

**SIMONE LUCAS GONÇALVES DE OLIVEIRA**

**GESTÃO DA INFORMAÇÃO E DO CONHECIMENTO: ANÁLISE  
DOS PROCESSOS DE TOMADA DE DECISÃO DOS  
GESTORES DA SAÚDE PÚBLICA DE CAMPINAS/SP**

**ORIENTADORA: PROFA. DRA. VERA SILVIA MARÃO BERAQUET**

**CAMPINAS, 2005**

SIMONE LUCAS GONÇALVES DE OLIVEIRA

GESTÃO DA INFORMAÇÃO E DO CONHECIMENTO: ANÁLISE DOS PROCESSOS  
DE TOMADA DE DECISÃO DOS GESTORES DA SAÚDE PÚBLICA DE  
CAMPINAS/SP

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do grau de mestre em Ciência da Informação pelo Programa de Pós Graduação em Ciência da Informação da Pontifícia Universidade Católica de Campinas.

Linha de Pesquisa: Gestão de Serviços de Informação.

Orientadora: Profa. Dra. Vera Silvia Marão Beraquet.

CAMPINAS, 2005

## FICHA CATALOGRÁFICA

Oliveira, Simone Lucas Gonçalves

OI48g      Gestão da informação e do conhecimento: análise dos processos de tomada de decisão dos gestores da saúde pública de Campinas-SP/  
Simone Lucas Gonçalves de Oliveira. – Campinas, SP [s.n.], 2005.

Orientadora: Vera Silvia Marão Beraquet.

Dissertação – Ciência da Informação, Pontifícia Universidade Católica de Campinas.

1. Gestão da informação – Processo decisório da Saúde Pública de Campinas. 2. Gestão do conhecimento – Processo decisório da Saúde Pública de Campinas. I. Beraquet, Vera Silvia Marão. II. Pontifícia Universidade Católica de Campinas. III. Título.

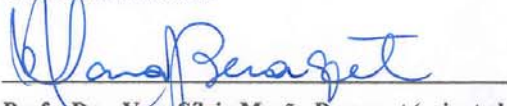
**Simone Lucas Gonçalves**

**GESTÃO DA INFORMAÇÃO E DO CONHECIMENTO: ANÁLISE DOS PROCESSOS  
DE TOMADA DE DECISÃO DA SAÚDE PÚBLICA DE CAMPINAS, SP**

Dissertação apresentada, como  
requisito parcial para obtenção do  
título de Mestre, ao Programa de Pós  
Graduação em Ciência da Informação  
da Pontifícia Universidade Católica de  
Campinas.  
Área de Concentração: Administração  
da Informação

Campinas, 22 de março de 2005

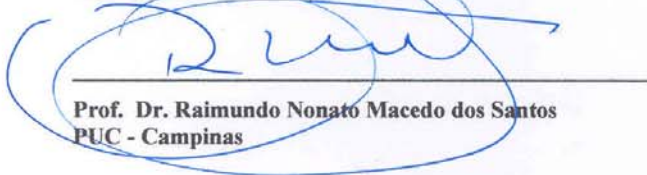
Banca Examinadora:



**Profa. Dra. Vera Silvia Marão Beraquet (orientadora)**  
PUC - Campinas



**Profa. Dra. Marta Lígia Pomim Valentim**  
Universidade Estadual de Londrina



**Prof. Dr. Raimundo Nonato Macedo dos Santos**  
PUC - Campinas

## DEDICATÓRIA

Aos meus queridos pais, José e Joelinda,  
por terem me ensinado a lutar com fé, coragem e humildade.

Ao meu querido esposo, Adriano, pelo apoio constante.

Aos meus queridos irmãos, Luciana e Daniel.

## AGRADECIMENTOS

A Deus pela vida, saúde e disposição durante estes anos.

A Profa. Dra. Vera Beraquet pelo incentivo, orientação e amizade.

Aos Profs. Drs. Raimundo Nonato, Paulo Januzzi e Marta Valentim pelas relevantes colaborações.

À Cristina Restituti da PMC pelo fornecimento de contatos dos profissionais da Saúde Pública de Campinas para a realização das entrevistas.

À Fátima, Assistente de Gabinete da SMS de Campinas, pelo encaminhamento de solicitação de acesso às repartições da Saúde Pública de Campinas.

A Dra. Maria do Carmo Cabral Carpintéro pela concessão de parecer favorável aos acessos às repartições da Saúde Pública de Campinas.

A Profa. Vera Elisa da Faculdade de Jaguariúna pela facilitação de acesso aos Coordenadores de Saúde do Distrito Sul.

Aos coordenadores dos Distritos da Saúde e aos Coordenadores da Vigilância Sanitária pelas entrevistas concedidas.

Ao Engenheiro Antonio Sallum Librelato, diretor da Empresa de Consultoria *Ethics Engineering*, pelas enriquecedoras discussões e sugestões de desenvolvimento.

A Elisabete e ao Ricardo pelo companheirismo e amizade.

À PUC-Campinas e a CAPES pela concessão da bolsa modalidade II.

A todos aqueles que direta ou indiretamente colaboraram para a realização deste trabalho.

## EPÍGRAFE

*“Se as coisas são inatingíveis... ora! Não é motivo para não querê-las”.  
Que tristes os caminhos, se não fora a presença distante das estrelas!”*

Mário Quintana, poeta.

## **APRESENTAÇÃO**

Esta dissertação é fruto de esforços dedicados que levaram à obtenção dos resultados aqui previstos. Uma vez que o universo de estudo deste trabalho foi a Saúde Pública de Campinas/SP, foi previamente contatado o setor responsável pela Coordenação de Informação e de Informática da SMS – Secretaria Municipal de Saúde onde a recepção foi bastante acolhedora e importante para viabilizar as entrevistas com os respectivos gestores. Entretanto, este trabalho deu-se na época de transição na gestão municipal e, conseqüentemente, muitas dificuldades foram encontradas na realização das entrevistas, uma vez que os gestores experientes estavam deixando seus cargos e os novos ainda não se sentiam preparados para responder aos questionamentos dessa pesquisa.

No delineamento do modelo aqui proposto, contou-se com o apoio do Engenheiro Antonio Sallum Librelato, que, com sua experiência profissional, visualizou com clareza a delimitação do referido modelo.



# **GESTÃO DA INFORMAÇÃO E DO CONHECIMENTO: ANÁLISE DOS PROCESSOS DE TOMADA DE DECISÃO DOS GESTORES DA SAÚDE PÚBLICA DE CAMPINAS/SP**

OLIVEIRA, Simone Lucas Gonçalves de. **Gestão da informação e do conhecimento: análise dos processos de tomada de decisão dos gestores da Saúde Pública da cidade de Campinas/SP.** Campinas, 2005. 136 p. Dissertação (Mestrado em Ciência da Informação) – Programa de Pós-Graduação em Ciência da Informação, Pontifícia Universidade Católica de Campinas.

## **RESUMO**

O presente trabalho é parte de um projeto de pesquisa inscrito no CNPq como Grupo de Pesquisa de Gestão da Informação sob coordenação da orientadora desta dissertação. Consistiu-se numa análise do processo decisório dos gestores da Saúde Pública da cidade de Campinas/SP no que diz respeito ao uso de informação e de conhecimento. O objetivo geral foi a análise dos processos de tomada de decisão dos gestores da Saúde Pública, vinculados à Secretaria Municipal de Saúde de Campinas/SP a fim de propor sugestões de melhorias no que diz respeito ao acesso e ao uso de informação e de conhecimento. Os objetivos específicos foram a compreensão, a análise, o mapeamento, a avaliação e a proposição de melhorias aos processos de tomadas de decisão com suporte da gestão da informação e do conhecimento. O método utilizado foi a pesquisa qualitativa, sendo aplicado através de entrevistas. O universo foi a Secretaria Municipal da Saúde de Campinas/SP onde foi possível contatar profissionais gestores (tomadores de decisão) atuantes na Saúde Pública da mesma Cidade. Como resultados obtiveram-se a identificação de processos que demandam a entrada e a saída de informações e a utilização de conhecimento nos processos de tomada de decisão, a avaliação da qualidade das decisões decorrentes da utilização de informação e de conhecimento e o delineamento de uma proposta de processo decisório amparado pela gestão da informação e do conhecimento.

**Palavras-chave:** Gestão da Informação, Gestão do Conhecimento, Processo Decisório, Saúde Pública

# **INFORMATION AND KNOWLEDGE MANAGEMENT: ANALYSIS OF THE DECISION MAKING PROCESSES BY THE PUBLIC HEALTH'S MANAGERS IN THE CITY OF CAMPINAS/SP**

OLIVEIRA, Simone Lucas Gonçalves de. **Information and knowledge management: analysis of the decision-making processes by the Public Health's managers in the city of Campinas/SP.** Campinas, 2005. 136 p. Dissertation (Masters in Information Science) Information Science, Pontifical Catholic University of Campinas.

## **ABSTRACT**

The present dissertation is an integrant part of a research project registered at the CNPq Directory as Information Management Research Group. Consisted in an analysis of the decision-making processes taken by public health managers working at the Health Municipal Secretary of Campinas/SP about of the use of information and knowledge. The general objective was the analysis of the decision-making processes by the Public Health's managers in the city of Campinas/SP with the aim to consider suggestions of improvements about the access and use of information and knowledge. The specific objectives were the understanding, analysis, mapping, evaluation and proposal of improvements to the decision making process with support by information and knowledge management. The adopted method was the qualitative research and the instrument applied was the interview. The universe consisted of the Health Municipal Secretary of Campinas/SP, where was possible to interview the professional decision makers operating at the Public Health of the same City. The results: identification of the processes that demand the entrance and the exit of information, the use of knowledge in the decision making processes, as well as the evaluation of the level of the resulting quality by using information and knowledge, as well as development of a decision making proposal supported by information and knowledge management.

**Key words:** Information Science, Knowledge Management, Decision Process, Public Health

## SUMÁRIO

---

<b>LISTA DE TABELAS .....</b>	<b>13</b>
<b>LISTA DE ILUSTRAÇÕES .....</b>	<b>14</b>
<b>LISTA DE SIGLAS.....</b>	<b>15</b>
<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>16</b>
<b>1. INFORMAÇÃO PARA A TOMADA DE DECISÃO EM SAÚDE PÚBLICA NO ÂMBITO MUNICIPAL .....</b>	<b>24</b>
1.1 INFORMAÇÃO EM SAÚDE .....	24
1.2 COMPREENDENDO A SAÚDE PÚBLICA .....	26
1.2.1 O Setor Público Brasileiro .....	26
1.2.2 A Saúde Pública no Brasil .....	27
1.3 PROCESSO DECISÓRIO DA SAÚDE PÚBLICA NO ÂMBITO MUNICIPAL .....	31
1.3.1 Compreendendo os Processos de Tomada de Decisão .....	31
1.3.2 A Gestão da Saúde Pública no Âmbito Municipal .....	37
<b>2. GESTÃO DA INFORMAÇÃO E DO CONHECIMENTO PARA A TOMADA DE DECISÃO NA SAÚDE PÚBLICA NO ÂMBITO MUNICIPAL .....</b>	<b>41</b>
2.1 GESTÃO DA INFORMAÇÃO .....	42
2.2 GESTÃO DO CONHECIMENTO .....	49
<b>3. MÉTODO.....</b>	<b>55</b>
3.1 UNIVERSO DA PESQUISA.....	55
3.2 SUJEITOS .....	57
3.3 PROCEDIMENTOS .....	57
3.4 RESULTADOS OBTIDOS .....	58
<b>4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>69</b>
4.1 GESTÃO DA SAÚDE PÚBLICA DE CAMPINAS/SP .....	69
4.1.1 Fases do Processo Decisório.....	70

4.1.2 <i>Informação e Conhecimento para o Processo Decisório</i> .....	72
4.2 DIAGNÓSTICO DOS PROCESSOS DE GESTÃO DA INFORMAÇÃO E DO CONHECIMENTO .....	72
4.2.1 <i>Deficiências de Recursos</i> .....	72
4.2.2 <i>Deficiências de Informação e de Conhecimento</i> .....	72
4.2.3 <i>Deficiências de Métodos</i> .....	73
<b>5. PROPOSTA DE PROCESSO DECISÓRIO COM SUBSÍDIO DA GESTÃO DA INFORMAÇÃO E DO CONHECIMENTO.....</b>	<b>75</b>
5.1 NOVA SEQÜÊNCIA DE PASSOS .....	75
5.2 FLUXOGRAMA PARA O NOVO MODELO .....	78
5.3 COMPARAÇÕES ENTRE AS SEQÜÊNCIAS ATUAIS E PROPOSTA PARA O MODELO DE PROCESSO DECISÓRIO.....	80
5.4 NOVOS MÉTODOS E TÉCNICAS RECOMENDADOS .....	86
5.5 CONSIDERAÇÕES SOBRE SISTEMAS INTEGRADOS DE INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO .....	87
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>88</b>
<b>7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>91</b>
<b>APÊNDICE.....</b>	<b>99</b>
1. ENTREVISTAS REALIZADAS.....	99
<b>ANEXOS .....</b>	<b>131</b>
1. ORGANOGRAMA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS..	131
2. SOLICITAÇÃO DE ACESSO AOS GESTORES DA SAÚDE PÚBLICA DE CAMPINAS/SP .....	133
3. PARECER FAVORÁVEL PARA O ACESSO AOS GESTORES DA SAÚDE ÚBLICA DE CAMPINAS/SP .....	134
4. ROTEIRO DE ENTREVISTA CONFORME A PERTINÊNCIA DOS OBJETIVOS	135
5. LEGENDA DOS SÍMBOLOS DO FLUXOGRAMA.....	136

## LISTA DE TABELAS

---

Tabela 1 - Passos da Fase 1.....	82
Tabela 2 - Passos da Fase 2.....	83
Tabela 3 - Passos da Fase 3.....	85

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

---

Ilustração 1 - Fluxograma - Proposta de Modelo de Processo Decisório com Base no Uso de Informação e de Conhecimento .....	80
Ilustração 2 - Organograma da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas .....	132

## LISTA DE SIGLAS

---

1. ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
2. CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
3. FINASA – Fundação Nacional de Saúde
4. FNS – Fundo Nacional de Saúde
5. *HMS – Health Municipal Secretary of Campinas/SP*
6. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
7. IML – Instituto de Medicina Legal
8. MS – Ministério da Saúde
9. OMS – Organização Mundial da Saúde
10. *PAIDEIA* – Programa de Saúde da Família de Campinas (Termo de Origem Grega – Formação integral do homem)
11. PMC – Prefeitura Municipal de Campinas
12. SMS – Secretaria Municipal da Saúde
13. SMSs – Secretarias Municipais da Saúde
14. SUS – Sistema Único de Saúde

## INTRODUÇÃO

---

Esta dissertação é parte de um projeto de pesquisa integrado e inscrito no Diretório do CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, como Grupo de Pesquisa em Gestão de Informação em Saúde. Este grupo já desenvolveu pesquisas referentes à avaliação de programas de capacitação gerencial e a proposta atual é a geração de resultados que se configurem como subsídios e metodologias aplicáveis à Gestão da Informação e do Conhecimento, no que tange a processos e a capacitações organizacionais.

A origem deste trabalho está na concepção de que os recursos informação e conhecimento são subsídios relevantes para os processos de tomada de decisão dos gestores em geral. Entretanto, o uso destes recursos só contribuirá ao processo decisório se forem geridos através de eficientes metodologias e estratégias. Assim sendo, este trabalho se propôs a analisar os processos de tomada de decisão dos gestores da Saúde Pública, vinculados a SMS – Secretaria Municipal de Saúde de Campinas/SP, no que diz respeito ao acesso, ao uso e à geração de informação e de conhecimento.

A Saúde Pública ou Saúde Coletiva é a prática organizada, institucionalizada e ligada ao Estado, em determinada sociedade, dirigida a um ideal de bem-estar das populações em termos de ações e medidas que evitem e/ou reduzam os agravos à saúde, assegurando condições para a manutenção da vida humana. A Saúde Pública está ligada à Saúde Coletiva e ao bem estar social, podendo também ser considerada como uma extensão da saúde às ciências sociais.



As organizações sempre reconheceram a informação e o conhecimento como fatores relevantes, mas foi a partir da abertura econômica que estes recursos passaram a ser considerados fundamentais para a prosperidade das organizações em longo prazo. Diante disto, as organizações sentem a necessidade de fazer uso dos recursos que possuem, de maneira pró-ativa e dinâmica, com a finalidade de garantir a sobrevivência num ambiente cada vez mais complexo e competitivo.

Nessa direção, Silva (2002) afirma que a percepção da importância da informação e em especial do conhecimento nas atividades que uma organização deve realizar sempre fez parte do pensamento administrativo, mas a constatação dos benefícios decorrentes destes recursos só tornou possível com a abertura dos mercados e a intensificação da competitividade.

No que diz respeito ao Setor Público, em especial o Setor da Saúde, o uso da informação e do conhecimento não está voltado para a competitividade em mercados, mas sim para a prestação de serviços de saúde em prol da sociedade de determinada localidade. Portanto, independente do usuário ser uma organização privada ou pública ou até mesmo um cidadão comum, a presença de recursos de informação e de conhecimento é sempre importante. A respeito disso CHAUÍ afirma o seguinte:

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

De acordo com Chiavegatto (1999), a falta de informação apropriada e de conhecimento como subsídios ao processo decisório causa lentidão, ineficiência e

elevação de custo quando na implementação de ações. Muitas vezes as decisões são tomadas apenas com base na subjetividade ou na intuição pessoal do indivíduo, isto quando a objetividade, a clareza e os dados concretos também são fatores importantes; oferecem alicerce que poderá reduzir a probabilidade de erro e melhorar as chances de acerto. Portanto, pesquisas voltadas para a Gestão da Informação e do Conhecimento são fundamentais para o estabelecimento de estratégias capazes de viabilizar, de maneira dinâmica, a pesquisa, a organização, a distribuição e o acesso às informações e aos conhecimentos precisos com o objetivo de melhorar e tornar mais assertivos os processos de tomada de decisão.

Segundo Silva (2002), a tomada de decisão para a solução de problemas ou para o aproveitamento de oportunidades, realizada em qualquer atividade organizacional, requisita o aprendizado com a experiência, a aplicação do conhecimento adquirido da experiência, o tratamento de situações complexas, a solução de problemas, a determinação do que é prioritário, a capacidade para raciocinar e pensar, a reação rápida, a compreensão de imagens visuais, o processamento e a manipulação de símbolos, a criatividade, a imaginação e a heurística que consiste em normas práticas com origens na experiência.

Em todos os requisitos propostos por Silva percebe-se a demanda de informação precisa e de conhecimento pertinente. A ausência destes recursos poderá comprometer os resultados dos processos de tomada de decisão, dificultando a solução do problema ou o aproveitamento da oportunidade em evidência.

De acordo com Morin (2003), o conhecimento pertinente é o conhecimento contextualizado; é aquele que aborda o objeto em todos os aspectos; é um conhecimento não fragmentado, mas sim integrado.

Uma vez evidente a demanda por informação e conhecimento nos processos decisórios, em especial naqueles de responsabilidade dos gestores atuantes na Saúde Pública de Campinas, nosso ambiente de estudo, esta pesquisa obteve como resultados a identificação de processos que demandam fluxos de informações e de conhecimentos nas tomadas de decisão, a avaliação da qualidade das decisões decorrentes da utilização de informação e de conhecimento e o delineamento de uma proposta de tomada de decisão amparada pela Gestão da Informação e do Conhecimento.

Segundo Campos (2003), a Saúde Pública possui tradição legal. Além dessa estrutura legal, sabe-se que também é tradicionalmente sistematizada tanto no âmbito político quanto nos econômico e social. O desafio aí encontrado é a definição de ações que viabilizem a articulação entre os regulamentos e as práticas, visando a efetividade do Setor.

A sistematização e a organização da Saúde Pública demandam intensos fluxos de informação e de conhecimento idôneos, precisos e pertinentes em todos os níveis de atuação, entretanto, o nível de gestão possui uma demanda mais intensiva, pois determinada decisão poderá implicar em todos os demais níveis, independente da melhora ou da piora da Saúde Pública.

O cenário da Saúde Pública torna oportuna a realização de pesquisas que visam favorecer o desenvolvimento de metodologias aplicáveis à Gestão da

Informação e do Conhecimento no âmbito dos processos organizacionais, em especial o processo decisório. Isto porque é previsto na Norma Operacional Básica do SUS o acesso à informação estruturada e informatizada como sistema de apoio logístico e de atuação estratégica, oferecendo maior eficiência e qualidade nos processos de decisão dos gestores.

É conhecida a disponibilidade de ferramentas que visam o gerenciamento de recursos informacionais, mas sabe-se também que não são suficientes na obtenção de informações e de conhecimentos precisos na estruturação de processos importantes para a tomada de decisão. Assim sendo, esta pesquisa se fez necessária pela importância da análise, do mapeamento e da avaliação do processo decisório. Uma vez conhecido, o processo decisório tornou-se passível de proposições de melhorias que foram abordadas num modelo subsidiado pela Gestão da Informação e do Conhecimento.

Le Coadic insere a Ciência da Informação da seguinte maneira:

[...] A ciência da informação, com a preocupação de esclarecer um problema social concreto, o da informação, e voltada para o ser social que procura informação, coloca-se no campo das ciências sociais aplicadas, que são o meio principal de acesso a uma compreensão do social e do cultural. (LE COADIC, 1996).

Partindo dessa inserção e conhecendo a finalidade da busca de novas descobertas e conquistas – melhorar as condições de vida do indivíduo na sociedade em todos os aspectos, inclusive o profissional – esta pesquisa oferece contribuições importantes às Ciências Sociais aplicadas e à Ciência da Informação, dentre as quais pode-se destacar a oferta de melhorias no ambiente da tomada de decisão do ser social – o gestor, e a intensificação das discussões sobre o desenvolvimento de novos meios

de produção, gestão e uso de informação e de conhecimento no ambiente das organizações.

Além das contribuições voltadas às Ciências Sociais Aplicadas e à Ciência da Informação, destaca-se também a contribuição que fornece aos gestores da Saúde Pública da cidade de Campinas/SP, pois a potencialização da produção, da gestão e do uso de recursos de informação e de conhecimento melhora o ciclo do processo decisório em toda a sua extensão, conferindo melhor desempenho dos gestores em prol do desenvolvimento do Setor da Saúde dessa Região.

O objetivo geral do trabalho foi a análise dos processos de tomada de decisão dos gestores da Saúde Pública, vinculados à Secretaria Municipal de Saúde de Campinas/SP, no que diz respeito ao uso de informação e de conhecimento a fim de avaliar e propor melhorias na organização de ambos.

Como objetivos específicos buscou-se:

- mapear os processos de tomada de decisão.
- analisar os processos de tomada de decisão, identificando os momentos de entrada e saída de informações e de conhecimento.
- avaliar o processo de tomada de decisão em termos de qualidade das informações e conhecimentos utilizados.
- propor ações de melhoria nos processos de tomada de decisão através da Gestão da Informação e do Conhecimento.

Esta dissertação é constituída de uma introdução e de mais seis capítulos, conforme segue:

**INTRODUÇÃO** – contém a contextualização e a delimitação da dissertação, a justificativa, a contribuição, a descrição do objetivo geral e dos objetivos específicos.

**INFORMAÇÃO PARA A TOMADA DE DECISÃO EM SAÚDE PÚBLICA NO ÂMBITO MUNICIPAL** – aborda a informação em saúde, o Setor Público Brasileiro de maneira geral, o histórico da Saúde Pública no Brasil e o Processo Decisório na Saúde Pública no âmbito municipal.

**GESTÃO DA INFORMAÇÃO E DO CONHECIMENTO PARA A TOMADA DE DECISÃO NA SAÚDE PÚBLICA NO ÂMBITO MUNICIPAL** – aborda a Gestão da Informação e do Conhecimento como suportes aos processos de tomada de decisão na Saúde Pública no âmbito municipal.

**METODO** – aborda os recursos metodológicos e os procedimentos empregados, o universo da pesquisa e os resultados obtidos.

**ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS** – aborda a análise e a discussão dos resultados obtidos através de entrevistas.

**PROPOSTA DE PROCESSO DECISÓRIO COM SUBSÍDIO DA GESTÃO DA INFORMAÇÃO E DO CONHECIMENTO** – aborda a proposta de um modelo, representado através da elaboração de um fluxograma, do processo decisório subsidiado pela Gestão da Informação e do Conhecimento.

**CONSIDERAÇÕES FINAIS** – aborda a conclusão desta pesquisa através de considerações e recomendações finais.

Acredita-se que este trabalho poderá contribuir com subsídios de estruturação no desenvolvimento de novos programas na atual gestão da Saúde Pública de Campinas, em especial aqueles voltados aos recursos de informação e de

conhecimento, pois compreende um diagnóstico detalhado sobre a situação atual da disponibilização e do uso desses recursos, apontando as principais falhas e indicando possíveis alternativas de solução.

# 1. INFORMAÇÃO PARA A TOMADA DE DECISÃO EM SAÚDE PÚBLICA NO ÂMBITO MUNICIPAL

---

Este capítulo trata sobre a informação em saúde, o Setor Público Brasileiro, o desenvolvimento da Saúde Pública no Brasil e o Processo Decisório na Saúde Pública no âmbito municipal.

## 1.1 INFORMAÇÃO EM SAÚDE

Em linhas gerais, a informação na literatura é definida como recurso redutor da incerteza diante de determinada situação não esclarecida. Assim, a partir da redução da incerteza será possível “dominar” o objeto conhecido.

Davenport & Marchand & Dickson (2004, p. 17) definem a informação como dados transformados em informação a partir de interpretação e de contextualização. Consideram a informação *“um recurso que pode ser reutilizado, compartilhado, distribuído ou trocado sem perda de valor, na verdade, o valor é, algumas vezes, multiplicado”*.

Davenport (1999) afirma que a informação serve de elo de ligação entre dado e conhecimento. Para o autor, a diferenciação de termos é importante para o estabelecimento dos limites das ações e das expectativas de seus resultados. Diante disso ele propõe as principais características de dados, informação e conhecimento.

Os dados são a simples observação sobre o estado do mundo; facilmente estruturados e obtidos por máquina; freqüentemente quantificados e facilmente transferíveis. A informação se refere a dados dotados de relevância e propósito; requer unidade de análise; exige consenso em relação ao significado e exige



necessariamente a mediação humana. O conhecimento se refere a informações valiosas da mente humana; inclui reflexão, síntese e contexto.

Observando as definições de Davenport, percebe-se a composição de uma hierarquia que se desenvolve do menor para o maior: dados são transformados em informação e informações são transformadas em conhecimentos.

Fachinelli (s.d.) reitera o autor acima citado quando indica que no contexto das organizações as atividades cognitivas humanas presentes podem transformar as informações em conhecimento. A combinação entre a informação, o contexto, a memória pessoal e o processo cognitivo definem a compreensão e a aplicabilidade de uma determinada informação transformando-a em conhecimento.

Le Coadic afirma que:

[...] A informação é um conhecimento inscrito (gravado) sob a forma escrita (impressa ou numérica), oral ou audiovisual. Diz também que a informação comporta um elemento de sentido; é um significado transmitido a um ser consciente por meio de uma mensagem inscrita em um suporte espacial-temporal: impresso, sinal elétrico, onda sonora, etc. (LE COADIC, 1996, p. 5).

Nessa definição, a informação é vista como recurso capaz de suprir determinada necessidade de forma a fazer sentido para aquela situação. Percebe-se também a implicação da comunicação no processo de transmissão da informação.

A informação em saúde atua como recurso articulador entre o dado e o conhecimento. Só será possível extrair significado de um dado se esse for articulado à realidade que é onde está a informação. Assim, uma vez contextualizado o dado com a realidade e com o cotidiano, tem-se um novo conhecimento e este, por sua vez, possibilitará condições ao gestor de atuar de maneira assertiva nos processos decisórios na Saúde Pública.

Beraquet et al. (2000), mediante pesquisa realizada com profissionais da saúde, afirmam que informação em saúde se refere às novas técnicas e procedimentos em saúde, descoberta de novos medicamentos, dados clínicos, legislações em saúde e indicadores de saúde.

Conforme consta na Biblioteca Virtual de Saúde, informação em Saúde Pública se refere à administração, planejamento e políticas públicas da saúde em determinada localidade, à demografia, à vigilância sanitária e epidemiológica, às doenças crônicas e degenerativas, às doenças infecciosas e parasitárias, aos medicamentos, vacinas e insumos.

Em síntese, a informação em saúde é subsídio norteador de todos os aspectos da Saúde Pública.

## ***1.2 COMPREENDENDO A SAÚDE PÚBLICA***

### **1.2.1 O Setor Público Brasileiro**

O Setor Público Brasileiro é um conjunto de organizações subordinadas ao Governo, subdivido em diversas áreas de atuação e responsável pelo desenvolvimento de produtos e prestação de serviços direcionados à sociedade em geral. A sua manutenção e o seu desenvolvimento ocorrem em função do recolhimento de impostos pagos por indivíduos da sociedade.

A fim de evidenciar a abrangência atual do Setor Público Brasileiro, bem como destacar a área de interesse desta pesquisa, descreve-se as áreas de atuação, todas focadas nos interesses gerais da sociedade brasileira: Agricultura, Pecuária e Abastecimento; Cidades; Ciência e Tecnologia; Comunicações; Cultura; Defesa Aeronáutica; Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior; Educação; Esportes;

Fazenda; Integração Nacional; Justiça; Meio Ambiente; Minas e Energia; Planejamento, Orçamento e Gestão; Previdência Social; Relações Exteriores; **Saúde**; Trabalho e Emprego; Transportes e Turismo.

Tal como o Setor Privado, o Setor Público existe para atender as expectativas e as necessidades de determinada sociedade de maneira que os seus interesses e suas necessidades sejam atendidos. Embora com atuações semelhantes, cada qual possui naturezas diferentes. O Setor Privado busca atender bem a clientela a fim de obter lucros, enquanto que o Setor Público busca corresponder às expectativas da sociedade de maneira que o bem estar coletivo seja garantido.

Fresneda define o usuário do Setor Público como cliente-cidadão, isto porque ele possui dois papéis, de acordo com o que segue:

[...] Primeiro ele é receptor dos produtos e serviços gerados pela organização (papel comum de um cliente de uma dada organização), segundo de um cidadão, no qual ele está preocupado com a performance geral da organização com o intuito de ter certeza de que o imposto pago está sendo utilizado apropriadamente. (FRESNEDA).

Para atender as expectativas e as cobranças do cliente cidadão, o Setor Público deve desenvolver-se e progredir-se continuamente, tendo como objetivo permanente o bem estar coletivo.

### **1.2.2 A Saúde Pública no Brasil**

A saúde, segundo a OMS – Organização Mundial da Saúde, citada por Jekel (1999) consiste nos completos estados físicos, mentais e sociais de bem-estar e não meramente a ausência da doença ou da enfermidade. Esta definição, embora utópica, evidencia que a saúde permeia todos os aspectos da vida humana – físico, mental e social – possibilitando confirmar saúde como a ausência da doença, a

funcionalidade pacífica dos órgãos do corpo humano, incluindo mente (consciência, espírito, alma) e o corpo físico em todos os aspectos, além das condições sociais que dizem respeito à moradia, emprego, educação, cultura, lazer e outros.

Conforme previsto na Lei Orgânica da Saúde, a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. Os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

Dever (1988) diz que a saúde é um conceito abrangente que possibilita ampla análise psicossocial e biológica do binômio saúde-doença, forçando a investigação por igual do estilo de vida, dos elementos ambientais e biológicos e da organização dos sistemas de saúde de forma a prevenir a ocorrência da doença. Sintetizando a definição do autor, saúde abrange cinco áreas essenciais: psicossociedade, biologia, estilo de vida, elementos ambientais e organização dos sistemas da saúde.

Segundo Rizzotto (1999), a Saúde Pública no Brasil se constituiu mediante duras pressões durante a Primeira República: a formação de cidades, o processo de industrialização, a imigração e a conseqüente aglomeração de pessoas em precárias condições de vida, contribuindo para a proliferação de muitas doenças, principalmente as infecto-contagiosas. O alto índice dessas doenças na sociedade exigia medidas urgentes do Estado o que favoreceu a classificação da Saúde Pública como área prioritária de cuidados nos primórdios da República.

Segundo Jekel (1999, p. 275) a Saúde Pública possui dois significados, *o primeiro se refere à condição de saúde do público, de uma população definida. O segundo se refere aos esforços sociais organizados para preservar e melhorar a saúde de uma população definida.*

O autor apresenta ainda a base das definições que propõe à Saúde Pública. Ele baseia-se em uma definição quase centenária que ainda perdura.

[...] Saúde Pública é a ciência e a arte da prevenção da doença, prolongamento da vida e promoção da saúde física e da eficiência através dos esforços comunitários organizados para o saneamento do ambiente, o controle das infecções na comunidade, a educação do indivíduo nos princípios de higiene pessoal, a organização dos serviços médicos e de enfermagem para o diagnóstico precoce e para o tratamento preventivo das doenças, e o desenvolvimento do maquinário social que assegurará, a cada indivíduo na comunidade, um padrão de vida adequado para a manutenção da saúde. (WINSLOW, 1920).

Campos (2003) afirma que a principal forma de intervenção da Saúde Pública está ligada à realidade sanitária de determinada localidade, mais convencionalmente chamada de vigilância à saúde. Afirma ainda que para atender ao seu objetivo principal – garantir a saúde da coletividade, ela usa técnicas de promoção da saúde ou de prevenção de doenças.

Segundo o autor, a vigilância sanitária está ligada à promoção da saúde, exercendo funções de controle da produção e do consumo de alimentos e de fármacos; regulação de ambientes; educação em saúde através de cartazes, palestras e eventos e a realização de projetos intersetoriais.

A vigilância epidemiológica, ainda segundo Campos, está ligada à prevenção de doenças e suas funções são voltadas ao enfrentamento de problemas específicos, tal como risco ou doença, tendo como principal ação a vacinação pública.

A Saúde Pública no Brasil solidificou-se em 1988, com a Constituição Federal promulgada no mesmo ano, pelos princípios da universalidade, equidade, descentralização da gestão e integralidade, na organização de um Sistema Único de Saúde – SUS, no território nacional, sendo estabelecido que a saúde é direito de todos e dever do Estado.

Conforme previsto na Lei Orgânica da Saúde, o SUS é considerado um conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público. Consiste num conjunto normativo, institucional e técnico que materializa a política da saúde definida na Constituição de 1988.

As políticas em saúde estão inseridas num contexto mais amplo da política pública – a Seguridade Social, que além das políticas em saúde abrange políticas que dizem respeito à previdência e à assistência social.

Nesta pesquisa são mencionados os principais instrumentos legais que consolidam a política em saúde:

- Constituição Federal de 1988 (Título VIII – da Ordem Social, Capítulo II – da Seguridade Social, Seção II – da Saúde);
- Lei n. 8080 de 1990 (Lei Orgânica da Saúde);
- Lei n. 8142 de 1990 (Lei Complementar da Saúde);
- Normas Operacionais Básicas da Saúde de 1996;
- Normas Operacionais de Assistência à Saúde de 2002.

A atuação do gestor na Saúde Pública deve estar voltada para o bem estar da sociedade, buscando o atendimento e a satisfação das necessidades físicas,

mentais e sociais do indivíduo. Dessa forma, suas decisões estão ligadas ao cumprimento dos princípios e dos regulamentos da Saúde Pública, ao desenvolvimento e à implementação de políticas e de programas que visam o bem estar da coletividade. Portanto, para fazer cumprir o seu papel, o gestor precisa enfrentar desafios que desde o surgimento da Saúde Pública dificultam o desenvolvimento sustentado do Setor.

Na atualidade, os maiores desafios do SUS estão ligados à estruturação do novo modelo de atenção à saúde que a partir das grandes funções da Saúde Pública subordine os conceitos e programas da assistência médica individual aos preceitos e programas dos interesses coletivos e direitos da cidadania e realize efetivamente as atividades de promoção e proteção à saúde, sob os princípios éticos da universalidade, eqüidade e integralidade.

Em síntese, os desafios se referem à melhoria da qualidade à atenção, elevação da resolutividade da rede de unidades básicas de saúde e do seu papel de porta de entrada do SUS e à garantia de acesso aos serviços de média e alta complexidade, cuja escala de operação impõe cobertura aos contingentes de população que freqüentemente ultrapassam a esfera municipal ou microrregional com o objetivo de gradualmente superar as desigualdades de acesso existentes.

### **1.3 PROCESSO DECISÓRIO DA SAÚDE PÚBLICA NO ÂMBITO MUNICIPAL**

#### **1.3.1 Compreendendo os Processos de Tomada de Decisão**

Ferreira (1999, p. 610) define a decisão como “*o ato ou efeito de decidir; resolução, determinação, deliberação; sentença, julgamento; capacidade de decidir, de tomar decisões*”. O ato de decidir ou de tomar decisão requer habilidades para a solução de problemas, segurança para determinar qual a melhor decisão a ser tomada,

confiança no que decide e por fim a capacidade de implementar a ação proveniente da decisão.

Shermerhorn & Hunt & Osborn (1999) consideram a tomada de decisão como o processo de escolha de um curso de ação para lidar com determinado problema ou oportunidade. Assim sendo, a tomada de decisão tem origem na percepção de um problema, de uma oportunidade ou de alguma realidade em evidência que demanda alguma ação.

Montana & Charnov definem o processo de tomada de decisão e de maneira resumida também descrevem os passos do processo decisório.

[...] Seqüência de eventos abordados pela administração para solucionar problemas em seus negócios, um processo sistemático que segue uma seqüência de identificação de problemas, geração de soluções alternativas, análise de conseqüências, seleção e implementação da solução, avaliação e *feedback*. (MONTANA & CHARNOV, 2001, p. 74).

Luftman & Lewis & Oldach, citados por Shimizu, discorrem sobre as responsabilidades necessárias a quem compete a realização do processo de tomada de decisão nas organizações:

[...] O responsável para estruturar um modelo de decisão na empresa está encarregado de fazer as perguntas certas; detectar os elementos relevantes; identificar os parâmetros significativos; determinar os relacionamentos significativos entre os elementos e parâmetros selecionados; especular sobre o tamanho certo e a formulação certa do problema; avaliar a característica temporal do problema (ciclos de vida, duração, estabilidade e descontinuidade). (LUFTMAN & LEWIS & OLDACH, 1993), citado por (SHIMIZU, 2001, p. 39).

O processo de tomada de decisão consiste basicamente em três fases: Prévia da tomada de decisão, Tomada de decisão e Avaliação da tomada de decisão, conforme consta a seguir:

### **Fase 1 – Prévia da Tomada de Decisão**

- *Percepção e compreensão do problema ou da oportunidade:* diante de determinada realidade, constata-se algum problema ou oportunidade que demanda alguma ação.



- *Definição e formulação do problema ou da oportunidade:* uma vez percebido e compreendido, define-se e formula-se o problema ou a oportunidade.
- *Geração de alternativas de ação:* sendo definido e formulado o problema ou a oportunidade, identifica-se alternativas de ação.

## **Fase 2 – Tomada de Decisão**

- *Seleção da melhor alternativa de ação:* através de análise, seleciona-se a ação que melhor corresponda aos objetivos de solução do problema ou de aproveitamento da oportunidade.
- *Implantação da ação selecionada*

## **Fase 3 – Monitoração de resultados**

Medição e controle: através de mecanismos de medição e de controle, avalia-se a ação implementada.

Cada fase demanda fluxos de informações, com origens em fontes internas ou externas. Essa demanda se justifica pela necessidade de subsídios para o alcance da ação mais conveniente.

Segundo Montana & Charnov (2001) há dois tipos de tomada de decisão: as programadas e as não programadas. As decisões programadas se referem aos problemas e às oportunidades que são bem compreendidos, altamente estruturados, rotineiros e repetitivos e que prestam aos procedimentos e regras sistematizados.

Simon (1997), citado por Moron (1998), afirma que as decisões programadas são tomadas em ambientes de certeza ou de baixa incerteza com baixo índice de risco ou de erro.

As decisões não-programadas destinam-se aos problemas e às oportunidades que não são bem compreendidos, não são bem estruturados, tendem a ser situações únicas e não se prestam aos procedimentos sistematizados e rotineiros. SIMON (1997) completa que é difícil estabelecer regras ou procedimentos para as decisões não programadas e até mesmo antever os seus acontecimentos.

Montana & Charnov (2001, p. 74) consideram a *“tomada de decisão como função comum de gerente”*. O cargo de gerência nas organizações é presente nos diferentes níveis de tomada de decisão. São três os níveis de tomada de decisão – estratégico, tático e operacional.

Segundo os autores (p. 79), a decisão de nível estratégico se refere *“aquelas que determinam os objetivos da organização como um todo, seus propósitos e direção... A função da tomada de decisão estratégica é tarefa exclusiva da alta gerência”*. As decisões tomadas neste nível definem a forma de relacionamento das empresas para com o ambiente externo.

Quanto às decisões de nível tático os Autores (p. 79) afirmam que *“são aquelas abaixo das decisões estratégicas. Normalmente são tomadas pela gerência intermediária, como gerentes de divisão ou de departamentos”*. Este nível de decisão faz cumprir as ações definidas no nível de tomada de decisão estratégico.

Ainda segundo Montana & Charnov (2001, p. 79) as decisões operacionais são aquelas *“tomadas no nível mais baixo, ou supervisonal, de uma empresa e se referem ao curso de operações diárias. Essas decisões determinam a maneira como as operações devem ser conduzidas”*. Este nível de decisão faz cumprir as ações definidas no nível de tomada de decisão tático.

Ansoff, citado por Shimuzu, define a finalidade dos níveis estratégico, tático e operacional:

[...] O nível Estratégico se preocupa principalmente com problemas externos ou com a empresa e seu ambiente. O nível Tático preocupa-se com a estruturação dos recursos da empresa, de modo a criar alternativas de execução que visam aos melhores resultados. O nível Operacional visa a maximização da eficiência do processo de conversão dos recursos, a rentabilidade das operações correntes. Embora distintas, todas as decisões interagem entre si, são interdependentes e complementares. (ANSOFF, 1977), citado por (SHIMUZU, 2001, p. 30),

Segundo Moron (1998), as decisões em nível operacional são tomadas em ambientes de certeza; na medida que as decisões se deslocam do nível operacional para o estratégico passam a ser tomadas em ambientes de risco e incertezas, pois se tornam mais complexas e imprevisíveis. Com base no ambiente o tomador de decisão poderá prever o resultado da decisão tomada.

Shermerhorn & Hunt & Osborn (1999) definem os ambientes de certeza como aqueles que possuem informações completas que possibilitam a previsão dos resultados de cada alternativa antes de sua implantação. Quanto aos ambientes de risco os autores consideram aqueles que não possuem informações completas ou suficientes e como consequência os tomadores de decisão não têm certeza absoluta quanto aos resultados de determinada ação. O ambiente de risco, nos dias atuais, é o mais comum nas organizações. Em relação aos ambientes de incerteza consideram-se aqueles nos quais os tomadores de decisão não possuem informações suficientes para estimar as várias possibilidades de ações e resultados. O ambiente de incerteza é o mais difícil de atuar; exige habilidade, criatividade e diálogo entre os pares para que determinado problema seja resolvido.

Nos ambientes de certeza concentram-se as decisões programadas, enquanto que nos ambientes de risco e de incerteza a maior concentração é de decisões não programadas.

A capacidade de definir e de descrever o problema ou a oportunidade é a condição chave para a realização de questionamentos e de julgamentos a fim de selecionar o que é mais conveniente à situação em evidência.

Brooks (1986), através de pesquisas realizadas, afirma que o ponto de partida para a denotação de um problema ou de uma oportunidade é percebê-los como tal. O próximo passo é a coleta de informações precisas que contribuam nos processos de compreensão, definição e estruturação do problema ou da oportunidade.

Segundo o autor, esses processos demandam conhecimento antecipado a respeito da situação que demanda algum curso de ação. Diz ainda que estes processos devem acontecer de maneira natural, subsidiados por diversos recursos de conhecimento, incorporando diferentes tipos de informações.

Estes processos requisitam o uso freqüente de fluxos de informações e de conhecimentos, resultando na geração de novos recursos que uma vez organizados e disseminados se transformarão em nova informação para um posterior processo de tomada de decisão.

Segundo Shimizu (2001, p. 29), sob o ponto de vista da tomada de decisão, os problemas ou as oportunidades podem ser classificados em três categorias: *“problemas ou oportunidades estruturados, semi-estruturados e não estruturados”*. Define cada categoria de acordo com o segue:

- Problemas ou oportunidades estruturados: *“se a definição e as fases de operação para chegar aos resultados desejados estão bem claros e sua execução repetida é sempre possível”*.
- Problemas ou oportunidades semi-estruturados: *“possuem operações bem conhecidas, mas que contém algum fator ou critério variável que pode influir no resultado”*.
- Problemas ou oportunidades não estruturados: *“tanto os cenários, como o critério de decisão, não estão fixados ou conhecidos de início”*.

A condição estrutural da definição e da descrição do problema ou da oportunidade é fundamental na eficácia do processo decisório, pois possibilitará dimensionar a urgência de determinação do curso de ação, bem como a seleção das melhores alternativas de solução.

### **1.3.2 A Gestão da Saúde Pública no Âmbito Municipal**

A estrutura do Setor da Saúde fundamenta-se em algumas comissões de negociação, conforme consta a seguir:

- *Comissão Tripartite*: composta pelos gestores municipais, estaduais e o federal.
- *Comissão Bipartite*: composta pelos gestores estaduais e municipais.

Conforme consta na Norma Operacional Básica do SUS, estas comissões se constituem como fóruns de negociação, onde são apreciadas as composições dos sistemas municipais de saúde, bem assim pactuadas as programações entre gestores e integradas entre as esferas de governo. Da mesma forma, são pactuados os tetos financeiros possíveis capazes de viabilizar a atenção e as necessidades assistenciais e às exigências ambientais. O pacto e a integração das

programações constituem, fundamentalmente, a conseqüência prática da relação entre os gestores do SUS.

Conforme consta na Lei 8142 de 1990, em cada esfera de governo a Saúde Pública conta com a Conferência de Saúde e com o Conselho de Saúde como as principais instâncias colegiadas para a tomada de decisão em saúde.

De acordo com a mesma Lei, a Conferência de Saúde reúne-se a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes. O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo. As Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde possuem organização e normas de funcionamento definidas em regimento próprio, aprovadas pelo respectivo conselho.

As decisões tomadas nestas instâncias dizem respeito à formulação de estratégias e ao controle da política local da saúde, incluindo aspectos econômicos e financeiros, tais como:

- Aprovar planos de saúde;
- Fiscalizar a movimentação de recursos repassados;
- Elaborar o seu regimento interno e as respectivas normas de funcionamento;
- Propor a convocação de conferências de saúde;

- Encaminhar ao ministério Público denúncias de irregularidades de que tenha conhecimento.

De acordo com a Lei 8080 de 1990, à direção municipal da Saúde Pública compete as funções e as ações abaixo:

- Planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde;
- Participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do SUS, em articulação com sua direção estadual;
- Participar da execução, controle e avaliação das ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho;
- Executar serviços de vigilância epidemiológica; vigilância sanitária; de alimentação e nutrição; de saneamento básico e de saúde do trabalhador;
- Dar execução, no âmbito municipal, à política de insumos e equipamentos para a saúde;
- Colaborar na fiscalização das agressões ao meio ambiente que tenham repercussão sobre a saúde humana e atuar, junto aos órgãos municipais, estaduais e federais competentes, para controlá-las;
- Formar consórcios administrativos intermunicipais;
- Gerir laboratórios públicos de saúde e hemocentros;
- Colaborar com a União e os Estados na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;
- Celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como controlar e avaliar sua execução;

- Controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde;
- Normatizar complementarmente as ações e serviços públicos de saúde no seu âmbito de atuação.

A mesma Lei prevê, aos Municípios com mais de 200.000 habitantes, a organização em distritos que consiste num processo progressivo de descentralização do planejamento e da gestão da Saúde Pública de forma a integrar e articular recursos, técnicas e práticas voltadas para a cobertura total das ações de saúde.

A bibliografia utilizada neste capítulo favoreceu o desenvolvimento das entrevistas, uma vez que possibilitou, previamente, a aquisição de conhecimento sobre a estrutura da Saúde Pública no País, no âmbito municipal. Vale também mencionar a viabilidade na análise dos dados obtidos.



## 2. GESTÃO DA INFORMAÇÃO E DO CONHECIMENTO PARA A TOMADA DE DECISÃO NA SAÚDE PÚBLICA NO ÂMBITO MUNICIPAL

---

Este capítulo trata sobre a Gestão da Informação e a Gestão do Conhecimento como suportes aos processos de tomada de decisão na Saúde Pública no âmbito municipal.

Em linhas gerais, a palavra gestão está relacionada a um conjunto de processos que compreendem o planejamento, a organização, a direção, o controle e a distribuição de determinado recurso, produto ou serviço. Ferreira (1999, p. 985) define o conceito: “*ato de gerir; gerência, administração*”. Esta definição enfatiza a essência do conceito: gerir, gerenciar e administrar.

Davenport & Marchand & Dickson (2004) apontam a Gestão da Informação como viabilizadora da Gestão do Conhecimento, pois ao utilizar a informação disponível um novo conhecimento é gerado e este, por sua vez, se explicitado, transformará em uma nova informação. Assim, é estreita a relação entre as técnicas de Gestão.

Embora estreitamente relacionadas, os autores enfatizam a importância de esclarecer a finalidade de cada técnica; a Gestão da Informação está voltada para a organização e a disponibilização da informação, a Gestão do Conhecimento está voltada para a criação, o compartilhamento e o uso do conhecimento.

No campo da Ciência da Informação, as discussões sobre a Gestão da Informação e do Conhecimento tiveram início com a adoção de conceitos e técnicas de outras áreas do conhecimento, os quais eram articulados aos objetos de estudos da

Ciência da Informação – informação e fluxo da informação, contribuindo para o desenvolvimento da Área.

## **2.1 GESTÃO DA INFORMAÇÃO**

A Gestão da Informação diz respeito ao processo de produção, pesquisa, organização, disponibilização, distribuição e uso de informação. Portanto, antes de definir precisamente a Gestão da Informação, considera-se importante definir o objeto de estudo da Ciência da Informação e as principais finalidades de uso da informação.

Barreto (2003) diz que a Ciência da Informação se preocupa basicamente com o fluxo da informação. Dessa forma pode-se afirmar que a informação e o seu fluxo são os principais objetos de estudos da Ciência da Informação.

O autor afirma também que o fluxo da informação compreende os princípios e as práticas de produção, pesquisa, organização, distribuição e uso da informação. Assim, constata-se que a Gestão da Informação é uma das atividades fim da Ciência da Informação.

No que diz respeito às finalidades de uso da informação, Buckland (1991) apresenta três condições: informação como processo, informação como conhecimento e informação como coisa.

Em relação à “informação como processo” o autor diz que o conhecimento de determinada pessoa se altera quando recebe uma nova informação. Neste sentido a informação é vista como o ato de informar; comunicação de conhecimento ou notícia de algum fato ou ocorrência.

[...] Information-as-process: when someone is informed, what they know is changed. In this sense "information" is "the act of informing...; communication of the knowledge or 'news' of some fact or occurrence; the action of telling or fact of being told of something. (OXFORD ENGLISH DICTIONARY, 1989) citado por (BUCKLAND, 1991).

Na abordagem sobre a “informação como conhecimento” o autor diz que o conceito de informação também é utilizado para denotar o produto da informação como processo e apresenta alguns exemplos: a comunicação de um conhecimento relacionado a um fato, sujeito ou evento em particular; captação do que é falado; a informação como redução da incerteza.

[...] Information-as-knowledge: "information" is also used to denote that which is perceived in "information-as-process": the "knowledge communicated concerning some particular fact, subject, or event; that of which one is apprised or told; intelligence, news. (OXFORD ENGLISH DICTIONARY, 1989) citado por (BUCKLAND, 1991). "The notion of information as that which reduces uncertainty could be viewed as a special case of "information-as-knowledge.

Na abordagem da “informação como coisa” o autor diz que o conceito informação também é utilizado para designar objetos, tais como dados e documentos; são tratados como informação por serem considerados “informativos”, como portadores da qualidade de possuir o conhecimento ou comunicar a informação.

[...] Information-as-thing: the term "information" is also used attributively for objects, such as data and documents, that are referred to as "information" because they are regarded as being informative, as "having the quality of imparting knowledge or communicating information; instructive. (OXFORD ENGLISH DICTIONARY, 1989) citado por (BUCKLAND, (1991).

Segundo Vakkari, os recursos de informação são utilizados em situações de ausência de conhecimento suficiente para realizar determinada ação. Afirma também que estas situações são consideradas como estados anômalos de conhecimento, situações problemáticas, necessidade de algo que faça sentido ou necessidade de redução de incerteza. Nas palavras do autor:

[...] Information support is sought in situations when an actor does not have sufficient prior knowledge to accomplish his purposeful action. This situation is conceptualized as an anomalous state of knowledge, problematic situation, sense making or uncertainty reduction. (VAKKARI, 1999, p. 824).

As discussões sobre os objetos de estudos da Ciência da Informação, as finalidades e situações de uso de informação se fizeram necessárias por serem consideradas fundamentais aos processos de Gestão da Informação, pois determinada informação será coletada, tratada e disponibilizada a partir do momento que seja conhecida a finalidade da demanda por informação e a situação que a reivindicou.

Segundo Davenport & Marchand & Dickson (2002) uma das ferramentas mais simples de Gestão da Informação é o “mapa de informações”, que indica aos membros de uma empresa onde se encontram tipos específicos de informação, entretanto, não parece ser a ferramenta mais utilizada atualmente.

Marchiori (2002) afirma que a Gestão da Informação consiste nos processos de criação ou pesquisa, tratamento, distribuição e uso da informação. A realização sistemática requisita mecanismos de obtenção e utilização de recursos humanos, tecnológicos, financeiros, materiais e físicos, a fim de disponibilizar informações precisas e de uso estratégico pelas organizações.

A autora afirma também que o ponto de partida para a Gestão da Informação é a demanda por informação e o atendimento a esta demanda desencadeia uma série de outros estágios, dentre os quais destacam-se a definição de uma metodologia ou estratégia para o atendimento da demanda, a identificação e avaliação das fontes de informações disponíveis, a aplicação de tecnologias adequadas, o estabelecimento de contatos a fim de identificar os profissionais e os fornecedores

adequados para se trabalhar em parcerias e o estabelecimento de um mecanismo de avaliação e de controle da atividade em desenvolvimento.

Davenport (2000, p. 173) define a Gestão da Informação como: “*um conjunto estruturado de atividades que incluem como as organizações obtêm, distribuem e usam a informação e o conhecimento*”. Nessa definição o conhecimento também é considerado um recurso pertinente à Gestão da Informação.

O autor aborda a Gestão da Informação através de quatro passos: 1 – determinação de exigências, 2 – obtenção de informação, 3 – distribuição, 4 – uso da informação. A exposição de Davenport retrata a intenção de estabelecer um manual de instruções, entretanto, para complemento de conceitos, serão abordados apenas os tópicos imprescindíveis para a elaboração de um plano.

No que diz respeito ao passo **1 – Determinação de Exigências**, o autor sugere os seguintes procedimentos: compreender o ambiente para a definição da informação necessária; dialogar com o pessoal que necessita da informação; definir o problema e a situação; conhecer o *status* do problema, se ele é estruturado ou não; identificar as alternativas de solução do problema; definir as informações chaves e as fontes potenciais de informação.

Vakkari (1999) afirma que a implantação de sistemas de Gestão da Informação requer antecipadamente a definição das ações que necessitarão de informações como suporte, o que colabora para a disponibilização de informações relevantes e correspondentes às ações estabelecidas.

Em relação ao passo **2 – Obtenção da Informação**, Davenport (2000) afirma que é um processo que não pode ser finalizado; é um processo contínuo que

consiste em três atividades: exploração do ambiente informacional (combinação de abordagens de pesquisas: a automática e a humana; uso de fontes internas e externas de informação e seleção de informações relevantes); classificação da informação em uma estrutura pertinente (categorização das informações obtidas) e formatação e estrutura das informações (indexação, classificação e organização das informações; definição de estilo e forma de apresentação).

Quanto ao passo **3 – Distribuição da Informação**, o autor propõe os procedimentos de: interação entre o pessoal que necessita de informação e a informação necessária; observação do formato mais compatível às necessidades do usuário; determinação de estratégia de envio de informação (o envio deve ser pró-ativo – antes que o usuário a solicite, ou passivo – conforme o surgimento da demanda); estabelecimento de serviços de alerta (distribuição da informação conforme o perfil de cada usuário); criação de mapas e guias que permitam que outras fontes sejam exploradas; estabelecimento de níveis hierárquicos que devem receber a informação e a troca de informações entre usuários.

Neste passo, observa-se a presença constante do estabelecimento da comunicação, aspecto de fundamental importância no exercício da Gestão da Informação.

No passo **4 – Uso da Informação**, o autor o define como a etapa final do processo e propõe o que segue: processo pessoal – incentivo de uso da informação (estimativas: análise de uso ou previsão; ações simbólicas: incentivo de uso da informação através de prêmios); contexto institucional certo (reuniões regulares são o contexto mais comum para o uso da informação) e a avaliação de desempenho

(institucionalização do uso da informação, por intermédio de avaliação de desempenho, bem como de recompensa ou de punições).

Davenport & Marchand & Dickson (2004, p. 286) propõem discussões que sugerem formas de se melhorar a Gestão da Informação, conforme consta a seguir:

- As estruturas devem ser desenvolvidas não apenas para se responder a indagações, mas para se fornecer informações úteis que ajudará as pessoas a solucionarem problemas relacionados ao trabalho e a lidarem com as exigências específicas de situações problemáticas.
- Deve-se dinamizar a consciência sobre a natureza da busca e do processamento humanos da informação; isto envolve a compreensão de estilos e limites cognitivos e das formas como as rotinas e as defesas emocionais podem bloquear a aprendizagem.
- Todos os envolvidos no processo devem ser educados sobre a questão da qualidade e da quantidade da informação.
- A cultura organizacional deve valorizar e encorajar o compartilhamento das informações.

As discussões dos autores propõem uma análise das condições atuais dos ambientes de Gestão da Informação, tendo como objetivo o desenvolvimento de estruturas que correspondam às demandas dos usuários. Assim, reflexões sobre o desenvolvimento de estruturas de Gestão da Informação se fazem necessárias, levando em consideração a necessidade de mudança dos aspectos culturais da organização, principalmente no que diz respeito à comunicação de informações.

Mediante os conceitos abordados e para fins desta pesquisa adotou-se como conceito de Gestão da Informação: processos de criação ou pesquisa da informação, tratamento da informação, distribuição ou disseminação da informação, uso da informação e *feedback* (retroalimentação), considerando os requisitos determinados em cada passo proposto por Davenport (2000): determinação de exigências, obtenção da informação, distribuição da informação e uso da informação.

Esta adoção é devida ao posicionamento da Autora diante das definições propostas por diversos outros Autores. Não há discordância de definições, apenas síntese dos conceitos abordados.

No que diz respeito à Gestão de Informação para a tomada de decisão na Saúde Pública, Moraes (1998), citado por Castro (2002) afirma que deverá implicar no desenvolvimento de tecnologias que atendam às diversas necessidades de informação para a tomada de decisão em saúde no Município e sua correspondente disponibilização por intermédio da Internet, isto porque a realidade virtual incentiva a troca de informações e a socialização do conhecimento individual.

É importante destacar que a necessidade de informação na Saúde Pública não é limitada aos conteúdos produzidos no Órgão gestor do Município, ela transpõe esta Unidade e faz uso de fontes externas de informação, tais como: IML – Instituto de Medicina Legal, IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, outras Secretarias, Cartórios, etc. Esta extrapolação de ambiente se deve ao fato da Saúde Pública não restringir sua atuação apenas aos seus objetos principais de intervenção – a saúde ou a doença – mas também aos aspectos de condições de vida do indivíduo. Assim sendo, conforme evidencia Castro (2002), a Gestão da Informação em Saúde



deve estar sob a responsabilidade de equipes formadas no âmbito municipal, capacitadas a organizar e a disponibilizar de maneira apropriada a grande massa informacional.

## **2.2 GESTÃO DO CONHECIMENTO**

As discussões sobre o conhecimento, do ponto de vista filosófico, tiveram origem na Grécia Antiga, através de estudos dos filósofos Sócrates, Platão e Aristóteles. Segundo Moraes & Arcello, estes filósofos iniciaram a tradição no mundo ocidental de pensar a verdade através da razão, deixando de lado o mito como forma possível de conhecimento.

Na Idade Média, a verdade filosófica foi colocada na perspectiva cristã, conciliando fé e razão e foi tida como a verdade reveladora de Deus. A Idade Moderna foi um período de grandes transformações econômicas, políticas e sociais em virtude da implantação do capitalismo que exigiu uma nova concepção de conhecimento. O mundo se modernizou com novas invenções e descobertas marítimas.

Moraes & Arcello citam Galileu, Giordano Bruno, Kepler, Copérnico e Francis Bacon como homens que questionaram o limite do conhecimento sobre o Universo. Afirmam ainda que a descoberta do infinito do Universo eliminou o limite do pensamento e do saber. A partir de então o homem não possui limites; é livre para discutir, argumentar, refletir, descobrir e crescer, sempre em busca de um novo conhecimento.

Segundo Davenport (2000, p. 19), o conhecimento é *“informação valiosa e de difícil gerenciamento; valiosa porque alguém deu à informação um contexto, um*

*significado, uma interpretação; alguém refletiu sobre o conhecimento e acrescentou a ele sua própria sabedoria”.*

O conhecimento pode ser visto como fruto da interação de três fatores: informação, cultura e experiência de vida do indivíduo. Esta interação comprova a compreensão do conhecimento através de visões e contextos diferentes. Nas palavras de Davenport & Marchand & Dickson:

[...] O conhecimento é a informação dentro da mente das pessoas; sem uma pessoa consciente e perspicaz, não há conhecimento. Ele é muito valioso; porque os seres humanos criam novas idéias, percepções e interpretações, e as aplicam diretamente ao uso da informação e à tomada de decisão. Para os gestores, é difícil gerir o conhecimento em outras pessoas, porque (sendo mental) é invisível, e a sua extração, compartilhamento e uso baseiam-se na motivação humana. (DAVENPORT & MARCHAND & DICKSON, 2004, p. 190).

Morin (2003, p. 19) indica que *“todo conhecimento comporta o risco do erro e da ilusão”*. Diz ainda que *“o maior erro seria subestimar o problema do erro; a maior ilusão seria subestimar o problema da ilusão”*.

Argumentando sobre a exposição anterior, Morin diz o seguinte:

[...] O conhecimento não é um espelho das coisas ou do mundo externo. Todas as percepções são, ao mesmo tempo, traduções e reconstruções cerebrais com base em estímulos ou sinais captados e codificados pelos sentidos... O conhecimento, sob forma de palavra, de idéia, de teoria, é o fruto de uma tradução, reconstrução por meio da linguagem e do pensamento e, por conseguinte, está sujeito ao erro. (MORIN, 2003, p. 20).

Polany (1966), citado por Nonaka & Takeuchi (1997), afirma que o conhecimento deve ser compreendido a partir da distinção entre o conhecimento tácito e o conhecimento explícito. Segundo o autor, o conhecimento tácito é pessoal (subjetivo), específico (pertinente ao contexto), fruto da experiência, simultâneo (aqui e agora) e análogo (depende da prática); é difícil de ser formulado, transferido ou comunicado; inclui elementos cognitivos (imagens da realidade e visões de futuro de

um indivíduo) e técnicos (*know-how*, técnicas e habilidades). Já o conhecimento explícito refere-se ao conhecimento codificado (objetivo), racional (mente), seqüencial (lá e então) e digital (teoria); é facilmente comunicável através da linguagem formal e sistemática.

Bukowitz & Williams também definem e distinguem os dois tipos de conhecimento:

[...] O conhecimento explícito é aquele que os indivíduos são capazes de expressar com bastante facilidade, utilizando a linguagem ou outras formas de comunicação, tais como: visuais, sonoras, corporais, etc... O conhecimento tácito é aquele que um indivíduo é incapaz de articular e, portanto, de converter em informação. (BUKOWITZ & WILLIAMS, 2002, p. 19).

Observando as colocações das autoras percebe-se que os conhecimentos tácitos e explícitos não são isolados ou excludentes, mas sim complementares. O conhecimento tácito é o mais difícil de ser explorado, pois a sua exteriorização depende da motivação de quem o detém.

Nonaka & Takeuchi (1997) propõem a realização da Gestão do Conhecimento através da espiral do conhecimento, uma metodologia que incentiva a criação, a extensão e o compartilhamento do conhecimento humano através da interação social entre o conhecimento tácito e o conhecimento explícito.

Segundo os autores a interação social entre os conhecimentos pode acontecer a partir do processo de conversão do conhecimento mediante quatro modos diferentes. São apresentadas a socialização (conversão do conhecimento tácito em conhecimento tácito); externalização (conversão do conhecimento tácito em conhecimento explícito); combinação (conversão do conhecimento explícito em

conhecimento explícito) e internalização (conversão do conhecimento explícito em conhecimento tácito).

Vê-se que o modelo proposto é interessante para as organizações atuantes em mercados competitivos, pois o processo de Gestão do Conhecimento é finalizado com a retenção daquilo que foi descoberto. Cabe aqui mencionar a retenção ou restrição de uso do conhecimento através do registro em patentes.

Terra (2002) considera a Gestão do Conhecimento como a garantia de que todos tenham acesso ao conhecimento da instituição, quando, onde e na forma que eles necessitam. Este modelo propõe a Gestão do Conhecimento no ambiente corporativo, restringindo o uso do recurso apenas à coletividade de determinada organização. Repete-se aqui a intenção do primeiro modelo apresentado.

Davenport & Marchand & Dickson (2004, p. 65) consideram a Gestão do Conhecimento como *“processos, métodos e sistemas para gerar, coletar, analisar, organizar, difundir e aplicar informações, entendimentos e experiências coletivas passadas, presentes e, às vezes, futuras, em benefício de uma empresa ou sociedade”*.

De maneira mais abrangente estes autores propõem a Gestão do Conhecimento. O modelo proposto poderá beneficiar, além de determinada empresa, a sociedade. Há nesta proposição uma possibilidade de viabilizar a Gestão do Conhecimento para o Setor Público, em especial o Setor da Saúde, pois neste ambiente, apesar das ocorrências de conversões do conhecimento, ao seu final ele poderá ser difundido de maneira a alcançar a grande massa populacional de determinada localidade com a finalidade de proporcionar o bem estar coletivo.

Focando para nosso objeto e ambiente de estudo, o processo decisório na Saúde Pública, os gestores tomadores de decisão, através de técnicas apropriadas, deverão apropriar-se dos conhecimentos por si gerados a fim de transformá-los em ações, fazendo cumprir a missão do Setor Público, em especial o da Saúde – garantir o bem estar da sociedade. No entanto, uma vez que determinada ação é concebida, gera-se uma nova informação e esta, por sua vez, deverá ser armazenada e disseminada através de técnicas de Gestão da Informação.

Mediante conceitos abordados e para fins desta pesquisa adotou-se como conceito de Gestão do Conhecimento: processos de criação de novos conhecimentos a partir do uso de informação e o compartilhamento dos conhecimentos criados através de técnicas apropriadas.

A adoção deste conceito é devida ao posicionamento da Autora diante das definições propostas por outros autores. Uma vez considerada a multiplicidade de conceitos e as diferentes condições de aplicação de técnicas de Gestão do Conhecimento, adotou-se o que mais correspondeu aos objetivos desta pesquisa.

Sabe-se que a posse de conhecimento ainda é, culturalmente falando, símbolo de poder e, compartilhá-lo, envolve mudança de cultura no que diz respeito à comunicação. A Gestão do Conhecimento surge como alternativa de socialização e de explicitação do conhecimento, porém a sua viabilidade depende de estruturas sólidas e comprometedoras com os resultados a serem alcançados, cujas estruturas deverão levar em consideração a implementação de novos costumes no que diz respeito ao uso, ao compartilhamento e à disseminação do conhecimento.

A Gestão da Informação e a Gestão do Conhecimento aqui propostas atuam em conjunto constantemente, tal como consta nos passos a seguir:

Passo 1 – Demanda por informação.

Passo 2 – Obtenção e uso da informação.

Passo 3 – Geração de novo conhecimento conseqüente do uso da informação.

Passo 4 – Geração e implementação de ação a partir do uso do novo conhecimento.

Passo 5 – Geração de nova informação a partir da ação implementada.

Passo 6 – Tratamento e disseminação da informação.

Este capítulo possui conceitos e descrição de processos que possibilitaram, através da realização de entrevistas, identificar as condições de disponibilidade, de acesso e de uso dos recursos de informação e de conhecimento no ambiente das tomadas de decisões dos gestores da Saúde Pública de Campinas/SP.

### 3. MÉTODO

---

Este capítulo trata sobre recursos metodológicos e os procedimentos empregados, o universo da pesquisa e os resultados obtidos.

O método adotado neste trabalho foi o qualitativo, sendo aplicado através de entrevistas semi-estruturadas.

As entrevistas foram realizadas com a finalidade de diagnosticar a realidade do processo decisório da Saúde Pública de Campinas/SP a fim de identificar possíveis falhas e sugerir melhorias com base na Gestão da Informação e do Conhecimento.

#### **3.1 UNIVERSO DA PESQUISA**

Conforme consta na publicação Campinas Governo Democrático e Popular (2004), a SMS de Campinas é a gestora plena do SUS no Município desde 1998, o que significa que o próprio Município possui autonomia para planejar, coordenar, tomar decisões e executar as ações do Setor da Saúde.

Atualmente a SMS possui uma rede própria e conveniada pela qual passa mensalmente em torno de 600 mil pessoas.

Segundo Campos (2003), a tradição de prestar assistência à saúde está em esgotamento, apresentando limites de eficácia (baixo impacto) e de eficiência (custo elevado). Diante deste cenário surgiu como alternativa na cidade de Campinas o método PAIDEIA – Programa da Saúde da Família de Campinas.

Segundo o autor, o Programa é uma proposta metodológica que busca a reformulação dos tradicionais mecanismos de gestão da Saúde Pública, atuando como

complemento na realização da coordenação, planejamento, supervisão e avaliação do trabalho em equipe, sendo uma forma de aproximar o gestor dos operadores das atividades finais. O principal objetivo é atender a urgência de reconstrução de uma teoria sobre o processo saúde-doença centralmente preocupada com a produção da saúde.

Devido à complexidade da área da saúde no Município, a SMS adotou o sistema de distritalização, sendo amparada pela Lei Orgânica da Saúde.

A distritalização teve início com a atenção básica, sendo seguido pelos serviços secundários próprios e posteriormente pelos serviços conveniados e contratados. Esse processo exigiu envolvimento e qualificação das equipes distritais e representou grande progresso na consolidação da gestão plena do SUS no Município.

✓ Atualmente o setor da saúde de Campinas é dividido em 5 distritos e em 5 regiões respectivamente – Norte, Noroeste, Sudoeste, Sul e Leste.

De acordo com o Setor de Informação da SMS de Campinas, o organograma disponível em anexo, na página 131, é útil apenas para demonstrar os Departamentos que compõem o Setor da Saúde Pública na cidade de Campinas, quanto a sua operação, a estrutura é horizontalizada. Uma vez implantado o PAIDEIA – Programa de Saúde da Família, todos passaram a ser responsáveis pelas ações em saúde. Dessa forma, os gestores atualmente não tomam decisões de maneira verticalizada para serem coerentes com a proposta de gestão participativa.



### **3.2 SUJEITOS**

Os sujeitos foram os gestores, tomadores de decisão, atuantes nos Distritos e na Vigilância da Saúde, subdivisões da SMS de Campinas/SP; do total de dez, sete foram entrevistados.

Todos os gestores entrevistados, atuantes nos Distritos da Saúde Pública de Campinas, são médicos sanitaristas. Normalmente, o tempo de atuação no cargo de direção de Distrito não ultrapassa o período de quatro anos, pois refere-se a um cargo político. O gestor mantém-se no cargo, após o mesmo período, apenas se a gestão pública for reeleita.

Dentre os gestores entrevistados, atuantes na Vigilância Sanitária de Campinas, foram identificadas as seguintes formações: Enfermagem, Biologia e Medicina Veterinária.

### **3.3 PROCEDIMENTOS**

Antecipadamente à aplicação das entrevistas, procedeu-se uma visita à SMS de Campinas /SP a fim de conhecer os diversos níveis de tomada de decisão e o perfil dos gestores de maneira geral, bem como conhecer as condições de obtenção de consentimento para a realização das entrevistas. De posse das informações, foi possível identificar os níveis de tomada de decisão, bem como os gestores com o perfil desejado para fins desta pesquisa.

Os gestores selecionados foram aqueles que atuam na direção de Distritos da Saúde e na Vigilância da Saúde. Estas opções foram devidas à facilidade de acesso aos gestores e à possibilidade de obtenção de informações diversificadas,

viabilizando o enriquecimento da pesquisa através da multiplicidade de visões sob um objeto comum.

Posterior à visita e à seleção dos perfis dos gestores, foi encaminhada à SMS uma carta solicitando um termo de consentimento para a realização de entrevistas.

Sendo obtido o termo, deu-se início às entrevistas que foram realizadas mediante um roteiro de desenvolvimento, sendo gravadas e transcritas posteriormente.

### **3.4 RESULTADOS OBTIDOS**

Em relação ao objetivo 1 – Mapear os processos de tomada de decisão – obteve-se os seguintes resultados:

<b>INSTÂNCIAS DE TOMADA DE DECISÃO NA SAÚDE PÚBLICA DE CAMPINAS</b>	
<b>INSTÂNCIAS</b>	<b>CARACTERÍSTICA</b>
Conferência Municipal de Saúde	Responsável pela definição das diretrizes gerais. Por lei deve ser realizada a cada dois anos.
Conselho Municipal de Saúde	Constituído por usuários do SUS, representantes dos trabalhadores, prestadores de serviços de saúde, inclusive os privados.
Secretaria Municipal de Saúde	Possui assessores e departamentos diretos, tais como: Política Geral, Conselho Municipal e Conselhos Locais.

### **PASSOS DO PROCESSO DECISÓRIO NA SAÚDE PÚBLICA**

- Análise das condições de implementação das ações cabíveis;
- Avaliação da disponibilidade de recursos;
- Definição de competências dos atores envolvidos;
- Descrição e diagnóstico do problema;
- Envolvimento da participação dos Conselhos;
- Estabelecimento de prazos para as ações que o problema demandar;
- Identificação dos atores envolvidos na solução do problema;
- Organização de escalas de prioridades;
- Percepção do problema.

### **PERCEPÇÃO, DESCRIÇÃO E ESTRUTURAÇÃO DO PROBLEMA PARA SE TOMAR UMA DECISÃO**

<b>PERCEPÇÃO</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>ESTRUTURAÇÃO</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Análise dos indicadores de saúde;</li> <li>• Evidência pela unidade de saúde local ou pela comunidade;</li> <li>• Inspeção de vigilância em saúde;</li> <li>• Recebimento de denúncia externa através dos Conselhos Locais de Saúde, comunidades, 156, disque denúncia.</li> </ul>	<p>O problema é descrito através de notificação ou conforme a denúncia recebida. O problema só é descrito após ser inspecionado por um especialista.</p>	<p>Reunião dos técnicos de vigilância em saúde para a definição de enfrentamento.</p>

Conforme previsto no objetivo 2 – Analisar o processo de tomada de decisão, identificando os momentos de entrada e saída de informações – obteve-se os seguintes resultados:

#### **FUNÇÕES DE RESPONSABILIDADE DE UM GESTOR DA SAÚDE PÚBLICA**

- Dedicar esforços para atender as necessidades de saúde de Campinas;
- Gerenciar processos de vigilância sanitária, epidemiológica e ambiental;
- Gerenciar recursos humanos;
- Incentivar o uso dos dados disponíveis nos diversos bancos de dados da Saúde Pública de Campinas e através da análise e síntese destes dados, tomar decisões compartilhadas;
- Organizar os processos de trabalho de intervenção individual e coletiva para qualificar o SUS Regional;
- Organizar, planejar, executar, avaliar as práticas de saúde sob a responsabilidade de sua equipe;
- Planejar e gerenciar a saúde pública tendo responsabilidade com a transparência da coisa pública;
- Promover a garantia da participação do trabalhador e o controle social a partir dos usuários da Saúde Pública;
- Promover a integração da equipe sob responsabilidade viabilizando a potência desta equipe para realizar o seu trabalho;
- Resolver problemas;
- Sistematizar as informações em saúde;
- Transformar dados numéricos em algo de intervenção no território.

Quanto à responsabilidade do gestor, os entrevistados afirmaram que quanto mais elevado o seu nível de atuação, mais genérica é a sua visão quanto às

partes de todo o sistema de saúde. O seu foco está no todo, na sua área total de responsabilidade.

<b>ATIVIDADES CONSIDERADAS AÇÕES DE TOMADA DE DECISÃO</b>
---

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Ampliar o espaço de uma unidade;</li><li>• Ampliar uma equipe de saúde da família;</li><li>• Conciliar a estrutura da equipe às demandas e necessidades do território.</li><li>• Contratar um novo profissional;</li><li>• Definir ato médico ou de enfermagem;</li><li>• Definir estratégia de trabalho em saúde;</li><li>• Fazer ou não vacina contra determinada epidemiologia;</li><li>• Incorporar uma nova tecnologia;</li><li>• Instituir o Núcleo de Saúde Coletiva;</li><li>• Interditar um estabelecimento por problemas sanitários;</li><li>• Interromper determinada produção de bem ou serviço em saúde;</li><li>• Oferecer gratificação ou prêmios a um funcionário por destaque em determinada área;</li><li>• Priorizar o gasto de recursos financeiros;</li><li>• Aplicar punição a funcionários por deveres não cumpridos;</li><li>• Reverter para melhor determinada realidade a partir da interação de um dado com a realidade.</li><li>• Suspender ou não o uso, a produção ou a comercialização de determinado medicamento.</li></ul> |
|---|

<b>INFORMAÇÕES E CONHECIMENTOS UTILIZADOS PARA SE TOMAR UMA DECISÃO</b>		
<b>TIPOS</b>	<b>CAUSAS</b>	<b>CONDIÇÕES DE USO</b>
<p><b>Conhecimento Tácito:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Habilidades de liderança;</li> <li>• Interação entre o médico e o paciente.</li> </ul> <p><b>Conhecimento Explícito:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dados populacionais;</li> <li>• Diretrizes previstas em manuais técnicos;</li> <li>• Históricos regionais;</li> <li>• Indicadores de resultados;</li> <li>• Indicadores de saúde;</li> <li>• Informações epidemiológicas;</li> <li>• Informação sobre atenção em saúde;</li> <li>• Legislação vigente em saúde;</li> <li>• Notificação compulsória e doença degenerativa;</li> <li>• Quantidade de recursos humanos disponíveis;</li> <li>• Treinamentos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Necessidade de mudança na prática local dos cuidados à saúde;</li> <li>• Necessidade de implementar alguma ação na Saúde Pública;</li> <li>• Necessidade de compreensão do todo e das partes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Necessidade de definir prioridades;</li> <li>• Presença de paciente com algum sofrimento em saúde;</li> <li>• Análise e interpretação dos dados, visando transformá-los em informação e conhecimento para a tomada de decisão.</li> </ul>

Como observações, os entrevistados indicaram o que segue:

- ❖ necessidade de informação e de conhecimento para se tomar uma decisão depende da atuação do gestor; se ele atua em clínica, dependerá de seu conhecimento científico e de sua interação com o paciente para lhe dar um diagnóstico ou dar encaminhamento para a descoberta da patologia. Definir um diagnóstico também é tomar uma decisão. Se o gestor atua na administração, ele dependerá de outros tipos de informação que não o contato direto com o paciente.
- ❖ necessidade de informação e de conhecimento é diferente para cada nível institucional;
- ❖ informações e conhecimentos em saúde são utilizados para gerar ação em saúde o que requer, antecipadamente, a tomada de decisão quanto à melhor ação. Isto é possível de posse de informação e de conhecimento.
- ❖ os dados, enquanto indicadores, gráficos, etc., só fornecem informações a partir da análise e da reflexão sobre os mesmos. O dado isolado e sem análise é apenas um amontoado sem valor algum.

## **FONTES DE OBTENÇÃO DE INFORMAÇÕES**

- Cartão SUS;
- Cartórios;
- Comunidades;
- Cotidiano (o dia a dia);
- Departamentos de Gestão, de Informática e de Recursos Humanos;
- Hospitais;
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (através do Censo);
- IML – Instituto de Medicina Legal;
- Internet;
- Livros;
- Manuais técnicos;
- Órgãos de Vigilância à Saúde (ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, FINASA – Fundação Nacional de Saúde, e outros Institutos de Pesquisas de Vigilância Sanitária e Epidemiológica);
- Outras Secretarias que não a de saúde;
- Prontuário médico;
- Repertório de legislações disponível no Sistema Judiciário;
- Sistemas de informações disponíveis na Saúde Pública de Campinas.

Vale enfatizar que o uso de determinada fonte de informação está condicionado à necessidade ou demanda de quem a busca.

Com relação ao objetivo 3 – Avaliação do processo de tomada de decisão em termos de qualidade das informações e conhecimentos utilizados – obteve-se as seguintes informações:



Do total de entrevistados, 43% (3) não fizeram julgamento quanto à qualidade de decisões tomadas com base no uso da informação e do conhecimento, apenas fizeram comentários; 57% (4) julgaram como boa a qualidade das decisões tomadas com base em informação e conhecimento e nenhum entrevistado julgou a qualidade como ruim.

Quanto aos comentários, foi elaborada a seguinte síntese:

- ❖ nem sempre os recursos de informação e de conhecimento são suficientes para a tomada de decisão. Além destes, são necessárias habilidades de liderança, experiências e sensibilidade com a situação em evidência.
- ❖ tomada de decisão será dotada de qualidade se as informações e os conhecimentos nos quais foi alicerçada forem utilizados após análise e estrutura de forma a atender a demanda da decisão. É preciso estar ciente que por trás de uma informação e de um conhecimento há diversas vertentes de discussão.
- ❖ difícil julgar a qualidade de uma decisão tendo como base apenas o uso da informação e do conhecimento, embora sejam subsídios de extrema importância na tomada de decisão.
- ❖ informação, por si só, gerará intervenção pouco adequada, ela precisa ser articulada com o conhecimento do cotidiano e da realidade. A qualidade da decisão tomada será ruim se a informação e o conhecimento utilizados não forem analisados e estruturados mediante a consideração do cotidiano e da realidade.

Em relação ao objetivo 4 – Propor ações de melhoria nos processos de tomada de decisão através da Gestão da Informação e do Conhecimento – obteve-se os resultados abaixo:

#### **CONDIÇÕES DE OBTENÇÃO DE INFORMAÇÕES E DE CONHECIMENTOS**

- Normalmente, as condições de obtenção de informação e de conhecimento se dão de maneira apropriada. Quando ocorre algum problema de acesso ele não está ligado à informação propriamente dita, mas sim aos seus dispositivos de acesso. A informação existe passivamente, ela não é comunicada ou transferida. O alvo principal de falhas é a comunicação.
- O acesso às informações também depende do meio que a pessoa possui (virtual ou impresso) e as condições de acesso a esse meio;
- As condições de acesso estão condicionadas ao tipo de necessidade da informação. Há situações que ainda não existe informação disponível e aí é necessário criar informação, tais como: doenças inusitadas – doenças raras, por exemplo: vaca louca, gripe asiática;
- Embora na maioria das vezes o acesso à informação em saúde seja de maneira apropriada, ainda é necessário desburocratizá-lo.

<b>DISPONIBILIDADE DE RECURSOS E ESTRUTURA DE GESTÃO DA INFORMAÇÃO</b>		
<b>RESPONSABILIDADES</b>	<b>ESTRUTURA</b>	<b>RECURSOS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordenação de Saúde Coletiva;</li> <li>• Coordenação de Informação e de Informática;</li> <li>• Departamento de Gestão e Desenvolvimento Organizacional.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bancos de dados na área de saúde;</li> <li>• Internet;</li> <li>• Rede de sistemas de informação conectada através de máquinas e softwares.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indicadores de produção;</li> <li>• Indicadores de resultados;</li> <li>• Indicadores de saúde.</li> </ul>

Como observações, os gestores sugeriram o que segue:

- ❖ cada unidade de saúde deveria possuir o Núcleo de Saúde Coletiva para estruturar a informação em saúde;
- ❖ iniciativas de Gestão da Informação são desvinculadas;
- ❖ informações disponíveis não possuem padrão, não são disseminadas, são passivas, sendo obtidas apenas por quem delas necessita. A comunicação, aspecto fundamental nesta estrutura, ainda está a desejar.
- ❖ necessário tornar mais racional a iniciativa de Gestão da Informação na Saúde Pública. É preciso a disponibilidade de recursos humanos apenas para esta finalidade.

<b>GERAÇÃO DE NOVAS INFORMAÇÕES E CONHECIMENTOS</b>	
<b>GERAÇÃO DE RECURSOS</b>	<b>O QUE É FEITO COM OS RECURSOS</b>
Todos os entrevistados afirmaram que o processo decisório gera novas informações e novos conhecimentos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• As informações e os conhecimentos gerados são transformados em ações;</li> <li>• Os recursos gerados não são armazenados, fazem parte apenas da experiência do indivíduo que participou do processo de tomar a decisão.</li> </ul>

Segundo os gestores, independente da ação que desencadeia, o processo decisório gera uma reação e esta, por sua vez, um novo conhecimento. O fato de gerar um novo recurso não implica em ele ser necessariamente positivo. Às vezes é negativo e nestas ocorrências repensa-se a decisão tomada e a ação desencadeada.

<b>METODOLOGIA DE MEDIÇÃO E AVALIAÇÃO DO SUCESSO OU DO FRACASSO DO PROCESSO DECISÓRIO E DAS AÇÕES IMPLEMENTADAS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não há metodologia dita; há intenção de metodologia que consiste em artifícios de medição de resultados, tais como: indicadores, reconhecimento popular, depoimentos, etc.</li> <li>• Existe um planejamento estratégico anual, mas as atividades nele previstas nem sempre são avaliadas ou até mesmo cumpridas; falta a determinação de trabalhos mediante o estabelecimento de metas.</li> </ul>

## 4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

---

Este capítulo aborda a análise e a discussão possíveis sobre as informações levantadas através de entrevistas.

### **4.1 GESTÃO DA SAÚDE PÚBLICA DE CAMPINAS/SP**

Tal como previsto nas bibliografias utilizadas, a Saúde Pública de Campinas é sistematizada através de instâncias de decisão, sendo três as principais: Conferência Municipal de Saúde, Conselho Municipal de Saúde e Secretaria Municipal de Saúde.

As decisões tomadas nestas instâncias possuem caráter estratégico, político, administrativo ou de cuidados de saúde. O surgimento de necessidades que demandam alguma decisão é coletivo e o atendimento a elas se dá através da avaliação do grau de risco à saúde, priorizando sempre o que apresenta maior risco.

A gestão da Saúde Pública de Campinas se dá através do modelo de gestão participativa onde as decisões são tomadas coletivamente e de maneira horizontalizada. Este modelo foi consolidado com o Método PAIDEIA. A gestão se dá em quatro níveis: estratégico, político, administrativo e de cuidados da saúde.

A tomada de decisão ocorre conforme a urgência da necessidade da solução do problema em evidência. Há problemas que são passíveis de todas as fases de um modelo de processo decisório, eles não demandam ações urgentes e podem ser solucionados conforme são estruturados e compreendidos, tais como a percepção da necessidade de construção de uma nova unidade de saúde ou de contratação de recursos humanos. Por outro lado, há circunstâncias que demandam ações urgentes,

tais como os problemas que devem ser solucionados de maneira imediata, não existindo tempo hábil para que seja devidamente estruturado e compreendido. Para essas situações, tal como um surto epidemiológico, são previstas ações descritas em manuais devidamente elaborados.

De acordo com a bibliografia utilizada neste trabalho, o processo decisório se inicia a partir da presença de determinado problema, oportunidade ou situação que demanda alguma ação. Segundo os entrevistados na Saúde Pública, é raro trabalhar com oportunidades, se lida muito com problemas ou situações emergentes, apaga-se muito incêndio. Assim, ocorre que o uso de informação e de conhecimento é muitas vezes deixado para segundo plano.

#### **4.1.1 Fases do Processo Decisório**

Conforme resultados obtidos, o processo decisório na Saúde Pública ocorre em três fases: Prévia da Tomada de Decisão, Tomada da decisão e Monitoração de Resultados. Portanto, a consecução do processo varia conforme a urgência de intervenção em determinada situação.

##### **Fase 1 – Prévia da Tomada de Decisão**

**Passo 1 – Percepção do problema** – ocorre por meio da análise dos indicadores de saúde; pela evidência da Unidade de Saúde local ou pela comunidade; da inspeção de vigilância em saúde; do recebimento de denúncia externa através dos Conselhos Locais de Saúde, comunidades e 156 (disque denúncia).

**Passo 2 – Identificação dos atores envolvidos na solução do problema** – indicação de coordenadores de saúde, técnicos, Conselhos de Saúde e outros.

**Passo 3 – Descrição e estruturação do problema** – convocação dos atores envolvidos na solução do problema e realização de reunião a fim de diagnosticá-lo e compreendê-lo.

**Passo 4 – Identificação dos recursos disponíveis** – disponibilidade de verbas, materiais, informação, conhecimento e outros.

**Passo 5 – Estabelecimento do plano de ação** – definição das competências dos atores envolvidos; organização de escalas de prioridades; identificação das possíveis alternativas de ação e estabelecimento de prazos para a implementação das ações que o problema demandar.

#### **Fase 2 – Tomada de Decisão**

**Passo 6 – Implementação da(s) melhor(es) alternativa(s) de ação(ões)** – após discussão e análise coletiva, implementa-se as ações.

#### **Fase 3 – Monitoração dos Resultados**

**Passo 7 – Medição e controle** – ainda não há uma metodologia consistente de medição e controle dos resultados alcançados; há intenção de medição que consiste em *artifícios* de avaliação de resultados, tais como: indicadores, reconhecimento popular, depoimentos e outros.

Os passos previstos pelos gestores são compatíveis àqueles mencionados na literatura deste trabalho. Embora sejam previstos, em diversas ocasiões o processo decisório é aleatório, sendo realizado apenas mediante a intuição do gestor.

#### **4.1.2 Informação e Conhecimento para o Processo Decisório**

Dos resultados obtidos, verificou-se que para se tomar decisões na Saúde Pública os gestores fazem uso de diversos tipos de informações e de conhecimentos, sendo identificados em fontes internas e externas.

Quando questionados sobre a qualidade das decisões tomadas com base no uso da informação e do conhecimento, 43% (3) dos entrevistados não fizeram julgamento, apenas fizeram comentários e 57 % (4) julgaram como boa a qualidade das decisões. Não houve julgamento negativo quanto à qualidade da decisão.

#### **4.2 DIAGNÓSTICO DOS PROCESSOS DE GESTÃO DA INFORMAÇÃO E DO CONHECIMENTO**

As análises das informações obtidas através das entrevistas nos permitiram chegar ao diagnóstico das principais deficiências ora encontradas no processo de tomada de decisão:

##### **4.2.1 Deficiências de Recursos**

As limitações quanto aos dispositivos de acesso dizem respeito aos equipamentos e às tecnologias necessárias. Em tempos de carência de verbas estes recursos são escassos ou obsoletos.

##### **4.2.2 Deficiências de Informação e de Conhecimento**

As informações disponíveis nos bancos de dados da Saúde Pública dizem respeito aos dados coletados e disponíveis. Estes dados são transformados em informação à medida que são analisados, interpretados e adaptados à realidade da unidade local ou ao objeto de intervenção pelos usuários de tal recurso.



O conhecimento é considerado um recurso derivado do uso da informação, que possui a capacidade de dotar o gestor de condições para definir e implantar ações. Essa visão sobre dados, informação e conhecimento justifica a necessidade de trabalhar a Gestão da Informação em conjunto com a Gestão do Conhecimento.

As informações e os conhecimentos utilizados nos processos decisórios não são armazenados, são apenas transformados em ações, fazendo parte da experiência do indivíduo que os utilizou. Diante disso percebe-se uma lacuna, pois sempre que a mesma informação e o mesmo conhecimento são necessários, há todo um trabalho de identificação e estruturação.

#### **4.2.3 Deficiências de Métodos**

Atualmente os processos de Gestão da Informação e do Conhecimento na Saúde Pública de Campinas estão sob a responsabilidade da Coordenação de Saúde Coletiva, da Coordenação de Informação e de Informática e do Departamento de Gestão e Desenvolvimento Organizacional.

A estrutura consiste em bancos de dados na área de saúde, Internet e rede de sistemas de informação conectada através de máquinas e softwares.

Os recursos disponíveis se referem aos indicadores de produção; indicadores de resultados; indicadores de saúde; doenças de notificação compulsória; epidemiologia; saúde ambiental; saúde sanitária; diabéticos; nascimentos; óbitos; (zoonoses) e outros.

Em relação às condições de disponibilidade e aos meios de comunicação, as limitações estão ligadas à falta de padronização e habilidade necessária para a transferência da informação e do conhecimento.

É importante enfatizar a questão dos fluxos de comunicação no processo de transferência da informação na Saúde Pública de Campinas. Sendo esse considerado um aspecto fundamental, ainda não é consistente. Normalmente a informação existe, porém de forma passiva. É necessário tornar a comunicação um processo proativo através de técnicas de disseminação de informação.

Segundo os entrevistados, é prevista na Saúde Pública de Campinas a disponibilidade do Núcleo de Saúde Coletiva em cada unidade de saúde como órgão responsável pela estruturação da informação e do conhecimento em saúde, mas devido à carência de recursos financeiros essa previsão está apenas na teoria, a prática ainda é irreal; poucos Distritos possuem condições de viabilizá-la.

Diante desse cenário, julga-se necessária a racionalidade das iniciativas de Gestão da Informação e do Conhecimento na Saúde Pública, tornando-as prioritárias no desenvolvimento de programas. Reitera-se que estas iniciativas devem ser verticalizadas em caráter de exceção, pois atualmente tudo é horizontalizado.

## 5. PROPOSTA DE PROCESSO DECISÓRIO COM SUBSÍDIO DA GESTÃO DA INFORMAÇÃO E DO CONHECIMENTO

---

Este capítulo aborda a proposta de um modelo, representado através da elaboração de um fluxograma, do processo decisório subsidiado pela Gestão da Informação e do Conhecimento.

Considerados os atuais processos e as deficiências referentes ao uso de informações e de conhecimentos no processo decisório em pauta, propõe-se um novo modelo para esse fim, cujos detalhes estão a seguir.

### **5.1 NOVA SEQÜÊNCIA DE PASSOS**

O novo modelo adota passos do modelo atual, com a inclusão de novos passos à seqüência, de forma a criar as condições para a integração e a divulgação das informações e dos conhecimentos gerados no processo decisório.

#### **FASE 1 – PRÉVIA DA TOMADA DE DECISÃO**

**Passo 1 – Percepção do Problema** – ocorrerá através de dados e informações oriundas de análise dos indicadores de saúde; evidência da unidade de saúde local ou pela comunidade; inspeção de vigilância em saúde e recebimento de denúncia externa.

Tais dados e informações poderão ser colecionados em um ambiente de projeto adequado, de forma integrada e identificável pelo gestor. Uma vez caracterizado o problema, um projeto específico poderá ser aberto, para que se possa dar início aos processos de solução.

**Passo 2 – Identificação dos Atores** – em função do tipo e da extensão do problema, o gestor indicará as pessoas (atores) que se envolverão com a análise e a solução do

problema. Poderão ser indicados: coordenadores de saúde; técnicos; Conselhos de Saúde e outros, segundo as necessidades.

Tais informações serão inseridas pelo gestor no ambiente de projeto. Os atores poderão consultar as informações sobre o projeto já inseridas no sistema.

**Passo 3 – Caracterização do Problema** – o gestor fará a convocação dos atores envolvidos e realizará reunião para o diagnóstico e a compreensão do problema. As novas informações trazidas pelos atores bem como os resultados dessa reunião poderão ser inseridos no sistema, passando a fazer parte do ambiente de projeto e ser consultados por todos os que estiverem habilitados para isso, de forma integrada e, se possível, on-line.

**Passo 4 – Identificação dos Recursos Disponíveis** – o gestor examinará a disponibilidade de verbas, recursos humanos e materiais, informação e conhecimento, e outros elementos que possam influir na solução do problema. Havendo a autorização e a disponibilidade desses recursos, o gestor poderá elaborar um plano preliminar de projeto, tornando-o disponível para consulta e comentários pelos atores, através do sistema.

**Passo 5 – Plano de Ação Preliminar** – o gestor, mediante interação virtual e presencial com os atores, poderá elaborar uma proposta de plano de projeto, contendo a definição das competências dos atores envolvidos; a organização de escalas de prioridades; a identificação das possíveis alternativas de ação e o estabelecimento de prazos para a implementar as ações que o problema demandar. Tal proposta de plano, bem como todas as informações cabíveis para a sua compreensão e execução,

deverão estar disponíveis on-line no sistema, permitindo que os atores e o gestor possam analisar as alternativas.

## **FASE 2: TOMADA DE DECISÃO**

**Passo 6 – Escolha da Melhor Alternativa** – o gestor, através de interações virtuais e presenciais com os atores, procurará o consenso para a escolha, dentre as alternativas geradas nos passos anteriores, da melhor solução e do melhor caminho para a sua implementação. Tais resultados poderão ser disponibilizados aos interessados através do sistema.

**Passo 7 – Plano de Ação Detalhado** – com base nas decisões feitas no Passo 6, o gestor poderá elaborar o Plano de Ação Detalhado, com as atividades, as seqüências, os recursos, os responsáveis pela execução e os resultados (metas) intermediários e finais. Tal Plano poderá ser inserido no ambiente de projeto através do sistema, ficando então disponível a todos os interessados e envolvidos com o problema e sua solução.

## **FASE 3: IMPLEMENTAÇÃO DA SOLUÇÃO**

**Passo 8 – Execução do Projeto** – os atores, usando os recursos disponibilizados e as orientações contidas no Plano de Ação Detalhado, executarão as atividades previstas, sob coordenação do gestor, obtendo os resultados intermediários e finais.

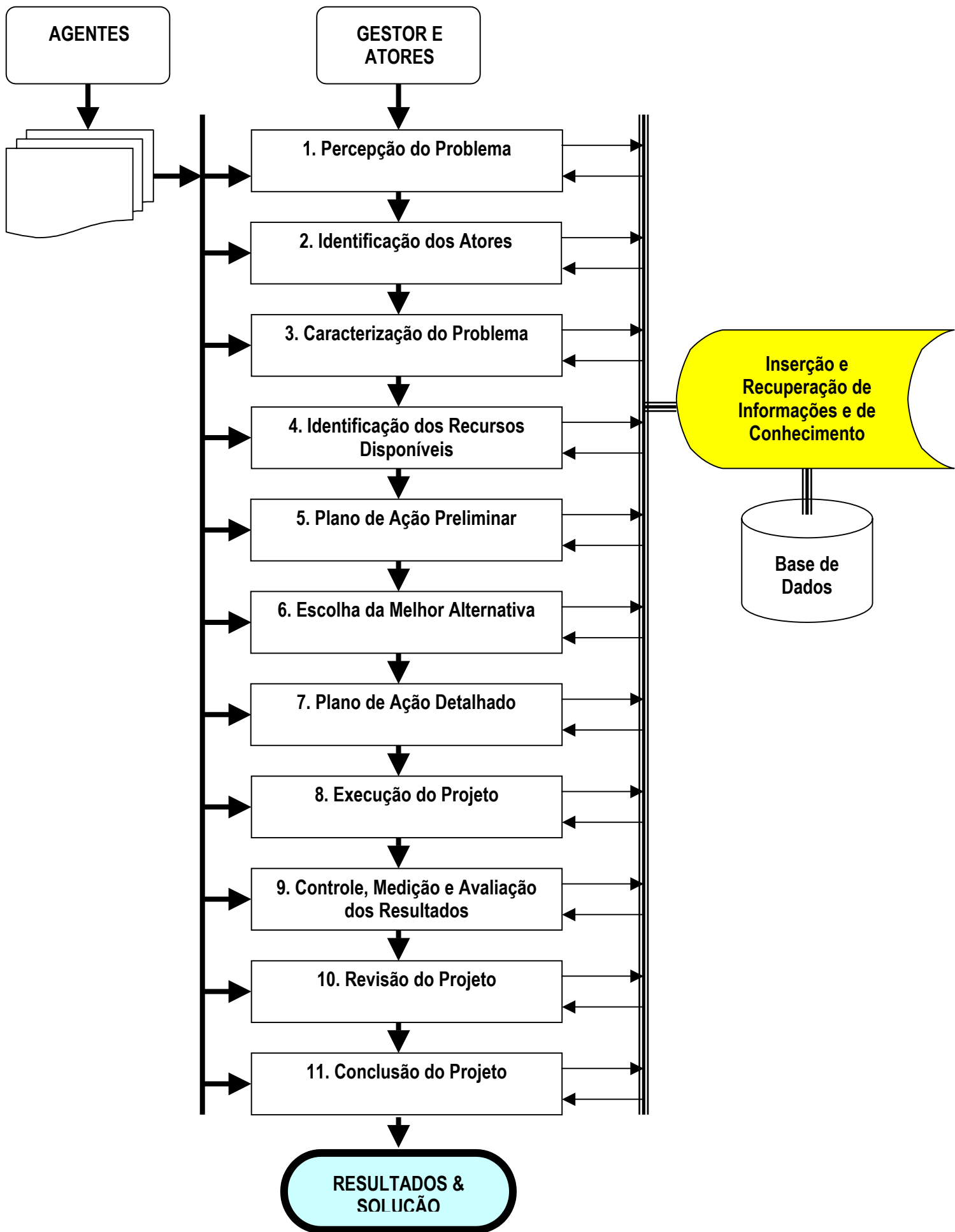
**Passo 9 – Controle, Medição e Avaliação dos Resultados** – para cada atividade concluída e para cada resultado intermediário obtido, o gestor e os diretamente envolvidos com a realização, farão o controle da execução do Plano, a sua atualização e a medição e a avaliação dos resultados obtidos, em função do problema e do que foi planejado executar e obter. Tais informações deverão ser inseridas no sistema, para uso coletivo.

**Passo 10 – Revisão do Projeto** – quando os resultados não forem satisfatórios, ou quando as condições o exigirem, poderão ser necessárias alterações no Plano de Ação Detalhado ou mesmo poderão ser necessárias novas decisões. O gestor deverá, então, efetuar as revisões necessárias, reiniciando os passos que forem mais adequados para isso. Para isso, o sistema deverá ser usado pelo gestor e sua equipe de forma consistente.

**Passo 11 – Conclusão do Projeto** – havendo o consenso que o resultado final foi obtido e que o problema foi efetivamente resolvido, o gestor tomará as medidas para a conclusão do projeto, disponibilizando tais informações no sistema.

## **5.2 FLUXOGRAMA PARA O NOVO MODELO**

O fluxograma proposto apresenta, de forma gráfica, a seqüência de passos e as entradas e saídas de informação, bem como a interação com o sistema, que representam o modelo aqui proposto.



**Ilustração 1 - Fluxograma - Proposta de Modelo de Processo Decisório com Base no Uso de Informação e de Conhecimento**

**5.3 COMPARAÇÕES ENTRE AS SEQÜÊNCIAS ATUAIS E PROPOSTA PARA O MODELO DE PROCESSO DECISÓRIO**

<b>SEQÜÊNCIA ATUAL</b>	<b>SEQÜÊNCIA PROPOSTA</b>	<b>COMENTÁRIOS</b>
<b>FASE 1 – PRÉVIA DA TOMADA DE DECISÃO</b>	<b>FASE 1 – PRÉVIA DA TOMADA DE DECISÃO</b>	<b>Mesma denominação da fase</b>
<b>Passo 1 – Percepção do problema</b> – ocorre através da análise dos indicadores de saúde; pela evidencia da unidade de saúde local ou pela comunidade; da inspeção de vigilância em saúde; do recebimento de denúncia externa através dos Conselhos Locais de Saúde, comunidades e 156 (disque denúncia).	<b>Passo 1 – Percepção do Problema</b> – ocorrerá através de dados e informações oriundas de análise dos indicadores de saúde; evidência da unidade de saúde local ou pela comunidade; inspeção de vigilância em saúde; recebimento de denúncia externa.  Tais dados e informações poderão ser colecionados em um ambiente de projeto adequado, de forma integrada e identificável pelo gestor. Uma vez caracterizado o problema, um projeto específico poderá ser aberto, para que se possa dar início aos processos de solução.	Propõe-se que, desde os primeiros momentos de percepção do problema, sejam utilizados os meios e sistemas do ambiente de projeto, de forma a permitir o andamento do mesmo e a futura análise estatística dos agentes e fatos acionadores do sistema de saúde.  Isso trará melhores conhecimentos sobre a percepção geral de problemas por parte dos agentes, atores e gestores do sistema de saúde.



<p><b>Passo 2 – Identificação dos atores envolvidos na solução do problema</b> – indicação de coordenadores de saúde, técnicos, Conselhos de Saúde e outros.</p>	<p><b>Passo 2 – Identificação dos Atores</b> – em função do tipo e da extensão do problema, o gestor indicará as pessoas (atores) que se envolverão com a análise e a solução do problema.</p> <p>Tais informações são inseridas pelo gestor no ambiente de projeto. Os atores poderão consultar as informações sobre o projeto já inseridas no sistema.</p>	<p>Da mesma forma que no passo anterior, propõe-se utilização dos meios de informação e comunicação em rede digital, em tempo real (on-line).</p>
<p><b>Passo 3 – Descrição e estruturação do problema</b> – convocação dos atores envolvidos na solução do problema e realização de reunião a fim de diagnosticá-lo e compreendê-lo.</p>	<p><b>Passo 3 – Caracterização do Problema</b> – o gestor fará a convocação dos atores envolvidos e realizará reunião para o diagnóstico e a compreensão do problema. As novas informações trazidas pelos atores bem como os resultados dessa reunião poderão ser inseridos no sistema, passando a fazer parte do ambiente de projeto e ser consultados por todos os que estiverem habilitados para isso, de forma integrada e, se possível, on-line.</p>	<p>Neste passo, o gestor poderá, inclusive, promover encontros virtuais, através dos meio TIC, acelerando o processo e reduzindo o tempo gasto em reuniões.</p> <p>Além disso, o acervo virtual sobre os problemas tornará mais rico o conhecimento sobre os problemas, suas causas e etiologias, bem como sobre os critérios de decisão adotados a cada caso.</p>

<p><b>Passo 4 – Identificação dos recursos disponíveis</b> – disponibilidade de verbas, recursos humanos, materiais, informação, conhecimento e outros.</p>	<p><b>Passo 4 – Identificação dos Recursos Disponíveis</b> – o gestor examinará a disponibilidade de verbas, recursos humanos e materiais, informação e conhecimento, e outros elementos que possam influir na solução do problema. Havendo a autorização e a disponibilidade desses recursos, o gestor poderá elaborar um plano preliminar de projeto, tornando-o disponível para consulta e comentários pelos atores, através do sistema.</p>	<p>A adoção de ambiente de projeto permitirá a alocação dos recursos em diferentes projetos, o balanceamento de uso dos mesmos no tempo e no espaço, bem como a verificação prévia da viabilidade técnico-econômica dos planos de correção dos problemas.</p>
<p><b>Passo 5 – Estabelecimento do plano de ação</b> – definição de competências; organização de escalas de prioridades; identificação de alternativas de ação e estabelecimento de prazos para a implementação das ações.</p>	<p><b>Passo 5 – Plano de Ação Preliminar</b> – o gestor, mediante interação virtual e presencial com os atores, poderá elaborar uma proposta de plano de projeto, contendo a definição de competências; a organização de escalas de prioridades; a identificação das possíveis alternativas de ação e o estabelecimento de prazos para a implementar as ações que o problema demandar.</p>	<p>A adoção de planos preliminares permitirá a criação de planos alternativos, em função dos meios disponíveis e das idéias de solução.</p> <p>Novamente, o ambiente virtual de projeto permitira a interação entre gestores e atores de forma contínua.</p>

**Tabela 1 - Passos da Fase 1**

SEQÜÊNCIA ATUAL	SEQÜÊNCIA PROPOSTA	COMENTÁRIOS
<b>FASE 2: TOMADA DE DECISÃO</b>	<b>FASE 2: TOMADA DE DECISÃO</b>	<b>Mesma denominação da fase.</b>
<b>Passo 6 – Implementação da(s) melhor(es) alternativa(s) de ação(ões) – após discussão e análise coletiva implementa-se as ações.</b>	<b>Passo 6 – Escolha da Melhor Alternativa – o gestor, através de interações virtuais e presenciais com os atores, procurará o consenso para a escolha, dentre as alternativas geradas nos passos anteriores, da melhor solução e do melhor caminho para a sua implementação.</b>	Quando houver mais que uma possibilidade de ação, este passo permitirá a formalização da escolha da melhor forma de implementação da solução e indicará as condições para a elaboração do Plano de Ação Detalhado.
	<b>Passo 7 – Plano de Ação Detalhado – com base nas decisões feitas no Passo 6, o gestor poderá elaborar o Plano de Ação Detalhado, com as atividades, as seqüências, os recursos, os responsáveis pela execução e os resultados (metas) intermediários e finais.</b>	Passo incluído para destacar a elaboração de um Plano de Ação Detalhado, onde, para a alternativa de ação selecionada, será feito um planejamento detalhado das atividades, das seqüências, dos prazos e do uso dos recursos, ficando tais informações disponíveis on-line e dentro do ambiente de projeto, para uso, acompanhamento e controle.

**Tabela 2 - Passos da Fase 2**

SEQÜÊNCIA ATUAL	SEQÜÊNCIA PROPOSTA	COMENTÁRIOS
<p align="center"><b>FASE 3 – MONITORAÇÃO DE RESULTADOS</b></p>	<p align="center"><b>FASE 3: IMPLEMENTAÇÃO DA SOLUÇÃO</b></p>	<p align="center"><b>Nova denominação, mais abrangente.</b></p>
	<p><b>Passo 8 – Execução do Projeto</b> – os atores, usando os recursos disponibilizados e as orientações contidas no Plano de Ação Detalhado, executarão as atividades previstas, sob coordenação do gestor, obtendo os resultados intermediários e finais.</p>	<p>Passo incluído para destacar o período em que as ações são efetivadas, segundo o Plano de Ação Detalhado.</p> <p>Os executores atualizarão as atividades executadas e os resultados obtidos, usando as ferramentas do ambiente de projeto, on-line, ficando essa informação disponível a todos os participantes do projeto.</p>
<p><b>Passo 7 – Medição e controle</b> – ainda não há uma metodologia consistente de medição e controle dos resultados alcançados; há intenção de medição que consiste em artifícios de avaliação de resultados.</p>	<p><b>Passo 9 – Controle, Medição e Avaliação dos Resultados</b> – para cada atividade concluída e para cada resultado intermediário obtido, o gestor e os diretamente envolvidos, farão o controle da execução do Plano, a sua atualização e a medição e a avaliação dos resultados.</p>	<p>Este passo permitirá a execução efetiva do controle das atividades e dos resultados obtidos a cada etapa do projeto, bem como o registro das ações e das avaliações dos resultados obtidos.</p>

	<p><b>Passo 10 – Revisão do Projeto</b> – quando os resultados não forem satisfatórios, ou quando as condições o exigirem, poderão ser necessárias alterações no Plano de Ação Detalhado ou mesmo poderão ser necessárias novas decisões. O gestor deverá, então, efetuar as revisões necessárias, reiniciando os passos que forem mais adequados para isso.</p>	<p>Este passo foi incluído para permitir a realimentação nos passos de planejamento, em função dos resultados obtidos, ainda durante a execução do projeto, de forma a corrigir eventuais desvios ou para adequar o projeto a novas condições.</p>
	<p><b>Passo 11 – Conclusão do Projeto</b> – havendo o consenso que o resultado final foi obtido e que o problema foi efetivamente resolvido, o gestor tomará as medidas para a conclusão do projeto, disponibilizando tais informações no sistema.</p>	<p>Passo recomendado para que haja a efetiva verificação da inclusão de todas as informações e dos novos conhecimentos adquiridos durante o projeto, bem como a análise das lições aprendidas com o mesmo. Essas informações enriquecerão o ambiente de projeto, permitindo sua divulgação e o aprendizado coletivo com a experiência.</p>

**Tabela 3 - Passos da Fase 3**

#### **5.4 NOVOS MÉTODOS E TÉCNICAS RECOMENDADOS**

Os resultados do diagnóstico e o novo modelo aqui proposto levam a recomendar a adoção, pelos gestores e atores do processo de tomada de decisão, de alguns novos conceitos, métodos e técnicas para o uso e geração de novos conhecimentos na tomada de decisão. Os mais importantes são:

- conceitos, métodos e processos de planejamento estratégico;
- métodos e ferramentas de gestão de projetos;
- conceitos e métodos de diagnóstico de problemas e de relação entre causas e efeitos;
- métodos de trabalho em equipe, decisão por consenso e sinergismo de competências;
- uso de ferramentas de planejamento e controle de projetos, comunicação, armazenagem, recuperação e difusão de informações e de conhecimento baseadas em recursos virtuais.

Recomenda-se, além da integração entre gestores, atores e agentes dentro do âmbito de solução de um determinado problema, a evolução para a integração entre todas as unidades de saúde do Município, de forma semelhante, para que exista a disponibilização padronizada das informações e dos conhecimentos e experiências entre todos, gerando sinergismos, economia e melhoria da qualidade das decisões.

## **5.5 CONSIDERAÇÕES SOBRE SISTEMAS INTEGRADOS DE INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO**

Recomenda-se investimentos em projeto e execução de redes integradas de informação e comunicação, com base em recursos virtuais, usando aplicativos específicos de Gestão da Informação e do Conhecimento, bem como de planejamento e de controle de projetos.

Tal rede integrada deverá possuir alta capacidade de comunicação e tráfego de dados, de alta confiabilidade e disponibilidade, com terminais e pontos de acesso suficientes para atender a todas as unidades de saúde do Município. Ela deverá permitir que os usuários tenham acesso às bases de dados de centros de informação de forma globalizada.

A Gestão da Informação e do Conhecimento em tal rede terá maior desempenho quando efetuada com o suporte de um Centro Integrado de Informações sobre Saúde, com especialistas de Biblioteconomia e Ciência da Informação, conectado à rede.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

---

A realização desta pesquisa deu-se durante a gestão pública da cidade de Campinas/SP sob o mandato da Sra. Prefeita Izalene Tiene – final de 2001 a 2004.

Essa gestão teve significativa importância para o Setor da Saúde Pública na Cidade, uma vez que intensificou os cuidados de saúde à sociedade neste período, entretanto, no que diz respeito à disponibilização e ao uso de informação e de conhecimento para a tomada de decisão não houve avanço, ficando então uma lacuna a ser preenchida pela atual administração sob o mandato do Sr. Prefeito Hélio dos Santos, cuja gestão parece que irá dar continuidade aos programas iniciados pela gestão anterior, bem como intensificar o desenvolvimento de novos programas.

Na Saúde Pública de Campinas são utilizados informações e conhecimentos como subsídios aos processos de tomada de decisão, sendo requisitados em circunstâncias problemáticas, tais como a necessidade de solucionar alguma epidemiologia em determinada localidade; de compreender o objeto e o ambiente de intervenção; de mudar a prática local dos cuidados à saúde; de implementar alguma ação na Saúde Pública e outros. Esses recursos oferecem alicerce seguro aos tomadores de decisão, entretanto, só fazem sentido se forem analisados, interpretados e contextualizados à realidade local. O uso desses recursos deve ser condicionado à circunstância que demanda determinada intervenção ou ação em saúde.

Esta pesquisa confirmou a informação e o conhecimento como recursos vitais aos processos de tomada de decisão, percebeu-se que esses recursos são



constantemente requisitados pelos gestores da Saúde Pública. Verificou-se também que, embora constante requisitados, estes recursos são carentes de técnicas eficientes de disponibilização e de acesso. Assim, a Gestão da Informação e do Conhecimento aqui propostas surgem como alternativa de solução às deficiências apontadas.

Conforme previsto inicialmente, a metodologia aplicada nesta pesquisa possibilitou o alcance de todos os objetivos inicialmente propostos, conforme consta abaixo.

Como resultado geral, obteve-se a elaboração de um fluxograma do processo decisório contendo todos os passos previstos pelos gestores entrevistados, adicionado de novos passos. Uma vez conhecido, o processo decisório tornou-se passível de sugestões de melhorias no que diz respeito ao uso e à geração de informação e de conhecimento nos processos de tomada de decisão.

Pelas entrevistas realizadas com os gestores da Saúde Pública de Campinas/SP, foi possível identificar os aspectos essenciais para o desenvolvimento desta pesquisa:

- identificação das principais instâncias de decisão;
- identificação dos tipos de decisões tomadas;
- identificação das condições previstas para se tomar uma decisão;
- identificação dos níveis de gestão;
- identificação do objeto principal demandador de uma tomada de decisão que acaba por desencadear uma nova ação;
- identificação de todas as fases do processo decisório e os seus respectivos passos.

O mapeamento dos processos de tomada de decisão possibilitou uma análise de cada passo, obtendo como resultado a identificação dos momentos de entrada e de saída de informações e de conhecimentos.

Quanto à qualidade das decisões tomadas com base no uso de informações e de conhecimentos foi julgada como boa pela maioria dos entrevistados.

No que diz respeito à proposição de melhorias, foi sugerido um modelo refletido no fluxograma elaborado que evidencia todos os passos do processo decisório. Mediante a identificação dos passos que usa e gera novas informações e novos conhecimentos foi possível propor o uso dos recursos de informações e de conhecimentos estruturados através de processos de Gestão da Informação e do Conhecimento.

O modelo proposto aos gestores da Saúde Pública de Campinas/SP parece utópico, dada a carência de recursos financeiros, situação já histórica nessa Cidade. Entretanto, as grandes realizações são frutos de utopias, esforços, anseios e sonhos. Assim, uma vez percebida a relevância deste trabalho, através de dedicação de esforços, o mesmo poderá de ser concretizado.

## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

1. ANSOFF, H. I. **Estratégia empresarial**. São Paulo: McGraw Hill, 1977.
2. BARRETO, Aldo de Albuquerque. O que é informação e o que é ciência da informação. **Jornal da Ciência**, n. 1802. jun. 2001. Opinião e Realidade. Disponível em [http://planeta.terra.com.br/educacao/br\\_recursosminerais/informacao.html](http://planeta.terra.com.br/educacao/br_recursosminerais/informacao.html). Acesso em 12 ago. 2003.
3. BATESON, G. **Steps to an ecology of mind**. Londres: Paladin.
4. BOWDITCH, James L.; BUONO, Anthony. **Elementos de comportamento organizacional**. São Paulo: Pioneira, 2000. 305 p.
5. BRADLEY, J. The changing face of health information and health information work: a conceptual framework. **Bulletin Medical Library Association**, v.84, n.1, p. 1-10, jan. 1996.
6. BRANCO, M.A.F. Sistemas de informação em saúde no nível local. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.12, n.2, p. 267-270, abr./jun. 1996.
7. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **O desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2003. 72 p.
8. BROOKS, Helen M. Developing representing problem descriptions. **Intelligent Information Systems for the Information Society**, n. 6, Sep. 1986.
9. BUCKLAND, Michael. Information as thing. **Journal of the American Society of Information Science**, Berkeley, v. 42, n. 5, jun. 1991. Disponível em <http://www.sims.berkeley.edu/~buckland/thing.html>. Acesso em 12 ago. 2004.
10. BUKOWITZ, W. R.; WILLIAMS, R. L. **Manual de gestão do conhecimento**. Porto Alegre: Bookman, 2002. 399 p.

11. BULGACOV, S.; TOKIKAWA, S. M. V. **O resgate do conhecimento**: um estudo exploratório. Disponível em [www.informal.com.br/artigos/artigos.htm](http://www.informal.com.br/artigos/artigos.htm). Acesso em 07 fev. 2002.
12. CAMPINAS. Prefeitura Municipal. **Governo democrático e popular de Campinas**. Campinas, 2004. 225 p., p. 104.
13. CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **PAIDEIA**. Campinas: [s.n.], 2003.
14. CARVALHO, G.; TAVARES, M. **Informação e conhecimento**: uma abordagem organizacional. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2001.
15. CASTRO, Elenice. **Informação para apoio à tomada de decisão em saúde**: parâmetros de produção de informação territorializada. São Paulo, 2002. Dissertação (Mestrado em Ciências da Comunicação). Departamento de Biblioteconomia e Documentação da Escola de Comunicação e Artes – USP – Universidade de São Paulo.
16. CHAUÍ, Marilena. **Cultura e democracia**: o discurso competente e outras falas. São Paulo: Cortez, 1993. 310 p.
17. CHIAVEGATTO, Myrza Vasques. A gestão da informação e o processo decisório na administração municipal de Belo Horizonte. **Informática Pública**, v.2 n. 2 dez. 2002. p. 57-53.
18. CHOO, C. W. **A organização do conhecimento**. São Paulo: SENAC, 2003. 426 p.
19. CIANCONI, R. **Gestão da informação na sociedade do conhecimento**. 2. ed. Brasília: SENAI/DN, 2001. 120 p. (Série Senai Formação de Empreendedores).
20. DAVENPORT, Thomas H. **Ecologia da informação**: porque só a tecnologia não basta para o sucesso na era da informação. 2. ed. São Paulo: Futura, 2000. 316 p.
21. \_\_\_\_\_. H.; MARCHAND, Donald A.; DICKSON, Tim. **Dominando a gestão da informação**. Porto Alegre: Bookman, 2004. 402 p.

22. DEVER, G. E. Alan. **A epidemiologia na administração dos serviços de saúde**. São Paulo: Pioneira, 1988. 394 p.
23. FACHINELLI, Ana. **Uma abordagem comunicacional dos princípios da gestão do conhecimento nas organizações**. França: Universidade de Poitiers.
24. FADEL, B. (Org.). **A informação nas sociedades sociais: desafios em face de multiplicidade de enfoques**. Marília: FUNDEPE, 2004. (CD-ROM).
25. FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo Aurélio século XXI: o dicionário da língua portuguesa**. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999. 2128 p.
26. FIGUEIREDO, Regina Célia. **Comunicação científica na área de saúde pública: perspectivas para a tomada de decisão em saúde baseada em conhecimento**. São Paulo, 2003. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Faculdade de Saúde Pública – USP – Universidade de São Paulo.
27. FLEURY, Maria Tereza Leme (Org.). **Gestão estratégica do conhecimento: integrando aprendizagem, conhecimento e competências**. São Paulo: Atlas, 2001.
28. FRESNEDA, Paulo Sérgio Vilches. **Transformando organizações públicas: a tecnologia da informação como fator propulsor de mudança**. Brasília: EMPRAPA, 1997. 21 p.
29. GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999. 206 p.
30. GONÇALVES, Simone Lucas. **Estudo de um modelo funcional para o Centro de Informação da Motorola**. 2000. 76 p. (Graduação em Biblioteconomia) – Faculdade de Biblioteconomia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, 2000.
31. GUIMARÃES, Eliane Marina Palhares; ÉVORA, Yolanda Dora Martinez. Sistema de informação: instrumento para tomada de decisão no exercício da gerência. **Ciência da Informação**, v. 33, p. 72-80, jan./abr. 2004.

32. JAPIASSU, H.; MARCONDES, D. **Dicionário básico de filosofia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996.
33. JEKEL, James F.; ELMORE, Joann G.; KATZ, David L. **Epidemiologia, bioestatística e medicina preventiva**. Porto Alegre: Artmed, 1999. 328 p.
34. KANT, Immanuel. **Critique human understanding**. Livro II, p. 3-4. Citado por Moser e Nat (1987), p. 133.
35. KROGH, George Von; ICHIJO, Kazuo; NONAKA, Ikujiro. **Facilitando a criação do conhecimento: reinventando a empresa com o poder da inovação contínua**. Rio de Janeiro: Campus, 2001. 350 p.
36. LE COADIC, Y. F. A. **Ciência da informação**. Brasília: Briquet de Lemos, 1996.
37. LESCA, H.; ALMEIDA, F. C. Administração estratégica da informação. **Revista de Administração**, São Paulo, v.29, n.3, p. 66-75, jul./set. 1994.
38. LIBRELATO, Antonio Sallum. **Estratégia organizacional: conceitos e métodos**. São José dos Campos: Ethics Engineering, 2004. 44 slides.
39. \_\_\_\_\_. **Tutorial sobre a gestão do conhecimento**. Jaguariúna: Ethics Engineering, out. 2002. 54 p. (Projeto Alvorada).
40. LUCCHESI, Patrícia. **Informação para tomadores de decisão em saúde pública**. São Paulo: BIREME, 2004. 172 p. (Políticas Públicas em Saúde).
41. LUFTMAN, J. N.; LEWIS, P. R.; OLDACH, S. H. Transforming the enterprise: the alignment of business and information technology strategies. **IBM Systems Journal**, New York, v. 31, n. 1, 1993.
42. MAANEN, John Van. Reclaiming qualitative methods for organizational research: a preface. **Administrative Science Quarterly**, v. 24, n. 4, Dec. 1979.

43. MARCHIORI, Patricia Zeni. A ciência e a gestão da informação: compatibilidades no espaço profissional. **Ciência da Informação**, Brasília, v.31, n.2, maio./ago. 2002.
44. MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003. 311 p.
45. MCGARRY, Kelvin. **O contexto dinâmico da informação**: uma análise introdutória. Brasília: Briquet de Lemos, 1999. 206 p.
46. MEDEIROS, Rogério Araújo. **Processo decisório**: a problemática de uma definição. Disponível em [www.fea.usp.br/publicacoes/controversa/0019-3.html](http://www.fea.usp.br/publicacoes/controversa/0019-3.html). Acesso em 06 ago. 2004.
47. MINAYO-GOMEZ, Carlos; THEDIM-COSTA, Sonia Maria da Fonseca. **Incorporação das ciências sociais na produção de conhecimentos sobre trabalho e saúde**. 2003.
48. MIRANDA, Roberto C. R. O uso da informação na formulação de ações estratégicas pelas empresas. **Ciência da Informação**, v. 28, n. 3, p. 284-290, set./dez. 1999.
49. MONTANA, Patrick J.; CHARNOV, Bruce H. **Administração**. São Paulo: Saraiva, 2001. 475 p. (Série Essencial).
50. MORAES, Alice Ferry de; ARCELLO, Etelvina Nunes. **O conhecimento e sua representação**.
51. MORAES, I. H. S. **Informações em saúde**: para andarilhos e argonautas de uma tecnodemocracia emancipadora. 1998. 274 f. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.
52. MORESI, Eduardo Amadeu Dutra. Delineando o valor do sistema de informação de uma organização. **Ciência da Informação**, Brasília, v. 29, n.1, p. 49-56, jan./jun. 2000.
53. MORIN, Edgar. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2003. 118 p.

54. MORON, Marie Anne Macadar. **Concepção, desenvolvimento e validação de instrumentos de coleta de dados para estudar a percepção do processo decisório e as diferenças culturais**. Porto Alegre, 1998. Dissertação (Mestrado em Administração de Empresas) – Programa de Pós-Graduação em Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
55. NONAKA, Ikujiro; TAKEUCHI, Hirotaka. **Criação de conhecimento na empresa: como as empresas japonesas geram a dinâmica da inovação**. 11. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1997. 358 p.
56. NORMA OPERACIONAL BÁSICA DO SUS. 35 p.
57. OLIVEIRA, Silvio Luiz de. **Tratado de metodologia científica: projetos de pesquisas, RGI, TCC, monografias, dissertações e teses**. São Paulo: Pioneira, 2002. 320 p.
58. OXFORD ENGLISH DICTIONARY. 2nd. Oxford: Clarendon Press, 1989.
59. PAIM, I. (Org.) **A gestão da informação e do conhecimento**. Belo Horizonte: UFMG, 2003. 306 p.
60. PEREIRA, Marco Antonio Maciel. **Produção e disseminação na engenharia de software**. Campinas, 2003. 96 p. (Dissertação de Mestrado em Ciência da Informação) – Programa de Pós-Graduação em Biblioteconomia e Ciência da Informação, Pontifícia Universidade Católica de Campinas.
61. POLANYI, Michael. **Personal knowledge**. Chicago: University of Chicago, 1958.
62. RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon. **História da enfermagem e sua relação com a saúde pública**. Goiânia: AB, 1999. 99 p.
63. SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE – CAMPINAS – SP. Disponível em <http://www.campinas.sp.gov.br/saude/>. Acesso em 16 ago. 2004.



64. SHERMERHORN JÚNIOR, John R.; HUNT, James G.; OSBORN, Richard N. **Fundamentos do comportamento organizacional**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 1999. 328 p.
65. SHIMIZU, Tamio. **Decisão nas organizações**: introdução aos problemas de decisão encontrados nas organizações e nos sistemas de apoio à decisão. São Paulo: Atlas, 2001. 317 p.
66. SILVA, Ionara. **O processo decisório nas instâncias colegiadas do SUS do Estado de Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro, 2000. 100 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.
67. SILVA, Sérgio Luis da. Informação e competitividade: a contextualização da gestão do conhecimento nos processos organizacionais. **Ciência da Informação**, Brasília, v.31, n.2, 2002. p. 142-151. Disponível em [www.scielo.br](http://www.scielo.br). Acesso em 21 maio 2004.
68. SIMON, Herbert A. **The shape of automation**: a psychological analysis of conflict, choice and commitment. New York: Macmillan, 1977. 111 p.
69. TERRA, José Cláudio C. **Gestão do conhecimento**: aspectos conceituais e estudo exploratório sobre as práticas de empresas brasileiras. São Paulo, 1999. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção). Escola Politécnica – Universidade de São Paulo. Disponível em <http://www.terraforum.com.br/cpub/pt/files/flCpub/indice.php>. Acesso em 21 maio 2004.
70. \_\_\_\_\_. **Gestão do conhecimento**: o grande desafio empresarial. 2. ed. São Paulo: Negócio Editora, 2001. 315 p.
71. TURATO, Egberto Ribeiro. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**. Petrópolis: Vozes, 2003. 685 p.
72. VAKKARI, Pertti. Task complexity, problem structure and information action: integrating studies on information seeking and retrieval. **Information Processing & Management**, Tampere (Finland), v.35, p. 819-837, 1999.
73. VALENTIM, M. L. P. Equipes multidisciplinares na gestão da informação e do conhecimento. In: BAPTISTA, S. G.; MUELLER, S. P.M. (Orgs.). **Profissional da**

**informação: o espaço de trabalho.** Brasília: Thesaurus, 2004. (Estudos Avançados em Ciência da Informação, 3), p. 154-178.

74. \_\_\_\_\_. **Gestão da informação e do conhecimento:** especificidades e convergências. Londrina: InfoHome, 2004. Disponível em [www.ofaj.com.br/colunaicgc\\_mv\\_0904\\_html](http://www.ofaj.com.br/colunaicgc_mv_0904_html). Acesso em 03 dez. 2004.

75. WAGNER, John A.; HOLLENBECK, John R. **Comportamento organizacional:** criando vantagem competitiva. São Paulo: Saraiva, 2003. 496 p.

76. WINSLOW, C. E. The untilled fields of public health. **Science**, v. 51, 1920. p. 22-23.

## APÊNDICE

---

### **1. ENTREVISTAS REALIZADAS**

**DISTRITO:** Noroeste

**NOME:** Rubem Borges

**FORMAÇÃO PROFISSIONAL:** Médico Sanitarista

**CARGO:** Indicado como suplente da Diretora do Distrito Noroeste – Maria Filomena (Enfermeira).  
Professor da Faculdade de Medicina da PUC-Campinas

**TEMPO DE ATUAÇÃO NO CARGO:** 4 anos

#### **1. Quais funções são de responsabilidade de um gestor?**

R: Eu acho que a responsabilidade de um gestor no setor público é a responsabilidade com a transparência da coisa pública, a responsabilização em relação ao dispasse que esta gestão pode ter, no caso da saúde para a melhora da qualidade de vida das pessoas, e para isso requer a questão do planejamento, do conhecimento hoje da rede como um todo, da distribuição, no caso Campinas entre os distritos de saúde. Dentro de cada distrito têm-se as realidades locais e aí vai fazendo um zoom, cada distrito nas unidades de saúde, cada unidade se responsabilizando pelo seu pedaço e aí se tem um papel, no caso de um gestor distrital confia estas várias realidades locais no caso da área da Noroeste (150.000 pessoas) e poderia ver mais de perto isto. Trabalhando com transparência, com a participação popular, com a organização de conselhos, cada vez mais. Não dá para o gestor público trabalhar sozinho.

#### **2. Quais procedimentos compõem o ciclo do processo decisório?**

R: Eu acho que dentro do ponto de vista, avaliar a questão de recursos existentes, envolver a participação dos conselhos hoje, tanto local quanto municipal são importantíssimos dentro desta definição da política. Tem uma política geral que é definida a partir do nível central, do conselho municipal de saúde e aí tem a questão de cada nível. As etapas são, a partir da realidade local, das necessidades locais de recursos precisa-se ver o que dá para implementar, organizar uma escala de prioridades, dependendo também do sentimento das necessidades que se conhece a partir do que é trazido pelos conselheiros, grupos locais.

**3. Sabe-se que o processo decisório surge da percepção de um problema ou de uma oportunidade. O processo de tomada de decisão implica na estruturação e na descrição do problema ou da oportunidade. No seu caso, como acontecem os processos de percepção, estruturação e descrição no âmbito da tomada de decisão?**

R: Eu defenderia que isto acontecesse a partir do conhecimento das informações que são trazidas dos espaços locais, das unidades de saúde. Também acho que isto acontece muito na conversa de grupo do coordenador distrital com o coordenador local. Muitas vezes são trazidas pelo coordenador local esta necessidade de implantação de avanço... Acho, ainda ontem estava conversando com três coordenadores, estava discutindo o uso da informação para conhecer a produção sobre o que as unidades fazem; não se trabalha com metas; precisamos trabalhar com indicadores mínimos ao invés de trabalhar com metas. Trabalha muito sobre incêndio, apagando incêndios. A tônica das gestões últimas aí. Acho que ainda não avançamos nesta questão de informação, nesta prioridade. Os indicadores ainda não são espelho da realidade, muitas das vezes são dados que acabam por turvar a informação concreta.

#### **4. Quais atividades podem ser consideradas uma ação de tomada de decisão no exercício da gestão?**

R: Desde a ampliação de uma equipe de saúde da família, o novo profissional que chega, a ampliação de uma unidade básica, a incorporação de uma nova tecnologia quando não se fazia determinado exame e passa a fazer a partir da inovação, uma ampliação do espaço de uma unidade que não tinha conselho e consegue implantar em determinado período, a instituição do núcleo de saúde coletiva numa unidade, dum colegiado gestor, etc.

#### **5. Quais informações e conhecimentos são necessários para se tomar uma decisão? Por que e como eles são utilizados?**

R: Desde a questão da produção, de uma avaliação quantitativa pura, quantas enfermeiras, quantas médicas, até indicador de resultados tal como a redução da mortalidade infantil em determinada região ou, por exemplo, trabalhar com metas, eu tenho uma unidade que atualmente possui uma porcentagem de 20% de tuberculose e fico sabendo que no próximo ano esta porcentagem foi reduzida para 1 dígito; esta é uma informação importante para se tomar uma decisão, percebo que as ações implementadas estão gerando resultados. Também quando não conheço o número de acamado da hanseníase e a partir de um indicador passo a conhecer, ou quando não eram diagnosticados e a partir do conhecimento desta doença, passo a diagnosticar e tratar são conhecimentos que contribuem para mudar a prática local. O importante é que, a partir da informação, posso mudar minha prática local.

#### **6. Quais são as fontes de obtenção das informações necessárias para o processo de tomada de decisão?**

R: Temos inúmeros sistemas de informação. Até existe um número grande de sistemas de informação, em torno de vinte ou mais. Temos da mortalidade, de nascidos vivos, de nascidos mortos, de registro de diabéticos, prontuários das unidades, etc. mas considero que a informação que vale mesmo é aquela do cotidiano, por exemplo uma informação sobre uma criança falecida com broncopneumonia, hoje não dá

mais para aceitar tal fato, se isto acontece é porque alguma coisa errada aconteceu. Com base neste evento que choca e chateia busca-se informações: a criança era vacinada, foi visitada por agente comunitário, etc. Em síntese as informações são localizadas nos sistemas de informações oficiais disponíveis na saúde pública, no IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, até informações do cotidiano. O leque é grande e o cardápio é variado para se tomar uma decisão. Eventos de sentinela são eventos que não gostaríamos que acontecessem, mas acontecem, por exemplo o óbito de uma criança de três meses falecida com broncopneumonia. É papel do Distrito aproximar isto das unidades de saúde, minha responsabilidade no Distrito Noroeste, apoiando na solução de questões de uso de informações em saúde.

**7. As informações necessárias para o processo de tomada de decisão são obtidas de forma apropriada?**

R: Respondida na questão 6.

**8. Qual a qualidade da decisão tomada com base no uso de informação e de conhecimento?**

R: Tudo o que se faz é bom. Acho apenas que ainda se faz pouco uso de informações para decidir, o que ocorre nos diversos níveis, desde a Secretaria até o nível local, nas unidades de saúde. Se gera muita informação e usa pouco. Normalmente têm-se a informação para a tomada de decisão, mas ela é subutilizada. A informação acaba, muitas vezes, sendo gerada a partir de anotações ou registros que tomam muito tempo na elaboração, porém são pouco utilizadas, além da ocorrência de retroalimentativa negativa da equipe e aí acaba se utilizando pouco do que se tem. Usa-se para alguma coisa, mas não é apenas com base nestas informações que se toma decisão. No nível macro, por exemplo, têm-se os problemas da mortalidade infantil, do jovem adolescente, da violência urbana, onde se busca a solução disso tudo. Têm-se bastante informação, mas usa pouco ainda. Não se trabalha com meta.

**9. Existe alguma iniciativa de estrutura de gestão da informação? Em quais recursos consiste esta estrutura?**

R: Ainda acho que na Secretaria de Saúde de Campinas existe uma dicotomia entre quem produz e quem usa a informação e isto se reproduz nos diversos níveis. Hoje em Campinas tem a Coordenação de Informação e Informática que é responsável pelos bancos de dados na área da saúde. Também, dentro da Coordenação de Saúde Coletiva, tem alguns sistemas de informação que acaba ofertando para o nível central da Secretaria, o maior nível de gestão, estas informações. Em Campinas também existe o DGDO – Departamento de Gestão e Desenvolvimento Organizacional – no qual a Coordenadoria de Informação e Informática está ligada. Este Departamento é responsável por tentar definir as políticas de Campinas e discutir a questão de recursos, além de repassar as informações (indicadores de saúde) para Brasília. Então existe sim uma estrutura em Campinas que, em relação a isto, está muito mais adiantada

que outros Municípios. Já é histórico o desenvolvimento de Campinas, entretanto, ainda é separado; não há vínculo entre quem pensa, quem produz, quem gera e quem usa a informação em saúde.

**10. O processo de tomada de decisão gera novas informações e novos conhecimentos? O que é feito com estes recursos?**

R: O processo de tomada de decisão, independente da ação que desencadeia, gera uma reação. Muitas vezes, numa linha de trabalho que não tem nada a ver, nem sempre contempla aquela necessidade, a expectativa que as pessoas possuem. Às vezes propõe-se a criação de uma unidade básica de saúde, mas aquela comunidade gostaria de ganhar uma outra unidade básica. A idéia da tomada de decisão é tentar suprir a demanda e as necessidades populares, mas nem sempre é o que acontece e aí gera discussão e considero que o conhecimento é gerado a partir da relação entre o governo e a população. Se o governo for participativo, com certeza ele aprenderá mais e terá mais condições de corresponder às necessidades reais da população; ele poderá elaborar uma agenda de compromissos tentando implantar ações de serviços ou novas equipes visando suprir aquelas demandas. Toda discussão, quando se implanta alguma coisa, contando com a participação conjunta, se aprende muito e, conseqüentemente, acumula-se novas informações e novos conhecimentos.

**11. Há alguma metodologia de medição e avaliação do sucesso ou do fracasso do processo decisório e das ações implementadas?**

R: Este é o grande nó que ainda não existe que é o negócio de trabalhar com metas. Se começo uma gestão hoje, trabalhando com planejamento, definindo metas e ao final do ano avalio que estas metas não foram cumpridas ou que foram cumpridas num percentual X já é um grande avanço. É necessário estabelecer uma metodologia para medir se conseguiu ou não. Isto não é feito normalmente. Saber se o meu serviço está conseguindo melhorar a qualidade de vida das pessoas é difícil. Acho que na saúde é mais complexo porque não se dá conta de tudo o que acontece. A questão social da pessoa que não mora bem envolve a Secretaria de Obras; a pessoa que está desempregada; a questão da educação; etc. A saúde é mais complicada, o impacto que possui é muito grande, não é só no problema ou na responsabilidade da saúde. Este problema da interdisciplinaridade é imprescindível para a saúde, então fica difícil qualquer metodologia trabalhar; algumas coisas até são alcançadas, mas normalmente são coisas muito estruturadas.

**12. Comentário Livre**

R: Essa coisa de ter um grupo incansável tentando vencer esta luta para a gente poder usar a informação, para trabalharmos com metas, para sairmos apenas dos diagnósticos, dos indicadores, começando a avaliar o que a gente faz de bom e de ruim, valorizar as informações do cotidiano e que os gestores cada vez mais se apropriem da informação. A informação só não dá conta, mas ela é uma das ferramentas muito pouco utilizadas para a gestão. As equipes de apoio usam muito pouco, exceto nos

planejamentos de finais de ano. Acho que é importante andar com uma pastinha debaixo do braço conhecendo e relatando qual o perfil daquela unidade, o que aquela população veste, do que morre... Isso tudo facilitaria a melhor compreensão da leitura do que está ao nosso redor. Gostaria também de mencionar a minha dissertação, numa linha semelhante de pesquisa: Informação em saúde e epidemiologia como coadjuvante das práticas em saúde das atividades da área e da micro área. Aborda a questão da valorização do uso da informação no dia a dia; informações que não estão nos sistemas de informação ou nos bancos de dados; é aquilo que a equipe ouve, aquilo que o agente comunitário sai para a rua e fica sabendo e traz para a equipe e que a equipe define algum projeto terapêutico de intervenção. Então considero que os eventos sentinelas devem ser valorizados e isto dá para avaliar, não só a saúde de determinada população, mas também a questão do serviço que está sendo prestado lá, se está sendo suficiente ou não. Em função desta dissertação ganhei o Prêmio que deu-se a partir da seleção de 300 trabalhos realizados no Brasil, voltados para o SUS; posteriormente selecionaram 20 e por último 6 e, finalmente, a minha dissertação foi a selecionada e obtive o Prêmio em Brasília na semana passada (Início Dezembro 2004). O Prêmio foi concedido pelo MS / Secretaria de Ciência e Tecnologia do MS.

--- x ---

**DISTRITO:** Noroeste

**NOME:** Eloísa Cristina dos Santos Costa

**FORMAÇÃO PROFISSIONAL:** Não foi questionado

**CARGO:** Coordenadora de Vigilância em Saúde

**TEMPO DE ATUAÇÃO NO CARGO:** 4 anos

**1. Quais funções são de responsabilidade de um gestor?**

R: Organizar, planejar, executar, avaliar as práticas de saúde sob responsabilidade de sua equipe.

**2. Quais procedimentos compõem o ciclo do processo decisório?**

R: Diagnosticar/perceber o problema, desenhar/descrever o problema, identificar atores envolvidos na solução do problema, definir competências dos atores envolvidos, estabelecer prazos para as operações que o problema demandar.

**3. Sabe-se que o processo decisório surge da percepção de um problema ou de uma oportunidade. O processo de tomada de decisão implica na estruturação e na descrição do problema ou da oportunidade. No seu caso, como acontecem os processos de percepção, estruturação e descrição no âmbito da tomada de decisão?**

R: Os problemas enfrentados surgem através da percepção (indicadores de saúde, inspeção, etc) da própria equipe ou através da demanda externa (conselhos locais de saúde, denúncias de moradores, 156, disque denúncia). Dependendo do “tema” aglutinamos os técnicos da Vigilância Sanitária relacionados ao assunto para definirmos estratégias de enfrentamento e a partir daí identificarmos possíveis redes de ajuda, prazos, etc.

**4. Quais atividades podem ser consideradas uma ação de tomada de decisão no exercício da gestão?**

R: Tomamos decisões a todo o momento. É inerente a nossa responsabilidade profissional. Decisões como: faça ou não vacina, suspenda ou não o uso/produção/comercialização de medicamentos, interrompa ou não determinada produção de bens ou serviços... são alguns exemplos da nossa prática cotidiana.

**5. Quais informações e conhecimentos são necessários para se tomar uma decisão? Por que e como eles são utilizados?**

R: É imprescindível que o técnico tenha pleno conhecimento da legislação que fundamenta a ação, saiba analisar e interpretar indicadores de saúde (ferramenta da epidemiologia) para que seja garantida a qualidade e a certeza de acerto na tomada de decisão.

**6. Quais são as fontes de obtenção das informações necessárias para o processo de tomada de decisão?**

R: Respondida na 5.

**7. As informações necessárias para o processo de tomada de decisão são obtidas de forma apropriada?**

R: Na maioria das vezes, sim.

**8. Qual a qualidade da decisão tomada com base no uso de informação e de conhecimento?**

R: A intenção é sempre a melhor, mas os meios que dispomos para fazer a ação nem sempre é o ideal e pode sim interferir na qualidade do resultado obtido.

**9. Existe alguma iniciativa de estrutura de gestão da informação? Em quais recursos consiste esta estrutura?**

R: Há uma rede montada que envolve pessoas, máquinas, softwares para se fazer gestão da informação. É claro que esses recursos são utilizados e explorados de maneira diferente.



**10. O processo de tomada de decisão gera novas informações e novos conhecimentos? O que é feito com estes recursos?**

R: Sim, gera novos conhecimentos. Normalmente são transformados em ações; não há um repositório. O que acumulamos é a nossa experiência.

**11. Há alguma metodologia de medição e avaliação do sucesso ou do fracasso do processo decisório e das ações implementadas?**

R: Os indicadores de saúde (avaliação, processo, estrutura) são ferramentas fundamentais para quem atua na Saúde Pública e tem por finalidade avaliar as tomadas de decisão.

**12. Comentário Livre**

R: Sem comentários.

--- X ---

**DISTRITO:** Sul

**NOME:** Teresa de Jesus Martins

**FORMAÇÃO PROFISSIONAL:** Médica Sanitarista

**CARGO:** Diretora do Distrito Sul

**TEMPO DE ATUAÇÃO NO CARGO:** 4 anos

**1. Quais funções são de responsabilidade de um gestor?**

R: Tudo o que se faz na saúde é relacional; você pensar na ação mais básica produzida no âmbito da saúde, uma vacina, um curativo, um atendimento em domicílio, uma entrevista com uma família, em tudo se dá a relação humana. Então, nestas relações você sempre tem troca de informação; tem uma amplitude deste conceito que eu diria que esta troca, o ensino aprendizagem, se dá o tempo todo. Além disso, a gente tem, se você pensar num centro de saúde hoje, na nossa rede, desde que se implementou o PAIDEIA, todo o centro tem o núcleo de saúde coletiva e uma das tarefas, das missões do núcleo é a sistematização das informações em saúde. Nas unidades de saúde trabalha-se muito com a informação epidemiológica, são diversos bancos de dados diferentes, por exemplo o FINAPE (Informações sobre quem nasce), SIM (Informações sobre quem morre), SITAM (Informações sobre a ocorrência, a suspeita ou a confirmação de casos de doenças de notificação compulsória, etc). Então nós temos diversos bancos de dados onde se tem acesso às informações. O agente comunitário de saúde usa a informação, por exemplo, chegou uma declaração de nascidos vivos na unidade, com esta informação ele descobre o nascimento do filho de fulana e isso desencadeia uma ação de saúde do mesmo jeito quando alguém que, por algum motivo não usava o SUS, não era vinculado à equipe da saúde da família ou a alguma unidade de saúde e morre. Na hora que chega esta informação também pode-se estar investigando o que foi que aconteceu, se foi uma criança, uma mulher grávida. Então, em determinadas situações

percebe-se o consumo imediato de informações. Na saúde se recebe e produz informação. Produz-se atos de saúde que são digitados, consolidados e que depois me dão indicadores de saúde. Então, a hora que acessa um outro sistema de informação, tal como o SIGAB – Sistema de Gerenciamento da Atenção Básica – verifica-se tudo o que foi produzido por cada unidade de saúde. Estes dados, uma vez analisados, viram informação; sistematizá-los e analisá-los na hora que olho e vejo, por exemplo, tenho X médicos que produziram N consultas, mas esperava-se que produzissem N consultas a mais. Diante disto tenho um problema onde preciso diagnosticar o que aconteceu, o que houve, o agendamento não era consistente, as pessoas não estão observando o horário... Os dados me dão indicadores de saúde. Na saúde pública consome-se informações produzidas em outros lugares; produz-se informações e avalia-se informações para planejar e desencadear o tempo inteiro em qualquer serviço.

## **2. Quais procedimentos compõem o ciclo do processo decisório?**

R: É preciso compreender a Secretaria da Saúde de Campinas, uma coisa é o organograma da Prefeitura e o outro jeito é a forma que se opera de fato. Como temos uma proposta de gestão participativa, operamos diferente do desenho. A instância máxima de decisão na Secretaria é a Conferência Municipal de Saúde que por lei precisa ser realizada a cada 2 anos para definir as grandes diretrizes gerais. A partir daí tem-se o Conselho Municipal de Saúde que é formado metade por usuários e a outra metade por representantes dos trabalhadores e dos prestadores de serviços de saúde e aí entra público e privado. O Conselho é a instância máxima de decisão, possui uma executiva que se reúne com periodicidade e possui reunião ordinária também. Ele avalia todos os convênios que a Secretaria faz, a maioria dos partos que ocorre nesta cidade é realizada na Maternidade, na UNICAMP ou na PUC, isso pelo SUS. O convênio que a Secretaria tem com a Maternidade, a Secretaria repassa o dinheiro para a Maternidade, ela faz um convênio e existe, por trás, a comissão gestora do convênio onde o usuário tem assento, então está lá, Secretaria, usuário, representante do usuário e a Maternidade que são responsáveis pela gestão do convênio. Então o Conselho, por exemplo, avalia todos os convênios que é feito, tudo o que é enviado para Brasília para pedir dinheiro, as grandes decisões da Secretaria passam pelo Conselho. Nós temos uma Secretária de Saúde que possui alguns assessores diretos, alguns departamentos que são diretamente vinculados a ela, tal como gestão de pessoal, departamento administrativo, departamento de gestão de planejamento e convênios, departamento de saúde coletiva e aí tem os 5 Distritos de Saúde, um deles é o Sul que eu coordeno e o Mario Gatti, todos estes departamentos e nós que somos o carro chefe – os Distritos e o Mario Gatti – formamos um Colegiado que se reúne semanalmente, faz uma gama de decisões da Secretaria. No âmbito da região do SUS de Campinas que é uma região que possui 270.000 pessoas, com 25 serviços de saúde, então, neste sistema eu coordeno, eu tenho uma equipe que trabalha diretamente comigo de apoiadores que sentamos com muita frequência, sempre com muita roda e também eu tenho, além dos apoiadores, os coordenadores de serviços. Lá no serviço é a mesma coisa, o coordenador tem a responsabilidade como gerente local, de tudo o que acontece, não só no Distrito, mas também em outro território. Então, é como se ele fosse o Secretário de Saúde daquela área

de abrangência, tudo o que acontece ali ele tem que inteirar e saber. Ele, na unidade de saúde também tem o conselho local de saúde e dentro da unidade ele tem o colegiado gestor onde a idéia é que exista ao menos uma pessoa de cada equipe, equipe local de referência que é a equipe de saúde da família e outras pessoas de repente. Cada unidade tem um grau de autonomia para decidir essa composição. Nesta gestão que está finalizando, o que a gente estabeleceu como diretriz é que para nós era fundamental a inclusão nas decisões, tanto na representação do usuário como dos trabalhadores, é a única maneira de motivar as pessoas, envolver nas decisões.

**3. Sabe-se que o processo decisório surge da percepção de um problema ou de uma oportunidade. O processo de tomada de decisão implica na estruturação e na descrição do problema ou da oportunidade. No seu caso, como acontecem os processos de percepção, estruturação e descrição no âmbito da tomada de decisão?**

R: Depende. No cotidiano, a gente toma decisão o tempo inteiro. Muitas decisões precisam ser tomadas de imediato, outras podem esperar para serem planejadas. Por exemplo, em determinada unidade de saúde faltou o médico de plantão e chegou uma pessoa gravemente enferma; o que fazer? Os enfermeiros presentes precisarão tomar alguma decisão e de maneira imediata; é preciso avaliar aquele risco e ver o que pode ser feito com aquele caso. Acho que tem um nível de decisão que é de responsabilidade de cada um. Algumas decisões podem esperar para serem discutidas numa roda, em equipe. As equipes locais de referência também se reúnem para discutir casos, para fazer projetos terapêuticos, organizar o próprio trabalho. Há circunstâncias onde a decisão é tomada na roda, por exemplo: a equipe responsável pela área amarela que possui apenas dois períodos de horários de ambulância esta semana, há Ns pessoas acamadas que precisam ser atendidas; então como se organiza? É na roda que se discute. Há coisas que dá para decidir na roda ou na equipe ou no colegiado. Agora, muitos de nós dirigentes, fazemos uso da literatura disponível para criar métodos onde destaca-se o próprio Dr. Gastão que escreve sobre a gestão em saúde, a questão do coletivo, a dinamização do coletivo, a questão do sujeito, da implicância e co-responsabilização das pessoas. Proponho o método da roda como aquele que eu particularmente uso. Outro referencial é o planejamento estratégico. Há algumas figuras e algumas personalidades que criaram ferramentas que a gente incorpora. Então, sintetizando: qual é o problema? É preciso compreender e descrever ou relatar o problema em evidência. É preciso conhecer quais os autores estão implicados naquele problema. Quais os recursos estes autores detêm? O que será feito para enfrentar o problema? Fazer plano operacional, definir prazos, responsabilidades, enfim, é uma coisa que se faz muito no dia a dia. Tem coisa que dá para fazer em equipe, tem coisas que não, é da responsabilidade de cada um. Há coisas que precisam ir para instâncias superiores e tem coisa que é diretriz que você toma no momento. Há coisas que são definidas no planejamento do próximo ano e precisa-se tomar decisões em coletividade.

#### **4. Quais atividades podem ser consideradas uma ação de tomada de decisão no exercício da gestão?**

R: Pela essência do nosso trabalho um ato médico ou de enfermagem é uma decisão. Você senta com a equipe para definir qual trabalho e grupo é mais estratégico a montar, é uma decisão. Não existe um objeto único de atenção na saúde, não dá para caracterizar por conta da complexidade que é a saúde. O conceito de saúde é extremamente complexo, a saúde não é compreendida apenas como a ausência da doença e nem pelo completo bem estar social, mas como uma coisa singular que depende muito da visão do sujeito, dos valores dele, do jeito que ele está no mundo, do jeito que ele opera no mundo, das relações que ele tem e da intenção social dele, enfim, tem todo o compromisso subjetivo que passa também pela espiritualidade do indivíduo. De repente tem-se uma pessoa diabética que se considera saudável, se cuida, está feliz e de bem com a vida, aplica a insulina todos os dias e nem por isso se considera doente. Por outro lado tem-se uma pessoa que apenas bateu o dedo e acha que o mundo vai acabar. Então você tem todo um componente da subjetividade que é muito complexo, além do compromisso social e ideológico de saúde. Então nosso objeto de trabalho, que é a produção da saúde e ao mesmo tempo a produção e a reprodução do sujeito do grupo de saúde, do trabalhador. Como a questão da saúde é muito relacional, sempre que estamos em relação com o outro estamos mudando; nem eu e nem você seremos as mesmas quando sairmos daqui. Então, neste momento de construção que é a vida e suas relações e a produção da saúde, se dá aí o encontro de duas pessoas, o trabalhador e o usuário, é muito complexo, não há um único objeto e não há um único jeito de se tomar uma decisão e caracterizar isto. O médico, na hora que está atendendo, ele formula uma idéia, ele ouviu a pessoa, ele a examinou, ele interagiu com ela, ele percebe uma determinada situação ele está fazendo um juízo, se ele faz um juízo ele precisa tomar uma decisão, por onde ele encaminha a investigação, qual exame ele pede, tudo isso é decisão. Não é decisão política, mas é uma decisão de ação em saúde.

#### **5. Quais informações e conhecimentos são necessários para se tomar uma decisão? Por que e como eles são utilizados?**

R: Depende de onde está atuando; se estou fazendo clínica em uma unidade de saúde eu vou depender de informações que a nossa interação, enquanto médico, enfermeiro ou psicólogo de saúde, enfim, ele consegue captar, processar e interagir com este usuário que no geral tem uma demanda ou um sofrimento e vai em busca do profissional da saúde que precisará de informações. Quais informações... O conhecimento científico que ele tem, entre aspas, não é puro, pois o conhecimento de um médico não é igual ao outro, mesmo que tenham estudado na mesma faculdade e tirado as mesmas notas; diante de histórias semelhantes irão fazer percursos completamente diferentes. Isso se deve ao “eu” também na história e não apenas o conhecimento strictu sensu, aliás o conhecimento não é só ciência, é também fruto do que o indivíduo assimilou, dependendo de seus valores e de sua subjetividade. Voltando a interação entre médico e paciente, é este acúmulo de conhecimento do médico associada à interação com o paciente que vai produzir um ato de saúde e, conseqüentemente, surgir necessidade de algum tipo

de informação. Agora, no nível da decisão no qual atuo, usa-se tudo o que se tem sobre todas as unidades de saúde no âmbito do Distrito para analisar a rede, usa-se uma séria de informações epidemiológicas, vários gráficos, dados populacionais, indicadores, históricos regionais, etc. Se focar o olhar para a minha região, a história da região do Jd. São Domingos é completamente diferente da Vila Ipê e do São Vicente. Os dados da história e da dinâmica populacional, os dados em si, aqueles disponíveis nos bancos de dados são usados para tomar decisão e para produzir mais conhecimento e, conseqüentemente, gerar uma ação em saúde. Se numa unidade nossa, de repente você tem uma mortalidade infantil muito grande devida a problemas congênitos, é preciso analisar este dado e para ele virar informação preciso olhar para ele e dizer: por que está morrendo muito mais criança com má formação congênita que em outros lugares? Será que nestas comunidades há mais mães usuárias de drogas, o que está acontecendo? Então o dado só me dará informação e conhecimento a partir do momento que o analiso, que reflito sobre ele. O dado isolado e sem análise é apenas um amontoado sem valor algum.

#### **6. Quais são as fontes de obtenção das informações necessárias para o processo de tomada de decisão?**

R: Na Secretaria da Saúde há muitos bancos de dados com informações em saúde produzidos por nós mesmos ou por outros departamentos; são dados sobre as ações realizadas, há muita informação disponíveis nestes bancos, há informações sobre o que fazemos no Distrito de Saúde. Os hospitais também possuem fontes de informação: as internações e exames realizados. O IBGE, através do Censo, nos fornece dados. Também utilizamos dados de outras fontes de informação que não a nossa, de outras Secretarias por exemplo. Pode-se trabalhar com dados de muitas maneiras. Há também as informações de campo epidemiológico sobre as doenças. Na Secretaria há uma área que consolida as informações, aliás tem mais que uma. Tem uma que trabalha mais a parte epidemiológica e uma mais com as unidades de produção, há também o grupo da Cristina Restituti que também lida com vários outros bancos de dados e usa os territórios. Na Secretaria tem uma estrutura central que consolida os bancos de dados. Há toda uma cadeia na rede, bancos de dados, distritos, hospitais, hospitais que não são do SUS mas que precisa notificar, cartórios que não são da rede da saúde mas tem que notificar, o IML – Instituto de Medicina Legal, Policia, enfim, dependendo do que está trabalhando busca-se a informação na fonte que a possui. Uma fonte, que sem dúvida é acessível para toda a nossa comunidade é a Internet, se você entrar agora verá todos os indicadores de saúde de Campinas.

#### **7. As informações necessárias para o processo de tomada de decisão são obtidas de forma apropriada?**

R: Hoje vivemos uma fase de realidade virtual, mas muita gente ainda não é instruída, então o meio em papel também permanece. Então, o acesso às informações depende do meio que a pessoa possui e as condições de acesso a este meio.

**8. Qual a qualidade da decisão tomada com base no uso de informação e de conhecimento?**

R: Quando você toma uma decisão com mais apropriação da realidade, as probabilidades de erros são menores. Trabalhamos com muitas incertezas o tempo inteiro, mas quanto mais há a apropriação da situação, maior será a chance de acertos. E aí pensar a informação com esta amplitude, se pensar desde o Centro de Saúde e eu construo um conhecimento que vai além do que os bancos de dados me dão, uma troca na roda com as equipes e com os usuários já que também conhecem a realidade onde vivem mais que os bancos de dados, a chance de emergir as prioridades que vão atender mais pessoas é maior, agora, nada é absoluto, tudo é relativo.

**9. Existe alguma iniciativa de estrutura de gestão da informação? Em quais recursos consiste esta estrutura?**

R: Nas unidades de saúde coletiva há esta responsabilidade. No Distrito, a vigilância e nós mesmos com os apoiadores também temos esta responsabilidade. A vigilância acaba trabalhando mais com a informação epidemiológica, quem faz a síntese é a coordenação e outras pessoas do grupo. Coletamos os dados epidemiológicos, os dados de produção, os dados de vida produzidos diariamente; fazemos isto de rotina. A disponibilização de informação nunca é a gosto do freguês, ele sempre acha que falta alguma coisa, o que procuro olhar com muita cautela, pois muita coisa disponível não é consultada. Hoje corremos o risco de termos uma overdose de informações, dados que se acumulam e sem utilidade alguma. A comunicação, termo ainda não abordado aqui, é isto, a informação para a ação e é disso que falamos o tempo inteiro.

**10. O processo de tomada de decisão gera novas informações e novos conhecimentos? O que é feito com estes recursos?**

R: Sem dúvida, isto é dinâmico e não acaba nunca. É um processo de construção contínua.

**11. Há alguma metodologia de medição e avaliação do sucesso ou do fracasso do processo decisório e das ações implementadas?**

R: Não há metodologia propriamente dita, mas os indicadores de resultado, o reconhecimento popular e os depoimentos das pessoas contribuem para uma mediação e avaliação de nossas ações. O que mais mede o sucesso e o insucesso de nossas ações é o acompanhamento do setor da saúde, a melhora da qualidade da vida das pessoas, não só no sentido da saúde, mas sim outros aspectos. A saúde permeia vários aspectos da vida humana. Tudo pode ser medido e avaliado, tanto direto quanto indiretamente.

**12. Comentário Livre**

Sem comentários.

**DISTRITO:** Sul

**NOME:** Andréia

**FORMAÇÃO PROFISSIONAL:** Médica Veterinária

**CARGO:** Coordenadora de Vigilância Sanitária do Distrito Sul

**TEMPO DE ATUAÇÃO NO CARGO:** 2 anos

### **1. Quais funções são de responsabilidade de um gestor?**

R: O gestor da saúde pública tem desde a função de gerenciamento de RH até o gerenciamento de processos no escopo de sua atuação. No meu caso gerencio processos que dizem respeito à vigilância sanitária, epidemiológica e ambiental. Temos uma gama de processos, por exemplo, quando alguém pretende abrir um estabelecimento de interesse à saúde ele precisa vir até aqui e dar início ao processo; a tramitação do processo finaliza com a emissão do alvará ou no impedimento de abertura do estabelecimento devido a problemas com multas, etc. o que gerará novos processos. Em especial na área epidemiológica, temos o gerenciamento de tudo o que aconteceu no sistema de informação da gestão pública de Campinas, todos os documentos de notificação compulsória chegam para nós e requerem alguma tomada de decisão. Elas são notificadas, não arbitrariamente, mas sim por algum motivo e o maior motivo é a necessidade de nossa intervenção para a redução ou eliminação da ocorrência. Então se a ocorrência for uma epidemia é necessário tentar cercar para que ela não aumente e sim venha parar; se for uma doença de caso único, você também precisará ter alguma decisão, seja no sentido ambiental ou no sentido de fornecimento de medicamentos. Recebemos uma quantidade enorme de processos com origens diferentes. Além disso temos que dividir atribuições, gerenciar o processo de capacitação, por exemplo, alguém é especialista em determinada área, então tentamos mesclar para que cada um tenha um pouco de capacitação em cada coisa. Temos também as macros decisões políticas na área de vigilância que ocorre quando os cinco coordenadores de vigilância se reúnem com a coordenadoria geral no nível central onde ocorrem todas as tomadas de decisões, onde se definem quais legislações devem ser usadas e como devem ser conduzidos determinados casos.

### **2. Quais procedimentos compõem o ciclo do processo decisório?**

R: Tem a micros decisões que são desenvolvidas aqui no meu trabalho, gerencio em torno de 30 pessoas; as minhas decisões são neste escopo. Normalmente temos equipes multifuncionais, com vários olhares; eu não sei tudo, mas há as pessoas que sabem mais dentro de cada núcleo de atuação. Quando há um problema numa drogaria, sempre, antes de tomarmos qualquer decisão, nós convocamos o farmacêutico responsável mais uma outra pessoa da área que acompanhou a vistoria e a inspeção, então é em conjunto que se costuma resolver as coisas. Em algumas ocasiões solicito o parecer do técnico para verificar o que ele pensa a respeito de determinado caso e acabamos decidindo junto. Todas as decisões na saúde epidemiológica são baseadas em manuais técnicos. Na verdade a tomada de decisão

é mais reunir os técnicos da saúde, definir contatos e fazer cumprir o que descreve o manual, não dá para fugir muito disso. Nas macros decisões, onde se decidem políticas da vigilância do Município, sempre se senta um grupo que é chamado de Colegiado Gestor de Vigilância com o nível central. Então sempre se põe na mesa e se discute para tomar uma decisão.

**3. Sabe-se que o processo decisório surge da percepção de um problema ou de uma oportunidade. O processo de tomada de decisão implica na estruturação e na descrição do problema ou da oportunidade. No seu caso, como acontecem os processos de percepção, estruturação e descrição no âmbito da tomada de decisão?**

R: Na saúde epidemiológica os problemas são muito perceptíveis porque se constituem em surtos ou epidemias. Então a percepção surge do nosso conhecimento, de quanto tempo atua na área, da capacidade de ter lido bastante coisa a respeito e com base nisto e na experiência acumulada constata que aquilo é uma emergência. Quando um problema solicita uma solução urgente convoca-se a equipe mais adequada àquela situação e procura compreender aquele problema no todo e nos seus recortes e aí buscamos uma decisão para interromper aquilo que está ocorrendo. Na vigilância sanitária geralmente percebemos um problema através da denúncia de um munícipe que vai relatar um caso grave ou de um órgão, do ministério público do meio ambiente. Então sempre surge alguma demanda, de algum lugar e a partir do conhecimento técnico e da experiência buscamos priorizar aquilo que é mais relevante. Na vigilância sanitária o problema também é percebido pelos próprios técnicos que fazem vistorias nos estabelecimentos e constataam algum problema ou o próprio dono do estabelecimento que cria um problema por negar-se a seguir a legislação.

**4. Quais atividades podem ser consideradas uma ação de tomada de decisão no exercício da gestão?**

R: Sou a única pessoa dentro do serviço que posso interditar um estabelecimento, mesmo o técnico de nível superior não pode tomar esta decisão. Há horas que as coisas se complicam, então trabalha-se com a educação para as pessoas estarem melhorando, estarem mudando, mas há situações que isto não é possível, principalmente quando o risco à saúde é eminente, temos como exemplo uma indústria fechada neste ano, distribuidora de alimentos, onde o chão era de terra, o sistema de água não funcionava, os funcionárias não tinham condições suficientes de higiene, então estava em risco a saúde de uma coletividade imensa, tanto dos próprios funcionários, quanto daqueles que consumiriam aqueles produtos. Então, juntamente com os técnicos, decidimos fechar o estabelecimento. Esta é uma tomada de decisão que você precisa ir até o local, com forte respaldo da legislação e com grande espírito crítico para ter a certeza de não estar fazendo a coisa errada, além de saber lidar com a situação, pois normalmente o dono do estabelecimento ficará agressivo.



**5. Quais informações e conhecimentos são necessários para se tomar uma decisão? Por que e como eles são utilizados?**

R: Conhecimento sobre as legislações vigentes na área; diretrizes previstas nos manuais técnicos, treinamentos, conhecimentos técnicos, conhecimento interdisciplinar pela necessidade da capacidade de decidir qualquer caso.

**6. Quais são as fontes de obtenção das informações necessárias para o processo de tomada de decisão?**

R: Temos vários tipos de fontes. As fontes utilizadas são: o repertório de legislações no Sistema Judiciário, Internet, livros e manuais técnicos. Além destes menciono alguns órgãos no escopo da hierarquia da Vigilância, há a Municipal, a Estadual e a Federal, então a ANVISA e a FINASA são órgão de referências técnicas e ricas fontes de novidades. Menciono também diversos Institutos de Pesquisas de Vigilância Sanitária e Epidemiológica.

**7. As informações necessárias para o processo de tomada de decisão são obtidas de forma apropriada?**

R: Às vezes sim e às vezes não. Atuamos numa área que em alguma circunstância ainda não existe informação para aquela situação, então acabamos criando informação para aquela ocorrência. No caso da hemodiálise, até há pouco tempo não existia legislação para ela, então foi necessário morrer várias pessoas até que alguém tomou iniciativa de estruturar informações, procedimentos e legislação própria de forma que passasse a ser eficaz. Na maioria das vezes conseguimos acessar informações de maneira apropriada e compatível a nossa necessidade. Doenças inusitadas, por exemplo, há pouca literatura ou conteúdo disponível. Muitas das vezes tem-se que procurar fora do Brasil coisas que aqui não encontramos. Doença inusitada se refere à coisa rara ou inexistente no País mas que requer cuidados especiais, tal como a Vaca Louca e a Gripe Asiática.

**8. Qual a qualidade da decisão tomada com base no uso de informação e de conhecimento?**

R: A qualidade é boa, as informações e os conhecimentos são adequados às tomadas de decisões, portanto devem ser utilizados após analisados e estruturados de forma a atender a demanda da decisão.

**9. Existe alguma iniciativa de estrutura de gestão da informação? Em quais recursos consiste esta estrutura?**

R: Esta estruturação é muito de serviço para serviço. Não há uma padronização, o que considero que seria o ideal. A gestão da informação ainda é muito limitada, as informações não chegam até nós, são passivas. Tem muitos núcleos de saberes e cada um se apropria mais do seu.

**10. O processo de tomada de decisão gera novas informações e novos conhecimentos? O que é feito com estes recursos?**

R: Sim. Sempre que tomamos algumas decisões aprendemos e com isso adquirimos novas informações e novos conhecimentos.

**11. Há alguma metodologia de medição e avaliação do sucesso ou do fracasso do processo decisório e das ações implementadas?**

R: Não, isto é muito empírico, nós percebemos quando tomamos uma decisão foi acertada ou não. Falta mesmo a medição da efetividade, da eficácia, ainda acho que medimos pouco. Temos uma metodologia de trabalho, chega muita coisa, não dá tempo e em decorrência disso paramos muito pouco para avaliar se aquilo que estamos fazendo é correto ou não. O fracasso percebe-se mais, o sucesso sente menos, quando está tudo é isto que se espera. Pouca coisa nós consideramos um sucesso, por exemplo, quando viramos referência no Município, no Estado, no Brasil, como aconteceu recentemente.

**12. Comentário Livre**

R: Sem comentários.

--- X ---

**DISTRITO:** Sudoeste

**NOME:** Fábio Luiz Alves

**FORMAÇÃO PROFISSIONAL:** Médico

**CARGO:** Diretor do Distrito Sudoeste

**TEMPO DE ATUAÇÃO NO CARGO:** 2 anos

**1. Quais funções são de responsabilidade de um gestor?**

R: É uma pergunta bastante ampla. A principal função nossa é a organização de processos de trabalho de intervenção individual e coletiva para poder implementar e qualificar o SUS. Particularmente em Campinas há uma abordagem muito focada nesse sentido. Uma outra responsabilidade importante é a garantia de participação do trabalhador e o controle social a partir dos usuários e cada vez mais conseguir fazer com que atenda as necessidades de saúde colocadas numa região como Campinas. Essa função de responsabilidade de gestor é o compromisso com o serviço público em saúde e a implementação e a qualificação com a participação de atores envolvidos.

**2. Quais procedimentos compõem o ciclo do processo decisório?**

R: Esta pergunta me traz um pensar que temos decisões a serem tomadas o tempo inteiro; decisões que dependem de uma agilidade de reconhecer os problemas do cotidiano, decisões sob o ponto de vista da

relação do conflito, da locação de recursos, decisão que depende de uma organização mais estrutural que é a partir do planejamento, a partir de uma organização de apostas de caminhos, reconhecendo e problematizando os fatos que acontecem no nosso dia a dia. Primeiro nós trabalhamos a decisão pelo mais colegiado possível, sendo mais tomada em avaliação com grupos, com o coletivo que compõe a gestão. Parte dessa decisão é tomada com o grupo gestor da Secretaria, núcleo mais importante, parte é tomada com a equipe de apoiadores adicionais da antiga supervisão, parte é tomada pelos coordenadores, parte é tomada e avaliada com os conselheiros e usuários de seus respectivos fóruns. Quanto ao procedimento não há muitos segredos. Não dá para tomar decisão sem análise ou sem o conhecimento do fato, sem problematizar, então utilizamos a análise para se tomar a decisão mais próxima da eficácia. Analisar para intervir, para criar conhecimento, para aumentar a atenção, o foco e o conhecimento sobre o problema e aí criar um processo pedagógico sobre esta problematização, a troca de saber, de olhares para poder fazer esta análise ser a mais próxima possível da realidade. Em cima disso tomar uma decisão que pode ser eficaz, pontual ou ao longo do tempo, acompanhando e tomando outras intervenções que não seja naquele momento, mas que a realidade vai completando nossos diagnósticos, rápido, interessante, importante e que dê conta de intervir sem ficar paralisado fazendo um diagnóstico para poder tomar a decisão e fazer a intervenção.

**3. Sabe-se que o processo decisório surge da percepção de um problema ou de uma oportunidade. O processo de tomada de decisão implica na estruturação e na descrição do problema ou da oportunidade. No seu caso, como acontecem os processos de percepção, estruturação e descrição no âmbito da tomada de decisão?**

R: Adotamos uma metodologia de que decisões devem ser tomadas no cotidiano, nos preocupamos muito com o cotidiano e para se dar conta dele temos sistematizado reuniões periódicas as quais são realizadas com equipes de saúde, ou seja, em cada instância de decisão de governo tem se formado os colegiados com periodicidade. Nestas reuniões são pautados temas ou demandas do próprio serviço, seja ela em qualquer âmbito. Então nós temos, por exemplo, que tomar uma decisão em assistência em saúde, nós temos que estar organizado sistematicamente, com periodicidade para as reuniões em equipe para poder discutir as decisões sobre os processos de trabalho, poder discutir a decisão das novas tomadas de decisões, discutir sobre a mudança de decisão. Então esta é a maneira de se captar o cotidiano, ou seja, a demanda do cotidiano nos faz parar e repensá-lo. Outros focos de decisão são decisões da gestão. Então, em vários serviços, em vários centros temos os colegiados gestores que também vão tomar decisão sobre as organizações dos serviços, mais da gestão macro junto com o responsável, junto com o gerente, com o co-gerente, com o diretor e com o próprio coordenador de cada serviço. Então este é um outro jeito que nós vamos tentando captar os fatos do dia a dia para tomar uma decisão; chamamos isto de arranjo institucional no sentido de democratizar essa tomada de decisão e ampliar o conhecimento sobre o fato que estamos analisando. Além disso, temos outros focos importantes que são garantidos na legislação que é o Conselho Local que também é outro arranjo de

inserir a participação do usuário que também é organizado com periodicidade para que se possa ir pautando os temas do dia a dia. Então tem um cotidiano que demanda ações internas nessas reuniões. Temos outros dispositivos em gestão, tais como: avaliação de programas muito complexos, discussão de casos, encontros temáticos para poder pensar programas de saúde, oficinas de planejamento, assembléias para sistemas sobre uma coisa de serviço, um fato de serviço, então temos arranjos e dispositivos. Nós temos praticado, ao final do semestre, uma avaliação pelas equipes como uma certa tentativa de perspassão ou avaliação das tomadas de decisão do período. Então realizamos o planejamento anual em todos os serviços do Distrito, na Secretaria. Realiza-se um planejamento para poder pautar o trabalho durante todo o ano e nós, ao final de cada semestre, avaliar este planejamento que fazemos, cujo planejamento chamamos de planejamento estratégico participativo com uma lógica descendente que são as diretrizes da Secretaria e outra lógica ascendente que é a demanda que os trabalhadores tem trazido para poder pensar as suas organizações clássicas de saúde.

#### **4. Quais atividades podem ser consideradas uma ação de tomada de decisão no exercício da gestão?**

R: Há uma atividade que é fruto de nossa percepção, a partir da informação, a partir dos dados de nossa vigilância, a partir das coisas concretas que é o caso da mortalidade infantil que possuía uma relação tanto da atenção, da organização, do atendimento, do pré-natal, como da puericultura e com a relação dos serviços com as referências da maternidade. Então essa é uma atividade que nós produzimos em vários momentos de pensar uma reflexão dessas várias possibilidades de intervenção sobre um problema, tentando diminuir ou impactar nos dados de mortalidade infantil. Para mim essa atividade foi super importante, nós conseguimos articular representantes da vigilância, representantes dos serviços de saúde, representantes do Distrito com a equipe de apoiadores para pensar o que estávamos fazendo para poder impactar e qualificar melhor este dado de mortalidade infantil numa região onde temos carência com destaque. Assim sendo, tivemos um impacto positivo, ou seja, viemos percebendo um dado que nos tocava e sensibilizava e decidimos, a partir disso, fazer uma intervenção territorial, ou seja, o conjunto de atenção básica, o conjunto de pronto socorro com o conjunto de ambulatório e com as maternidades referentes, principalmente a PUC e a Maternidade do Centro para tentar fazer uma organização estrutural desde o atendimento individual, de práticas individuais até ações coletivas e também a relação institucional com outros serviços. Nós pensamos este fato numa lógica de atenção integral e de integralidade do sistema como um todo.

#### **5. Quais informações e conhecimentos são necessários para se tomar uma decisão? Por que e como eles são utilizados?**

R: Nós temos, principalmente na Vigilância, aquilo que chamamos de bancos de dados, então este banco de dados possui a finalidade de gerar informações para nós. Precisamos de informação sobre a atenção em saúde, ou seja, as pessoas adoecem, padecem e morrem. São informações importantes para se

tomar uma decisão em saúde pública: sobre zoonoses, mortalidade infantil, agravos com animais peçonhentos, demandas da comunidade pedindo intervenção no território para determinado agravo, saúde ambiental, conhecimento sobre irregularidades de instituições que lidam com alimentos ao público, enfim, toda a gama da saúde do trabalhador, da vigilância de alimentos, serviços de saúde, saúde ambiental, riscos no território, doenças epidemiológicas, notificação compulsória ou doenças degenerativas. Então, nós trabalhamos com a lógica da informação do risco. Identificamos um problema e conforme a intensidade do risco define-se a nossa intervenção e dependendo da informação obtida vamos atrás de conhecimento. Alguns já são agregados, outros deverão ser agregados, então, a forma de intervenção poderá ser o Distrito, principalmente, na sua inter-relação com outros setores da administração pública, isso onde a lógica inter setorial, a lógica de articular comunidades para lidar com ou sanar este problema, a lógica de articular com a comunidade para ela ser protagonista na superação desse problema. Então nós temos vários conhecimentos com origem na vigilância epidemiológica, de gestão em saúde, de atenção em saúde, de processo de trabalho nuclear, da atividade do médico, do enfermeiro, do agente comunitário, do auxiliar de enfermagem, etc. de veterinária, de farmácia, problemas específicos de tuberculose, problemas psíquicos, hanseníase, alguém que sabe da questão do risco da contaminação das águas, sobre a lógica da dengue. Utilizamos vários conhecimentos. O conhecimento é fruto da gestão participativa, da grupalidade e da educação em saúde.

#### **6. Quais são as fontes de obtenção das informações necessárias para o processo de tomada de decisão?**

R: Há fontes estruturadas e não estruturadas. A estruturada se refere aos bancos de dados; temos bancos de dados relacionados à saúde do trabalhador, à mortalidade infantil, ao pré-natal, à tuberculose, enfim, temos o SIN, SINAPE, SINAM, uma diversidade de bancos de dados que podemos utilizar como fonte de informação necessária para poder intervir sobre os problemas de saúde e também com que os serviços criem seus próprios bancos, por exemplo, na área de zoonose pode-se estruturar um certo programa e vou tendo essa demanda solicitada no dia a dia, pelo usuário, pela instituição, vou formatando a partir disso uma série de informações. Trabalhamos na perspectiva de construir estes bancos. Buscamos nos organizar a partir disso para captar outras informações que não estão estruturadas ou quase estruturadas, então tentamos melhorar e qualificar estes dados, esta fonte coletiva de informação. Outra coisa que temos feito é fazer com que as unidades também prevejam as suas fontes de informação de forma estruturada, então muitas unidades têm feito o cadastro de hipertensos, de diabéticos, de desnutridos, de acamados, enfim, seguem gerando possibilidades de ter informação para intervenção. Parte das informações são indicadores de saúde e parte é relacionado à clínica, com o medicamento, a farmácia que possui uma sistematização que visa facilitar o controle e o uso adequado da rede de medicamentos no nosso Distrito. Tudo dependerá de nossa necessidade de informação. O que é importante é pensar a partir da organização do cartão SUS onde estamos avançando com o cadastro do agente comunitário numa série de informações onde vamos agregar informações de famílias,

domicílios. Então estamos estruturando um cadastramento que será bastante interessante; conseguirá uma pluralidade de dados que viram informação para nós tomarmos decisão a partir destes cadastros.

### **7. As informações necessárias para o processo de tomada de decisão são obtidas de forma apropriada?**

R: O sistema de informação está bastante avançado. Nós no Distrito formamos um grupo de pessoas, um núcleo estruturado que vai conseguindo ter uma centralidade para poder dialogar com as diversas organizações da Vigilância e do apoio, nós buscamos centralizar os bancos de informação. Avançamos com a perspectiva da concepção de um boletim epidemiológico a partir dessa responsabilidade nuclear de algumas pessoas para poder ter a informação de maneira mais ágil. Nós buscamos descentralizar alguns bancos para que a unidade possa, no ato, da necessidade do seu planejamento, da organização, ter a informação. O que é mais difícil nesse lance de informação é compreender que dado não é informação, é registro; é compreender a forma do registro adequado para que possamos registrar e criar um fluxo de produção de informação para as unidades, para o Distrito e para a Secretaria. É preciso compreender que a necessidade de informação é diferente para cada nível institucional. A informação que tenho na unidade possui outra necessidade diferente do que o Distrito tem e do que a Secretaria poderá ter. Não há como ter informação homogênea, é preciso ter informação heterogenizada e a partir do espaço utilizar da melhor maneira possível. Ter inteligência para poder processar o dado e torná-lo informação é um desafio que temos do ponto de vista da informação em saúde; é desafio como conseguir organizar o processo de produção de informação desde a unidade básica, o fluxo da informação, à estruturação dos bancos e mais do que registrar é ele formatar para voltar enquanto relatório sistematizado, voltar enquanto relatório para tomar uma decisão, ter isto disponível de maneira democrática em todo o Município, não só para a gestão, mas também para o usuário. Nós precisamos ter informação menos burocratizada, mais próxima de nós. Então, pensar a descentralização destas fontes de informação também é uma questão importante. No entanto, é importante a cultura de trabalhar a informação no tempo inteiro, fazer com que a informação produza a intervenção para a qualificação da clínica, para as ofertas especiais da organização do trabalho e da gestão dos serviços da saúde e possa também produzir intervenção de prevenção, de promoção e de monitoramento da saúde, da comunidade e do indivíduo. Muito importante para se conseguir democratizar a informação é trabalhar ela no dia a dia e a isto damos o nome de núcleo da saúde coletiva para que se possa ser trabalhado com critério, possa ser criado um espaço pedagógico de apropriação do quanto é necessário o acesso à informação para a tomada de decisão. É importante habituar o trabalhador, o gestor a olharem a informação com mais propriedade e torná-la uma ferramenta comum.

### **8. Qual a qualidade da decisão tomada com base no uso de informação e de conhecimento?**

R: Para julgar a qualidade da informação precisamos ter um debate: como este dado está colocado? Esta informação é real? Será que esta informação me dá uma dimensão da realidade? Será que a

interpretação que estamos dando a este número, fria e isolada da realidade dá conta de tornar uma decisão com sucesso? Então a informação em si poderá gerar intervenção pouco adequada porque ela precisa ser articulada com o conhecimento do cotidiano, com o conhecimento da realidade. Então se analisamos esta informação fora do local de onde ela foi produzida, fora do local que está sendo analisado o processo de estrutura do trabalho fora da compreensão sobre quem são os gestores e os outros sujeitos envolvidos com esta produção teremos dificuldades. Então, com este sentido, quando esquecemos de fazer a relação desta informação com o cotidiano nós temos demorado mais para chegar à decisão necessária. Para mim nenhuma decisão é desqualificada; a decisão é a procura de um caminho, é a procura de aproximar a informação da realidade e do impacto que esta realidade necessita, algumas vezes conseguimos, outras não. Se eu ficar olhando a mortalidade infantil só a partir dos dados que ele me traz e sem perceber que tem uma coloração institucional que afeta este dado, isso me faz estar diante da realidade, estou pronto para o processo de gestão com a equipe, com os gestores, com os técnicos, com os trabalhadores para poder compreender aquele número. Não é que temos dados ineficientes, nós é que processamos de maneira errada. A pergunta correta não é se a decisão é boa ou não; ela poderá não ser boa se nós esquecermos de articular a informação com a realidade. Muitas vezes não são articulados e conseqüentemente esta decisão estará aquém do que a necessidade tem colocado para nós para a ordem do dia, do que tem pautado de fato. Compreender que a informação nem sempre é reveladora do cotidiano é um bom caminho para responder esta pergunta. Nós temos tomado decisão que nos faz voltar atrás o tempo inteiro.

### **9. Existe alguma iniciativa de estrutura de gestão da informação? Em quais recursos consiste esta estrutura?**

R: Há muitas iniciativas importantes. A primeira iniciativa que nós trabalhamos diz respeito a uma deficiência grande na relação serviços de especialidades e atenção básica, serviço de referência e a rede de atenção básica. O primeiro movimento que fizemos foi estruturar o serviço de saúde, com dificuldades, com avanços, com limites, foi se organizar o serviço de saúde a estrutura dos equipamentos da máquina de computador; tentamos fazer com que tivéssemos disponível em cada serviço de saúde a máquina com acesso à Internet para poder melhorar a nossa comunicação. A comunicação é a capacidade de repasse de informação. A informação é a sistematização de dados que vira conhecimento para se tomar uma decisão. Fomos estruturando os serviços de saúde, acho que a primeira identificação foi esta “estruturar os serviços de saúde para poder entrar na comunicação a partir da organização do sistema”, por exemplo, da especialidade. Montamos um esquema na primeira iniciativa que considero ser importante para a qualificação da estrutura da gestão para a informação que foi esse sistema que buscava articular a especialidade à atenção básica, depois mudamos, criamos outro sistema com mais autonomia que é o Saúde Online. A Secretaria tem se organizado para poder articular o núcleo de informação e de informática nesse sentido de estruturação e agilidade da comunicação com a informação de que nós temos feito um debate de ordem, de organização de pensar a informação nessa gestão com

os serviços de saúde, com a assessoria de pessoas importantes e tentando mostrar qual é a lógica de informação e de comunicações necessárias para a complexidade da saúde. Aqui no Distrito temos pensado o núcleo da saúde coletiva; o núcleo de informação aqui dentro em que ele possa estar articulando os vários saberes e possa estar sistematizando a informação para virar objeto de análise do serviço de saúde. Nós conseguimos organizar essa tentativa de ao ter um problema que ocorreu poder acender a nossa luz vermelha e fazer a intervenção nesse momento, não espera o tempo correr para avaliar que depois de dois meses subiu um dado, um dado ficou ruim, ou seja, a gente ter organizado neste sentido. Temos feito com que a Secretaria possa permitir acesso de serviço do Distrito de Saúde dessa informação e temos organizado isto, com periodicidade, com os boletins de informações com dados importantes, tentando em cada planejamento, em cada ação, em cada dispositivo de informação dos serviços de saúde ter isso com mais facilidade. O que é mais importante? É a concepção de informações. Isso para mim é resignificar e reestruturar toda a lógica da informação e da comunicação.

**10. O processo de tomada de decisão gera novas informações e novos conhecimentos? O que é feito com estes recursos?**

R: Sim. A informação não é sempre conclusiva. A informação vai agregando novos conhecimentos e novas informações, vai agregando outros olhares, articulando com as necessidades pactuadas. Ela vai modificando e apresentando novas necessidades de saúde. A informação segue buscando novos conhecimentos, vai articular nos núcleos de saberes, então a informação vai agregando fontes de outros conhecimentos o que é super interessante. A decisão direciona, pode ser não totalmente real, mas possui valor quantitativo e qualitativo; a decisão produz ruídos e formas de organizar o campo da saúde pública; produz necessidades de re-humanizar produtivamente o serviço da gestão. Então, a decisão produz muita informação e muito conhecimento o tempo inteiro.

**11. Há alguma metodologia de medição e avaliação do sucesso ou do fracasso do processo decisório e das ações implementadas?**

R: A metodologia que mais adotamos é o trabalho da informação no conjunto, não queremos trabalhar a informação separada. Então utilizamos dispositivos para a discussão temática; nós criamos espaços, encontros com os trabalhadores e usuários para poder colocar informação lá dentro, comparativa e analítica, para ver se a decisão foi correta. Pensando a hipertensão arterial, o método é analisar se tem ou não, a partir de nossas decisões anteriores e reavaliar se esta decisão foi legal, isto para continuar nela ou mudar. Nossa metodologia é compreender que o serviço traz demanda a partir da sua decisão, a partir das suas necessidades e dos seus desejos e nós, aceitamos. Parte se apropriam dessa decisão e vamos analisar juntos de maneira da co-gestão, do trabalho conjunto, parte precisamos induzir o pensamento dele para ver alguns indicadores que façam pensar sempre na perspectiva de organizar para poder avaliar algumas questões ou alguns fatos. Na saúde coletiva, a organização do trabalho, enfim, o



método que utilizamos é levantar temas para avaliar as nossas decisões e os nossos planos em cima das informações.

## **12. Comentário Livre**

R: A informação de maneira geral e em especial na saúde, gera poder, então quem tem a informação tem poder. A democratização da informação é um desafio, é um assunto em pauta e na ordem do dia. Isso para mim é muito reivindicativo porque percebemos que ao apropriar-se de determinada informação eu me torno poderoso e não me relaciono com o outro, desaproprio o outro e faço até uma guerra injusta. Temos que colocar informação no conjunto, articular informática, informação, comunicação, educação em saúde. Todos os Distritos precisam de cada vez mais criar o seu espaço de processamento de informação com a possibilidade de ser ágil e disponível às pessoas no momento da necessidade. É necessário criar instrumentos de comunicação a partir da informação para o usuário; criar dispositivos tais como: boletins, encontros, palestras, boletins de divulgação, etc. e tentar compreender a informação no sentido social, oferecendo à sociedade a possibilidade de participação na construção dessa informação, interferir na re—significação dessa informação, trazer os envolvidos nesse problema junto de nós. O novo governo tem uma possibilidade de manter processos em andamento, particularmente na informação. Agora, por trás do querer das pessoas existe a concepção do trabalho, cada um possui um jeito diferente de olhar e pensar a saúde pública.

--- x ---

**DISTRITO:** Sudoeste

**NOME:** Elen Fagundes

**FORMAÇÃO PROFISSIONAL:** Bióloga

**CARGO:** Coordenadora de Vigilância Sanitária

**TEMPO DE ATUAÇÃO NO CARGO:** 2 anos

### **1. Quais funções são de responsabilidade de um gestor?**

R: O gestor possui um desafio grande perante uma equipe que é fazer a integração desta equipe, promover a potência da equipe para realizar o seu trabalho, a sua intervenção. No caso, aqui o trabalho é a intervenção em saúde. Então dentro da equipe de vigilância em saúde nós temos, enquanto gestor, a missão de promover esta potência para que eles possam estar atuando de forma interessante junto ao serviço de saúde, porque um serviço como a vigilância faz muitas ações próprias do objeto da vigilância, mas passa também, de alguma forma, como um norteador, um setor de da saúde que aponta e indica caminhos para a decisão dos gestores locais e aí está a coisa da informação. Então a vigilância tem um papel importantíssimo nisso dentro da informação em saúde que é tornar um dado que quando numérico, por si só é morto, transformar este dado em algo que vire um dado de intervenção no território. Nesse

sentido o gestor possui o desafio de organizar sua equipe de trabalho para dar conta desta tarefa, além de muitas outras funções, inclusive a de resolver problemas.

## **2. Quais procedimentos compõem o ciclo do processo decisório?**

R: É preciso existir um passo a passo. Primeiro é preciso definir o nosso problema, o nosso objeto de intervenção. Isto precisa estar bem claro e muito bem explicado. A partir do momento que se define o problema podemos levantar vários fatores que sejam associados à existência do problema e, a partir desse mapeamento, conseguir pensar em ações para enfrentamento e superação desse problema. O uso da informação em saúde pública é interessante quando focamos mais a epidemiologia. Então é preciso detectar um problema, pensar nos fatores que estão associados a ele e a partir disso mapear as ações. Tem uma coisa muito importante que nós profissionais da saúde precisamos pensar mais a respeito é que, depois de mapear, traçar propostas e realizar ações de fazer a avaliação, acho que fazemos pouco. Já avançamos bastante, mas ainda precisamos fazer mais.

## **3. Sabe-se que o processo decisório surge da percepção de um problema ou de uma oportunidade. O processo de tomada de decisão implica na estruturação e na descrição do problema ou da oportunidade. No seu caso, como acontecem os processos de percepção, estruturação e descrição no âmbito da tomada de decisão?**

R: Há vários caminhos e espaços para perceber o problema. Nós tentamos trabalhar muito próximos de nossa área de cobertura. Os serviços acabam demandando diversas situações para nós e aí precisamos pensar também num ponto específico em saúde que é a epidemiologia onde recebemos um número grande de demandas e de informações a partir do nível local. O serviço de atenção secundária, além da CAPS, e aí o Centro de Saúde como eu disse. Então estes serviços apontam muitas coisas, mais especificamente da vigilância epidemiológica que diz respeito aos agravos à saúde, às notificações compulsórias, aquela coisa que precisamos fazer algo rápido e aí passa também pelo processo decisório. Há situações que temos tempo para melhor estruturá-las, ir construindo ao longo do tempo, pensando jeitos e caminhos de atingir um determinado objetivo, agora tem coisas que já são estruturadas, como por exemplo um bloqueio de meningite, então a meningite requer uma decisão rápida e eficaz; para isto já existem ações estruturadas. Os eventos que ocorrem no território passam pelos serviços de saúde e chegam até nós e aí fazemos este apoio no pensar na solução destes problemas, nos eventos de saúde. Agora tem também demanda que chega direto para nós que se refere a reclamação e denúncia. A vigilância trabalha com objetos específicos que consistem na própria vigilância da qualidade de todo o estabelecimento. Posso receber uma denúncia anônima que pode ser formal via Prefeitura pelo documento 156, são vários os caminhos de recepção da reclamação ou da denúncia e aí é preciso organizar dentro da nossa agenda, tentar na medida do possível, fazer algo muito importante que é a avaliação do risco. Tudo é importante e requer atendimento, portanto preciso saber o que é mais

importante dentre tudo e aí entra a questão da priorização que é determinada conforme o grau de risco à saúde.

**4. Quais atividades podem ser consideradas uma ação de tomada de decisão no exercício da gestão?**

R: O gestor precisa estar sempre atento às necessidades do território que chegam até a equipe; ele precisa estar antenado à potência e ao tempo dessa equipe, a todo o contexto, etc. Não é algo que aprende com um curso, com uma apostila ou livro, estes são instrumentos que ajudam o gestor a se sentir mais seguro na tomada de decisão, mas não dão conta. Uma das funções é a conciliação, o equilíbrio da estrutura da equipe às necessidades e demandas partidas do território.

**5. Quais informações e conhecimentos são necessários para se tomar uma decisão? Por que e como eles são utilizados?**

R: Já mencionado na anterior.

**6. Quais são as fontes de obtenção das informações necessárias para o processo de tomada de decisão?**

R: Passa pelo serviço de saúde no qual está mais implicado o tempo inteiro com ele e passa pela comunidade dos territórios. As fontes dizem respeito ao serviço, à comunidade, à instâncias outras dentro da própria Secretaria da Saúde e de outras Secretarias. Buscamos fontes de informação para podermos direcionar o nosso processo de tomada de decisão, principalmente porque a saúde não dá conta de obter todas as informações necessárias para decidir as coisas. A saúde tem um caráter interessante onde parece que tudo passa pela saúde.

**7. As informações necessárias para o processo de tomada de decisão são obtidas de forma apropriada?**

R: Aqui poderia discutir a seguinte questão: uma coisa é a informação em saúde, a outra coisa é a comunicação. Então na comunicação considero que ainda há muitas falhas e dificuldades, de nós, para com os serviços de saúde, de nós para com os outros setores da Secretaria. É interessante destacar isto, uma coisa é a informação e a outra é a comunicação. A informação realmente precisando estar indo atrás, ela existe passivamente. Existem diversas formas de se obter informação e na maioria das vezes obtém-se de maneira apropriada. Focamos bastante na questão da informação em saúde. Dentro da Secretaria houve um avanço grande; há algum tempo, conseguir um dado em saúde pública não era algo muito fácil e hoje, com a criação de instrumentos e mecanismos, melhorou muito a qualidade das condições de obtenção da informação.

**8. Qual a qualidade da decisão tomada com base no uso de informação e de conhecimento?**

R: Tomar uma decisão só baseada na informação a partir deste aspecto que falo que são os indicadores de saúde, acho que por si só não são suficientes. É necessário passar por muitas outras especificidades de cada serviço, do perfil de cada território, mesmo dentro da área de cobertura de um serviço em saúde nós temos muitas diferenças. Além da informação e do conhecimento a pessoa que atua como gestor precisa ter habilidades e experiências; depende do quanto o gestor está sensibilizado para determinada situação. Fico pensando no papel do gestor local de saúde, é muita coisa para resolver, para intervir e, no entanto, esta sensibilidade é necessária. Além do indicador, para eu conseguir, em determinado momento, perceber onde preciso dedicar mais minha energia, é esta sensibilidade que faz também contribui para eu acertar.

**9. Existe alguma iniciativa de estrutura de gestão da informação? Em quais recursos consiste esta estrutura?**

R: Sim; passa pela questão do avanço da organização dentro da Secretaria Municipal de Saúde. Aqui na vigilância temos pessoas bastante envolvidas em trabalhar esta questão. Há dois anos temos buscado intervir e elaborar estes instrumentos para poder subsidiar estas discussões e estes processos decisórios dos gestores locais. Então temos feito um olhar bastante cuidadoso para esta realidade. Nós temos procurado trabalhar nesta linha. Apenas para completar esta coisa de busca de dados considero que são bancos mais acessíveis a nós, através dos quais podemos estar trabalhando hoje, mas ainda falta mais centralização destas informações tanto para o nível local quanto para o distrital. Sempre questionamos se nossos Centros de Saúde estão suficientemente amadurecidos para fazer este olhar cuidadoso e trabalhar de forma eficaz estes dados e estes indicadores. Uma boa base de dados não pode ser de uma única pessoa ou de um grupo exclusivo, precisa ser o mais publicizado possível. No entanto, esta publicização e esta descentralização deve ser feita com responsabilidade, buscando criar autonomia nas pessoas, uma capacidade suficiente para manter a qualidade porque não adianta buscar a descentralização e perder em qualidade. Quero falar sobre informação em saúde, dos dados numéricos. Fizemos uma tentativa que acabou não dando certo e precisamos fazer uma nova tentativa de criar outros veículos de comunicação e visibilidade do trabalho que passa também pela valorização dos trabalhadores que é a divulgação das ações e dos projetos, o que cada profissional pode fazer e contribuir dentro de uma área de cobertura, isto também é informação em saúde. O que cada equipe de vigilância faz; o que cada profissional no Distrito tem potência para realizar... Além do que precisamos identificar mais espaço no seguimento da sociedade, outros lugares, outras instâncias.

**10. O processo de tomada de decisão gera novas informações e novos conhecimentos? O que é feito com estes recursos?**

R: Decidir gera conseqüências, olhando para estas conseqüências, estas ações que acabaram sendo desencadeadas, inevitavelmente terá produtos que poderão ser novas informações ou novos conhecimentos. Agora, se estas informações e se estes conhecimentos são positivos é outra coisa. Não

necessariamente o fato de um processo gerar novas informações e novos conhecimentos implica em sucesso na ação; procuramos sempre acertar, mas às vezes não acertamos e aí entra a importância da avaliação. Quando não acertamos é preciso parar, olhar para o produto, refletir sobre aquilo e pensar quais outros caminhos poderiam ter sido tomados se não este que não deu certo. Dessa forma olharemos mais para nosso trabalho e poderemos nos qualificar cada vez mais. É importante a avaliação nesta questão da informação e do conhecimento.

**11. Há alguma metodologia de medição e avaliação do sucesso ou do fracasso do processo decisório e das ações implementadas?**

R: Falando do meu espaço, além das reuniões gerais de equipe há o espaço de gestão participativa o que chamamos de Colegiado Gestor que consiste num espaço criado para que o gestor não tome decisões de maneira verticalizada. Considero que o gestor não pode perder o seu lugar, precisa exercer seu papel e sua função; ninguém fará por ele. No entanto pode criar e garantir, dentro de sua equipe de trabalho, espaço de construção mais horizontal. Esses espaços permitem a construção de jeitos de trabalhar mais leves, mais pedagógicos e apontando que este jeito nos gere novos produtos também. Essa necessidade de estarmos avaliando o sucesso ou o fracasso das decisões não pode partir apenas do olhar do gestor, precisa partir também do trabalhador.

**12. Comentário Livre**

R: Este trabalho é muito interessante! É algo que buscamos acertar no nosso trabalho. Fizemos um balanço, um planejamento recente onde trabalhamos com 4 eixos temáticos, dentre os quais 1 é a informação e comunicação em saúde. Para cada eixo temático nós criamos propostas e apontamos caminhos para a próxima gestão. A informação e a comunicação em saúde foram bastante debatidas. Então é um tema que nos interessa muito. Gostaria, se possível, de obter uma cópia de sua dissertação e ainda, se cabível, receber um convite para assistir a sua apresentação.

--- x ---

**DISTRITO:** Leste

**NOME:** Tarcísio

**FORMAÇÃO PROFISSIONAL:** Médico Sanitarista

**CARGO:** Diretor do Distrito Leste

**TEMPO DE ATUAÇÃO NO CARGO:** 2 anos

**1. Quais funções são de responsabilidade de um gestor?**

R: A responsabilidade regional tem atuado e instigado os gestores locais a tentarem a utilização dos dados disponíveis, a levarem isso para o núcleo de saúde coletiva; com a criação do PAIDEIA toda

unidade possui um núcleo de saúde coletiva. A função do núcleo de saúde coletiva é sintetizar, compactar e levar os dados para dentro das equipes e a partir destes analisar quais as falhas que estão ocorrendo no sistema de saúde pública. Então, uma das funções do gestor regional é o incentivo ao uso dos dados disponíveis nos diversos bancos de dados da saúde pública e através de análise e síntese, tomar decisões compartilhadas. O maior desafio é transformar estes dados, é um problema sério. Em linhas gerais as funções variam de acordo com os níveis, no nível central a gestão tem trabalhado muito os dados no nível local e no nível regional.

## **2. Quais procedimentos compõem o ciclo do processo decisório?**

R: Na Secretaria existe um Colegiado Gestor que decide tudo, do qual faço parte. O Colegiado reúne todos os departamentos, temos os departamentos de coordenadorias, mas é como se fossemos um único departamento. Tem o departamento de gestão, o administrativo, outros setores da secretaria e o departamento de saúde, que está abaixo da secretaria. No aspecto regional, nós também temos o Colegiado de Coordenadores. Todos os gerentes, coordenadores em geral e apoiadores formam um outro fórum de decisão. No aspecto da participação popular tem o fórum de gestão que é o Conselho Municipal de Saúde e tudo passa por ele; este é o órgão máximo da Secretaria hoje. O aval final é sempre do Conselho Municipal. Nos Distritos também há o Conselho Distrital que se reúne mensalmente; este ano não deu conta devido a muitas mudanças, no segundo semestre tivemos apenas uma reunião. Nestas reuniões faz-se uma análise do que está ocorrendo na região Leste. Decidir e opinar são papéis fundamentais nestas reuniões, porém as decisões são complicadas devido a restrições de verbas e de poder; então a decisão está mais na participação, na troca de idéias, no apoio popular para construir o SUS regional. Um exemplo, na última reunião havia uma reivindicação de lutar por um pronto socorro regional, uma iniciação de mais de 15 anos que devido a situação de prioridades de outras regiões, a região Leste ficou para trás. No último Conselho decidimos que todos os conselheiros deveriam assinar um documento para ser entregue a nova gestão, solicitando um olhar mais apurado para esta reivindicação. Não temos fórum de trabalhadores regionais, temos um outro que é em nível de Secretaria, inclusive toda a unidade participa e tem o seu representante. São três instâncias centrais de decisão: o Conselho Municipal, o Colegiado Gestor e o Fórum dos Trabalhadores.

## **3. Sabe-se que o processo decisório surge da percepção de um problema ou de uma oportunidade. O processo de tomada de decisão implica na estruturação e na descrição do problema ou da oportunidade. No seu caso, como acontecem os processos de percepção, estruturação e descrição no âmbito da tomada de decisão?**

R: Na realidade, grande parte de nossos problemas está ligada à questão financeira, então se detecta o problema quando ele tem a ver com a organização do processo de trabalho, ou seja, se o processo de trabalho for melhor realizado em todos os níveis soluciona o problema, ótimo! Mas nem sempre é o que ocorre. O problema, às vezes, se refere à contratação de mais mão de obra ou de mais veículos e não há

disponibilidade de verbas. Então hoje, apesar da saúde em Campinas Ter quase dobrado o seu orçamento nesta gestão, chegando a quase R\$ 280.000.000, sendo um dos maiores investimentos do País, ainda assim há dificuldades, pois Campinas é um gigante com quase 1.000.000 de habitantes, apenas fazendo um paralelo temos Paulínia que possui a metade deste orçamento, mas a população é 20 vezes menor que Campinas. Embora Campinas tenha um orçamento extraordinário, sabe-se que não é suficiente e devido a intensa demanda é preciso priorizar. Então as regiões que possui uma concentração menor de pobreza fica sempre para último plano. A região Leste é a que menos possui miséria e áreas de risco, mas em compensação teve um empobrecimento gigantesco nos últimos anos. Então o processo decisório está muito ligado à disponibilidade de recursos financeiros, manutenção, boa gestão, etc.

#### **4. Quais atividades podem ser consideradas uma ação de tomada de decisão no exercício da gestão?**

R: Algumas atividades de recursos humanos podem ser consideradas processos de tomada de decisão, por exemplo, punir um funcionário que não possui responsabilidade com aquilo que foi contratado, mesmo o concursado possui regras a serem cumpridas. Outro tipo é priorizar mesmo, por exemplo, precisamos de contratar 15 médicos, mas a verba disponível deu para contratar apenas 5. Então priorizo conforme a intensidade da necessidade; as prioridades se dão pela carência de cuidados de saúde, pela existência de área de risco e esta priorização sempre fazemos em equipe. Então a decisão independe de qualquer coisa, ela deverá ocorrer mesmo.

#### **5. Quais informações e conhecimentos são necessários para se tomar uma decisão? Por que e como eles são utilizados?**

R: A tomada de decisão tem a ver não apenas com informação e conhecimento, mas também com o caráter de liderança de cada um. Há pessoas que possuem o dom de gestão. Para mim o calcanhar de Aquiles é este, tendo o dom e ampliando os conhecimentos será possível ser um excelente gestor. A gestão tem muito a ver com a coisa de decidir na hora certa, saber priorizar, é preciso ter um olhar, é preciso compreender o todo e também ter uma visão regional. Dependendo do grau da gestão é fundamental o espírito de liderança. O gestor poderá ter diversos cursos e várias faculdades, mas se não possuir um olhar de liderança não adiantará nada. É uma questão de percepção, de olhar. O conhecimento é essencial e a informação também, mas apenas eles não bastam. Além de formação em saúde pública, o tomador de decisão deve possuir habilidade de um eficiente gestor.

#### **6. Quais são as fontes de obtenção das informações necessárias para o processo de tomada de decisão?**

R: As fontes de dados para a tomada de decisão se encontram no DIG – Departamento de Informática, onde há uma equipe que possui os dados de diversas origens, podendo ser utilizados para diversas

finalidades. Além destes também temos usado dados do Depto de Recursos Humanos que pode fornecer dados da questão de pessoal, usamos também os dados do Depto de Gestão que faz a gestão de registro de documentos. Então esse processo tem a ver muito com o que é produzido dentro da própria Secretaria para se tomar uma decisão. Temos o PAIDEIA que é um projeto novo e aí pergunta o que foi feito para que o PAIDEIA fosse diferente do programa anterior, por exemplo? Então são informações e documentos que grupos criaram e construíram ao longo do processo.

**7. As informações necessárias para o processo de tomada de decisão são obtidas de forma apropriada?**

R: Às vezes sim e as vezes não, depende da circunstancia ou do conteúdo necessário. Por exemplo, dados sobre histologia oncológica ou câncer de colo uterino são facilmente acessíveis, mas há coisas que se necessita que os dados são capengas, o que não é comum, comum é estes dados existirem de maneira consistente. Não dá para dizer que é 100%, mas de forma geral é de forma apropriada sim.

**8. Qual a qualidade da decisão tomada com base no uso de informação e de conhecimento?**

R: Acho que o acerto da tomada de decisão está muito mais ligado à qualidade do embasamento da equipe. Se decidir hoje que preciso de 15 médicos e só obtenho 5, é totalmente ligado à informação. Se hoje vamos priorizar a área de risco, é preciso ter informação e conhecimento para saber onde eu tenho mais riscos, onde o agravo à saúde é maior, onde a população é mais vulnerável, etc. Então este conhecimento só consigo pesquisando e compreendendo estes dados. Quanto melhor conhecemos e somos informados acertamos mais. Temos buscado trabalhar o processo decisório de maneira democrática; todos opinam, trocamos idéias... Então, além da pesquisa e do uso dos dados, precisamos do diálogo, isto porque a informação sem discussão, isolada, é fria e as vezes não condiz com a realidade. Na Região Leste, por exemplo, nesta gestão, acrescentamos 150 profissionais na Saúde Pública; contamos atualmente com 750 profissionais. Dentro os novos contratados, pelo menos 40 são médicos. Se pegarmos toda esta informação e consultarmos os dados de consultas realizadas aos pacientes, veremos que não aumentaram, antes continuam exatamente no mesmo valor. Então, se faço uma análise fria dos dados, sem a troca de idéias, posso fazer julgamento equivocado, mas quando coletei os dados e em grupo analisamos, vejo que a população possui um apoio em saúde gigantesco. Havia pessoas camadas que morriam em casa; não podiam se locomover até os hospitais. Hoje isto não acontece mais. Hoje o médico vai até a casa do enfermo e lá trata de sua patologia, mesmo que isso dure 2 horas ou mais. Então, embora mantendo o mesmo número de consultas, oferecemos um atendimento com mais atenção e dedicação. Assim, o processo de trabalhar o processo Saúde Doença, mudou com o PAIDEIA. Diante disso, numa visão inicial, acreditamos ser positivo a não elevação da quantidade de consultas, isto denota a adoção de nos cuidados da saúde. Estamos atendendo a mesma quantidade, mas com uma qualidade muito maior. Por outro lado, se não contextualizasse os dados com o cenário, não discutisse com as equipes, julgaria de maneira errada a atuação dos profissionais de



saúde. Então é preciso saber que por de trás de um número há muitas vertentes de discussão o que implicará diretamente na qualidade da decisão.

**9. Existe alguma iniciativa de estrutura de gestão da informação? Em quais recursos consiste esta estrutura?**

R: Existe, mas considero que os recursos para a implementação ainda são pouco amarrados. É um problema que não solucionamos nesta gestão. Tem muita coisa na teoria, mas a prática ainda está muito distante do que ela diz. A teoria diz que, no nível local, o Núcleo da Saúde Coletiva, alguém deve ter a função de fazer isto. Então, como não tem pessoal suficiente, muita coisa passa a ser de responsabilidade do coordenador de equipe, inclusive isto, mas ele não dá conta; ele tem muitas coisas para fazer. Defendo que cada Núcleo de Saúde Coletiva deve ter um centralista responsável por isto, um profissional de vossa área que fizesse isto. É preciso tornar mais racional a iniciativa de gestão da informação na saúde pública. Aqui no Distrito temos responsáveis para fazer isto, mas não são responsáveis só por isto, além disso possuem diversas outras atividades e, no entanto, não dão conta. Não conseguem estar atualizando os dados. Então é preciso ter no Distrito pessoas responsáveis apenas pela gestão da informação. Neste caso teríamos que verticalizar, porque o modelo do PAIDEIA tudo foi horizontalizado, todos fazem e são responsáveis. Acho que em algumas circunstâncias algumas pessoas deveriam atuar de maneira exclusiva para determinada atividade.

**10. O processo de tomada de decisão gera novas informações e novos conhecimentos? O que é feito com estes recursos?**

R: Sim. Considero que o processo decisório, a cada processo, gera novas informações e novos conhecimentos, é como se fosse tirando capas de algo que se espera chegar na profundidade; quanto mais se discute sobre o assunto, mais se tem conhecimento e mais se gera outras decisões. Estes são recursos que vão sendo implementados à medida que há condição.

**11. Há alguma metodologia de medição e avaliação do sucesso ou do fracasso do processo decisório e das ações implementadas?**

R: Sim. Todas as unidades fazem um planejamento ao final de cada ano com o Distrito, Secretaria e Locais. Neste planejamento é levantado tudo o que está acontecendo e sobre o que está deficiente há uma metodologia de melhorar. Este processo é feito constantemente e aí anualmente sei se as decisões foram boas ou não. O processo é sempre anual. Considero que este planejamento ainda tem muito que avançar e construir. Tem Distritos que são mais avançados, por exemplo o da Região Sul, nós da Leste ainda estamos a desejar.

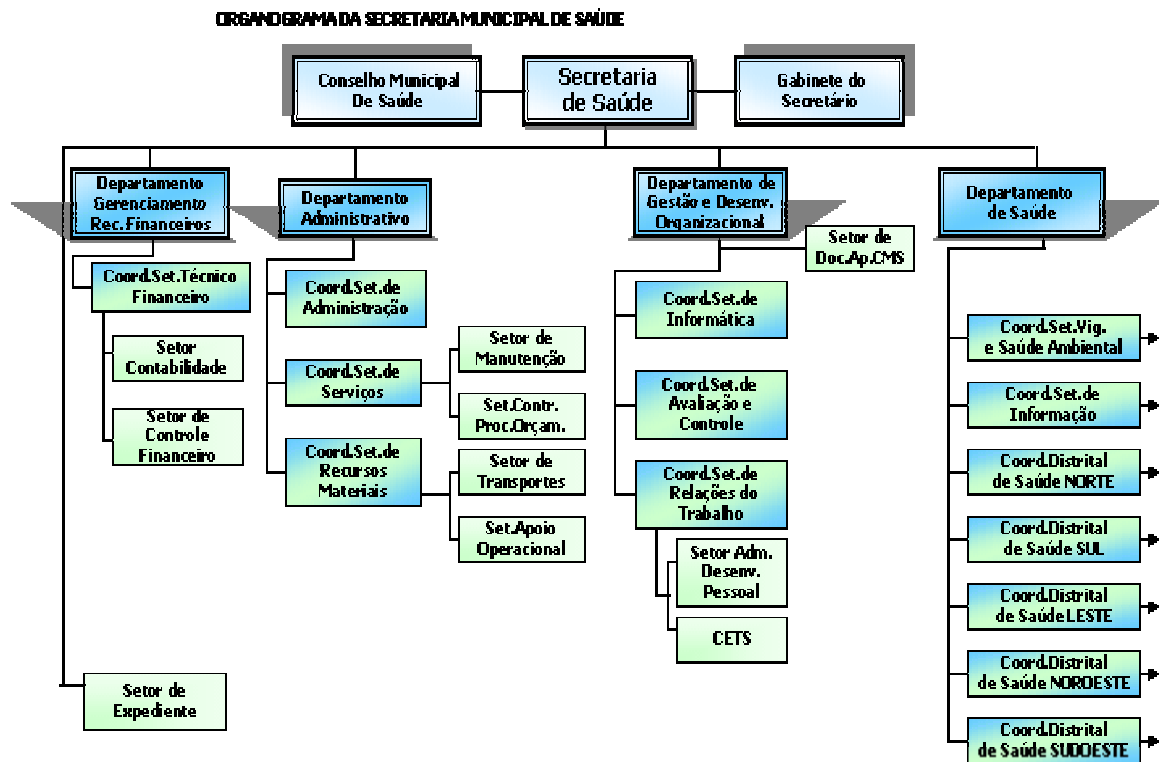
**12. Comentário Livre**

R: O tema abordado é fundamental para a saúde pública. A Saúde Pública está criando o cartão SUS que também está gerando dados e precisam ser analisados para conhecermos a realidade de nossa cidade. Através deste cartão será possível conhecer quantas pessoas tem na família, a renda, a dependência do SUS, etc. No São Domingos, por exemplo, área que se esperávamos ser a mais carente de Campinas, tivemos uma surpresa, menos de 50% da população usa o SUS, isto não porque eles tem dinheiro para pagar consulta particular, mas sim porque são funcionários de empresas que pagam algum convênio para eles. Outro exemplo é aqui na região Leste onde imaginávamos que a população não fosse tão dependente do SUS, também foram surpreendidos, pois a população desta região está envelhecendo, os filhos cresceram e foram embora, pagar assistência médica para idoso é caro demais, os empresários não possuem aquela renda extraordinária de antigamente e estão cortando gastos, dentre os quais a assistência médica particular. Com estas informações vamos constituindo um retrato fiel de nossa realidade., A questão da informação é fundamental para a qualificação de qualquer processo de trabalho, seja público ou privado. A Prefeitura é uma empresa que não visa o lucro, mas visa o bem estar da sociedade. Então, qualquer ato de saúde é fundamental para avançar na qualidade de vida e na eficiência do serviço. E aí está a importância dos dados; o empírico engana muito, os dados menos. Se os dados são claros é mais difícil de enganar.

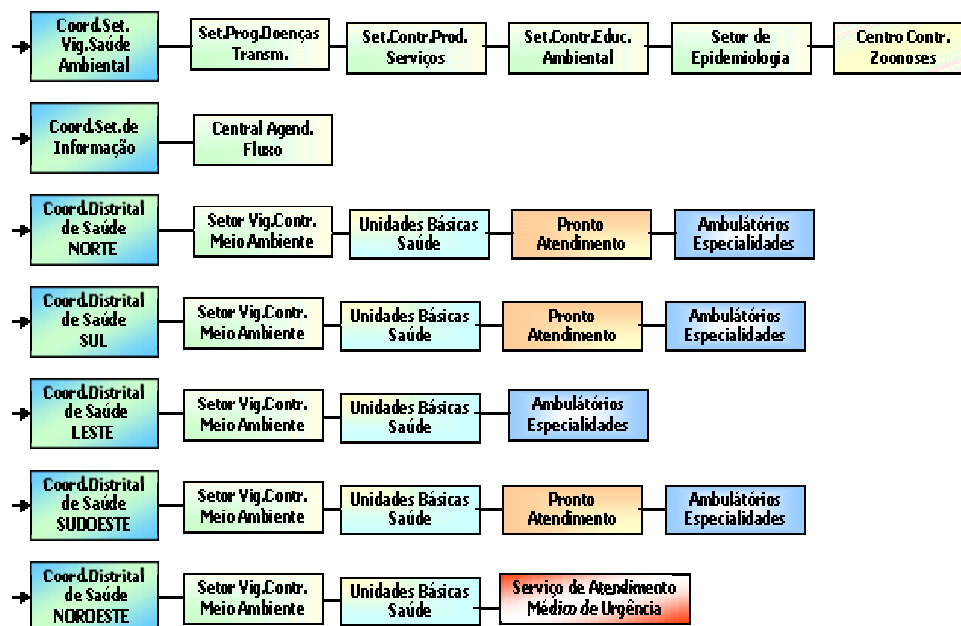
--- X ---

## ANEXOS

### 1. ORGANOGRAMA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS



CONTINUAÇÃO DO ORGANIGRAMA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



**Ilustração 2 - Organograma da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas**

**Fonte: Secretaria Municipal da Saúde de Campinas**

**<http://www.campinas.sp.gov.br/saude/>**

## 2. SOLICITAÇÃO DE ACESSO AOS GESTORES DA SAÚDE PÚBLICA DE CAMPINAS/SP



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS  
PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIA DA INFORMAÇÃO  
GRUPO DE PESQUISA: GESTÃO DA INFORMAÇÃO

Campinas, 30 de Novembro de 2004.

REF.: SOLICITAÇÃO DE ACESSO AOS GESTORES DA SAÚDE PÚBLICA DE CAMPINAS / SP

Prezada Dra. Maria do Carmo Cabral Carpintéro  
DD. Secretária Municipal de Saúde

Tendo em vista a realização de pesquisa acadêmica, no âmbito da Saúde Pública de Campinas/SP, junto aos gestores atuantes na Direção de cada Subdistrito Regional e na Área de Vigilância Epidemiológica, solicitamos a V. Sa. autorização para acesso às devidas repartições deste setor, a saber: *Subdistrito Norte, Noroeste, Leste, Sudoeste e Sul*, bem como à *Vigilância Epidemiológica de cada Região*.

O acesso às repartições mencionadas será de responsabilidade da mestranda *Simone Lucas Gonçalves de Oliveira*, que encontra-se em processo de desenvolvimento de dissertação de Mestrado intitulada "Gestão da Informação e do Conhecimento: Análise dos Processos de Tomada de Decisão dos gestores da Saúde Pública de Campinas / SP", conforme consta nos documentos anexos.

Desde já, agradecemos pela sua atenção e encaminhamentos.

Cordialmente,

*Recabido em 02/12/04*  
*Fátima A. Faleiros*  
Fátima A. Faleiros  
Assistente da Secretária - SMS

*Vera Silvia Marão Beraquet*  
Profa. Dra. Vera Silvia Marão Beraquet  
Coordenadora do Projeto *Gestão de Informação em Saúde*

**3. PARECER FAVORÁVEL PARA O ACESSO AOS GESTORES DA SAÚDE ÚBLICA  
DE CAMPINAS/SP**



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
GABINETE DA SECRETÁRIA**

Avenida Anchieta, 200 – 11º andar – Campinas/SP – Cep: 13.015.904  
Fones: (19)3735.0290 – 0172 Fax: (19) 3735.0175  
site: [www.campinas.sp.gov.br/saude](http://www.campinas.sp.gov.br/saude) - email: [carminha@campinas.sp.gov.br](mailto:carminha@campinas.sp.gov.br)

**Ofício nº 627/04/SMS/GAB/faf**  
Campinas 03 de Dezembro de 2004.

Prezada Senhora,

Venho através deste, manifestar parecer favorável à realização da pesquisa para o Projeto de Mestrado: "GESTÃO DA INFORMAÇÃO E DO CONHECIMENTO", sob a orientação da Profª Drª Vera Silvia Marão Beraquet.

Obs; Trabalhamos com os Distritos Norte, Sul, Leste, Sudoeste e Noroeste e cada distrito tem um serviço que é a Vigilância em Saúde sendo a vigilância epidemiológica uma área destes distritos.

Atenciosamente.

  
Drª Maria do Carmo Cabral Carpintéro  
Secretária Municipal de Saúde

SIMONE LUCAS GONÇALVES DE OLIVEIRA  
PESQUISADORA  
PUC - CAMPINAS

#### 4. ROTEIRO DE ENTREVISTA CONFORME A PERTINÊNCIA DOS OBJETIVOS

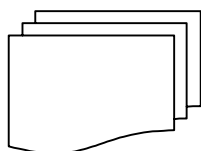
OBJETIVOS	QUESTÕES
<p>Analisar o processo de tomada de decisão, identificando os momentos de entrada e saída de informações.</p>	<p>1. Quais funções são de responsabilidade de um gestor?</p> <p>4. Quais atividades podem ser consideradas uma ação de tomada de decisão no exercício da gestão?</p> <p>5. Quais informações e conhecimentos são necessários para se tomar uma decisão? Por que e como eles são utilizados?</p> <p>6. Quais são as fontes de obtenção das informações necessárias para o processo de tomada de decisão?</p> <p>7. As informações necessárias para o processo de tomada de decisão são obtidas de forma apropriada?</p>
<p>Mapear os processo de tomada de decisão.</p>	<p>2. Quais procedimentos compõem o ciclo do processo decisório?</p> <p>3. Sabe-se que o processo decisório surge da percepção de um problema ou de uma oportunidade. O processo de tomada de decisão implica na estruturação e na descrição do problema ou da oportunidade. No seu caso, como acontecem os processos de percepção, estruturação e descrição no âmbito da tomada de decisão?</p>
<p>Avaliar o processo de tomada de decisão em termos de qualidades das informações e conhecimentos utilizados.</p>	<p>8. Qual a qualidade da decisão tomada com base no uso de informação e de conhecimento?</p>
<p>Propor ações de melhoria nos processos de tomada de decisão através da gestão da informação e do conhecimento</p>	<p>9. Existe alguma iniciativa de estrutura de gestão da informação? Em quais recursos consiste esta estrutura?</p> <p>10. O processo de tomada de decisão gera novas informações e novos conhecimentos? O que é feito com estes recursos?</p> <p>11. Há alguma metodologia de medição e avaliação do sucesso ou do fracasso do processo decisório e das ações implementadas?</p>

## 5. LEGENDA DOS SÍMBOLOS DO FLUXOGRAMA

1. Representação das pessoas que atuam nos processos de tomada de decisão e de execução das ações:



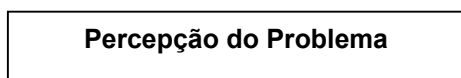
2. Representação de conjuntos de informações geradas e inseridas nos processos:



3. Representação do fluxo de informações e de ações entre os processos:



4. Representação dos processos internos a cada passo da seqüência:



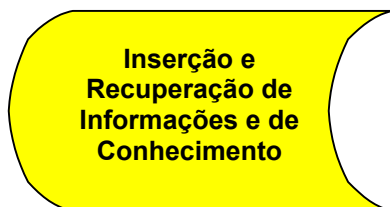
5. Representação do fluxo de entrada e saída de informações, de forma digital, no sistema de informação:



6. Representação da rede digital de comunicação que integra o sistema de informação:



7. Representação do conjunto de processos de tratamento de dados interno aos sistema de informação:



8. Representação dos meios de armazenagem de dados digitais, integrantes do sistema de informação:

