

Informação e decisão política em saúde

Data and the process of formulating health policies

Amélia Cohn^a, Márcia Faria Westphal^b e Paulo Eduardo Elias^a

^aDepartamento de Medicina Preventiva. Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. ^bDepartamento de Prática de Saúde Pública. Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil

Descritores

Formulação de políticas. Acesso à informação. Política de saúde. Controles formais da sociedade. SUS (BR).

Resumo

Objetivo

Verificar a incorporação dos sistemas de informação disponíveis nos processos municipais de tomada de decisão no setor saúde, dado que a informação técnico-científica vem se constituindo num instrumento central dos gestores tanto do setor privado como público.

Métodos

Foram realizados quatro estudos de caso em municípios paulistas de diferentes portes e graus de complexidade dos sistemas de saúde (1998-2000), utilizando-se métodos e instrumentos quantitativos (indicadores epidemiológicos, demográficos, econômico-financeiros e sociais) e qualitativos (entrevistas com os principais atores identificados e grupo focal). Na análise dos dados lançou-se mão do método de “triangulação”, estabelecendo articulação entre eles.

Resultados

A estratégia de implantação do Sistema Único de Saúde conforma o padrão de consumo das informações dos grandes bancos de dados de instituições públicas e de produção local de informações voltado predominantemente para a dimensão financeira, independentemente do tamanho do município, complexidade do sistema de saúde local e da modalidade de gestão.

Conclusões

As informações disponíveis nos bancos de dados são consideradas no geral defasadas com relação às necessidades imediatas da gestão; a infra-estrutura de equipamentos e a capacitação dos recursos humanos são avaliadas como precárias para sua incorporação no processo decisório; as informações são utilizadas sobretudo em prestação de contas já que as políticas de saúde são concebidas fora do município e sob a forma de convênios e programas com o estado e o governo federal.

Keywords

Policy making. Access to information. Health policy. Social control, formal. SUS (BR).

Abstract

Objective

To evaluate the use of the available information systems in decision-making process involving municipalities' health services, since technical scientific information is becoming an important tool for managers' decision-making both in the private and public sectors.

Correspondência para/ Correspondence to:

Amélia Cohn
Rua Airosa Galvão, 64
05002-070 São Paulo, SP, Brasil
E-mail: amelcohn@uol.com.br

Financiado pela Organização Pan-Americana da Saúde/ Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS - Processo n. ASC-01/00023-0).

Recebido em 3/7/2003. Reapresentado em 28/6/2004. Aprovado em 20/8/2004.

Methods

Four case studies were undertaken in the state of Sao Paulo between 1998 and 2000. The municipalities included in this study varied in size and in terms of the complexity of their health systems. Research involved the use of both quantitative (survey of epidemic, demographic, economic-financial and social indicators) and qualitative methods (interviews with key actors and focus group). "Triangulation" was adopted in the analysis in order to establish an articulation among the diverse sources of data and methodological procedures utilized.

Results

The strategy of implementation of the Unified Health System (SUS) in itself implies in a pattern of consumption of information already available in large data banks within public institutions and local production of information concerning, primarily, the financial dimension of the city or district, whatever its size, the complexity of the local health system and the type of health administration.

Conclusions

The information available on the data banks are, in general, considered outdated with respect to the immediate needs of local health managers. The equipment infrastructure and training of human resources in health data management were considered precarious for use in the decision-making process.

INTRODUÇÃO

A informação técnico-científica é mais um recurso básico para toda atividade humana, e numerosos autores vinculam o acesso e a percepção dos diferentes sujeitos sobre ela ao processo de tomada de decisão enquanto um conjunto de práticas institucionais que tendem a reproduzir e legitimar relações de poder entre aqueles atores, tanto no caso das instituições privadas quanto das públicas.^{2,13} A Bireme (Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde), criou a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) cujo objetivo é melhor atender às necessidades dos gestores locais de saúde e superar as dificuldades já apontadas por estudos sobre experiências em outros países.^{9,14}

Por outro lado, o processo de descentralização da saúde, a partir dos preceitos constitucionais de 1988 – que dentre outras coisas alçam os municípios à condição de unidade federada –, ganha novo ritmo na sua implementação, ampliando-se a diversidade de experiências de gestão municipal do setor, cada uma delas apresentando especificidades dados os distintos graus de sua dependência das outras esferas de governo em termos financeiros, técnicos e de disponibilidade de equipamentos.

Não obstante existirem inúmeros estudos sobre processos locais de tomada de decisão no setor da saúde são praticamente inexistentes as análises que enfatizem a perspectiva da incorporação e do impacto da informação nesses processos, mostrando a necessidade de se buscar evidências a respeito do papel por ela desempenhado no conjunto dos demais fatores iden-

tificados e sobre as possibilidades de se ampliar sua presença junto aos atores políticos.

O objetivo da presente pesquisa é deslindar o papel e o impacto da incorporação da informação no processo de tomada de decisão em saúde. Trata-se de estudo abrangendo quatro municípios do Estado de São Paulo, selecionados segundo dois critérios: o grau de autonomia de gestão de cada um deles frente ao poder central segundo a NOB/96 (Norma Operacional Básica) e a complexidade dos respectivos sistemas de saúde da perspectiva da sua disponibilidade e organização. Com relação aos propósitos da BVS, centrou-se o foco do estudo nas possibilidades de os municípios absorverem os distintos sistemas de informação atualmente disponíveis, e assim concorrer para o aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde (SUS) adequando definições de prioridades e a organização do sistema local de saúde às necessidades de saúde aos recursos financeiros, materiais e humanos disponíveis. A preocupação central do estudo consistiu em buscar evidências sobre como ocorre a formulação das políticas de saúde em diferentes realidades locais, dando-se destaque ao papel desempenhado pela informação nesse processo, identificando-se as fontes utilizadas pelos diferentes atores, as barreiras e fatores para o acesso e a utilização da informação técnico-científica disponível, relacionando o seu uso às decisões políticas sobre programas e ações de saúde em execução.

Informação e os modelos de processos de tomada de decisão

A informação técnico científica vem sendo concebida de distintas formas. Para fins desta análise, des-

tacam-se algumas delas. Eduardo⁷ a define como “o significado que o homem atribui a um determinado dado, por meio de convenções e representações”, reconhecendo sempre presentes na decisão as dimensões do monitoramento, da execução e da avaliação da ação, que requer sistemas informativos e a disponibilidade de dados corretos para garantir a obtenção dos resultados desejados. Esse autor denomina de “sistema de informações gerenciais” um sistema de informação que englobe todos os componentes da organização e todos os seus níveis de decisão, devendo ser composto tanto pelos sistemas informativos sobre as condições de saúde e doença no âmbito do território de atuação, como também pelas condições de vida e ambientais do entorno, além daquelas sobre as condições de atuação dos serviços de saúde, suas formas de funcionamento e o grau de cumprimento dos objetivos propostos.

Já Silva¹³ classifica a informação em *internas* e *externas* pela procedência relacionada ao local de obtenção dos dados associados a uma classificação que valoriza o grau de análise dos dados componentes do subsistema de informação e à sua utilidade para o processo de tomada de decisão.³ Assim, este seria de natureza *básica* ou *operacional* quando os dados são apresentados puros, sem nenhum tipo de análise; após um processo de associação de informações externas e internas, chega-se aos dados de natureza *gerencial* ou *estratégica*, onde o gerenciamento das ações rotineiras já se torna possível diante de um instrumento que permite a própria manutenção delas “via correção dos desvios”, a denominada “administração por exceção”. Para Silva,¹³ um processamento mais apurado dessas informações gerenciais com objetivos estratégicos gerará informações de apoio à decisão e, conseqüentemente, possibilitará a ação política.

No entanto, confrontar esses modelos com a realidade brasileira torna-se inviável, dadas tradição política do País, clientelista e particularista e a herança de um Estado centralizador que favorece no processo recente de descentralização a convivência harmônica do autoritarismo burocrático com uma visão tecnocrática que prioriza projetos de governo em detrimento da racionalidade do Estado, condição essencial para uma ordem democrática. Em decorrência, no caso brasileiro, a burocracia estatal, que na maior parte das vezes é quem detém o poder de decisão, acaba trazendo consigo interesses conflitantes com os reais interesses públicos, fazendo assim com que a máquina estatal nos distintos níveis de governo resistam à assimilação de inovações tecnológicas no processo de tomada de decisão, dadas sua formação e sua cultura política de traço acentuadamente conservador.

Daí porque se ter optado na presente análise pelas formulações de Weiss, que constrói um modelo que denomina de *iluminativo* ou de *difusão*, partindo do princípio de que conceitos e idéias penetram de forma difusa, indireta e gradual dentre aqueles que tomam decisões, resultando num peso cumulativo de resultados que afetam o saber convencional e provocam mudanças.¹⁴ Desta perspectiva, a informação técnico científica provém de muitas fontes e exerce um efeito sensibilizador naqueles agentes responsáveis pela tomada de decisão, alertando-os para novos problemas e oferecendo possibilidades alternativas de soluções. Neste caso, ela assume um papel promotor de novas idéias para o uso de novas tecnologias e conceitos, agindo de forma muito mais cumulativa do que exercendo uma influência mais imediata e direta no processo de tomada de decisão.

A partir desse referencial, procurou-se identificar que tipos e qual a natureza das informações consideradas necessárias no processo de tomada de decisões em saúde, levando-se em conta a heterogeneidade das realidades locais e tendo como objetivo detectar quais e que tipos de informação podem apoiar uma dinâmica virtuosa nesse processo – no sentido de instituir mudanças – resguardando-se sempre o pressuposto da presença de um equilíbrio extremamente precário e instável entre as dimensões técnica e política desse processo.

MÉTODOS

Dadas as características do objeto de estudo, optou-se por pesquisa de abordagem qualitativa, buscando-se captar a dinâmica e a complexidade do objeto em seu contexto histórico imediato, tendo portanto o ambiente social como fonte privilegiada de dados. E dentre os vários tipos de abordagens qualitativas, optou-se pelo *estudo de caso*, que consiste em relacionar uma situação real tomada em seu contexto, e a partir de seu estudo verificar como se manifestam e evoluem os fenômenos em análise.¹⁰ Optou-se, ainda, por estudar municípios com situações distintas para analisar os processos aí recorrentes de utilização da informação técnico-científica no processo de tomada de decisões, aproximando-se do que Stake denomina *estudo de caso múltiplo*.¹⁰

O objeto de estudo foi a análise das práticas inerentes à utilização da informação no processo de tomada de decisão em saúde em quatro municípios paulistas a partir da representação dos atores aí envolvidos sobre a incorporação da informação nesse processo. Nesse sentido, foi útil a concepção de Albuquerque de “práticas institucionais nos processos decisórios”, segundo a qual o processo de tomada de decisão se

configura como conjunto de condutas que antecedem o ato decisório formal e se prolonga para além da conclusão de um projeto, configurando-se assim como ato continuado, divisível somente para fins analíticos.² Essas condutas, por sua vez, constituem práticas institucionais que tendem a reproduzir e legitimar relações de poder já estabelecidas entre os atores institucionais, e conseqüentemente objeto de suas representações.

Foram contempladas ainda as dimensões da *decisão participativa* e da *decisão informada*. Entende-se, para fins deste estudo, que decisão participativa é aquela em que tenha sido dada a oportunidade para um ou outro ator apresentar sua opinião (informações, avisos, por exemplo) antes que a decisão seja concretamente tomada.¹² E o parâmetro para a análise da relação decisão/informação foi o grau de clareza dos objetivos, metas, indicadores de sucesso, normas ou procedimentos de quem tomou a decisão, bem como a origem da informação utilizada.

Os critérios utilizados na escolha dos municípios estudados foram: o grau de autonomia de gestão do município, à época em vigor, segundo a Norma Operacional Básica de 1996 (NOB/96); e a complexidade do sistema de saúde local, tomando-se como pressuposto que quanto mais populoso o município maior tende a ser a complexidade da sua organização administrativa. Justifica-se o critério inicial ter sido o populacional pelo fato de o número de municípios de pequeno porte ser desproporcionalmente maior no Estado de São Paulo, como aliás acentuadamente ainda maior nos demais Estados brasileiros; assim, dos quatro casos apenas um deles diz respeito a um município com mais de 100.000 habitantes. Adotando-se esse procedimento buscou-se assegurar a presença no estudo da diferenciação quanto ao porte e aos vínculos dos municípios com relação ao SUS presente em nossa realidade. E no caso dos demais dados relativos à complexidade de ações e serviços de saúde prestados localmente, à composição do gasto no setor, ao perfil de mortalidade da população, dentre outros, optou-se por trabalhar exatamente com o oposto – a sua heterogeneidade – justamente por ser ela a marca da realidade brasileira. A busca dessa heterogeneidade dos recursos locais disponíveis baseia-se no próprio pressuposto que rege a regulamentação presente na NOB/96: quanto maior o município, mais complexo tende a ser seu sistema de saúde, maior sua capacidade de complementar os recursos provenientes dos fundos de transferência federal e estadual para a saúde, e maior a possibilidade de ter autonomia para a gestão do sistema municipal de saúde.

A partir desses critérios, os municípios estudados

foram: São José dos Campos (500 mil habitantes, sede de Direção Regional e de Saúde da SES, habilitado em gestão plena); Cajamar (menos de 50 mil habitantes, habilitado em gestão plena); Santo Antonio de Posse (menos de 20 mil habitantes, à época recém-habilitado em gestão plena de atenção básica); e Mombuca (menos de 3 mil habitantes, habilitado em gestão plena de atenção básica).

As técnicas e instrumentos utilizados na coleta de dados, foram: análise dos dados quantitativos disponíveis nos bancos das instituições oficiais; análise dos documentos oficiais dos órgãos municipais dos casos estudados; entrevistas semi-estruturadas com os principais atores envolvidos nos processos locais de tomada de decisão, incluindo os quadros técnicos; observação das reuniões dos respectivos Conselhos Municipais de Saúde; e a realização de grupos focais em cada município estudado.

A interlocução entre as distintas fontes de informação foi realizada pela “triangulação” dos dados obtidos por meio daquelas distintas técnicas.¹ Com isso buscou-se recorrer aos principais componentes de uma metodologia simplificada de apreensão e levantamento das necessidades locais de saúde que possam ser replicadas em outros municípios, possibilitando que as políticas de saúde locais se configurem como fundamentadas em informações não passivas, o que por sua vez transforma a BVS num suporte essencial para esse fim.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Independentemente do porte, da capacidade organizacional e da complexidade da infra-estrutura dos equipamentos de saúde disponível no município, a preocupação central dos seus gestores residuiu em desenvolver da melhor forma possível os programas tradicionais instituídos pelos governos federal e estadual, utilizando racionalmente os recursos, ao invés de buscar mudar ou inovar a política de saúde já delimitada quando da instituição do SUS.

De fato, nos municípios estudados, os programas de saúde não contemplam especificidades regionais e compreendem somente aqueles já clássicos, no geral elaborados pela Secretaria Estadual de Saúde (programas do Adulto, da Saúde da Mulher, Saúde Bucal, Saúde Mental, e outros). Dessa perspectiva, o caso de Santo Antônio de Posse ilustra de forma radical o predomínio das outras esferas de governo na definição das políticas locais de saúde que implementa. Conforme um dos entrevistados, “*planejamento e gerenciamento da saúde é definido segundo as diretrizes da Secretaria de Estado da Saúde e o Ministério da*

Saúde, porque a Prefeitura depende destes órgãos para implementação de seus programas”.

Por outro lado, atender às necessidades de saúde da população buscando a raiz de seus problemas é algo que está longe das perspectivas das autoridades municipais: “*na saúde estamos desenvolvendo um trabalho bom com crianças desnutridas. Tem um projeto do Estado que manda leite para ser distribuído e o projeto ‘multimistura’ das pastorais*”. Nesse contexto, as poucas iniciativas de formulação de programas específicos de origem municipal, e isso ainda mais acentuadamente nos municípios de pequeno porte, no geral são motivadas pela busca de mais recursos das demais esferas de governo. Foram comuns afirmações como esta: “*apresentamos o projeto ‘Combate às Carências Nutricionais’ ao Ministério da Saúde uma vez que haveria verba extra para este programa*”.

Tal fato reafirma o papel do governo federal, especificamente o Ministério da Saúde, como o grande formulador das políticas de saúde do País, e com isso reforçando-se o papel do município como restrito a executá-las. Isso por sua vez é reafirmado pela própria atuação dos governos municipais, que passam a ter como principal móvel para a utilização da informação a seu alcance a preocupação com os recursos financeiros, quer no que diz respeito à descoberta de novas fontes de financiamento, quer à prestação de contas aos órgãos financiadores e à população em geral.

Do ponto de vista da organização administrativa, a centralização do processo de tomada de decisão não é privilégio do governo federal: independentemente do porte dos municípios, aqui esse processo também é centralizado. São José dos Campos, por exemplo, habilitado em gestão plena, segundo a NOB/96, não conta com distritos de saúde, e o uso da informação atende ao interesse do poder Executivo de ter acesso ao controle de dados econômicos e financeiros; quanto aos municípios menores, ela tende a ocorrer de forma distinta, pela centralização do poder de decisão na figura do prefeito. Veja-se a distinção do discurso em ambos os casos. Em São José dos Campos o prefeito acentua a necessidade de poder ter informações sobre custo, interpretada como fator que favorece o exercício do controle público: “*custo é uma coisa que precisaria ver, essa questão do centro de custo é algo bastante importante. Você tem uma noção geral, ..., eu sei em média quantas consultas nós damos por mês... mas precisaria ter mais parâmetros, um centro de custos*”. Já no caso de Mombuca, a centralização do processo de tomada de decisão ocorre na pessoa do prefeito: “*Mombuca é um município pequeno na população e grande em extensão. Temos uma população de 5 mil habitantes, e na época da*

safrá isso dobra. Como Prefeito eu tenho que fazer de tudo aqui. Tenho orçamento pequenininho e estava gastando na saúde mais de 40% do orçamento, até o orçamento estourar”.

Quanto ao papel do Legislativo no processo de tomada de decisões no âmbito local, os resultados obtidos corroboram pesquisas anteriormente realizadas:³ o de ser essencialmente legitimador das propostas originárias do Executivo, não tendo sido praticamente mencionados encaminhamentos de propostas de projetos inovadores por parte de seus membros.^{4,5} Leis, portarias e resoluções provenientes do Executivo instituem e regulamentam as instâncias necessárias à implementação, fiscalização e acompanhamento do sistema local de saúde, e definem as diretrizes para a formação da matriz gerencial básica necessária para os municípios habilitados na gestão plena.

Em todos os municípios estudados, independentemente do porte, do grau de autonomia para a definição de sua política de saúde e da capacidade instalada de que dispõem, verifica-se que a informação utilizada se resume ao domínio de dados simples por parte de alguns atores administrativos estratégicos, no geral funcionários mais antigos ou relativamente mais estáveis. E o que se destaca é o fato de a informação estar sistematicamente atrelada à busca de recursos financeiros adicionais – programas federais específicos – ou à prestação burocrático-administrativa de contas. Daí porque somente em São José dos Campos, município de maior porte e pólo econômico regional, a informação seja objeto de processamentos específicos, o que acaba configurando-a como informação do tipo *gerencial* ou *estratégica*. No entanto, mesmo neste caso, a informação utilizada consiste em dados simples e isolados, não assumindo o estatuto de informação para a tomada de decisão.

Por outro lado, múltiplos atores estão direta ou indiretamente envolvidos no sistema local de saúde, e agem criando ou obstruindo políticas específicas de saúde. Resta então identificar como são influenciados pela informação técnico científica que consideram confiáveis e que lhes interessa, levando-se em conta que apesar de ela não ser utilizada na formulação de políticas de saúde locais, é produzida nos próprios municípios ou por outras fontes externas, e é consumida pelos atores locais.

As informações que no geral mais interessam à prefeitura, à direção geral da saúde e ao conselho de saúde são dados sobre financiamento e faturamento, que se configuram como do tipo burocrático e gerencial. As informações mais utilizadas, portanto, são quase sempre aquelas produzidas pelas próprias Se-

cretarias e Departamentos de Saúde, pelas unidades de saúde e pelos hospitais, e que coincidem por ser exatamente aquelas que alimentam os bancos de dados do Ministério da Saúde.

Embora nos municípios menores no geral o processo de busca de informação tenha como vetor a busca de recursos financeiros adicionais em detrimento da formulação de projetos voltados para as necessidades e potencialidades da realidade local, em todos eles prevalece sempre o interesse político de acompanhar os acontecimentos. Em decorrência, revela-se mais ágil e eficiente para esses atores utilizar os jornais e outros meios de comunicação como fonte privilegiada de atualização. Prefeitos, secretários e vereadores apontam os jornais como fonte principal de dados, enquanto a utilização dos grandes bancos de dados (Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde - Datasus, Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - FIBGE, Fundação Estadual de Análise de Dados - FSEADE, Centro de Estudos e Pesquisas de Administração Municipal - CEPAM, Instituto Brasileiro de Administração Municipal - IBAM, dentre outros) só é feita potencialmente, em função de um interesse momentâneo diante de uma questão específica, ou quando “*alguém trás uma pauta de um serviço*”. Quanto ao Legislativo, encontra no Executivo sua principal fonte de dados, até porque as informações solicitadas no geral dizem respeito ao alcance do projeto apresentado pelo Executivo – custos, necessidade de pessoal, configurando aparentemente a presença de um certo traço racionalizador no processo de aprovação dos projetos.

Como tendência geral, no entanto, deve-se registrar que:

- a) a busca de dados, na maior parte das vezes, está vinculada à imposição de se conhecer necessidades específicas de determinados grupos populacionais, seja para fins clientelistas, seja para fins de instalação de determinados serviços ou programas de saúde;
- b) a utilização das informações disponíveis nos grandes bancos de dados existentes é extremamente baixa, sobretudo no caso dos municípios de pequeno porte. Isso se deve, segundo os atores locais, não só à discrepância entre esses dados e o dinamismo da realidade local, que tem um ritmo próprio e mais acelerado do que o que é retratado naqueles bancos, como à própria forma como opera o poder local, onde imperam os contatos pessoais;
- c) a falta de familiaridade dos funcionários com aqueles dados e a falta de conhecimento para manipulá-los e analisá-los, o mesmo ocorrendo com os representantes dos conselhos municipais de saúde, que

tal como o Legislativo, também tendem a funcionar como legitimadores das decisões tomadas pelo Executivo;

- d) a precariedade da estrutura de informática instalada, que no caso dos municípios menores é mínima.

Embora todos os municípios tenham acesso aos bancos de dados, e tenha se evidenciado que seus técnicos no geral declaram não terem dificuldade para encontrar livros especializados, a grande lacuna sempre referida é a ausência de informações atualizadas. Os grandes bancos de dados, sendo que os da CEPAM, do IBAM e das Direções Regionais de Saúde são destacados sobretudo quando da necessidade de elaboração dos seus planos anuais, são sistematicamente avaliados como desatualizados e defasados. A isso soma-se outro fator negativo para a potencialidade de sua utilização: a fragmentação administrativa do estado refletindo-se nesses bancos e nos agrupamentos de dados que apresentam, dificultando assim decisões e ações intersetoriais, e com isso reforçando as estruturas já existentes. Mas embora criticados, os bancos de dados são vistos como recurso valioso por parte das autoridades municipais, o que corrobora estudos que estabelecem relação entre os resultados de pesquisas e os processos de tomada de decisão, e que mostram que um contato mais próximo do pesquisador com os atores envolvidos no processo de tomada de decisões amplia a possibilidade de que estes utilizem a informação gerada por aquele.⁶

A avaliação desses atores é que não falta a informação, embora fragmentada nos municípios maiores e inexistente nos de menor porte, o que neste caso favorece a sua concentração na figura do prefeito e seus assessores, levando a uma centralização do poder. Falta no entanto, segundo eles, a inteligibilidade desses sistemas, o que inviabiliza sua utilização, dado que os relatórios apresentados pelos governos e destinados aos vereadores e à população em geral são considerados “*calhamaços inacessíveis e de difícil compreensão*”. Por outro lado, sobretudo para os municípios de pequeno porte, na sua avaliação fazem falta informações sobre “*como conseguir verba federal*”, “*como criar mais emprego no município*”, “*como atrair mais indústrias para o município*” e “*dados sobre analfabetismo no município*”. E nestes casos, o que acaba sendo mais apontado como lacuna é a retaguarda da Diretoria Regional de Saúde.

É consenso, no entanto, a insuficiência quantitativa de equipamentos de informática e de pessoal treinado para operá-los adequadamente, recaindo maior preocupação com a capacitação dos recursos humanos para operar com os dados, sem o que se avalia ser impossível que se tenha uma visão global até mesmo da pro-

dução do sistema local de saúde, quanto mais da possibilidade de se formular políticas intersetoriais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados obtidos no presente estudo vão ao encontro de outros já realizados sobre o processo de construção da decisão na administração pública brasileira: praticamente inexistente a formulação de políticas no nível local, pois a descentralização político-administrativa conquistada em 1988 na realidade vem sendo regida pela lógica do financiamento, e com isso se configurando como processo de desconcentração.^{8,11} Nesse sentido, o estatuto do município como ente federado instituído pela Constituição não vem sendo assumido pela maioria dos municípios, entre outras razões porque isso exige sua autonomia financeira como pré-condição para seu autogoverno.¹⁵

Da mesma forma, a comparação desses resultados com aqueles obtidos pós-pesquisas internacionais que avaliam os fatores que impulsionam e aqueles restritivos ao uso da informação no processo de decisão em saúde, como o de Trostle para o caso do México, mostra que igualmente inexistente a formulação de propostas inovadoras no âmbito dos municípios, e no caso da saúde em particular.¹⁴ Aqui, os resultados analisados confirmam que as políticas de saúde são concebidas fora do município (na União ou nos Estados) e se apresentam sob a forma de programas ou convênios, restringindo-se o papel dos municípios a somente operacionalizá-los, para tanto utilizando-se de informações internas e básicas, ou de uso corrente, para fins burocráticos ou de gerenciamento. Em que pese a produção de estatísticas de saúde ser constante em todos os municípios, isso ocorre porque elas são requisitadas pelas outras esferas de governo como parte de convênios e condição para repasse de recursos. Assim, a própria maneira como o SUS vem sendo implementado e gerenciado parece constituir um elemento conformador de determinada prática de coleta e sistematização de informações por parte dos municípios, independentemente de seu porte, sobretudo porque são as questões de ordem econômico-financeira as grandes motivadoras dessa coleta e de seu uso, pois são centrais para mostrar faturamento e controlar o financiamento.

Por outro lado, a informação disponibilizada em Internet ou impressa pelos sistemas públicos de informação, além de não ser incorporada aos processos políticos, não atende parcial ou totalmente às neces-

sidades dos atores responsáveis pelas decisões municipais e às especificidades dos municípios. Daí a aproximação entre a fonte e os sistemas de informações parecer se configurar como fator importante para que estas sejam incorporadas no processo de decisão. No entanto, como independentemente do porte dos municípios foi possível identificar a presença de atores sociais preocupados com a inovação da gestão do setor, embora nos de maior porte isso flua com maior facilidade enquanto nos de menor porte isso se traduza na maioria dos casos como a utopia de se implementar o ideário do SUS, a disponibilidade acessível de bibliografia atualizada que trate das atividades básicas de saúde desenvolvidas pelos municípios, socializando experiências e capacitando profissionais de saúde, pode ser apontada como uma das principais prioridades a que a BVS deveria se debruçar.

Por outro lado, a avaliação das condições de infraestrutura de informação e informática e a constatação da sua enorme deficiência, tanto em termos de equipamentos como de capacitação dos técnicos e profissionais para utilizá-los, repõem um aparente paradoxo presente na elucidação do uso da informação no processo de tomada de decisão. Trata-se do desencontro entre as formulações de natureza racional e técnica e a sua efetivação no cotidiano da ação política e administrativa do município. Com efeito, manifesta-se a coexistência do reconhecimento da importância da incorporação da informática no processo de decisão política e administrativa e a ausência de meios efetivos e articulados para provê-lo no trabalho cotidiano. Com isso, registra-se uma dissociação entre a expressão do pensamento e o modo de agir no cotidiano da administração pública, que se insere na lógica da racionalidade subjetiva, assumindo configuração própria decorrente das outras influências a que o processo de tomada de decisão no nível municipal está submetido.

Tal fato reforça a necessidade de se investir numa oferta acessível ao grande público quanto à facilidade de compreensão da forma como os dados estão organizados, dispensando-se recursos e equipamentos de informática mais complexos. No caso dos técnicos e dos tomadores de decisão dos órgãos públicos, em particular, a disposição de material que se destine à formação desses quadros em informação, informática e sistematização de dados voltados à formulação de políticas, bem como à capacitação dos conselheiros de saúde com o objetivo de estarem aptos a exercerem efetivamente o controle público dos sistemas e das políticas de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Adorno RCF, Castro AL. O exercício da sensibilidade: pesquisa qualitativa e a saúde como qualidade. *Saúde Soc* 1994;3:33-42.
2. Albuquerque JAG. Aspectos do processo decisional do governo Montoro. *Cad Fundap* 1988;15(8):95-102.
3. Cohn A, Elias PEM, Nascimento VB. Descentralização, saúde e democracia: o caso do município de São Paulo (1989-1992). São Paulo: Centro de Estudos de Cultura Contemporânea; 1992. (*Cadernos CEDEC*, 44).
4. Cohn A, Elias PEM, Nascimento VB. Descentralização, saúde e democracia: o caso do município de Santo André (1989-1992). São Paulo: Centro de Estudos de Cultura Contemporânea; 1992. (*Cadernos CEDEC*, 42).
5. Cohn A, Elias PEM, Nascimento VB. Descentralização, saúde e democracia: o caso do município de Itu (1989-1992). São Paulo: Centro de Estudos de Cultura Contemporânea; 1992. (*Cadernos CEDEC*, 38).
6. Davis P, Howden C. Translating research findings into health policy. *Soc Sci Med* 1992;43:865-72.
7. Eduardo MBP. A informação em saúde no processo de tomada de decisão. *Rev Adm Pública* 1990;24(4):70-7.
8. Elias PEM. Das propostas de descentralização da saúde ao SUS: as dimensões técnica e política [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 1996.
9. Frenk J. Balancing relevance and excellence: organizational responses top link research with decision making. *Soc Sci Med* 1992;35:1397-404.
10. Mucchielli A. Dictionnaire des méthodes qualitatives in sciences sociales. Paris: Armand Colin; 1996.
11. Nascimento VB. SUS, gestão pública da saúde e o sistema federativo brasileiro [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2000.
12. Sbragia R. Estilos participativos de decisão e desempenho de projetos tecnológicos em estruturas matriciais. *Rev Adm* 1989;24(4):48-61.
13. Silva JV. Informação e ação política democrática. *São Paulo Perspectiva* 1994;8(4):57-67.
14. Trostle J, Bronfman M, Langer A. How do researchers influence decision makers? Case studies of Mexican policies. *Health Policy Plann* 1999;14:103-14.
15. Westphal MF, Ziglio E. Políticas de saúde e investimentos: a intersectorialidade. In: Fundação Prefeito Faria Lima – CEPAM. O município no século XXI: cenários e perspectivas. São Paulo; 1999. p. 111-21.