e a concretização da estruturação do SUS no município tem que se orientar por um projeto do município para a área de saúde, expresso no plano municipal de saúde. A incorporação de centenas de prestadores vinculados ao setor contratado/conveniado, que atuam detendo os recursos de maior nível de complexidade (como é o caso em alguns municípios e de capitais) redefine o planejamento. A ausência de experiência no país em relação a esta incorporação e o grau de complexidade para integrar o setor contratado/conveniado de forma mais efetiva, inserindo-o no processo concreto de estruturação do SUS, com responsabilidades e interrelações não

vinculadas, obstaculizam a capacidade de formulação de projeto que tem uma perspectiva mais a médio prazo, pois um projeto consistente só pode ser gestado a partir da experimentação, onde evidencia-se o comportamento concreto de seus atores e onde processualmente são redefinidos parâmetros que nos permitem um planejamento alicerçado sob uma base mais real. Agregar à realidade de intervenção as instituições que dispõem de recursos físicos e técnicos para o atendimento de patologias com maior nível de complexidade redefine todo o processo de intervenção das diversas unidades, nos seus aspectos preventivos e assistenciais. A construção de um novo modelo assistencial consubstancia-se de fato; no entanto, será caracteristicamente gradativa. Esse processo natural de desarranjo e reacomodações complexifica a intervenção dos diversos atores políticos envolvidos, na medida em que ainda não dispõem de um projeto seguro e concreto para se referenciar.

A relação entre os níveis municipal e estadual é redefinida. A capacidade de pensar a realidade sanitária de um município em um contexto onde o nível estadual forja um novo papel é um desafio. O conselho permanentemente tem que se relacionar com um âmbito de problemas não dados anteriormente, a partir da ampliação da capacidade do município de dar respostas concretas. Definem-se e clarificam-se processualmente as atribuições dos conselhos municipais, regionais e estaduais.

Hoje, já se pode partir das experiências concretas de constituição de conselhos de saúde no Brasil. São mais de 3.000 conselhos espalhados pelo país, sendo que a maioria foi criada entre os anos de 1990 e 1991. Tanto no caso do Conselho Nacional de Saúde quanto nos casos dos Conselhos Estaduais de Saúde tomados individualmente, a criação concreta envolveu um processo político e social marcado pela presença de atores comprometidos com a proposta de participação e controle social contida no espírito do SUS. Os atores variavam de estado para estado. Quanto aos municípios, é razoável supor que esse processo possa representar, em nível local, a criação de possibilidades inéditas de emergência de novos atores (CARVALHO, 1995). Se sua emergência remonta ao final dos

anos 70, com o ressurgimento de movimentos sociais com novas características, diferentemente de outros movimentos, os conselhos expandem-se e consolidam-se com uma forma de participação intrinsecamente vinculada a estrutura estatal, com normatização jurídico-institucional detalhada.

A discussão referente aos limites da cidadania na reforma sanitária realizada no início da década de 80, já pode ser analisada sob a luz de experiências concretas.

Foram identificados: a própria natureza pactuada e conservadora do processo de democratização que se desenvolveu no Brasil; ausência de canais de representação dos interesses da sociedade civil; tendência corporativista dos movimentos populares, sindicais ou de profissionais com baixa capacidade de organização e mobilização em uma gestão que transcenda os interesses imediatos e a infra estrutura organizativa e participativa da população mais pobre. (FLEURY-TEIXEIRA, 1989).

No entanto, nota-se que a efetivação dos conselhos foi um grande avanço dos anos 80, apesar dos desacertos e descaminhos explicáveis num contexto de imobilização e conservadorismo institucional, levando muitas vezes a burocratização e ao conseqüente esvaziamento. A simples possibilidade de examinar, discutir e avaliar os programas componentes da política sanitária representa um avanço histórico considerável, se se considerar a socialização e a transparência das decisões políticas. Nestas experiências talvez residam esperanças para futura transformação das políticas de saúde (LUZ, 1994).

Com os conselhos, deslocou-se a forma de intervenção do Estado. O acervo concreto de atuação do Estado na implantação de ações na área de saúde funciona também como indutor de demandas. Opera-se não só a legitimação das demandas mas tais instâncias de gestão pública jogam com o grau de mobilização do conselho para concretização de seus planos de ação (JACOBI, 1987). Os conselhos são identificados como recurso de exercício da cidadania na medida em que legitimam a presença das lideranças comunitárias nas ações de acompanhamento e fiscalização dos serviços públicos de saúde

(COLEN, 1994), mas ao mesmo tempo compartilham-se responsabilidades com o administrador público, caso alguma ação não obtenha o resultado desejado (TERRA, 1989).

Estes movimentos apontam, a partir da reposição do coletivo, para uma nova qualidade de participação na gestão da coisa pública, em que a representação não resume todo o esforço de organização, mas configura parte de um processo em que os moradores criam as condições para influenciar a dinâmica de funcionamento de um órgão do estado. Do lado dessa representação formal, os conselhos de saúde se encarregam de manter a mobilização popular como um espaço de participação direta.

Os conselhos de saúde são estruturados a partir da paridade de representação com os usuários, ou seja, no seu interior têm maior representação os setores com menor acesso ao poder estatal. O controle social em uma perspectiva de construção, desenvolvimento e gestão da esfera pública, requer como substrato, espaços institucionais que permitem dar visibilidade a presença de atores não incorporados dentro do processo de funcionamento do aparato estatal. A conformação de novos atores sociais e políticos é processual. Apropriar-se da dinâmica de funcionamento do aparato estatal, adquirir capacidade de formulação que tenha efetividade operacional dentro do nível de complexidade apresentado pelos problemas sanitários no país e da correlação de forças desfavorável e transpor os limites de interesses corporativos, específicos ou pontuais para uma abordagem mais global são atributos que têm similaridade com a conformação dos direitos a saúde no Brasil. É um processo lento, cumulativo e tem que ser conduzido por um conjunto significativo de pessoas para que tenha condições de ter impacto na condução das políticas de saúde no país.

Muitas vezes pretende-se medir a eficácia e a validade dos movimentos de saúde apenas em função de seu impacto efetivo sobre as políticas de saúde. Este enfoque tende a deixar de lado outros aspectos, que dizem respeito à dimensão cultural e conscientizadora dos movimentos de saúde e que são igualmente relevantes para sua compreensão (SOUZA, 1990).

Partindo da concepção que o controle social configura uma situação que refletiria um real poder da população em interferir e modificar rumos políticos, planos e programas de saúde, problematiza-se sobre o fato que a população e a comunidade possam assumir deveres que são próprios do Estado, ou que se repassem atividades técnicas que são próprias dos profissionais (ENCONTRO NACIONAL DOS SMS, 1988). A participação nas decisões é cada vez mais valorizada em detrimento da participação nas ações, não mais como estratégia de incorporação do saber e da experiência popular ou de aproximação com a comunidade, mas como uma forma de garantir o redirecionamento das políticas e práticas para o atendimento das necessidades do povo, ou seja, como instrumento de luta pela ampliação do acesso aos meios de saúde.

O advento dessas formas institucionais de participação, com seu pluralismo, não instaura magicamente a igualdade de oportunidades de acesso ao poder, tampouco elimina as desigualdades de potência reivindicatória entre os diversos segmentos sociais. Assim, os setores dos movimentos não deixam de operar e realizar seus interesses através de canais privativos de acesso e eficiência, nem os setores subalternos ou excluídos têm mais necessidades sociais anteriormente atendidas. Entretanto, o espaço estatal é reconhecido como *passível de ocupação explícita através das representações formais e legais* dos diversos segmentos sociais, que, por sua vez, no processo de interlocução e disputa, vão se constituindo como sujeitos (CARVALHO, 1995).

Os conselhos de saúde nas três esferas de governo, são dotados de um amplo arsenal de competências legais, abrangendo praticamente todos os espaços do SUS, e tendo suas decisões caráter deliberativo. No entanto, tais competências legais são apenas parcialmente exercidas e não correspondem a um poder de ação. Ao se analisar a autonomia dos conselhos, enquanto capacidade de funcionar e deliberar, distinta e independentemente dos estímulos e concessões do poder estatal (ou de algum segmento social ou força política) as divergências de opiniões entre o executivo e o restante do conselho parecem ser pouco frequentes quando se referem ao Conselho Nacional de Saúde.



Nos Conselhos Estaduais, há uma diversidade de situações com diversas mediações. Em relação a efetividade, definida como capacidade de influir concretamente nas decisões e ações governamentais, constata-se que o impacto do Conselho Estadual de Saúde é baixo e se dá mais no campo político do que propriamente sanitário. A definição de prioridades em saúde não é, na prática, assumida pelo Conselho Estadual de Saúde, enquanto o acolhimento de sugestões e relações de usuários e elaboração do plano estadual, são práticas em fase de implementação. Quanto ao acompanhamento dos recursos e revisão de contas do SUS, embora as informações sejam mais definidas, o controle continua sendo difícil de ser executado (NESCON/MG et al, 1993). Portanto, ainda constata-se limites no processo de consolidação dos conselhos de saúde dentro das atribuições que lhe são delegadas e do esforço potencial de intervenção de que este instrumento é dotado.

## **5 UM ESTUDO DE CASO: AS NECESSIDADES DE INFORMAÇÕES DOS CONSELHEIROS DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE**

### **5.1 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS SOBRE A INVESTIGAÇÃO**

O estudo de caso sobre necessidades de informações dos conselheiros de saúde foi realizado, conforme relatado no item 2.2, abrangendo 176 conselheiros de saúde. Utilizou-se a técnica do incidente crítico para fazer o levantamento das necessidades de informação dos conselheiros de saúde através de um questionário. Este questionário foi aplicado para três representantes, de forma aleatória, para cada Conselho local existente e para todos os participantes do Conselho Municipal, das gestões 1991-1994 e 1994 - 1996, totalizando 176 questionários.

A escolha de três representantes fundamentou-se no fato de que ocorre uma grande variabilidade no número de participantes dos Conselhos, compostos de 3 a 17 membros, os quais diferem também quanto a composição entre os diversos segmentos: prestadores públicos e privados, usuários e trabalhadores de saúde.

A proposta de um sistema de informação para os conselheiros de saúde foi realizada a partir da análise dos dados coletados. Para o tratamento dos dados, utilizou-se de estatísticas descritivas, de correlação e cruzamento entre os dados coletados, através do *software* EplInfo versão 6.02, desenvolvido pela World Health Organization.

Nos estudos de usuários, segundo MENZEL (1986), pode-se identificar as seguintes metas:

- a) distinguir os tipos de necessidades de informação dos cientistas e determinar sob quais aspectos eles ficam satisfeitos;

b) examinar os meios e ocasiões do intercâmbio de informação científica, para destacar as características que os torna mais ou menos capazes de solucionar as várias necessidades do cientista;

c) analisar as características da especialidade do cientista, sua instituição e sua perspectiva como possíveis condições que influenciem suas necessidades de informação, suas oportunidades para satisfazê-los e, conseqüentemente, seus hábitos de coleta de informações e seu nível de satisfação.

Estes estudos podem ser desenvolvidos utilizando diversas formas:

a) estudos que relatam que preferências os cientistas e tecnólogos manifestam entre suas oportunidades de comunicação e as demandas feitas aos sistemas à sua disposição;

b) estudos que apresentam experiências durante as quais alguns fatores são introduzidos para verificar seu efeito no comportamento dos cientistas e tecnólogos em relação à comunicação ;

c) estudos que descrevem esse comportamento durante sua ocorrência, com interferência mínima do investigador. É dentro desse grupo que se situam os estudos que utilizam a técnica do incidente crítico.

A técnica do incidente crítico foi formalizada em 1947 por Flanagan, do American Institute for Research. Esta técnica, para ser desenvolvida, referenciou-se em um estudo da Aviation Psychology Program, que foi realizada em 1941 pelos U.S. Army Air Forces. Através de incidentes críticos obtidos de tripulantes, foi possível aferir desempenhos e analisar os fatores presentes em desempenhos considerados aceitáveis e os considerados inaceitáveis. O resultado dessa pesquisa foi uma lista de requisitos críticos necessários para o sucesso das missões aéreas.

Estudos de incidentes críticos procuram obter uma amostra de episódios de recebimento de informação extraídos da experiência de cientistas e associar a cada episódio descrições detalhadas sobre como aconteceram, qual função de comunicação foi

atendida, a satisfação do cientista com a informação obtida ou outros assuntos. Alguns estudos de incidentes críticos simplesmente pedem a mais recente mensagem recebida; outros qualificam a mensagem a ser descrita de vários modos; outros concentram-se naquelas mensagens que levam a certas decisões no trabalho dos cientistas (KREMER, 1980).

LANCASTER (1978) analisa a técnica do incidente crítico. A teoria em que este se baseia é que é mais fácil para as pessoas se lembrarem corretamente do que fizeram numa ocasião determinada, do que se lembrarem do que fazem em geral. Geralmente, lembram-se mais claramente do último incidente de um tipo particular: esse último evento torna-se o incidente crítico.

SHIREY (1971) aprofunda a discussão sobre a técnica do incidente crítico, que consiste em um conjunto de procedimentos determinados que foram aplicados à coleta de dados em estudos de pesquisa onde está envolvida a atividade humana. Os dados coletados são de incidentes do mundo real, que foram observados e registrados por observadores treinados ou por instrumentos registradores. Os incidentes observados devem obedecer a uma série de critérios pré-definidos, para assegurar um grau de realidade e confiança. Além disso, um incidente deve ser uma amostra adequada de comportamento para permitir inferências ou predições, ou ambos, que devem ser feitos a respeito do indivíduo ou do grupo de indivíduos envolvidos. Para um incidente ser crítico, o objetivo ou intenção do ato deve ser claramente refletido para o observador pelo contexto pelo qual o incidente ocorre, de forma a haver poucas dúvidas em sua mente a respeito do que vão ser as conseqüências do ato que ele observa.

A investigação desenvolvida utilizou-se da técnica do incidente crítico para a coleta e análise dos dados referentes às necessidades de informação dos conselheiros de saúde no município de Belo Horizonte.

## 5.2 OS CONSELHOS DE SAÚDE EM BELO HORIZONTE E SUA REGULAMENTAÇÃO

Os Conselhos de Saúde no município de Belo Horizonte, são normatizados pela Lei nº 5.903, de 3 de junho de 1991, que cria o Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte, a Conferência Municipal de Saúde, os Conselhos Distritais de Saúde, as Comissões locais de Saúde e dá outras providências.

A lei especifica competências dos Conselhos nos diversos níveis. Ao Conselho Municipal de Saúde compete:

- a) atuar na formulação da estratégia e no controle da execução da Política Municipal de Saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros;
- b) estabelecer diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços;
- c) aprovar critérios e valores para remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura assistencial;
- d) propor critérios para a definição de padrões e parâmetros assistenciais;
- e) acompanhar e controlar a atuação dos setores público e privado da área de saúde, credenciados mediante contrato ou convênio;
- f) acompanhar o processo de desenvolvimento e incorporação científica e tecnológica na área de saúde.

Aos Conselhos Distritais compete:

- a) formular planos de ação, acompanhar e fiscalizar a implementação das políticas necessárias e propostas para seu distrito sanitário;
- b) organizar as comissões locais.

As Comissões Locais de Saúde devem:

- a) propor, acompanhar e fiscalizar a implementação de políticas para cada local do distrito sanitário.

b) avaliar a atuação do seu distrito sanitário e de seu centro de saúde.

Quanto a Conferência Municipal de Saúde, a lei preconiza que se reunirá, a cada quatro anos, com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação da saúde e propor diretrizes para a formulação da política de saúde no município.

A Lei normatiza a composição dos Conselhos: representação das entidades prestadoras de serviços na área de saúde, dos profissionais de saúde, dos usuários do sistema de saúde do município e de três membros indicados pelo prefeito, entre os quais, necessariamente, o secretário municipal de saúde. É assegurada a representação paritária dos usuários em relação ao conjunto dos demais segmentos.

As funções dos membros do Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte não serão remuneradas, sendo seu exercício considerado relevante serviço na preservação da saúde da população.

Quanto aos Conselhos Distritais e Comissões Locais, a lei determina que a cada distrito sanitário ou centro de saúde corresponderá um Conselho Distrital ou Comissão Local. Assegura que todos os bairros da área de abrangência de um centro de saúde terão sua representação.

Em Belo Horizonte, o Conselho Municipal foi constituído em 1991. No início de 1994, existiam em funcionamento o Conselho Municipal de Saúde, 2 Conselhos Distritais e 40 Comissões Locais, com número de membros bastante diversificados.

## 5.3 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Os resultados e sua análise serão apresentados segundo a seguinte estruturação:

- a) perfil dos conselheiros de saúde do município de BH e o processo de funcionamento dos Conselhos;
- b) caracterização da relação dos conselheiros no que se refere as informações da área de saúde;
- c) a informação no contexto da atuação dos conselheiros.

### 5.3.1 PERFIL DOS CONSELHEIROS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE E O PROCESSO DE FUNCIONAMENTO DOS CONSELHOS

Foram coletadas informações a respeito de 176 conselheiros, sendo que destes, 56 referem-se a todos os participantes do Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte em duas gestões: 1990 e 1994. Os outros dados referem-se a informações coletadas a respeito de três representantes de Conselhos Locais, perfazendo um total de 40 Conselhos Locais existentes no município de Belo Horizonte, no início de 1994, época em que os dados foram coletados. Estes correspondem a 120 Conselheiros de Saúde.

Ao distribuí-los pelas entidades que representam (TAB. 1), observa-se que predomina o segmento dos usuários, evidenciando que ocorre a incorporação de novos atores no processo de definição das políticas de saúde no município. No que se refere aos prestadores privados, eles tendem a estar representados no Conselho Municipal enquanto nos demais sua participação na composição dos Conselhos é menor.

**TABELA 1: Distribuição dos conselheiros por entidades que representam em BH, em 1994**

<b>ENTIDADE</b>	<b>FREQUENCIA</b>	<b>PORCENTAGEM</b>
<b>Usuário</b>	103	59%
<b>Prestadores Públicos</b>	30	17%
<b>Trabalhadores de Saúde</b>	29	16%
<b>Prestadores Privados</b>	5	3%
<b>Ignorado</b>	9	5%
<b>TOTAL</b>	<b>176</b>	<b>100%</b>

Fonte: Pesquisa sobre Conselheiros de saúde

Quanto as idades dos conselheiros , apresentadas na TAB. 2, observa-se que a maioria (60%) encontram-se entre 30 e 50 anos, seguidos da faixa de 50 a 59 anos



(17%) e de + de 60 anos (13%). Evidencia-se a pouca presença de setores mais jovens da população na composição dos Conselhos.

**TABELA 2: Distribuição dos conselheiros por faixa etária em BH, em 1994.**

<b>IDADE</b>	<b>FREQUÊNCIA</b>	<b>PORCENTAGEM</b>
<b>30 - 39 a</b>	53	30%
<b>40 - 49 a</b>	52	30%
<b>50 - 59 a</b>	30	17%
<b>+ de 60 a</b>	23	13%
<b>18 - 29 a</b>	11	6%
<b>Ignorado</b>	7	4%
<b>TOTAL</b>	<b>176</b>	<b>100%</b>

Fonte: Pesquisa sobre Conselheiros de saúde

No item cor, demonstrado pela TAB. 3, a maioria dos conselheiros se autoreferem como de cor branca (53%), seguidos da cor negra (18%) e de amarela (12%).

**TABELA 3: Distribuição dos conselheiros segundo cor em BH, em 1994.**

<b>COR</b>	<b>FREQUENCIA</b>	<b>PORCENTAGEM</b>
<b>Branca</b>	94	53%
<b>Negra</b>	31	18%
<b>Amarela</b>	21	12%
<b>Ignorado</b>	30	17%
<b>TOTAL</b>	<b>176</b>	<b>100%</b>

Fonte: Pesquisa sobre Conselheiros

No que se refere ao grau de instrução (TAB. 4), observa-se grandes blocos com percentuais próximos: em primeiro lugar vem os conselheiros com o 1º grau incompleto (32%), seguidos dos conselheiros de nível superior completo (31%) e dos que possuem o 2º grau completo (23%). Entre os conselheiros com o 1º grau incompleto, observa-se que praticamente 10% deles se encontram entre os que possuem o primário incompleto.

**TABELA 4: Grau de Instrução dos Conselheiros, em BH, em 1994.**

<b>GRAU DE INSTRUÇÃO</b>	<b>FREQUÊNCIA</b>	<b>PORCENTAGEM</b>
<b>1º grau incompleto</b>	57	32%
<b>Superior completo</b>	55	31%
<b>2º grau completo</b>	41	23%
<b>1º grau completo</b>	18	10%
<b>Ignorado</b>	4	2%
<b>Nenhuma escolaridade</b>	1	1%
<b>TOTAL</b>	<b>176</b>	<b>100%</b>

Fonte: Pesquisa sobre Conselheiros de saúde

Quanto a renda individual mensal dos conselheiros de saúde, a maioria (39%) recebem entre 1 a 5 salários mínimos, seguidos do grupo entre 5 e 10 salários mínimos (19%) e do grupo de mais de 10 salários mínimos (18%). No entanto, observa-se que quase 18% relatam que não têm nenhuma renda mensal ou recebem até 1 salário mínimo (TAB. 5).

**TABELA 5: Renda Mensal dos Conselheiros em BH, em 1994.**

<b>RENDA</b>	<b>FREQUÊNCIA</b>	<b>PORCENTAGEM</b>
<b>1 - 5 SM</b>	68	39%
<b>5 - 10 SM</b>	34	19%
<b>+ de 10 SM</b>	32	18%
<b>0 - 1 SM</b>	17	10%
<b>Nenhuma</b>	14	8%
<b>Ignorado</b>	11	6%
<b>TOTAL</b>	<b>176</b>	<b>1</b>

Fonte: Pesquisa sobre Conselheiros de saúde

Ao se analisar os dados referentes ao grau de instrução dos conselheiros e a renda mensal, observa-se que os conselheiros provêm de todos os níveis sociais: ao mesmo tempo que 32% dos conselheiros possuem o 1º grau incompleto e 39% recebem menos de 5 salários mínimos, evidenciando conselheiros de origem com baixo nível sócio-econômico, observa-se que 31% dos conselheiros possuem nível superior completo e 18% recebem mais que 10 salários mínimos, demonstrando conselheiros com nível sócio-econômico mais elevados. Observa-se que a constituição dos conselhos de saúde com incorporação dos segmentos sociais com menor poder aquisitivo, encontra-se em processo

de implantação. Pelos dados, observa-se que não são as populações despossuídas que predominam na composição dos Conselhos.

Quando se analisa os dados referentes ao Conselho Municipal, observa-se que os conselheiros se situam na maioria entre 30 e 50 anos (TAB. 6).

**TABELA 6: Distribuição dos Conselheiros Municipais por Entidades e Faixa Etária em BH, em 1994.**

ENTIDADE	FAIXA ETÁRIA				
	18-29 a	30-39 a	40-49 a	50-59 a	+ 60 anos
Prestadores Públicos		1	6		1
Prestadores Privados				2	1
Trabalhadores de Saúde	2	5	2		
Usuário	3	14	8	5	4
Ignorado			1		1
<b>TOTAL</b>	<b>5</b>	<b>20</b>	<b>17</b>	<b>7</b>	<b>7</b>

Fonte: Pesquisa sobre Conselheiros de saúde

Quanto ao grau de instrução, 51% são de nível superior completo (TAB. 7).

**TABELA 7: Distribuição dos Conselheiros Municipais por Entidade e Grau de Instrução, em BH, em 1994.**

GRAU DE INSTRUÇÃO	PRESTADORES PÚBLICOS	PRESTADORES PRIVADOS	TRABALHADORES DE SAÚDE	USUÁRIOS	IGNORADO
Nenhuma escolaridade					
1º grau incompleto	1			9	
1º grau completo			2	5	1
2º grau completo			1	7	1
Superior completo	7	3	6	13	
<b>TOTAL</b>	<b>8</b>	<b>3</b>	<b>9</b>	<b>34</b>	<b>2</b>

Fonte: Pesquisa sobre Conselheiros de saúde

Em relação a renda mensal, 57% recebem mais de 5 salários mínimos (TAB. 8).

**TABELA 8: Distribuição dos Conselheiros Municipais por Entidade e Renda Mensal, em BH, em 1994.**

ENTIDADE	RENDA MENSAL			
	0-1 SM	1-5 SM	5-10 SM	+ de 10 SM
Prestadores Públicos		1	2	5
Prestadores Privados				3
Trabalhadores de Saúde		3	3	3
Usuário	4	14	12	4
Ignorado			1	1
<b>TOTAL</b>	<b>4</b>	<b>18</b>	<b>18</b>	<b>16</b>

Fonte: Pesquisa sobre Conselheiros de saúde

Observa-se que os conselheiros, de um modo geral, não são jovens, predominando largamente a população com mais de 30 anos. São mais, segundo autorem-se, brancos (+ 53%), com grau de instrução distribuídos entre primeiro grau incompleto (+ 32%), segundo grau completo e superior completo. Quanto a renda mensal, a maioria (39%) recebe entre 1 a 5 salários mínimos, enquanto 18% recebe 1 salário mínimo ou menos e 18% recebem mais de 10 salários mínimos.

No que se refere aos integrantes do Conselho Municipal de Saúde, observa-se que há uma diferença no que se refere ao grau de instrução: 51% dos conselheiros têm uma formação de nível superior e quanto a renda mensal, 57% recebem mais de 5 salários mínimos.

Ao detalhar as funções que um Conselho de Saúde deve desempenhar, observa-se na TAB. 9, que predominam: reivindicar melhorias (23%), passar informações para a população e formulação e controle da política de saúde (20%). A seguir, vem o controle da atuação do setor público e privado na área de saúde (15%), acompanhamento da área de saúde com vistas a garantir que o conhecimento científico e tecnológico seja incorporado (9%) e aprovação de critérios e valores para pagamento de serviços prestados pela rede pública e rede contratada/conveniada (7%).

TABELA 9: Funções dos conselhos segundo os conselheiros em BH, em 1994.

FUNÇÃO	FREQUÊNCIA	PORCENTAGEM
Reivindicar melhorias na área de saúde	142	23%
Passar informações para a população	123	20%
Formulação e controle da execução da política de saúde	119	19%
Controle de atuação dos setores público e privado na área de saúde	93	15%
Acompanhamento da área de saúde com vistas a garantir que o conhec. científico e tecnológico seja incorporado na área de saúde	59	9%
Aprovação de critérios e valores para pagamento de serviços prestados pela rede pública e rede contratada/conveniada	42	7%
Outros	21	3%
Controlar horário dos profissionais dos Centros de Saúde	17	3%
Concordar com a política definida pela Secretaria	11	2%
<b>TOTAL</b>	<b>627</b>	<b>100%</b>

Fonte: Pesquisa sobre conselheiros de saúde

As funções que um Conselho deve desempenhar, mencionadas pelos conselheiros, inserem-se dentro do que é normatizado pela lei nº 5903, de criação do Conselho Municipal, Conselhos distritais e Conselhos locais no município de Belo Horizonte. No entanto, observa-se uma ênfase significativa em dois aspectos não mencionados no escopo da lei, referentes a reivindicar melhorias na área de saúde e passar informações para a população. Estes aspectos evidenciam o processo de construção dos Conselhos de Saúde no município que provavelmente, são perpassados por tensões resultantes do processo de desestruturação da rede assistencial, com suas carências históricas, aliadas a um contexto onde existe uma população mal informada que freqüente, utiliza e percebe limites da rede assistencial existente no município.

Nesta situação, tende-se a se referenciar no cotidiano para pensar a função e atuação do conselho, ganhando expressividade o aspecto de reivindicar melhorias e passar informações para a população, em detrimento da função de elaboração de projetos para a área de saúde, controle do setor privado ou financiamento do setor.

Observa-se que o aspecto referente à função do Conselho em relação ao controle do setor contratado/conveniado é mencionado por um número significativo de conselheiros, o que indica que a noção de que esta é uma atividade importante do Conselho já está sendo incorporada.

Quando se analisa as funções que um Conselho deve desempenhar, relatada pelos conselheiros do Conselho Municipal de Saúde, observa-se que aparece prioritariamente, formulação e o controle da execução da política de saúde, seguido do controle da atuação dos setores público e privado na área de saúde e de passar informações para a população (TAB. 10).

TABELA 10: Funções dos conselhos segundo os conselheiros do Conselho Municipal de Saúde, em BH, em 1994

FUNÇÃO	FREQUÊNCIA	PORCENTAGEM
Formulação e controle da execução da política de saúde	49	20%
Controle de atuação dos setores público e privado na área de saúde	45	18%
Passar informações para a população	44	18%
Reinvindicar melhorias na área de saúde	42	17%
Aprovação de critérios e valores para pagamento de serviços prestados pela rede pública e rede contratada/conveniada	29	12%
Acompanhamento da área de saúde com vistas a garantir que o conhecimento científico e tecnológico seja incorporado na área de saúde	27	11%
Outros	8	3%
Concordar com a política definida pela Secretaria	4	2%
Controlar horário dos profissionais dos Centros de Saúde	3	1%
<b>TOTAL</b>	<b>251</b>	<b>100%</b>

Fonte: Pesquisa sobre conselheiros de saúde

Ao listarem as atividades que são executadas pelos conselheiros de saúde no município de Belo Horizonte, evidenciados na TAB. 11, observa-se que predominam reuniões do próprio Conselho ( 29 %), reunião com a comunidade ( 20%), reuniões com os responsáveis pelo setor (19%) e vistorias em hospitais ou centros de saúde ( 11 %).

TABELA 11: Atividades que são realizadas pelos conselhos em BH, em 1994.

ATIVIDADES	FREQUENCIA	PORCENTAGEM
Reunião do conselho	131	29%
Reunião com a comunidade	93	20%
Reunião com responsáveis pelo setor saúde	86	19%
Vistorias em hospitais ou Centros de saúde	49	11%
Reunião com outros setores governamentais	38	8%
Cursos para população	25	5%
Outros	22	5%
Mutirões da área de saúde	14	3%
<b>TOTAL</b>	<b>458</b>	<b>100%</b>

Fonte: Pesquisa sobre conselheiros de saúde

Observa-se que os Conselhos mantêm vínculos com a comunidade ao executar suas atividades, o que os credenciam para o exercício de sua função, intrinsecamente vinculada à população que representam.

Ao serem indagados se as atividades executadas pelos Conselhos relacionam-se com o que consideram que seja a função de um Conselho de Saúde (TAB. 12) a maioria respondeu que sim (71%), o que, na avaliação dos conselheiros, nos possibilita afirmar que estamos trabalhando com os Conselhos de Saúde que conhecem sua função e executam atividades buscando implementar estas funções.

**TABELA 12: Opinião dos Conselheiros sobre se as atividades exercidas estão relacionadas com suas funções, em BH, em 1994.**

<b>RESPOSTA</b>	<b>FREQUÊNCIA</b>	<b>PORCENTAGEM</b>
<b>Sim</b>	125	71%
<b>Não</b>	38	22%
<b>Ignorado</b>	13	7%
<b>Total</b>	<b>176</b>	<b>100%</b>

Fonte: Pesquisa dos Conselheiros de Saúde

Quanto ao processo de funcionamento do Conselho, observa-se na TAB. 13 que os Conselhos mantêm, em sua grande maioria, reuniões mensais (82%).

**TABELA 13: Periodicidade das reuniões dos conselhos, em BH, em 1994.**

<b>PERIODICIDADE</b>	<b>FREQUENCIA</b>	<b>PORCENTAGEM</b>
<b>Mensal</b>	145	82%
<b>Quinzenal</b>	19	11%
<b>Semanal</b>	5	3%
<b>Trimestral</b>	1	1%
<b>Ignorado</b>	6	3%
<b>TOTAL</b>	<b>176</b>	<b>100%</b>

Fonte: Pesquisa sobre conselheiros de saúde

A maioria dos Conselheiros discute política de saúde em alguma atividade fora do Conselho (75%), 27% dos conselheiros participam de alguma reunião a

nível nacional para discutir política de saúde e 11% ocupa cargo de direção em alguma entidade que não é o Conselho de saúde (TAB. 14, 15 E 16).

**TABELA 14: Realização de discussão de Política de Saúde pelos Conselheiros fora da reunião do Conselho, em BH, em 1994.**

<b>DISCUTE</b>	<b>FREQUÊNCIA</b>	<b>PORCENTAGEM</b>
<b>Sim</b>	132	75%
<b>Não</b>	32	18%
<b>Ignorado</b>	12	7%
<b>Total</b>	<b>176</b>	<b>100%</b>

Fonte: Pesquisa sobre Conselheiros de Saúde

**TABELA 15: Participação dos Conselheiros em reuniões nacionais em BH, em 1994.**

<b>REUNIÃO NACIONAL</b>	<b>FREQUÊNCIA</b>	<b>PORCENTAGEM</b>
<b>Sim</b>	48	27%
<b>Não</b>	111	63%
<b>Ignorado</b>	17	10%
<b>TOTAL</b>	<b>176</b>	<b>100%</b>

Fonte: Pesquisa sobre conselheiros de saúde

**TABELA 16: Distribuição dos conselheiros segundo ocupação de cargo de direção em alguma entidade, em BH, em 1994.**

<b>OCUPA CARGO DE DIREÇÃO</b>	<b>FREQUÊNCIA</b>	<b>PORCENTAGEM</b>
<b>Não</b>	100	57%
<b>Ignorado</b>	56	32%
<b>Sim</b>	20	11%
<b>TOTAL</b>	<b>176</b>	<b>100%</b>

Fonte: Pesquisa dos Conselheiros de Saúde

Quando se analisam os motivos principais pelos quais os conselheiros decidiram dedicar-se aos Conselhos de Saúde (TAB. 17), predominam : compromisso com a luta pela saúde ( 33 %) e representar a comunidade ( 28%). Observa-se que itens relativos a interesses mais imediatos e pessoais não são quase mencionados.



**TABELA 17: Motivos pelos quais os Conselheiros decidiram assumir sua função, em BH, em 1994.**

<b>MOTIVOS</b>	<b>FREQUÊNCIA</b>	<b>PORCENTAGEM</b>
<b>Pelo compromisso com a luta pela saúde</b>	133	33%
<b>Para representar a comunidade</b>	112	28%
<b>Outros</b>	58	15%
<b>Ignorado</b>	45	11%
<b>Existem melhorias que têm que ser feitas em seu bairro</b>	43	11%
<b>É difícil o acesso à rede</b>	4	1%
<b>Vai trazer benefícios para você e sua família</b>	3	1%
<b>TOTAL</b>	<b>398</b>	<b>100%</b>

Fonte: Pesquisa sobre conselheiros de saúde

É dentro dessa concepção de Conselhos de Saúde e do seu processo de funcionamento concreto que os conselheiros se relacionam com a informação.

### 5.3.2 CARACTERIZAÇÃO DOS CONSELHEIROS NO QUE SE REFERE A SUA RELAÇÃO COM AS INFORMAÇÕES DA ÁREA DE SAÚDE

A maioria das informações sobre o que está ocorrendo na área de saúde vêm, segundo os conselheiros, das próprias reuniões do Conselho ( 19%) ou das outras entidades das quais os conselheiros fazem parte (15 %), conforme demonstrado na TAB. 18. A televisão e o rádio têm papel expressivo, seguidos pelos jornais da grande imprensa e de revistas. Observa-se que os conselheiros formam uma noção do que está ocorrendo na área da saúde por fontes internas (reuniões e entidades) e pela grande imprensa, o que restringe sua capacidade de intervenção.

**TABELA 18: Meios pelos quais os Conselheiros ficam sabendo sobre Política de Saúde, em BH, em 1994.**

<b>MEIOS</b>	<b>FREQUENCIA</b>	<b>PORCENTAGEM</b>
Reunião do Conselho	118	19%
Televisão	108	17%
Discussão na entidade da qual faz parte	91	15%
Rádio	88	14%
Jornal quando impresso	78	13%
População	40	6%
Revista	39	6%
Outros	36	6%
Jornal de entidades	26	4%
<b>TOTAL</b>	<b>624</b>	<b>100%</b>

Fonte: Pesquisa sobre conselheiros de saúde

Quando ocorre cruzamento destas variáveis com renda, nota-se, pela TAB. 19, que não existe correlação entre renda mensal e os meios pelos quais os conselheiros ficam sabendo sobre o que está acontecendo na área de saúde.

TABELA 19: Distribuição dos meios utilizados pelos Conselheiros para saber sobre política de saúde por Renda Mensal, em BH, em 1994.

MEIOS	RENDA MENSAL					Total
	Nenhuma	0 a 1 SM	1 a 5 SM	5 a 10 SM	+ de 10 SM	
Reunião do Conselho	7	12	51	25	17	112
Televisão	7	18	40	28	19	112
Discussão na Entidade	4	5	41	21	18	89
Rádio	2	5	15	37	14	73
Jornal da Grande Imprensa	3	1	28	26	20	78
População	1	3	14	12	7	37
Revista	1	1	10	12	11	35
Outros	3	3	15	8	1	30
Jornal de Entidades	3	3	9	6	5	26
<b>TOTAL</b>	<b>31</b>	<b>51</b>	<b>223</b>	<b>175</b>	<b>112</b>	<b>592</b>

Fonte: Pesquisa sobre conselheiros de saúde

Ao se analisar as fontes que os conselheiros utilizam quando precisam buscar alguma informação sobre a área de saúde, observa-se, pela TAB. 20, que predominam: entidade da qual faz parte (26%), alguém que ocupa algum cargo na área de saúde (23%), jornais (16%) e livros (10%).

TABELA 20: Fontes utilizadas pelos Conselheiros quando precisam saber algo sobre Política de Saúde, em BH, em 1994.

FONTE	FREQUÊNCIA	PORCENTAGEM
Entidade da qual faz parte	113	26%
Alguém que ocupa algum cargo na área de saúde	103	23%
Jornais	71	16%
Livros	45	10%
Outros	37	8%
Seus superiores	31	7%
Alguém conhecido	22	5%
Parlamentares	17	4%
<b>TOTAL</b>	<b>439</b>	<b>100%</b>

Fonte: Pesquisa sobre conselheiros de saúde

Observa-se que os conselheiros recorrem às fontes mencionadas por motivos diversos, mas predominam: facilidade de acesso, por serem fontes mais seguras e confiáveis, por possuírem as melhores informações e estarem esclarecidas e porque são os setores responsáveis, portanto, possuem informações. Alguns mencionam explicitamente: são os que detêm a informação.

Percebe-se uma relação já estabelecida com estas fontes, com experiências positivas: "estão mais dispostos a dar informações", "são ágeis", "são

competentes para repassá-las", "estão sempre atualizados", "me satisfaz no que preciso", "passam o bom que eles têm", "porque sempre tem resultado". No entanto, observaram-se limites: são as "únicas que eu conheço", "ela nos traz conhecimentos", "são os únicos caminhos indicados", "porque sabe mais que eu", "elas são importantes para o que propomos", "é o único reconhecimento que tenho na minha atuação como conselheiro: o direito de perguntar".

No que se refere as fontes que são usadas para acompanhar o que está ocorrendo na área de saúde observa-se pela TAB. 21, que são citadas as seguintes, quase que indistintamente: unidade de saúde ( 19%), jornal ( 17%), revista (17%), televisão (16%), entidade (18%) e outros (13%).

**TABELA 21: Fontes utilizadas pelos Conselheiros para acompanhar o que ocorre na área de saúde, em BH, em 1994.**

<b>LOCAL</b>	<b>FREQUÊNCIA</b>	<b>PORCENTAGEM</b>
<b>Unidade de Saúde</b>	37	19%
<b>Jornal</b>	33	17%
<b>Revista</b>	33	17%
<b>Televisão</b>	32	16%
<b>Entidade</b>	35	18%
<b>Outros</b>	26	13%
<b>TOTAL</b>	<b>196</b>	<b>100%</b>

Fonte: Pesquisa sobre conselheiros de saúde

### 5.3.3 A INFORMAÇÃO COMO SUBSÍDIO PARA A ATUAÇÃO DOS CONSELHEIROS

Ao serem indagados sobre as fontes de informação que utilizam quando precisam de alguma informação para sua atuação, observa-se que os conselheiros, em sua maioria, remetem-se ao estatuto e legislação da área (49%) e a própria unidade de saúde (46%). (TAB. 22).

**TABELA 22: Fontes utilizadas pelos Conselheiros para exercer sua função, em BH, em 1994.**

LOCAL	FREQUENCIA	PORCENTAGEM
Estatuto do Conselho	106	49%
Unidade de Saúde	100	46%
Legislação	56	26%
Jornal	22	10%
Revista	16	7%
Livro	12	6%
Outros	12	6%
<b>TOTAL</b>	<b>218</b>	<b>100%</b>

Fonte: Pesquisa sobre conselheiros de saúde

Quando as diversas fontes utilizadas são cruzadas com renda (TAB. 22), observa-se que em todas as faixas de renda, o comportamento em relação a fonte utilizada permanece o mesmo.

**TABELA 23: Fontes utilizadas pelos Conselheiros para exercerem sua função por Renda Mensal em BH, em 1994.**

ONDE	RENDA MENSAL					TOTAL
	Nenhuma	0 a 1 SM	1 a 5 SM	5 a 10 SM	+ de 10 SM	
Estatuto do Conselho	7	10	48	18	14	97
Unidade de Saúde	5	6	40	13	10	74
Legislação	1	5	15	12	9	42
Livro	-	-	3	5	3	11
Jornal	2	1	1	7	4	15
Revista	-	1	2	5	2	10
Outro	1	1	4	2	1	9
<b>TOTAL</b>	<b>16</b>	<b>24</b>	<b>113</b>	<b>62</b>	<b>43</b>	<b>258</b>

Fonte: Pesquisa sobre conselheiros de saúde

Quando os conselheiros se referem a uma experiência concreta de busca de informações, para sua atuação como conselheiro (técnica do incidente crítico), observa-se que a maioria menciona as estruturas da secretaria municipal (centros de saúde, distritos sanitários ou setores da SMSA/BH), os próprios Conselhos, seguidos secundariamente de legislações da área de saúde. Observa-se que ocorre uma concordância entre a experiência concreta dos conselheiros, onde predominam as estruturas da SMSA como fonte de informações para os conselheiros e as fontes mencionadas de forma genérica, onde predominam estatuto do Conselho (49%) e unidades de saúde (46%).

Ao categorizar as distintas utilidades das informações que são listadas na prática pelos conselheiros para sua atuação, é possível situá-las em três grandes blocos, que expressam o complexo leque de atribuições que são executadas pelos conselheiros:

a) utilizadas para permitir que seja feito o acompanhamento dos problemas e perspectivas de soluções vivenciados pelas unidades: "para informar a dificuldade de médico no posto", "para ajudar administrar o posto de saúde", "acompanhar processos de contrato de serviços de saúde", "escolha de terreno para construção do centro de saúde", "por conhecer a estrutura de funcionamento de uma unidade de referência", "para solicitar que a ambulância atendesse também o nosso centro de saúde", "para melhoria do centro de saúde", etc.;

b) utilizadas para se capacitar para sua atuação dentro dos próprios Conselhos: "formular teses", "definir como votar", "para meu próprio esclarecimento", "montar uma fala", "responder ao ofício dos auditores do ministério da fazenda", "rever composição do Conselho", "aprofundar sobre as funções do Conselho";

c) utilizadas para divulgar informações para a população e para aperfeiçoar a possibilidade de reivindicação dos Conselhos: "para informar e repassar para população", "exigir melhor atendimento", "reivindicar direitos", "detectar falhas no sistema", "fazer uma matéria para o jornal", etc.

As informações que os Conselheiros buscam para incidir sobre sua atuação geralmente são utilizadas nas próprias reuniões que fazem, em palestras, em conversas, sob a forma de abaixo-assinados, cartazes ou folhetos. Às vezes, através de "reuniões específicas", "encaminhamento de paciente para o lugar certo", "funcionando estacionada no pátio do posto", "pautando o tema em diversas reuniões", "redigindo melhor pontos obscuros para o Conselho", "dando muitos telefonemas".

Nas suas atividades, a maioria dos conselheiros costumam passar informações para alguém (98,1%) (TAB. 24). São os usuários dos centros de saúde os que mais recebem informações dos conselheiros (23%), seguidos de vizinhos (23%) e colegas de trabalho (19%). São mencionados: para quem sabe que você é conselheiro (23%) e parlamentares (4 %).

**TABELA 24: Para quem os Conselheiros costumam passar informações sobre a área de saúde, em BH, em 1994.**

<b>RESPOSTA</b>	<b>FREQUÊNCIA</b>	<b>PORCENTAGEM</b>
<b>Para os usuários dos Centros de Saúde</b>	122	23%
<b>Para quem sabe que você é conselheiro</b>	121	23%
<b>Para seus vizinhos</b>	104	20%
<b>Para seus colegas de trabalho</b>	98	19%
<b>Outro</b>	31	6%
<b>Para a imprensa</b>	27	5%
<b>Para parlamentares</b>	23	4%
<b>TOTAL</b>	<b>526</b>	<b>100%</b>

Fonte: Pesquisa sobre Conselheiros de Saúde

Quando é perguntado para o conselheiro, que tipo de informação ele necessita para sua atuação como conselheiro, observa-se que a maioria responde genericamente: "tudo o que diz respeito a saúde", "sobre política de saúde", "como os órgãos governamentais atuam na saúde", "dados sobre política de saúde municipal", "municipalização da saúde", "política de saúde preventiva", "organização de serviços e planejamento", "funcionamento do setor saúde em países avançados", "todas as informações possíveis"; "tudo" é o que predomina.

Quando ocorre especificação, é possível agrupar as respostas em quatro grandes blocos: informações referentes ao processo de funcionamento concreto da rede "quais os serviços que são prestados pelo SUS", "atendimento de postos de saúde", "disponibilidade de leitos no SUS", "local de todos os serviços de saúde no município", "locais de atendimento por especialidade", "porque existe resistência em completar o quadro de médicos", "serviços e locais de atendimento e o procedimento do usuário", "locais de atendimento secundário", "a quem encaminhar pacientes", "quais os recursos existentes para saber orientar os usuários", etc.

A seguir, vem o bloco de informações que referem-se ao financiamento do setor saúde: "de onde vem e para onde vai toda a verba da saúde", "financiamento", "informações sobre o dinheiro do povo que vai sem retorno", "investimento de verbas feito pelo governo federal e municipal", "planejamento financeiro", "finanças", "o efetivo gasto da prefeitura em saúde", etc.

O outro conjunto de respostas podem ser agregadas no bloco referente à implementação da política de saúde no município de Belo Horizonte: "como está o andamento do processo de ampliação de unidades de saúde", "modificações, inaugurações e novidades na área", "porque a prefeitura implanta os postos sem médicos", "receber periodicamente tudo o que de novo na área de saúde em BH", "previsão de alocação de recursos materiais e humanos", "informações do que a prefeitura vem implementando", "dados quantitativos e qualitativos dos serviços de saúde projetados pela SMSA/BH", "informações sobre a falta de médicos e medicamentos", "mais informações sobre a política municipal de saúde".

As respostas referentes ao acompanhamento do que é veiculado pela mídia e à legislação também constituem um bloco: "conhecimento da lei de criação do SUS", "uma sinopse da mídia e textos oficiais de interesse", "atualização, dentro da área de saúde, através de jornais", "legislação referente a área de saúde", "sobre todas as leis do SUS",



"todas, inclusive jornais", "resoluções governamentais", "texto constitucional referente à saúde", "estatuto e regimento dos Conselhos", "leis que sustentam o sistema de saúde", etc.

Quando são analisados os tipos de informações que os conselheiros que compõem o Conselho municipal de saúde necessitam, observa-se que eles tendem talvez a se concentrar no bloco genérico, seguidos de uma grande ênfase na questão do financiamento, legislação específica, mídia e acompanhamento da implementação da política municipal de saúde. Observa-se que praticamente não são mencionados os aspectos referentes ao processo concreto de funcionamento das unidades de saúde.

Indagados sobre onde buscaram as informações para responder às perguntas que lhe são dirigidas, observa-se novamente que a maioria cita unidade de saúde (41%), legislação (15%) e jornais (14%). (TAB. 25).

**TABELA 25: Local em que os Conselheiros buscam a informação sobre a área de saúde, em BH, em 1994.**

<b>LOCAL</b>	<b>FREQUENCIA</b>	<b>PORCENTAGEM</b>
<b>Unidade de Saúde</b>	109	41%
<b>Outros</b>	52	20%
<b>Documentos de legislação</b>	41	15%
<b>Jornais</b>	38	14%
<b>Revistas</b>	25	9%
<b>TOTAL</b>	<b>265</b>	<b>100%</b>

Fonte: Pesquisa sobre conselheiros de saúde

Indagados sobre perguntas relativas a área de saúde que as pessoas lhes fazem, os conselheiros em sua maioria, têm que responder perguntas relativas ao processo de funcionamento da rede assistencial da área de saúde no município e as deficiências existentes em seu funcionamento: "onde buscar assistência", "funcionamento, horário, distribuição de fichas dos centros de saúde", "o que o centro de saúde oferece", "como ser atendido, que documentos precisa", "sobre a demanda reprimida", "número de vagas, se o

atendimento é bom", "número de médicos, se há vacinas", "porque faltam médicos e medicamentos", "se o C.S. tem remédios", "como conseguir exames ou uma consulta", etc.

Outro blocos , refere-se a perguntas genéricas sobre o setor: "como resolver a crise do setor saúde", "perspectivas de mudanças", "problemas do setor", "informações gerais sobre o setor", "sobre políticas de saúde", "sobre a sigla SUS e o que representa", "se o SUS vai dar certo", "porque o SUS não funcionou na prática", "como está a saúde". O processo de funcionamento dos Conselhos também é perguntado: "como funciona e como participar do Conselho", "o que o Conselho faz, para que serve". Outras perguntas referem-se a uma avaliação ruim do SUS e suas perspectivas de mudanças: "falta de assistência médica, caos no setor", "porque a péssima atuação do gestor da saúde", "se o atendimento vai melhorar", "porque a saúde está ruim", "porque tanta deficiência". Alguns temas específicos também são abordados; particularmente financiamento e recursos humanos.

Quando se analisam as perguntas que são dirigidas aos conselheiros que compõem o Conselho Municipal de Saúde observa-se que eles se inserem dentro dos agrupamentos citados acima, não apresentando nenhuma especificidade.

Quando, utilizando a técnica do incidente crítico, indaga-se qual foi a última vez que foi perguntado algo para o conselheiro sobre o setor saúde, observa-se que as respostas ganham muito em especificidade: "sobre o atendimento nos postos a gestantes", "quando vai chegar o pediatra", "como fica a abordagem do alcoolista no município", "quando o PAM vai terminar as obras", "porque não acabam as filas nos centros de saúde", "como conseguir consulta pediátrica", "sobre a reforma do Centro de saúde", "se o posto fornece determinado medicamento", "quando vamos ter todos os médicos", "sobre a leishmaniose", "qual o orçamento da PBH para a saúde", "quando será formado um Conselho determinado", "porque é difícil conseguir médicos", "sobre implantação de ações de saúde do trabalhador", "o que o Conselho local pode fazer para acabar com a fila".

No que se refere ao Conselho Municipal de Saúde, o processo segue o curso mencionado para o conjunto dos conselheiros.

As perguntas genéricas que são realizadas quando não se parte de uma situação concreta, não aparecem quando se parte de experiências concretas.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os Sistemas de Informações em Saúde historicamente constroem-se como resultantes do processo de evolução das políticas de saúde. A estruturação da área de saúde no país, cujas grandes diretrizes remontam ao final dos anos 60 e que perpassaram as últimas décadas, redundou em sistemas de informações com características dicotômicas: de um lado, os sistemas com características epidemiológicas, e de outro, os sistemas vinculados a produção de serviços. Diversas estratégias institucionais são tentadas rumo a evolução das políticas de saúde no país e é somente após a promulgação da Constituição de 1988 que instaura-se o arcabouço jurídico institucional para a construção do Sistema Único de Saúde, cujos princípios fundamentais são: acesso universal, integralidade das ações e participação social. A viabilização do SUS pressupõe a descentralização de recursos e será mais recentemente que a NOB 01/93 assegurará o processo de descentralização, através da municipalização das ações e serviços de saúde.

As concepções de sistemas de informações atualmente existentes, inserem-se neste novo momento, refletindo a evolução das políticas de saúde ocorridas no país. Em um contexto onde busca-se a superação da desarticulação interinstitucional com a possibilidade de gestão pelo município, com alocação efetiva de recursos e com controle social, a estruturação de Sistemas de Informações em Saúde incorpora estas diretrizes institucionais e consubstancia-se em:

- a) assegurar a participação dos profissionais e da população;
- b) flexibilidade, com uma estruturação que permita atender periodicamente as necessidades de informação dos gerentes de nível local;
- c) alta capacidade de discriminação em relação a localização de áreas de risco sanitário, objetivando um planejamento dirigido a partir de perspectivas de intervenção locais;
- d) acompanhamento contábil-financeiro sistemático;

e) produção e análise de dados, dos setores públicos e do setor contratado/conveniado, de caráter epidemiológico, financeiro e de produção de serviços, além de dados sócio-econômicos e demográficos, superando um processo dicotômico de produção e análise de informações no país.

Apesar de ser esta a dinâmica de estruturação dos Sistemas de Informações em Saúde, é necessário vislumbrar o contexto geral da discussão relativa a informação.

O significado da informação é redimensionado organizacionalmente, nos tempos modernos, passando por uma mudança essencializadora: sai de uma função de suporte, centrada na atividade de controle de papéis para uma atividade estratégica, passando a ser utilizada como um inestimável recurso para a organização atingir seus objetivos e identificar novas possibilidades de expansão e de aperfeiçoamento de suas atividades.

O contínuo desenvolvimento das tecnologias de informação e sua incorporação pelas organizações constitui a base objetiva para a informação ser alçada a categoria de recurso, dotada de atributos específicos e de tamanho potencial.

A assimilação desta dimensão estratégica no processo de gerenciamento das informações da área de saúde ainda é incipiente. A estruturação de um Sistema de Informação em Saúde, configurado a partir do potencial advindo da utilização da informação em uma perspectiva estratégica é passível de ser conformado a partir da superação de alguns limites.

O primeiro deles refere-se à base de dados, que deve estender sua abrangência, englobando dados externos de outras instituições não públicas da área de saúde e mesmo, de outros setores. Além disso, deve ocorrer uma mudança de enfoque, deixando-se de privilegiar a composição de diagnósticos de situações estanques, sem possibilidades de monitoramentos quanto aos objetivos institucionais fixados.

A incorporação de uma perspectiva estratégica nos sistemas de informações pode incidir na discussão, socialmente estabelecida, sobre a eficiência do setor público na área de saúde. Para se trabalhar com metas a serem alcançadas, resultantes de uma análise de ambiência, monitorá-las, associando-as a projetos que visam a melhoria da qualidade da assistência prestada, a utilização da informação de uma forma estratégica é um instrumento poderoso e imprescindível, na medida em que é necessário constituir formas de aferição contínuas, balizadas não somente em padrões internos, passíveis de serem visualizados por todos os atores envolvidos. Se vinculados a metas organizacionais a serem alcançadas pela organização como um todo, os projetos de avaliação de desempenho e de qualidade podem se constituir como uma possibilidade de redimensionar os Sistemas de Informações em Saúde dentro de uma perspectiva estratégica, pois possibilitam explorar o atributo da informação que lhe permite tornar-se um elemento coesivo de toda a estrutura organizacional, na busca de objetivos institucionais pré-fixados, potente o suficiente para a realização de monitoramentos contínuos.

O processo de decisão, na área de saúde, relativo a definição de metas e objetivos organizacionais e seu acompanhamento, estruturam-se a partir da idéia de controle social, concretizado pelos conselhos de saúde, dando maior complexidade à dimensão estratégica.

A conformação de sistemas de informações na área pública em uma perspectiva estratégica, adquire especificidade na área de saúde, desvendada no decorrer desta dissertação. O desafio de se reconstituir a dimensão estratégica para a estruturação de Sistemas de Informações em Saúde fundamenta-se na própria formulação de um projeto para a área de saúde que, constitutivamente, pressupõe a participação da população. Através de uma interação contínua, é possível a população incidir sobre rumos e diretrizes da política de saúde e acompanhar sua implementação. O controle social na área de saúde só se efetiva na medida em que o processo decisório for co-responsabilidade de prestadores, trabalhadores e população e nesse aspecto, a informação é decisiva.

A reconstituição do conceito de informação estratégica para a área de saúde pública, conduz a caminhos indagativos sobre concepções relativas a informações estratégicas, na busca da possibilidade de assimilação da idéia de controle social - norteador último da própria existência das políticas de saúde no país.

A emergência dos novos movimentos sociais na década de 70, em um contexto no qual estavam bloqueados os canais clássicos de participação política e social, colocou em cena diferentes perspectivas para a democratização do país.

Houve, em primeiro lugar, uma tendência de alguns autores a contrapor dualisticamente a autonomia dos novos movimentos sociais aos espaços clássicos de representação - partidos e sindicatos - avaliados como burocraticamente institucionalizados. À emergência de novas identidades e a revitalização de práticas democráticas dos primeiros opunha-se o sentido instrumental e verticalista dos segundos. A própria literatura sobre novos movimentos sociais, evidenciando análises empíricas bastante realistas, mostrou o quanto havia de idealização e, mesmo de uma certa romantização nas visões que pretendiam erigir a autonomia destes movimentos em peça fundante de uma nova democracia.

Após este momento em que as visões mais críticas à idealização da autonomia dos novos movimentos sociais sobressaíram-se, começou a ganhar corpo uma segunda perspectiva. Esta concebia, em um registro oposto, os movimentos sociais como um elemento de pressão, de alavancagem, de abertura de espaços de uma constitucionalidade estatal submetida a um processo de crescente democratização. Num contexto em que partidos e representação eleitoral, sindicatos e negociações coletivas revitalizavam-se, os novos movimentos sociais, depurados de qualquer mística autonomista, deveriam ser incorporados à engenharia da democratização como instrumentos corporativos de grupos de interesse. A identidade destes grupos deveria se ater basicamente à conformação de seus interesses específicos e sua autonomia referida apenas às formas organizativas adequadas a perseguição e conquista de suas demandas. Se mais realista na

visão dos limites intrínsecos dos nascentes movimentos sociais urbanos, esta segunda perspectiva subestima claramente os riscos da estatização destes movimentos, configurando-se ao final um clientelismo de novo tipo, mais contemporâneo e menos rude nas suas moedas de troca, mas igualmente limitador do potencial de democratização dos movimentos sociais.

Talvez a experiência dos Conselhos de Saúde esteja configurando, em seu setor específico, uma terceira perspectiva para o processo de democratização do país que supere as limitações das visões anteriores. Pois a tensão entre a autonomia e a institucionalidade estatal está se revolvendo pela criação de uma esfera pública, submetida ao controle social e resistente a instrumentalização do poder estatal e a ótica mercantil. A noção de autonomia, ao invés de ser identificada apenas negativamente como uma não institucionalidade, está se projetando como pressão para a criação de uma nova institucionalidade democrática. Os novos atores não perdendo os seus laços de identidade com os movimentos sociais, são chamados a gerir, mais que a mera expressão de suas carências imediatas, todo um sistema complexo de saúde pública.

A possibilidade de um novo horizonte democrático está certamente descortinado mas não conformado de partida. É aí que a absorção crítica do potencial gestor dos sistemas de informação pode contribuir decisivamente para socializar dados, estabelecer controle, dar visibilidade pública a metas e opções, formar e capacitar novos atores.

Além disso, os conselhos de Saúde relacionam-se de modo rico, a partir de sua autonomia, com outras formas clássicas de representação como os partidos e os sindicatos. Em Belo Horizonte, por exemplo, seus membros fazem parte de outras entidades, discutem políticas de saúde em outros espaços, têm experiências no exercício de cargos de direção e alguns, são participantes de reuniões nacionais.



Estas tensões referidas entre a autonomia institucional, interesses corporativos e práticas de gestão transparecem na pesquisa realizada junto aos conselheiros de saúde.

A existência dos Conselhos de Saúde em BH, em um contexto no qual seus integrantes mantêm vínculos com a população que representam, incide no processo de esgotamento de um modelo estatal que radicaliza a separação entre Estado/sociedade. Esta característica dos Conselhos, através da transmutação de necessidades e carências em um universo de direitos, modifica um modelo de estrutura estatal caracterizado pela insuficiência administrativa, incapacidade de prestar serviços, uso privado da máquina estatal, ou seja, pela privatização do Estado e pelas práticas que reforçam os aspectos tradicionais do clientelismo político.

Os Conselhos de Saúde constituem gradualmente uma identidade, que revigora a ação do público, através da construção e percepção de novos sujeitos que introduzem um novo padrão de formulação de políticas. Estas incorporam a valorização da realidade e da comunidade local usuária e/ou carente dos serviços de saúde, o que permite democratizar espaços de poder, tradicionalmente alocados no aparato estatal. A presença de usuários atuando em um espaço institucional estatal, com características de grau de instrução e renda mensal típicos de extratos sócio-econômicos mais desfavorecidos socialmente, evidencia a entrada de novos atores no processo de formulação de políticas em curso na área de saúde. As reuniões dos Conselhos, a cada mês, e o fato de que entre suas atividades ressalta-se, com grande ênfase, a função de se relacionar e passar informações para a população que representam, permitem o revigoramento das estruturas estatais, interligando-as e criando condições para uma nova legitimidade. Assim, os Conselhos constituem-se em um mecanismo de mobilização popular com interlocução constituída regularmente com o aparato estatal, distinto de partidos políticos e sindicatos.

A constituição de um espaço público perpassado por interesses corporativos, pela representação dos trabalhadores de saúde, prestadores públicos e

privados e população usuária, democratizou o processo de formulação e acompanhamento das políticas de saúde em curso no município. Se por um lado, ainda são identificados como principais funções do Conselho reivindicar melhorias na área e passar informações para a população em detrimento de elaboração e acompanhamento da execução da política, por outro lado, ações importantes que incidem no curso das políticas de saúde, vinculadas com o controle da rede contratado/conveniada, já estão relativamente incorporadas.

A norma operacional básica de 1993, seguindo a diretriz constitucional de estruturação do Sistema Único de Saúde, orientada pela descentralização política administrativa dos serviços e ações de saúde submetidos ao controle da sociedade, delega explicitamente aos Conselhos de Saúde, a responsabilidade de acompanhar os recursos financeiros alocados no setor saúde pelos diferentes níveis de governo. Apesar dos conselheiros ainda não situarem esta como uma função central a ser executada pelos Conselhos de Saúde, observa-se que quando são levantadas as necessidades de informação dos conselheiros, o item relativo ao financiamento vem à tona, evidenciando a assimilação progressiva desse processo crescente de atribuições que são delegadas aos Conselhos.

As perguntas que são dirigidas aos conselheiros evidenciam, de alguma forma, a percepção que as populações têm a respeito das atividades e funções dos conselheiros, cujas informações foram assim identificadas: relativas ao funcionamento da estrutura assistencial de saúde no município de BH; perguntas genéricas sobre o setor; informações sobre estruturação da saúde e perspectivas de mudanças; problemas específicos e processo de funcionamento dos Conselhos de Saúde.

No que se refere a utilização que os conselheiros fazem da informação, observa-se que foi possível agrupá-los em três categorias: utilizada para permitir que seja feito o acompanhamento dos problemas e perspectivas de soluções vivenciadas pelas unidades de saúde; utilizada para capacitar a atuação dos conselheiros dentro dos Conselhos e para divulgar informações para a população e para aperfeiçoar a atividade de intervenção dos conselheiros.

É possível enquadrar as necessidades encontradas em dois grandes grupos, segundo COLEN (1980): necessidades nutricionais, que são as relacionadas com a manutenção da competência geral do indivíduo e necessidades aplicadas, as quais buscam respostas para questões ou problemas específicos.

A construção do controle social na área de saúde é processual: é importante observar na relação dos conselheiros com as informações as necessidades nutricionais, pois, ampliam-se enormemente as novas atribuições dos conselheiros com o processo de municipalização em curso na área de saúde, onde exige-se um novo patamar de qualificação para a participação efetiva.

Quanto aos meios através dos quais os conselheiros acompanham o que está ocorrendo na área de saúde, são as próprias reuniões dos Conselhos, outras entidades dos quais os conselheiros fazem parte, rádio, televisão, seguidos de jornais da grande imprensa e revistas.

No que se refere as fontes de informações que são utilizados pelos conselheiros quando necessitam de alguma informação, observa-se que são as estruturas da Secretaria Municipal de Saúde em seus diversos níveis (setores do nível central, distrital e unidades de saúde) que são acionadas, seguidas dos Conselhos e legislação, confirmado pela aplicação do método de incidente crítico. Portanto, as fontes predominantes são fontes internas de informação, o que remete à secretaria e à mesa diretora dos Conselhos um cuidado maior no que se refere a este processo. Os aspectos que definem a busca destas fontes são enumerados pelos conselheiros: facilidade de acesso; fontes seguras e confiáveis; qualidade da informação e por que são os setores responsáveis pela informação. A identificação destes aspectos introduz elementos na discussão sobre o sistema de informações para conselheiros de saúde. Torna-se necessário identificar até que ponto os sistemas formais de informações das secretarias não conseguem, se estruturados, responder a alguma parcela de informações que são requeridas pelos conselheiros, resguardando as qualidades das fontes, observando os itens mencionados acima.

Quando se avaliam os tipos de informações que os conselheiros consideram que seriam necessárias para o exercício de suas funções, é possível depreender a concepção que têm do Conselho de saúde. Também foi possível agrupá-los em blocos: informações genéricas; informações referentes ao processo concreto de funcionamento da rede; financiamento do setor saúde; implementação da política municipal de saúde e mídia e legislação.

Ao se utilizar a técnica do incidente crítico em relação aos tipos de informações que os conselheiros necessitam, elas podem ser categorizadas como o bloco acima, só que com mais especificidade e suprimindo as informações de caráter genérico. A utilização da técnica do incidente crítico permite a aproximação das experiências concretas dos conselheiros em relação à informação e possibilita delinear o escopo para projetar sistemas de informações.

Depreende-se, do exposto, que a identificação de necessidades de informação dos conselheiros de saúde articula-se, não só com características demográficas, sócio-econômicas, de grau de instrução ou experiência política, mas vincula-se fortemente com as atribuições/funções dos Conselhos de Saúde. Não ocorre uma distinção entre os diversos segmentos que compõem os Conselhos de Saúde: prestadores, trabalhadores de saúde e usuários, no que se refere a identificação dos tipos de informações necessárias para o funcionamento dos Conselhos de Saúde.

É possível depreender da investigação realizada, a partir dos dados relativos a informações, que os conselheiros tanto em sua prática como em sua concepção formulam a respeito de quais funções dos Conselhos é possível aperfeiçoar com a utilização da informação:

a) repassar informações para a população relativas ao processo de funcionamento dos serviços de saúde: o que oferece, qual a estrutura montada e como funciona, como ter acesso.

- b) aperfeiçoar os mecanismos de controle relativos ao financiamento da rede;
- c) monitorar o processo de implementação das políticas de saúde no município e de perspectivas de mudanças;
- d) acompanhar o que ocorre na mídia e aperfeiçoar o conhecimento a respeito das legislações relativas ao SUS;
- e) aperfeiçoar a divulgação das formas de participar do controle social da área.

Observa-se que o levantamento de necessidades de informação, mesmo utilizando a técnica do incidente crítico, depara-se com limites intrínsecos: a tendência a igualar necessidade de informação com demanda por informação, a dificuldade de se especificar dentro de um universo de informação com o qual se convive quais são as necessárias, o fato de existirem necessidades encobertas, que só vêm à tona na hora em que se depara com determinada informação ou situação (KREMER, 1987).

O conjunto de aspectos abordados para a constituição dos sistemas de informações dos conselheiros referenciam-se nas necessidades de informações advindas de um processo de funcionamento do Conselho, estreitamente vinculado com a população usuária/carente de serviços de saúde, com exceção do aspecto de financiamento, o que lhe dá uma legitimidade importante na sua atuação como conselheiro. Passar informações relativas ao processo de funcionamento das unidades, monitorar o que será implementado na rede, acompanhar a mídia e legislação e divulgar formas de controle social podem ser atribuições dos Conselhos de Saúde, mas são insuficientes para o exercício integral da função de conselheiro segundo a normatização. Estes aspectos ganham ênfase em um contexto onde os Conselhos ainda estão se estruturando para conseguir interferir no espaço político criado na perspectiva de controle social. Mesmo atribuições que são típicas da rede assistencial, como repassar informações sobre o processo de funcionamento de órgãos e

formas de acesso aos mesmos em um contexto de ausência desta atividade por parte da rede acabam contribuindo pouco para o exercício da função dos conselheiros.

As necessidades de informações dos conselheiros de saúde listadas, em alguns aspectos, confluem com dados já estruturados em Sistemas de Informações em Saúde.

A concepção de Sistemas de Informações em Saúde estruturados com recursos que permitam a agregação e análise de dados organizacionais não colide com a montagem de uma base de dados onde as diversas unidades organizacionais tenham autonomia para a definição de suas necessidades de informação. Como resultante, o processo de produção da informação pode se conformar para o atendimento de necessidades de informações dos diversos níveis organizacionais, com fluxos de informações estabelecidos, assegurando a possibilidade da informação tornar-se o elemento coesivo da realidade organizacional e passível de ser disponibilizada no tempo requerido.

O Sistema de Informação em Saúde constitui um lugar onde somente as informações que interessam ao conjunto da organização são agregadas e analisadas, configurando-se a partir da autonomia das diversas unidades na sua relação com a informação.

No que se refere a análise das informações, os Sistemas de Informações em Saúde devem se estruturar para priorizá-la. A utilização do geoprocessamento constitui um instrumento importante que aperfeiçoa a capacidade de análise de dados coletados através da sua visualização no contexto de um território, o que permite correlações sobre possíveis causas ou consequências da ocorrência de eventos.

Para agregar dados de um universo social extremamente variado e dinâmico, os Sistemas de Informações em Saúde demandam uma atualização permanente de seu aparato tecnológico. O que se requer é que tenham capacidade de absorver, de modo elástico e rápido, as inovações em uma área que, por natureza, é de fronteira científica e planejar a incorporação destas novas tecnologias no conjunto da organização.

Este potencialidade de sua operacionalidade coloca para os sistemas de informações o desafio de ir além de uma visão fechada, de informação e dados auto-referidos ao marco organizacional próprio do sistema de saúde. É decisivo que eles incorporem documentos, análises, estudos facilmente acessíveis que permitam parâmetros qualitativos e relacionais para as decisões.

Em função do nível vastíssimo de informação e de sua abrangência, é necessária, por outro lado, um esforço de delimitação do universo coberto pelo banco de dados. A definição clara de metas e de objetivos é chave; métodos de amostragem rotinizados introduzem uma necessária economia de recursos.

A base de dados dos Sistemas de Informações em Saúde deve construir-se superando dicotomias anteriores e indo além. A articulação entre dados de produção de serviços, epidemiológicos, do setor público e contratado/conveniado, dados sócio-econômicos e administrativo-financeiros devem nortear o processo de estruturação dos Sistemas de Informações em Saúde, permitindo correlacionar variáveis referidas a regiões ou micro-regiões urbanas. O monitoramento do ambiente externo aos serviços públicos de saúde permitirá que se conheça o que ocorre e como se inovam os outros serviços de saúde (privados e serviços de seguro-saúde), como a população os avalia, onde pretendem chegar, dados estes fundamentais para o processo de decisão de qualquer estrutura organizacional que se propõe a atingir determinados objetivos.

Este complexo banco de dados tem de ser inserido no centro de decisões estratégicas da organização. Mais especificamente, o nível decisório central tem que se capacitar a manipular o sistema de informações na própria conformação do problema, das metas, das opções e no processo de acompanhamento das decisões tomadas.

Um desafio particular - e central no estudo desta tese - é de incorporar os conselhos de saúde neste nível de decisão estratégico. Isto só pode ser atingido, se o próprio Conselho de Saúde for progressivamente conquistando acúmulo de saberes, experiências e maturidade para manejar o sistema de informação.

A conformação deste espaço público de gestão requer, por sua própria natureza, uma capacidade de tornar transparente para o conjunto da população as suas metas e o monitoramento de sua execução. Aqui, fica revelada também a importância da interface do sistema de informação com a comunicação social, fundamental para a construção de uma consciência ampla e democrática sobre as concepções e os direitos à saúde pública.

Trata-se de analisar finalmente como estas demandas por informação por parte dos conselheiros de saúde inserem-se em uma estratégia de democratização da gestão pública.

Em primeiro lugar, é necessário indicar que uma parte das demandas dos conselheiros é de fato uma atribuição institucional. Trata-se da máxima publicidade para a sociedade, das informações referentes ao funcionamento cotidiano da rede de serviços em todas as suas dimensões. Os conselheiros, é claro, devem estar a par destas informações, mas não deveria ser compreendida como função precípua sua repassá-las ao público interessado. Se isto ocorre hoje, é porque os Conselhos de Saúde, por sua porosidade e articulação social, superam faltas ou lacunas dos próprios mecanismos de comunicação da instituição pública. Aspectos relacionados ao controle e avaliação do setor público e contratado conveniado, ao financiamento e à legislação específica da área de saúde, aos direitos dos usuários previstos na Constituição já devem estar inseridos na própria estruturação do sistema de informação e colocados à disposição para todos os setores sociais, inclusive na forma e veículo mais adequado ao público alvo.

Em segundo lugar, é preciso delimitar aquelas informações que devem ser construídas pelos próprios Conselhos e que são estritamente relacionadas à sua função. Assim, inserem-se neste âmbito as informações relativas ao acompanhamento do exercício da política municipal deliberada, a sistematização das matérias veiculadas na mídia e que, têm impacto sobre a saúde da população, o registro sistemático das próprias decisões dos conselhos em seus vários níveis. Neste âmbito, seria importante que os Conselhos também



incrementassem e sofisticassem as suas redes da captação das demandas da população, aumentando a sensibilidade do seu papel em relação a sua própria base de representação, os usuários do sistema.

O mais importante, porém desta análise da demanda de informação dos conselheiros refere-se à própria função gestora dos Conselhos de Saúde. A ênfase e os conteúdos das informações demandadas indicam que os Conselhos de Saúde ainda situam preponderantemente suas ações no âmbito do controle das políticas implementadas, aquém portanto de sua inserção no próprio planejamento e formulação das políticas de saúde.

A função principal dos Conselhos é elaborar a política municipal de saúde, destinar recursos para onde forem necessários e acompanhar sua implementação. Mas não é possível aos conselheiros exercer essa função sem informações básicas que os subsidiem e os capacitem para tal. Ítens como capacidade instalada do município, parâmetros de cobertura, dados demográficos básicos, procedência de pacientes etc. possivelmente contribuirão para essa atribuição.

As informações relacionadas às atividades de controle e avaliação do setor contratado/conveniado também não foram contemplados nas demandas dos conselheiros. No entanto, destinam-se grandes montantes de recursos ao setor contratado/conveniado. Será, pois, necessário ao Conselho dispor de informação que possibilitem acompanhar o processo público de controle sobre estes setores.

Outro aspecto não contemplado nas demandas de informação refere-se ao acompanhamento da evolução técnico-científica na área de saúde. Tal acompanhamento seria importante para o próprio Conselho dimensionar possíveis melhoras e novas reivindicações no que se refere à qualidade dos serviços prestados.

Muito provavelmente o manejo de um universo tão ampliado de informação requererá dos Conselhos de Saúde um redimensionamento da relação estabelecida com a informação.

O que está em jogo aqui, porém, é o próprio horizonte da democratização da gestão pública. Isto é, em que medida, ela será transparentemente conformada aos interesses da sociedade e das suas operações rumo a um sistema de saúde universal e de qualidade.

O acesso dos conselheiros à informação e a sua capacitação para utilizá-la, com domínio das tecnologias de informação atualmente disponíveis é pois absolutamente crucial para este projeto de democratização do planejamento e do processo de tomada de decisões estratégicas.

A gestão e a produção das informações institucionais devem contar prioritamente com integrantes do Conselho, de forma a diminuir o hiato informacional hoje existente. É preciso que os próprios conselheiros tornem-se sujeitos que se relacionam com a informação desde a sua origem. Democratizar a informação é, pois, inserir novos atores na sua concepção, produção e disseminação.

## 7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ABRANCHES, S.H. Nem cidadãos, nem seres livres: o dilema político do indivíduo na ordem liberal democrática. **Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v.28, n.1, p.5-25, 1985.
2. ALDERSON, M. R. Evaluation of health information systems. **British Medical Bulletin**, v. 30, n. 3, p. 203-8, 1974
3. ALMINO, J. **O segredo e a informação**. São Paulo: Brasiliense, 1982. 117p.
4. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA. **Uso e disseminação de informações em saúde - subsídios para elaboração de uma política de informações em saúde para o SUS**. Brasília: ABRASCO. 1994.
5. AUSTIN, J. Planning and selecting an information system. **Hospitals**, v. 51, October 16, p. 95-100, 1977.
6. BARRETO, A.A. A questão da informação. **Revista da Fundação SEADE**, São Paulo, v. 8, n. 4, p. 3-8, out./dez. 1994.
7. BELO HORIZONTE. LEI Nº 5.903-03 jun. 1991. Dispõe sobre a criação de conselho municipal. **Diário Oficial**, 04 de jun. 1991.
8. BRAGA, J.C.S. **Saúde e previdência - estudos de política social**. São Paulo: HUCITEC, 1986.
9. BRAGA, N. O processo decisório em organizações brasileiras. **Revista de Administração Pública**, v. 21, n. 3, jul/set 1987.
10. BRASIL, Ministério da Saúde. **Anais da VIII Conferência Nacional de Saúde -Relatório Final**. Brasília: Secretaria Geral, 1986.
11. \_\_\_\_\_. **Relatório Final da IX conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Secretaria Geral, 1992.
12. BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Ministério da Educação, 1988.
13. \_\_\_\_\_. Lei 8.142, de 28/12/1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**.
14. \_\_\_\_\_. Lei nº 8080 de 19/09/1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, da organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, de 20 de setembro, 1990.
15. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria MS n. 545 de 20 de maio de 1993. Norma Operacional Básica - SUS 01/1993. **Diário Oficial de União**, 24 de maio de 1993.
16. \_\_\_\_\_. Lei no. 6259, de 30/10/1975. Dispõe sobre a organização de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunização, estabelece normas

relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 31 de outubro de 1975.

17. \_\_\_\_\_. Decreto no. 78231, de 12/08/1976. Regulamenta a lei 6259, de 30 de outubro de 1975. **Diário Oficial da União**, de 13 de agosto de 1976.
18. BREILH, J., GRANADA, E. **Saúde na sociedade**. São Paulo: Instituto de Saúde, ABRASCO, 1986. 212 p.
19. BROWN, M.K. Information for planning. **Journal of Library Administration**, New York, v. 2, n. 2, p. 3-4, 1989.
20. BULLINGER, H.H. Which information systems do managers really need? **European Management Journal**, v. 8, n. 2, p. 186-191, June 1990.
21. CAMPOS, G.W.S. A reforma necessária. In: BELINGUER, G. et al. **Reforma sanitária - Itália e Brasil**. São Paulo: HUCITEC-CEBES, 1988.
22. CARDOSO, R.C.L. A trajetória dos movimentos sociais. In: DAGNINO, Evelina. **Anos 90 - Política e sociedade no Brasil**. São Paulo: Editora Brasiliense, 1994. 172p., p. 81-90.
23. CARVALHO, A.T. **Os conselhos de saúde no Brasil: participação cidadã e controle social**. Rio de Janeiro: FASE/IBAM, 1995.
24. CARVALHO, G. I., SANTOS, L. **Sistema Único de Saúde: comentário à Lei Orgânica de Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1992. 371 p.
25. CASTELLS, M. **Cidade, democracia e socialismo**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1980.
26. \_\_\_\_\_. **Lutas urbanas e poder político**. Porto: Afrontamento, 1976.
27. CASTRO, N.G.H. e VIANA, A.L.D. Brasil: a reforma do sistema de saúde. In: DRAIBE, S. **Reformas de políticas para aumentar a efetividade do Estado na América Latina**. São Paulo: CEPAL/UNICAMP, 1992.
28. CHORNY, A. H. **Estudio sobre salud y educación medica, modelo global para el setor salud**, 1970 (mimeo).
29. COLEN, L.L. **Saúde e cidadania: a experiência da região leste de Belo Horizonte**. Belo Horizonte: UFMG, 1994. 173p. (Tese, mestrado em Sociologia).
30. CORDEIRO, H. **As empresas médicas**. Rio de Janeiro: Graal, 1984.
31. CRONIN, B. Esquemas conceituais e estratégicos para a gerência da informação. **Revista da Escola de Biblioteconomia da UFMG**, v. 19, n. 2, p. 195-220, set. 1990.
32. \_\_\_\_\_. The information society. **Aslib proceedings**, v. 38, n. 4, p. 121-129, Apr. 1986.
33. CRUZ, R. Os novos movimentos sociais: encontros e desencontros com a democracia. In: WARREN, I.S., KRISCHKE, P.J. (Orgs.). **Uma revolução no cotidiano? Os novos movimentos sociais na América do Sul**. São Paulo: Brasiliense, 1986. P. 86-101.
34. DATASUS. **Guia de acesso ao menu de consultas do BDAIH**. Brasília: DATASUS. 1993
35. \_\_\_\_\_. **Manual do usuário síntese**. Brasília: DATASUS. 1993

36. \_\_\_\_\_. **Sistema de disseminação em disquete dos dados da AIH**. Brasília: DATASUS. 1993
37. DEMO, P. **Participação é conquista**. São Paulo: Cortez, 1993.
38. \_\_\_\_\_. Participação e planejamento - arranjo preliminar. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 31-54, jul./set. 1991.
39. DI VILLAROSA, F.N. **A estrutura rápida e a divisão do território no distrito sanitário**. Brasília: Organização Panamericana de Saúde, 1993. 54 p.
40. DONNANGELO, M. C.F. **Medicina e sociedade: o médico e o seu mercado de trabalho**. São Paulo: Pioneira, 1975.
41. DURHAN, E.R. Movimentos sociais: a construção da cidadania. **Novos Estudos**, São Paulo, n. 10, p. 24-30, out. 1984.
42. EDUARDO, M.B.P. A informação em saúde no processo de tomada de decisão. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 70-77, ago/out. 1990.
43. ENCONTRO NACIONAL DOS SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE. O controle social dos serviços de saúde. **Saúde em debate.**, p. 29-33, junho 1988.
44. EARLAM, R. Korner nomenclature and SNOMED. **British Medical Journal**, v. 296, p. 903-905, March 1988.
45. FELICE, P. Functionality of the ARPIA ambulatory information system. **Computer Methods and Programs in Biomedicine**, v. 31, p. 125-137, 1990.
46. FERNANDES, J. R. Informática, ética e Saúde. **Revista Brasileira de Informática em Saúde**, v. 1, n. 5, p. 12-13, 1988.
47. FISCHER, T., TEIXEIRA, A. Poder local e participação Espanha/Brasil - perspectivas constitucionais, avanços e limites. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 37-47, ago/out 1989.
48. FLANAGAN, J.C. The critical incident technique. **Psychological Bulletin**, v. 51, p. 327-58, July 1954.
49. FLEURY-TEIXEIRA, S. **Reforma sanitária: em busca de uma teoria**. São Paulo: ABRASCO/Cortez, 1989.
50. FLEURY-TEIXEIRA, S; OLIVEIRA, J. A. A. **(Im) Previdência Social: 60 anos de história da Previdência no Brasil**. Petrópolis: Vozes; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1985.
51. GENTILE DE MELLO, C. **A previdência social e os hospitais de ensino**. Convênio INPS/UFG. Rio de Janeiro, 1975. (mimeo).
52. GIACOMINI, C.H. Controle social. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 9, 1992, Brasília. **Cadernos da Nova Conferência**. Brasília: UNB, 1992. p. 119-112.
53. GILLINGS, D. B., GREENBERG, B. Regional health information and evaluation systems: some concepts and thoughts. **Israel Journal of Medical Sciences**, v. 18, p. 379-409, 1982.

54. GOLDMAN, L. Importância do conceito de consciência possível para a comunicação. In: CAHIERS de Royamont. **O conceito de informação na ciência contemporânea**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1970. p. 38-68.
55. GOODRICH, R.S. Monitoração do ambiente externo: uma necessidade para as organizações tecnológicas. **Revista de Administração Empresarial**, Rio de Janeiro, v. 27, p. 5-10, jan/mar. 1987.
56. GOVERNO FEDERAL, MPAS. **Coletânea de legislação básica (SUDS)**. Brasília, s. ed., 1989.
57. GRUPO DE TRABALHO SOBRE INFORMAÇÃO EM SAÚDE DA COMISSÃO NACIONAL DE REFORMA SANITÁRIA. **Informação em saúde. Documentos III da Comissão Nacional de Reforma Sanitária**. Rio de Janeiro, 1987.
58. GUTIERREZ, F.C. Os movimentos sociais frente à crise. In: WARREN, I.S., KRISCHKE, P.J. (Orgs.) **Uma revolução no cotidiano? Os novos movimentos sociais na América do Sul**. São Paulo: Brasiliense, 1986, p. 191-213.
59. GUIMARÃES, R., TAVARES, R. **Saúde e sociedade no Brasil anos 80**. Rio de Janeiro: Relumê Dumará, 1994.
60. HANNABUS, S. Knowledge representation and information seeking. **Library Review**, v.37, n.3, p.7-14, 1984.
61. HARO, A. S. Planning an information systems for health services. **Methods of Information in Medicine**, v. 11, n. 1, p. 1-8, 1972.
62. HARRIS, K. Informação e mudança social nos anos 90: uma perspectiva europeia. **Informação Social**, João Pessoa, v. 1, n. 1, p. 57-67, 1991.
63. HORTON, F.W. **Information resources managements: concept and cases**. Cleveland: Association for systems managements, 1979. 343p.
64. JACOBI, P. R. Movimentos sociais em saúde: das demandas à engenharia institucional. In: ZIONI, F. **Pesquisa social em saúde**. São Paulo: Cortez, 1987.
65. \_\_\_\_\_. Movimentos sociais urbanos na época de transição: limites e potencialidades. In: SADER (Org.). **Movimentos sociais na transição democrática**. São Paulo: Cortez, 1987.
66. KADT, E., TASCA, R. **Promovendo a equidade: um novo enfoque com base no setor saúde**. São Paulo: Hucitec, Salvador: Cooperação Técnica Italiana, 1993. 107 p.
67. KÄRNER, H. Movimentos sociais: revolução no cotidiano. In: WARREN, I.S., KRISCHKE, P.J. (Orgs.) **Uma revolução no cotidiano? Os novos movimentos sociais na América do Sul**. São Paulo: Brasiliense, 1986. p. 19-34.
68. KAROL, J.L. **Generacion y reconstruccion de sistemas de informacion em la implementacion de políticas sociales publicas**. Buenos Aires: Facultad Latinoamericana de Ciências Sociales, 1988. 78p. (Tese, mestrado em ciências sociais).
69. KLAES, R.R. Sistema de informação gerencial para desenvolvimento de coleções. **Ciência da informação**, Brasília, v. 20, n. 2, p. 220-228, jul/dez. 1991.

70. KOPF, A.W. **A reformulação do setor saúde em Ijuí, no período de 1983 a 1989**. Rio de Janeiro: ENSP, 1991. 190p. (Tese, mestrado em Saúde pública).
71. KREMER, J.M. Fluxo de informação entre engenheiros: uma revisão da literatura. **Revista da Escola de Biblioteconomia da UFMG**, Belo Horizonte, v. 9, n. 1, p. 7-41, mar. 1980.
72. KRISCHKE, P. J. Movimentos sociais e transição política: contribuições da democracia de base. In: WARREN, I.S., KRISCHKE, P.J. (Orgs.) **Uma revolução no cotidiano?** Os novos movimentos sociais na América do Sul. São Paulo: Brasiliense, 1986, p. 276-297.
73. LAMOUNIER, B., WEFFORT, F.C., BENEVIDES, M.V.(orgs.). **Direito, cidadania e participação**. São Paulo: T.A. Queiroz, 1981.
74. LANCASTER, F. **Critical incidente techniques**. Urbana Illinois: University of Illinois Graduate School of Library Science, 1978.
75. LANDMAN, J. **Evitando a saúde e promovendo a doença**. Rio de Janeiro, Achimé, 1982.
76. LAURENTI., R., JORGE, M.H.P.M. **O atestado de óbito**. São Paulo: Centro da OMS para a classificação de doenças em português, 1992.
77. LEÃO, B. F. Sugestões para uma política nacional de informática em saúde. **Revista Brasileira Informática em Saúde**, v. 2, n. 7, p. 12-13, 1988.
78. LEMOS, M.B. O programa de estabilização, a dívida e o déficit público. In: PAIVA, P. et al. **Plano cruzado: ataque e defesa**. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1987.
79. LUZ, M.T. As conferências nacionais de saúde e as políticas de saúde da década de 80. In: GUIMARÃES, R., TAVARES, R. (Orgs.). **Saúde e sociedade no Brasil nos anos 80**. Rio de Janeiro: Relumê Dumará, 1994, p. 131-152.
80. MACHADO, F.A. As possibilidades de controle social das políticas públicas. **Revista de Administração pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 32-49, jan/mar. 1988.
81. MARCHAND, D.A. **Infortrends: profiting from your information resources**. New York: J. Willey, 1986. 293p.
82. MELLO, C. G. **Saúde e assistência médica no Brasil**. São Paulo: CEBES-HUCITEC, 1977.
83. MENDES, E. V. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80. In: MENDES, E.V (Org.). **Distrito Sanitário: o processo social de mudanças das políticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: ABRASCO, 1993.
84. MENDONÇA, M.G.L.G., SOUZA, M. S. L., NEHMY, R.M.Q. Avaliação de dados nosológicos em prontuários ambulatoriais. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 6, n. 3, p. 293-305, jul./set. 1990. ISSN 0110-311X.
85. MENZEL, H. Information needs and uses. In: CUADRA, C.A. **Annual review of information science and technology**. New York: Interscience publishers, 1986., v. 1, p. 41-69.

86. MERHY, E.E., CECÍLIO, L.C.O., NOGUEIRA FILHO, R.C. Por um modelo tecno-assistencial de política de saúde em defesa da vida: contribuição para as conferências de saúde. **Revista Saúde em Debate**, São Paulo, n. 33, p. 83-89, 1991.
87. MICHAEL, J. M., SPATAFORE, G., WILLIAMS, E. R. A basic information system for health planning. **Public Health Reports**, v. 83, n. 1, p. 21-28, January 1968.
88. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Autorização de Internação Hospitalar: Sistema de Apoio à entrada de dados**. Brasília: MS. 1992.
89. \_\_\_\_\_. **Formulário de classificação hospitalar**. Brasília: MS. 1985
90. \_\_\_\_\_. Resolução 258/ INAMPS de 07/01/1991. Aprova a Norma Operacional Básica SUS 01/91. **Diário Oficial da União**.
91. \_\_\_\_\_. Resolução 33/CNS de 24/12/1992. Aprova o documento "Recomendações para a constituição e estruturação dos conselhos estaduais e municipais de saúde". **Diário Oficial da União**.
92. \_\_\_\_\_. **Sistema de Informações ambulatoriais**. Brasília: MS. 1991.
93. MINISTÉRIO DA SAÚDE/INAMPS. **Sistema de Informações ambulatoriais**. Brasília: MS/INAMPS. 1991. Brasília: MS. 1991.
94. \_\_\_\_\_. **Sistema de Informações sobre nascidos vivos para microcomputadores**. Brasília: MS/INAMPS. 1992.
95. \_\_\_\_\_. **Sistema de Informações sobre nascidos vivos-aspectos gerais**. Brasília: MS/INAMPS. 1989.
96. MOISÉS, J.A. Democratização e cultura política de massas no Brasil. **Lua Nova**, n. 26, p. 5-52, 1992.
97. MORAES, I.H.S. **Informações em saúde: da prática fragmentada ao exercício da cidadania**. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: ABRASCO, 1994.
98. NESCON/MG, IBAM, IMS/VERJ, et al. **Relatório final da pesquisa avaliação do funcionamento dos conselhos estaduais e municipais de saúde**. Belo Horizonte: NESCON, 1993.
99. OPIT, L. J. ? Cómo se deve generar y utilizar la información sobre asistencia sanitaria? **Foro Mundial de la Salud**, v. 8, p. 447-478, 1987.
100. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Desarrollo de la política general de cooperación técnica de la OPS in el quatrienio 1987-90**. Washington, D.C.: OMS. 1987.
101. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Profilaxia das doenças transmissíveis**. Washington, D.C.: OPAS. 1973.
102. PACKER, C. L. Integration, performance key to ambulatory care information systems. **Hospitals**, v. 16, p. 120-22, 1985.
103. PAIM, J.S. **Saúde, crises e reformas**. Salvador: Centro Educacional e Didático da UFBA, 1986.



104. PALMER, R. A. Executive management of information in the academic health center. **Bulletin of Medical Library Association**, v. 74, p. 45-8, 1986.
105. PEGO, R. A. Movimentos sociais na saúde e identidades coletivas: um estudo de caso. In: BODSTEIN, R. (Org.). **Serviços de Saúde: construção de atores e políticas**. Rio de Janeiro: Relumé Dumará, 1993.
106. PICKUP, J.A. What business are we really in? **Aslib Proceedings**, v. 39, n. 10, p. 281-291, October 1987.
107. PINHEIROS, L.V. **Usuários - o contexto da ciência e da tecnologia**. Rio de Janeiro: LTC, 1982.
108. PIOLA, S.F. **Evolução das políticas de financiamento no setor saúde no Brasil**, Brasília, 1988. (mimeo).
109. PLEITNER, H, J. Small firms and the information problem. **European Management Journal**, v. 7, n. 4, p. 442-450, 1989.
110. POSSAS, C. A. Descentralização e democratização do Sistema de Saúde. In: **Anais da VIII Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Centro de documentação do Ministério da Saúde, 1987. p. 235-263.
111. \_\_\_\_\_. Organização social da medicina no Brasil. In: **Saúde e Trabalho - a crise da previdência social**. São Paulo: HUCITEC, 1989.
112. REICHERTZ, P. L. Future developments of data processing in health care. **Methods of Information in Medicine**, v. 21, p. 55-58, 1982.
113. RICHART, R.H. Evaluation of medical data system. **Computers and Biomedical Research**, v. 3, p. 915-25, 1970.
114. ROBERT, N., CLARKE, D. Organizational information concepts and information management. **Internacional Journal of Information Management**, v. 9, n. 1, p. 25-34, march 1989.
115. RODRIGUES, R.J., GOIHMAN, S. Sistemas de informação para gestão dos sistemas locais de saúde. **Bolletim of Saint Panamericana**, v. 109, n. 5, p. 488-501, 1990.
116. ROGERS, J.L., HARINE, O. M. The impact of a computadorized medical record summary system on incidence and length of hospitalization. **Medical Care**, v. 17, n. 6, p. 618-30, jun.1979. ISSN 002507079.
117. ROSIS, F., PIZZOTILO, S. Health care reorganization and information system building in Italy. **Methods of Information in Medicine**, v. 18, n. 4, p. 203-6, 1979.
118. SENRA, N.C. Por uma disseminação democrática de informações. **Revista da Fundação SEADE**, São Paulo, v. 8, n. 4, p. 40-45, out/dez. 1994.
119. SHIREY, D. Critical incidente technique. In: KENT, A., LANCOUR, H. **Encyclopedia of library and information science**. New York: Marcel Dekker, 1971, v. 6, p. 287.
120. SHNEIDER, D.P, KILPATRICK, K.E. A medical classification system for ambulatory - case manpower planning. **Health Services Research**, v. 9, n. 3, p. 1174-233, 1974.

121. SIMBORG, D. W., STARFIELD, B. H., MORN, S. D. et al. Information factors affecting problems follow-up in ambulatory care. **Medical Care**, v. 14, n. 10, p. 848-56 october 1976.
122. SIMBORG, D. W., WHITING-O'KEEFE, O. E. Evaluation methodology for ambulatory care information system. **Medical Care**, v. 20, n. 3, p. 197-217, March 1982.
123. SOMARRIBA, M.M.G., VALADARES, M.G., AFONSO, M.R. **Lutas urbanas em Belo Horizonte**. Petrópolis: Vozes, Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro, 1984.
124. SOUZA, L.R. Movimentos de saúde: dificuldades à sua apreensão. **Saúde em Debate**, n. 29, p. 48-51, 1990.
125. SOUZA, M.S.L. **Guia para redação e apresentação formal de teses/dissertações/monografias**. Belo Horizonte: DMPS/UFMG. 1995. 94p.
126. SPOSATI, A., LOBO, E. Controle social e políticas de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, São Paulo, v. 8, p. 366-378, dez. 1992.
127. STOTZ, E.N. Movimentos sociais e saúde: das dificuldades em incorporar a temática às inflexões teóricas metodológicas das Ciências sociais. **I Encontro Brasileiro de Ciências Sociais em Saúde**. Belo Horizonte: 1993, p. 1-12.
128. SYONNOTT, W.R. **The information weapon: winning customers and markets Technology**. New York: Wiley, 1987.
129. TASCA, R., DI VILLAROSA, F.N., GRECO, C. A construção de um sistema de informação territorializado nos distritos sanitários de Campo Limpo e de Itaquera, SP. In: TEIXEIRA, C.F., MELO, C. (org). **Construindo distritos sanitários: a experiência da cooperação italiana no município de São Paulo**. São Paulo: Hucitec, Salvador cooperação técnica italiana em saúde, 1995, p. 45-68.
130. TELLES, V. Sociedade civil, direitos e espaços públicos. In: VILLA-LOBOS, R. **Participação popular nos governos locais**. São Paulo: Polis, 1994.
131. TERRA, O. A participação da comunidade no SUS. **Saúde em Debate**, São Paulo, n. 26, p. 56-57, 1989.
132. THOMAS, J. W., LOWERY, J. Determining information needs of hospital managers: the critical success factor approach. **Inquiry**, v. 28, n. 4, p. 300-310, Winter 1981.
133. TRAUTH, E.M. Information management from a holistic view of information processing in the organization. **ASIS**, WATTHAN, v. 18, p. 132-133, 1981.
134. TSIU, A.S., SCHRIESHEIM, C. A Information as a power source in a organizations: a conceptual viewpoint. **ASIS, Annual Meeting**, v. 17, p. 378-380, 1986.
135. TURNER, M. Expert systems and decision support. **Expert Systems for Information Management**, v.1, p. 3-21, spring 1988.
136. VALLA, V.V. A construção desigual do conhecimento e o controle social dos serviços públicos de educação e saúde. In: VALLA, V.V., STOTZ, E.N. (Orgs.). **Participação popular, educação e saúde: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Relumê Dumará, 1993.
137. \_\_\_\_\_. Educação, saúde e cidadania: integração científica e assessoria popular. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 30-40, 1992.

138. VIANA, M.L.T.W. Alguns comentários sobre política social. **Revista Presença**, v. 8, ago. 1986.
139. VILLAROSA, F. N., TASCA, R. J., FERNANDES, R. V. **Análise da situação sócio sanitária, microlocalização e participação no distrito sanitário de Pau de Lima**, Salvador, 1991. (mimeo).
140. VIOLA, E., MAINWARING, S. Novos movimentos sociais: cultura política e democracia: Brasil e Argentina. In: WARREN, I., KRISCHKE, P.J. (Orgs.). **Uma revolução no cotidiano?** Os novos movimentos sociais na América Latina São Paulo: Brasiliense, 1986, p. 102-188.
141. WARREN, I.S., O caráter dos novos movimentos sociais. In: WARREN, I., KRISCHKE, P. J (Orgs.). **Uma revolução no cotidiano?** Os novos movimentos sociais na América Latina São Paulo: Brasiliense, 1986, p. 35-53.
142. WHITE, K. L. Information for health care: an epidemiological perspective. **Inquiry**, v. 17, p. 296-312, Winter 1980.
143. WIGGINS, R.E. Uma estrutura conceitual para a gerência de recursos informacionais. **Revista da Escola de Biblioteconomia da UFMG**, Belo Horizonte, v. 19, n. 2, p. 182-194, set. 1990.
144. WILSON, T. Information for business: the business of information. **Aslib Proceedings**, v. 39, n. 10, p. 275-279, October 1987.