



Revista de Administração FACES Journal
ISSN: 1517-8900
faces@fumec.br
Universidade FUMEC
Brasil

Dantas Nogueira, Guilherme; Ramos Neves, Jorge Tadeu de
ESTRATÉGIA PARA A GESTÃO DA INFORMAÇÃO NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA DO
GOVERNO BRASILEIRO

Revista de Administração FACES Journal, vol. 7, núm. 4, octubre-diciembre, 2008, pp. 88-105
Universidade FUMEC
Minas Gerais, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=194016900006>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe , Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto



ADMINISTRAÇÃO DE SISTEMAS DE INFORMAÇÃO

ESTRATÉGIA PARA A GESTÃO DA INFORMAÇÃO NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA DO GOVERNO BRASILEIRO

STRATEGY FOR THE MANAGEMENT OF INFORMATION IN THE FAMILY HEALTH
PROGRAM OF THE BRAZILIAN GOVERNMENT

 Guilherme Dantas Nogueira

Secretaria de Estado de Ciência, Tecnologia e Ensino Superior de Minas Gerais

 Jorge Tadeu de Ramos Neves

Universidade Federal de Minas GeraisUFMG

RESUMO

O presente artigo discute a estratégia para a gestão da informação do Programa Saúde da Família, o principal programa de atenção básica à saúde, do governo brasileiro, e porta de entrada para os serviços de atenção à saúde no país. Trata-se de uma pesquisa exploratória, norteada pelos conceitos de Cultura Organizacional, Informação, Comportamento Informacional e Gestão da Informação e do Conhecimento. Buscou-se explorar como é feita a gestão da informação do Programa Saúde da Família, mapeando seus fluxos desde a determinação de necessidades por informações até seu uso, bem como o processo praticado de gestão da informação. Verificou-se, também, como a cultura organizacional, contextualizada em relação à gestão pública brasileira e ao próprio Programa Saúde da Família, influencia os fluxos de informação e processo de sua gestão. Com base nos resultados da pesquisa, um novo e mais assertivo processo de gestão da informação foi proposto, visto o contexto do programa.

PALAVRAS-CHAVE

Estratégia. Gestão da Informação. Programa. Saúde da Família.

ABSTRACT

This article discusses the strategy for information management of the Family Health Program, the main program of basic health care, from the Brazilian government, and gateway to the services of health care in the country. This is an exploratory research, guided by the concepts of Organizational Culture, Information, Behavioral of Informational and Management of Information and Knowledge. We tried to explore how is the information management of the

Family Health Program, mapping its flows from the determination of needs for information till their use, like the process of information management practices. It was also verified, as the organizational culture, contextualized in relation to Brazilian administration public and to the proper Family Health Program, influences the flow of information and its management process. Based on the results of research, a new and more assertive case of management from the information has been proposed viewing the context of the program.

KEYWORD

Strategy. Management Information. Program. Family Health.

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento tecnológico a que a sociedade atual tem acesso é muito grande. Equipamentos são capazes de fazer os mais diversos tipos de atividade, sem contar a vasta capacidade de armazenamento e processamento de dados dos computadores mais modernos. Indubitavelmente, a maioria das rotinas organizacionais pode ser realizada por meio de máquinas, sendo extensa, também, a disponibilidade de informações característica deste início de século. Davenport (1998), contudo, argumenta que, não obstante a quantidade de informações disponíveis em todo o mundo, e independentemente da grandeza do potencial dessas informações, a maioria delas não é bem utilizada, não servindo, assim, a todos os propósitos a que se destinam, ou seja, ajudarem a subsidiar o processo de tomada de decisões. Na verdade, de acordo com o mesmo autor, é grande a disponibilidade de informações e o aparato tecnológico que circunda as mesmas, mas há ainda uma carença, por parte das organizações e pessoas, por melhores estratégias de utilização das facilidades oriundas desse desenvolvimento.

Gates (1999) argumenta que a sociedade atual apresenta potencial para, brevemente, passar por uma revolução em toda a sua forma de agir e trabalhar, motivada pela criação de uma ampla cultura de uso de todo o desenvolvimento informacional que já possui. De acordo com o referido autor, isto ainda não ocorre, pois não há até o momento uma integração suficiente entre todos os sistemas de armazenamento e processamento de dados existentes, de forma que os mesmos, e seus usuários, possam se comunicar com a necessária eficiência para a consumação dessa revolução. Davenport (1998) vai mais além, argumentando que não é a quantidade de sistemas informacionais a responsável pelo que descreve como um uso pouco eficiente das informações disponíveis, mas sim as pessoas que as utilizam. Segundo o autor, são estas as responsáveis por dar sentido aos dados e informações que circulam entre as organizações e todo o mundo, sendo, portanto, essencial que os sistemas de informações sejam mais adequados às pessoas que os utilizam, do que atualmente são. Só assim será possível que esses sistemas ofereçam, aos seus usuários, o esperado aumento de eficiência.

ESTRATÉGIA PARA A GESTÃO DA INFORMAÇÃO NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA DO GOVERNO BRASILEIRO

Um dos fatores balizadores do chamado comportamento informacional¹ pelas organizações, segundo Davenport (1998), é o que o autor classifica como “cultura informacional”, ou seja, a forma como a cultura organizacional influencia o fluxo de informações dentro das organizações. Na prática, o termo pressupõe que a cultura interna da organização – pública, privada, ou de Terceiro Setor –, determinará as práticas, gerais e específicas, relativas ao tratamento da informação. Assim, qualquer sistema de informações novo, que seja implementado nessas organizações, não alcançará o sucesso esperado, se for contra os pressupostos de sua cultura organizacional e da estratégia adotada. Outro fator balizador, também levantado por Davenport (1998), é a forma como a informação é administrada nas organizações, ou seja, a chamada gestão da informação. Em última análise, esta se refere à organização do processo que envolve as práticas informacionais executadas dentro das organizações, desde a coleta e processamento dos dados até seu uso final, e à forma como esse é gerido. A literatura da Administração está repleta de casos de sucessos e insucessos que envolvem práticas gerenciais bem e mal sucedidas, sempre argumentando que quanto melhores as práticas, mais sucesso alcança a gerência, seja esta de recursos humanos, financeira ou mercadológica.² O mesmo clichê, por sua vez, vale para a gerência da informação, que deve ser bem sucedida para que também o sejam as práticas informacionais inerentes a toda a organização.

Segundo este raciocínio, a presente pesquisa buscou entender as estratégias para melhorar a gestão da informação dentro do Programa Saúde da Família (PSF), programa social do Governo Fe-

deral, que tem por finalidade última melhorar a qualidade das práticas relativas à saúde pública no Brasil. Segundo informações do Ministério da Saúde,

a saúde da família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais freqüentes, e na manutenção da saúde desta comunidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Na prática, as equipes do Programa de Saúde da Família (PSF) correspondem a conjuntos de profissionais da saúde, dentre eles médicos generalistas e enfermeiros, que atendem cidadãos brasileiros cadastrados no programa, proporcionando tratamento para variados tipos de doenças.

Para a realização desta pesquisa, partiu-se do princípio de que os membros das equipes de PSF carecessem de e utilizassem vários tipos de informações, sendo necessário, portanto, que se comportassem com relação às mesmas de forma adequada. E quanto mais eficiente fosse a dinâmica

deste comportamento, esperava-se que melhores seriam os resultados do programa como um todo. Da mesma forma, quanto melhor administradas fossem as práticas informacionais das equipes, melhores seriam os resultados alcançados pelas mesmas em todas as suas atividades.

¹ Esse termo é referenciado por Davenport (1998) e inclui, em última análise, a forma como os indivíduos lidam com a informação.

² As práticas gerenciais são entendidas neste trabalho, como ações executadas pelos gestores, que proporcionam alguma mudança na forma como os trabalhos são desempenhados nas organizações.

A realização de tal trabalho se justifica no seio do programa Banco de Dados Social, atual Programa de Inovação Tecnológica na Gestão Social – da Secretaria de Estado de Ciência, Tecnologia e Ensino Superior do Estado de Minas Gerais – que tem como objetivo a melhoria da gestão pública, por meio do desenvolvimento e utilização de tecnologias de informação. Tal objetivo se aplica às práticas tanto do PSF quanto dos Centros de Referência da Atenção Social (CRAS) – outro programa social do Governo Federal, que objetiva melhorar os indicadores sociais nacionais.

Vale ressaltar que as questões relativas aos processos informacionais nos CRAS não são abordadas nesta pesquisa, que se limita ao estudo das mesmas práticas aplicadas ao PSF. Sendo assim, questionou-se: *como se dá a gestão da informação do PSF?*

Contexto da pesquisa

O PSF é um programa integrante do serviço de Atenção Básica do governo brasileiro. Por sua vez, segundo informações do Departamento de Atenção Básica (DAB - 2006),

a atenção básica constitui o primeiro nível da atenção à saúde no SUS [Sistema Único de Saúde], compreendendo um conjunto de ações de caráter individual e coletivo, que englobam a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento, a reabilitação e manutenção da saúde (DAB, 2006).

O mesmo departamento informa que o Ministério da Saúde brasileiro prioriza o PSF como estratégia para a organização da Atenção Básica. As equipes de PSF se encaixam dentro desta estratégia, prestando atendimentos à população em seus domicílios ou na unidade de saúde. Estas podem ser entendidas analogamente como clínicas de Saúde da Família, em que diferentes equipes se reúnem ao longo da prestação de seus serviços.

A expectativa do DAB, para o trabalho das equipes de PSF, é a de que estas criem vínculos de co-responsabilidade com a população atendida na prestação dos serviços, o que viria a facilitar a "identificação, o atendimento e o acompanhamento dos agravos à saúde dos indivíduos e famílias na comunidade" (DAB, 2006). E mais, espera-se que o PSF funcione como uma "porta de entrada" dos indivíduos aos serviços prestados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), que organizaria todo o sistema de atenção à saúde a partir do programa.

Como auxílio aos trabalhos do PSF, há um sistema de informações que processa os dados recolhidos pelas equipes do programa. Trata-se do Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB). Por sua vez, o SIAB reúne os dados recolhidos, permitindo que os mesmos sejam arquivados eletronicamente e que sejam emitidos relatórios que os agreguem. Por sua vez, estes servem de auxílio ao trabalho das próprias equipes, às unidades de PSF à qual pertencem e, em última instância, aos gestores responsáveis pelo acompanhamento e planejamento dos trabalhos ligados à saúde nos municípios (Secretaria de Assistência à Saúde – Coordenação de Saúde da Comunidade, 1998).

Não obstante a funcionalidade do SIAB, foi identificada uma ineficácia deste sistema, no atendimento de todas as necessidades informacionais de gestores municipais de saúde em vários municípios. Tal quadro resultou no surgimento de demanda por novas tecnologias de sistemas de informação gerenciais, sendo o programa Banco de Dados Social uma resposta para tanto.

Segundo informações do Departamento de Atenção Básica (DAB – 2006), as equipes de PSF são formadas, no mínimo, por seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS) – que são os colaboradores da equipe responsável por recolher as informações que alimentam o SIAB: um enfermeiro e um auxiliar de enfermagem, e um médico de família. Podem contar ainda com o trabalho de um dentista, um auxiliar de consultório dentário e

um técnico de higiene dental. A idéia, por trás dessa formação, é a de promover a troca de informações do ACS, detentor do saber popular, e dos demais profissionais, detentores de conhecimento e experiências relativos à saúde. Há, por fim, a figura do dirigente do PSF como um todo, que tem o trabalho de gerência do programa nos municípios (DAB, 2006).

As equipes são divididas por diferentes regiões geográficas do Brasil, nas quais buscam suprir o maior número possível de carências relativas à saúde. Cada equipe é responsável por cerca de três a quatro mil e quinhentas pessoas, ou por mil famílias de uma determinada região. Podem atuar por meio de visitas às casas das pessoas, ou em unidades básicas de saúde, que são, em última análise, consultórios localizados nas regiões atendidas pelas equipes. Promovem, também, ações de mobilização da comunidade para causas relativas à saúde (DAB, 2006).

Segundo o DAB (2006), as equipes de PSF caracterizam-se

como porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde; por ter território definido, com uma população delimitada, sob a sua responsabilidade; por intervir sobre os fatores de risco aos quais a comunidade está exposta; por prestar assistência integral, permanente e de qualidade; por realizar atividades de educação e promoção da saúde. [...] por estabelecer vínculos de compromisso e de co-responsabilidade com a população; por estimular a organização das comunidades para exercer o controle social das ações e serviços de saúde; por utilizar sistemas de informação para o monitoramento e a tomada de decisões; por atuar de forma intersetorial, por meio de parcerias estabelecidas com diferentes segmentos sociais e institucionais, de forma a intervir em situações que transcendem a especificidade do setor saúde e que têm efeitos determinantes sobre as condições de vida e saúde dos indivíduos-famílias-comunidade (DAB, 2006).

MARCO TEÓRICO

Cultura organizacional

Segundo Barbosa (1996), o termo cultura organizacional se caracteriza pelo reconhecimento de que a cultura interna de uma organização é uma variável importante para o funcionamento da mesma, podendo influenciar em seus resultados econômicos e na adoção de novas políticas administrativas. Por volta de 1970 e 1980, quando o termo começou a ser usado, os teóricos da administração americanos estavam preocupados em explicar os porquês do mau desempenho das organizações estadunidenses face ao crescimento da economia japonesa. Para tanto, desenvolveram estudos que apontavam, invariavelmente, para a importância da cultura organizacional das empresas como fator determinante do sucesso das estratégias e de seus resultados. Segundo o mesmo autor, contudo, tais estudos estão profundamente ligados a grandes corporações, sendo necessário aprofundá-los face outras organizações de menor porte, bem como organizações de países diferentes dos Estados Unidos.

Seguindo essa mesma perspectiva, Prestes e Motta (1997) buscam explicar a cultura organizacional das empresas brasileiras, à luz da cultura do Brasil. Segundo os autores, embora os estudos de ambos os fenômenos sejam complementares, eles se apresentam seguindo caminhos distintos neste país. Prestes e Motta (1997) argumentam que os fenômenos internacionais, como a globalização, que afetam as empresas de todo o mundo, promovem alterações em suas culturas organizacionais, mas são também filtrados por elas. E mais, as culturas organizacionais das organizações de um mesmo país são diferentes entre si. Seguindo essa linha, explicam que estudar culturas organizacionais é, por sua vez, também um estudo do fenômeno cultura, de forma geral.

De acordo com os referidos autores, a cultura é um conceito antropológico e sociológico com muitas definições:

É a forma pela qual uma comunidade satisfaz suas necessidades materiais e psicológicas;

É a forma pela qual uma comunidade define seu perfil em função da necessidade de adaptação ao meio-ambiente. Neste sentido, uma boa adaptação leva à correção dos comportamentos das pessoas daquela cultura; e uma má adaptação leva à correção e à evolução em outro sentido;

A cultura pode também ser vista como algo que parte do inconsciente humano. Tudo o que é cultural está inscrito nele;

Outra visão diz que a cultura é formada pelas formas diversas de cognição que caracterizam diferentes comunidades. Essas formas, e também os indivíduos membros das culturas, têm atitudes comuns.

Fleury, Shinyashiki e Stevanato (1997) complementam a definição de cultura, argumentando que a mesma se trata de um processo dinâmico, pois pode ser transmitida, aprendida e mudada. E mais: está relacionada a uma unidade social, o que, como já havia sido observado por Prestes e Motta (1997), não restringe o fenômeno a países, reiterando o fato de poder ser, também, uma variável do ambiente interno de organizações. A cultura organizacional, por sua vez, consiste, para esses autores, em pressupostos básicos de ação de um grupo, que são repassados a novos membros a partir do momento em que passam a integrá-lo. Pode ser aprendida por meio de artefatos visíveis – que seriam produtos, *layouts* e comportamentos –, valores – sendo que os aparentes são diferentes daqueles que estão em uso – e pressupostos básicos – que são a forma inconsciente como os membros percebem, pensam e sentem sobre uma determinada questão.

Seguindo a mesma linha, Freitas (1997) argumenta que o bom entendimento das organizações brasileiras passa, necessariamente, por um bom entendimento da cultura brasileira. No entanto, o autor argumenta que a compreensão desta é uma atividade complexa, tamanha é a sua heterogeneidade.

Ainda sim, explica, há entre os brasileiros pressupostos básicos que são utilizados por eles, para enxergar a si mesmos e a outros, como brasileiros. Esses pressupostos, denominados pelo autor de "traços brasileiros", fazem parte do inconsciente das pessoas nacionais deste país, sendo uns mais visíveis do que outros, e todos os brasileiros sabem percebê-los e senti-los. Freitas (1997) explica que a cultura brasileira foi formada principalmente por três traços, o indígena, o negro africano e o português. Dentre os três, o de maior peso, segundo o autor, é o português, visto que toda a base social foi formada a partir dele, tendo os outros dois exercido apenas uma menor influência.

Desta forma, o autor sumariza algumas características da cultura portuguesa que seriam determinadoras, também, de características da cultura brasileira:

O contato com vários povos e culturas, devido à posição geográfica de Portugal e ao fato deste país ter sido dominado e povoado por diversos povos, dentre eles romanos, germânicos e africanos;

Não há em Portugal hegemonia de classe, raça ou cultura;

Ricos e pobres em Portugal se apresentam com nomes de família semelhantes, o que prova a ausência dessas classes;

As pessoas estão submetidas a uma grande mobilidade social, visto as constantes trocas de famílias e etnias entre os monarcas, nobres e de mais poderosos do país;

O português é, fundamentalmente, um europeu influenciado, em seu modo de agir, pensar e mesmo na sua constituição biológica, pelo mouro africano, que dominou o país durante séculos.

Tendo em vista a problemática da cultura organizacional, Freitas (1997), explica que a influência da mesma nas organizações brasileiras assume maior importância quando são analisados e implantados modelos gerenciais importados, visto que estes trazem, muitas vezes, valores culturais conflitantes com os brasileiros. Podem, assim,

fracassar. No que tange aos valores culturais brasileiros, Freitas (1997) aponta para cinco traços brasileiros que têm mais força como influenciadores da cultura organizacional das empresas deste país. Esses traços estão explicitados no Quadro 1, a seguir:

QUADRO 1
Traços brasileiros influenciadores de culturas organizacionais

Hierarquia	<ul style="list-style-type: none"> • Tendência à centralização de poder dentro dos grupos sociais; • Distanciamento nas relações entre diferentes grupos sociais; • Passividade e aceitação dos grupos inferiores;
Personalismo	<ul style="list-style-type: none"> • Sociedade baseada em relações pessoais; • Busca de proximidade afeto nas relações; • Paternalismo: domínio moral e econômico;
Malandragem	<ul style="list-style-type: none"> • Flexibilidade e adaptabilidade como meio de navegação social; • "Jeitinho";
Sensualismo	<ul style="list-style-type: none"> • Gosto exótico nas relações sociais;
Aventureiro	<ul style="list-style-type: none"> • Mais sonhador do que disciplinado; • Tendência à aversão ao trabalho manual ou metódico.

Fonte: Adaptado de FREITAS, 1997.

O conceito de informação

Embora este pareça um conceito relativamente simples, a definição precisa do que seria informação não é consensual dentro da literatura da área de Ciência da Informação. De acordo com Felix (2003) e O'Brien (2001), existem diferenças entre dados, informação e conhecimento, sendo que:

Dados são descrições brutas, sem contexto, de uma determinada situação, fato ou evento, que, vistos em sua forma original, não possuem sentido (FELIX, 2003; O'BRIEN, 2001).

Informações são dados contextualizados. Ou seja, apresentam os dados e suas características, sendo que estas devem proporcioná-lo algum sentido. Outra característica importante da informação é o fato de que sua contextualização é feita por seres humanos, com base em seu raciocínio.

Logo, é o homem que transforma um dado em uma informação (FELIX, 2003; O'BRIEN, 2001).

Conhecimento, por fim, é um termo que se refere às informações absorvidas pelos seres humanos. Pressupõe que as informações não apresentam razão de ser, se não forem absorvidas pelas pessoas, para poderem ser usadas. E quando isso ocorre, deixam de ser informações, tornando-se conhecimento para quem as absorve (FELIX, 2003; O'BRIEN, 2001).

Davenport (1998), por sua vez, concorda que existem diferenças entre dados, informação e conhecimento. No entanto, esse autor argumenta que as definições colocadas acima não são precisas, pois "informação é um termo que envolve todos os três [conceitos], além de servir como conexão entre os dados brutos e o conhecimento que se pode eventualmente obter" (DAVENPORT,

1998, p. 18). O autor explica que não é uma tarefa simples fazer a distinção, na prática, entre dados, informação e conhecimento, podendo-se, no máximo, pensar-se em um processo composto pelos três conceitos. Todavia, Davenport (1998) explica que definir cada conceito pode facilitar o trabalho de uma organização, proporcionando um ponto de partida útil para o mesmo. Assim, esse autor define dado como “simples observações sobre o estado do mundo”; informação, como “dados dotados de relevância e propósito”; e, conhecimento, como a “informação valiosa da mente humana, [que] inclui reflexão, síntese [e] contexto” (DAVENPORT, 1998, p. 18). Aprofundando-se na conceituação de conhecimento, Choo (2003) argumenta que o mesmo abrange um conjunto de informações já foram assimiladas pelos seres humanos. E acrescenta que o resultado do uso das informações é uma mudança no estado de conhecimento do indivíduo ou de sua capacidade de agir.

Comportamento informacional

De acordo com Davenport (1998), comportamento informacional é, em linhas gerais, a maneira como as pessoas lidam com a informação. Ou seja, o modo como buscam, coletam, usam, alteram, trocam, acumulam e, também, ignoram as informações. Por isto, segundo o mesmo autor, ao se administrar o comportamento informacional de uma organização, procura-se melhorar a eficácia geral do comportamento ligado à informação, usando de uma ação combinada. A noção de comportamento informacional, se ampliada, leva àquela de cultura informacional, que envolve o comportamento das pessoas como um todo, no que tange à informação. Logo, como seria o pressuposto de qualquer cultura, pode haver culturas informacionais mais abertas ou fechadas do que outras, mais amplas ou restritas, mais voltadas para decisões baseadas em fatos ou em empirismo, etc.. Na prática, pode-se conceber que o sucesso das ações ligadas à informação de uma

organização, ou grupo, será maior ou menor de acordo com a configuração de sua cultura informacional.

Para Davenport (1998, p. 111) “nenhuma organização se sobressai devido a seu comportamento na administração das informações”. Todavia, o mesmo autor argumenta que um conjunto de informações, por vezes grandioso, perpassa a rotina dos colaboradores de todas as organizações, sendo que a administração dos mesmos, com relação a seu comportamento informacional, pode, sim, impactar nos resultados das organizações. Como exemplo, pode-se pensar na utilização de um sistema de processamento de dados, com múltiplas possibilidades de coleta, acúmulo e troca de informações. Ora, se o comportamento informacional dos usuários deste sistema for contrário a qualquer uma dessas atividades, o sistema será subutilizado, não gerando todos os resultados esperados.

Seguindo essa mesma linha, Prakken (2004) aponta que a margem de sucesso de sistemas de informação tende a ser muito baixa, chegando a taxas de apenas 2% em alguns casos investigados. De acordo com esse mesmo autor, as variáveis críticas que determinam o sucesso da implantação de um sistema de informações incluem, dentre outras, os espaços na percepção de necessidades entre os usuários do sistema e a equipe de tecnologia de informação que o instala e, também, a estrutura de poder de uma organização. Essas são variáveis da cultura informacional de uma organização, expressas no comportamento de seus colaboradores. Davenport (1998) completa que, em uma perspectiva gerencial, é o uso e a troca das informações, e não sua mera existência, que permite aos gerentes desfrutarem dos benefícios advindos de sua posse.

Assim, pode-se concluir que a coleta, a alteração e o acúmulo de informações de nada serão úteis, caso as mesmas não sejam utilizadas e, ou, trocadas. Por isto, Davenport (1998) afirma que comportamentos de compartilhamento, adminis-

ESTRATÉGIA PARA A GESTÃO DA INFORMAÇÃO NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA DO GOVERNO BRASILEIRO

tração da sobrecarga de informações e redução de significados múltiplos devem ser trabalhados, de modo a criar comportamentos informacionais saudáveis para toda a organização.

Gestão da informação

A atividade de gestão, ou de gerenciamento, segundo a literatura da administração, em última análise, consiste na divisão do trabalho em forma de processo, e consequente organização racional do mesmo. Assim, quando se fala na gestão da informação, ou do conhecimento, fala-se no gerenciamento do processo de trabalho com a informação e com o conhecimento.

A conceituação do que seria a gestão da informação, para Davenport (1998), segue esta

mesma linha. Segundo o autor, a gestão da informação se trata “de um conjunto estruturado de atividades que incluem o modo como as empresas [(ou organizações de uma forma geral)] obtêm, distribuem e usam a informação” (DAVENPORT, 1998, p. 173). Por se tratar da gestão de um processo, faz-se imprescindível a figura do administrador, que é responsável pelo gerenciamento de todas as atividades ligadas à informação. Davenport (1998) argumenta que tais atividades podem variar entre as organizações, sendo, portanto, necessária a definição das práticas gerais ligadas à informação na organização. O autor sugere um processo genérico, que está resumido no Quadro 2 abaixo:

QUADRO 2
Processo de gestão da informação

	Passos	Atividades
1º	Determinação das exigências de informação	Implícita em identificar as necessidades informacionais necessárias para que a organização funcione dentro do que foi planejado.
2º	Obtenção da informação	A partir do momento em que já se sabe quais informações são necessárias, deve-se buscá-las. Este processo deve funcionar de forma contínua. Envolve exploração do ambiente informacional, classificação da informação e formatação e estruturação das informações.
3º	Distribuição da informação	Esta atividade está ligada ao modo como a informação é formatada. Envolve a ligação dos gestores e dos funcionários com as informações de que necessitam.
4º	Utilização da informação	Etapas final do processo, que implica, em última análise, que a informação exigida, obtida e distribuída deve, finalmente, ser utilizada. Caso isto não aconteça, todo o processo perde sua validade.

Fonte: Adaptado de DAVENPORT, 1998.

Por fim, o autor argumenta que, como todo processo gerencial, a gestão da informação deve ser direcionada ao cliente, ou ao público-alvo do processo informacional em questão.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa exploratória, visto que não há trabalhos anteriores realizados sobre o mesmo assunto. Sendo assim, fez-se necessário coletar os dados com profundidade, para então se alcançar resultados mais confiáveis. Por isso, definiu-se que a coleta de dados seria realizada em diferentes unidades do programa, com base em entrevistas semi-estruturadas com dirigentes do PSF, questionários fechados aplicados aos diferentes membros das equipes, e observação direta de seu trabalho.

Pretendeu-se, com as entrevistas semi-estruturadas, entender aspectos mais profundos da cultura organizacional e da gestão do PSF. Segundo Fleury, Shinyashiki e Stevanato (1997), métodos qualitativos de pesquisa, como as entrevistas semi-estruturadas, têm a vantagem de fornecer dados mais consistentes com a "visão do nativo" da cultura pesquisada, ou seja, do membro do PSF, revelando aspectos mais complexos do fenômeno social estudado e sendo menos manipuláveis pelos pesquisadores, dentre outros. Por outro lado, os autores apontam que existem pontos fracos nesta metodologia, principalmente os relativos ao tempo necessário para a realização e interpretação da pesquisa, que é muito extenso.

Os questionários fechados, tais como a entrevista semi-estruturada, servem ao propósito de se levantar a "visão do nativo" da cultura pesquisada e, por sua vez, ajudam a fazer comparações entre os dados levantados, visto que seu uso constitui um método quantitativo (FLEURY; SHINYASHIKI; STEVANATO, 1997). Tendo em vista que foram aplicados aos diferentes membros dos PSF, serviram, também, ao propósito de se verificar se as entrevistas semi-estruturadas ofereciam resultados acurados.

Finalmente, a observação direta, que foi combinada a questionamentos sobre eventuais dúvidas, permitiu preencher lacunas porventura não cobertas pelos outros dois métodos. Duncan

(1986), citado por Fleury, Shinyashiki e Stevanato (1997), explica que a triangulação de métodos, ou seja, a utilização de diferentes métodos de coleta, permite a compensação da fraqueza de um método por outro. Dentro desta mesma linha, conduziram-se discussões, sobre a problemática, com os diferentes membros dos PSF das unidades pesquisadas. Entende-se que a utilização de todos esses procedimentos foi suficiente para explorar a problemática, com a profundidade pretendida.

Por fim, resta explicitar quais foram as unidades de pesquisa, sobre as quais se aplicaram os três métodos de coleta discutidos. Tendo em vista a limitação do tempo inerente aos métodos qualitativos (questionário semi-estruturado e observação direta), optou-se por realizar a pesquisa com três PSF diferentes, em três cidades diferentes do estado de Minas Gerais, São João Del Rey, João Monlevade e Divinópolis. O critério de escolha destes municípios foi intencional, em função da distância geográfica da capital do estado, Belo Horizonte. A triangulação de métodos proposta ofereceu os elementos necessários para que se compreendesse o comportamento de cada gestão de uma forma mais holística. A comparação dos resultados encontrados nos três municípios, por sua vez, permitiu produzir considerações mais genéricas sobre a gestão dos PSF de uma forma geral.

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

O PSF, visto de forma generalizada, pode ser entendido como um amplo programa social governamental, que se espalha pelas mais diferentes localidades do país e que é moldado de forma única e característica, em cada uma delas, pois assume, em seu escopo, traços culturais característicos de cada localidade, passando a funcionar influenciado pelos mesmos. Todavia, de acordo com os dados coletados, pôde-se constatar que muitas das características do programa não se alte-

ram entre as cidades, resultando, assim, no que pode ser chamado de uma cultura própria do PSF. Esta apresenta traços fortes de hierarquização do trabalho, o que pode ser atribuído ao fato de se tratar de um programa governamental, planejado, implementado e conduzido por funcionários do governo.

Via de regra, o trabalho do PSF é desenvolvido de acordo com um planejamento resultante de diagnóstico realizado nos diferentes municípios onde se encontra, em que as regiões de risco, nas quais o programa deve atuar, são mapeadas e determinadas. Estas regiões podem ser entendidas como localidades dos municípios onde há carência de recursos e níveis altos de problemas ligados à saúde, necessitando, assim, de intervenções por parte do governo. Este mapeamento de regiões, inicialmente independe do PSF, que será estruturado e instalado posteriormente nas localidades em que os órgãos decisores municipais optarem por alocá-los. O trabalho, no entanto, não deve terminar com a simples cobertura de regiões de risco, mas se estender a todas as localidades dos municípios, o que se espera que aconteça ao longo do tempo.

Tendo sido o PSF instalado em uma determinada região, começa o trabalho dos ACS, que passam na casa de todas as famílias daquela localidade (clientes do programa), recolhendo vários dados. Alguns deles estão determinados nas fichas do SIAB; outros, demandados pelos gestores locais do programa, ou seja, pelas pessoas encarregadas pela coordenação do programa em cada região. Estas pessoas se encontram no endereço físico em que o PSF está instalado, que é chamado de unidade de PSF. Cada unidade pode contar com o trabalho de várias equipes de PSF, cada uma cobrindo uma determinada região. Os dados recolhidos pelos ACS, que se encaixam nos formulários do SIAB, são encaminhados para os digitadores do sistema, localizados junto às coordenações municipais do programa. Nenhum trabalho de digitação de dados do SIAB é realizado nas

unidades, o que resulta em grande lentidão do trabalho como um todo. Na prática, quando um relatório é emitido, no SIAB, sobre a situação de uma determinada região coberta pelo PSF, essa situação já sofreu alterações.

Dentro de cada equipe de PSF, os ACS formam, como um todo, um time à parte. Existem, na verdade, vários ACS dentro de uma mesma equipe, todos fazendo o mesmo trabalho, cada um em uma micro-região diferente, dentro da região de ação do PSF. Este trabalho consiste, basicamente, em (1) visitar as famílias atendidas pelo PSF; (2) recolher informações das mesmas; (3) acompanhar a evolução de tratamentos e da situação da saúde da família visitada, da forma como é determinado pelo enfermeiro da equipe; (4) reportar todas as informações ao enfermeiro; (5) enviar para o digitador do SIAB as fichas preenchidas; e (6) conferir as próprias fichas de acordo com as informações já digitadas no SIAB, que constam em seus relatórios. Estas tarefas podem ser consideradas simples, de um ponto de vista gerencial. Contudo, carecem de melhor organização, pois várias decisões ligadas à forma como devem ser desempenhadas são deixadas por conta dos próprios ACS, o que resulta em um baixo nível de coordenação e falta de controle.

O trabalho dos ACS acaba, normalmente, onde começa o trabalho do enfermeiro, ou do médico, ou do dentista. Ambos são os principais clientes das informações coletadas pelos ACS, no nível da unidade de PSF, sendo que os enfermeiros podem ser vistos, também, como os chefes dos ACS. São eles que coordenam as atividades desses e que se reúnem com os mesmos para ouvir os relatos das visitas realizadas e, a partir destes, determinar formas de abordagens das famílias, que devem ser seguidas pelos ACS. Mais adiante, os enfermeiros são também responsáveis por atender pacientes nas unidades de PSF e por realizar alguns procedimentos clínicos. Tais procedimentos são relatados no prontuário do paciente. Trata-se de uma ficha clínica, preenchida também

pelos médicos. Esta, no entanto, não pode ser considerada completa se forem consideradas todas as informações sobre a família contidas no PSF, pois não contempla as informações coletadas pelos ACS durante suas visitas. Isto pode ser visto como uma situação bastante crítica, pois os ACS coletam várias informações sobre a saúde dos pacientes que deveriam chegar até os médicos e enfermeiros e que deveriam estar ao seu alcance no momento do atendimento dos pacientes. Via de regra, tais informações não chegam ao seu destino por vias formais, dependendo, para tanto, de que haja diálogos contínuos sobre todos os pacientes, entre os médicos, enfermeiros e ACS, o que tende a se tornar impraticável quando o número de famílias atendidas é alto. Mais adiante, ainda que fosse possível haver diálogos sobre todos os pacientes, nada implicaria que os médicos ou enfermeiros se lembressem, no momento da consulta, de todos os detalhes conversados, ou que fizessem a transcrição das conversas para as fichas. Sendo assim, essa forma de trabalho não garante o aproveitamento e uso de todas as informações coletadas pelos ACS. Uma solução simples para este problema seria o arquivamento de todas as observações dos ACS junto ao prontuário.

É importante relatar um pouco mais sobre o trabalho dos médicos e dentistas no PSF. Por sua vez, esses atuam como se fossem prestadores de serviços terceirizados, recebendo os pacientes encaminhados aos postos e os atendendo conforme o necessário. Do ponto de vista da equipe, não importa quem seja o médico ou dentista do PSF, pois seu envolvimento profissional com a mesma não se aprofunda mais do que estar presente na unidade durante o expediente de atendimentos. Quanto aos outros profissionais que atuam nas equipes de PSF, os auxiliares de enfermagem e demais assistentes, suas funções não requerem atenção especial neste trabalho, pois não influenciam o fluxo ou sistema de uso de informações em grandes níveis. Finalmente, quanto à importância dos profissionais, foi apontado pelos coordenadores de PSF que os profissionais mais importantes dentro da equipe são os ACS e os enfermeiros, pois são eles que de fato possibilitam que todo o trabalho do PSF seja realizado. O Quadro 3 abaixo sintetiza os dados coletados sobre o trabalho dos profissionais do PSF, sendo estes agrupados por função e relativos a seu comportamento informacional.

ESTRATÉGIA PARA A GESTÃO DA INFORMAÇÃO NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA DO GOVERNO BRASILEIRO

QUADRO 3
Comportamento informacional dos profissionais do PSF

	Informações utilizadas no trabalho	Quem repassa as informações	Informações coletadas	Informações necessárias não coletadas	Local de armazenagem das informações coletadas
Agente comunitário de saúde	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Nomes dos membros das famílias visitadas <input type="radio"/> Endereços das famílias visitadas <input type="radio"/> Dados gerais das famílias visitadas <input type="radio"/> Mapa de visitas <input type="radio"/> Fichas do SIAB <input type="radio"/> Ficha individual do ACS <input type="radio"/> Cartão espelho <input type="radio"/> Horário das visitas <input type="radio"/> Controle de medicações utilizadas <input type="radio"/> Normas técnicas do PSF 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Médico / Dentista <input type="radio"/> Enfermeiro <input type="radio"/> Operador do SIAB <input type="radio"/> Auxiliar de enfermagem / de consultório <input type="radio"/> Coleta pessoal <input type="radio"/> Outros ACS 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Dados pessoais e familiares <input type="radio"/> Novos cadastros de famílias <input type="radio"/> Situação sócio-econômica (moradia) <input type="radio"/> Novas gestantes <input type="radio"/> Novos óbitos <input type="radio"/> Crianças recém nascidas <input type="radio"/> Necessidades das famílias <input type="radio"/> Problemas de saúde das famílias <input type="radio"/> Problemas sociais das famílias <input type="radio"/> Problemas gerais das famílias <input type="radio"/> Problemas da micro-área <input type="radio"/> Desemprego nas famílias <input type="radio"/> Crianças fora da escola <input type="radio"/> Vacinação <input type="radio"/> Medicação alterada <input type="radio"/> Mudança de algum membro da família <input type="radio"/> Situação conjugal <input type="radio"/> Higiene familiar <input type="radio"/> Problemas apontados pelas associações de bairro <input type="radio"/> Hospitalização <input type="radio"/> Doenças referidas <input type="radio"/> Saneamento básico 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Doenças não citadas nas fichas do SIAB 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Fichas do SIAB <input type="radio"/> Papéis soltos <input type="radio"/> Memória <input type="radio"/> Computador <input type="radio"/> Arquivos <input type="radio"/> Envelope <input type="radio"/> Cadernos <input type="radio"/> Pastas
Enfermeiro	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Nome dos membros das famílias <input type="radio"/> Endereço das famílias <input type="radio"/> Mapa das visitas <input type="radio"/> Horário das visitas <input type="radio"/> Normas técnicas do PSF <input type="radio"/> Prontuários <input type="radio"/> Cartão da criança 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Médico <input type="radio"/> Dentista <input type="radio"/> Auxiliares <input type="radio"/> ACS <input type="radio"/> Coordenador do PSF <input type="radio"/> Coleta pessoal <input type="radio"/> Operador do SIAB <input type="radio"/> Outras pessoas da comunidade 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Histórico do paciente/família <input type="radio"/> Dados sociais <input type="radio"/> Saúde do paciente <input type="radio"/> Queixas <input type="radio"/> Doenças de notificação compulsória <input type="radio"/> Problemas gerais das famílias visitadas 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Profissão/ocupação <input type="radio"/> Valores de renda per capita <input type="radio"/> Histórico de doenças familiares <input type="radio"/> Histórico individual de doenças que já foram tratadas (ex: Hanseníase) 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> SIAB <input type="radio"/> Arquivo <input type="radio"/> Memória <input type="radio"/> Prontuário <input type="radio"/> Mantém informações junto consigo, caso o paciente peça sigilo
Médico/dentista	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Nome dos membros das famílias <input type="radio"/> Endereço das famílias <input type="radio"/> Mapa das visitas <input type="radio"/> Horário das visitas <input type="radio"/> Normas técnicas do PSF 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> ACS <input type="radio"/> Enfermeiro <input type="radio"/> Auxiliar de enfermagem 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Dados do prontuário 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Todos os outros dados presentes nas fichas do SIAB e sobre as ações executadas por outras pessoas 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Papéis soltos <input type="radio"/> Memória <input type="radio"/> Prontuário das famílias <input type="radio"/> Cartões individuais dos pacientes
Operador do SIAB	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Normas técnicas do PSF <input type="radio"/> Relatórios do SIAB <input type="radio"/> Série histórica dos dados 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> ACS <input type="radio"/> Coordenador do PSF <input type="radio"/> Médico / Dentista <input type="radio"/> Enfermeiro 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Cadastro de famílias <input type="radio"/> Dados pessoais <input type="radio"/> Dados sociais 	-	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> SIAB <input type="radio"/> Memória
Coordenador do PSF	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Fichas e relatórios do SIAB <input type="radio"/> Dados de outros sistemas da saúde pública <input type="radio"/> Dados de produção <input type="radio"/> Diagnósticos <input type="radio"/> Indicadores 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Médico / dentista <input type="radio"/> Enfermeiro <input type="radio"/> Operador do SIAB <input type="radio"/> ACS <input type="radio"/> Divisão de controle e avaliação <input type="radio"/> Órgãos municipais 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Dados das equipes de PSF, como produção, marcadores, situação de moradia das famílias atendidas 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Dados que não são rotineiramente levantados 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> SIAB <input type="radio"/> Arquivo <input type="radio"/> Planilhas do Excel <input type="radio"/> Computador

Fonte: Dados da pesquisa.

É possível se retirar várias informações do Quadro 3. Há claramente um desperdício de esforços nos municípios, como dados que circulam no PSF por meio de papel ou boca-a-boca, incorrendo em riscos de perdas ou negligência de informações valiosas no processo. Isto não ocorria se houvesse um sistema de informações dotado de banco de dados, instalado na unidade de PSF, a que os profissionais pudessem ter acesso para pesquisar todas as informações de que necessitassem. Mais adiante, outros problemas relacionados à saúde ainda poderiam ser resolvidos se tal sistema apresentasse informações importantes para os diferentes profissionais, sem que os mesmos demandassem pelas mesmas. Os dados que devem circular nas equipes existem dentro das unidades de PSF, ou pelo menos são relativamente fáceis de serem conseguidos, visto que os ACS visitam todas as famílias existentes na região de atuação de sua equipe. Logo, há possibilidades de que uma grande quantidade de dados sobre a saúde das famílias seja conseguida e compartilhada com os profissionais que demandam pelos mesmos, desde que exista um meio eficaz para que isto ocorra.

O Quadro 3 apresenta ainda várias outras informações importantes sobre o comportamento informacional do PSF. É ampla e variada a necessidade por informações. Pensando-se nas atividades executadas dentro das unidades, percebe-se que os médicos, dentistas e enfermeiros, principais usuários das informações, apresentam várias demandas, todas passíveis de serem atendidas pelo trabalho dos ACS. Contudo, nem todas essas demandas são atendidas, pois não há, na forma de trabalho do PSF, mecanismos que facilitem o caminho das informações entre os ACS e os outros profissionais. De uma forma prática, pode-se desenhar o fluxo de informações da seguinte forma:

1. ACS coletam dados da comunidade durante suas visitas às famílias;

2. ACS repassam parte dos dados coletados para seus arquivos e fichas – há dados que não são armazenados nos arquivos ou fichas, pois não há nessas um local para que isto seja feito. Parte desses se perde e outra parte fica armazenada na memória dos ACS;

3. ACS levam dados para reuniões de equipe, em que todos os membros participam, sem que haja, no entanto, obrigatoriedade da presença dos médicos e auxiliares;

4. Alguns casos, vistos a partir dos dados e observações dos ACS – assim configurados como informações, considerados graves pela equipe, são discutidos na reunião, e recomendações são passadas aos ACS;

5. As fichas preenchidas pelos ACS são encaminhadas para o digitador do SIAB, que alimenta o sistema e emite seus relatórios;

6. Os relatórios são encaminhados ao coordenador do PSF;

7. De posse dos relatórios, a coordenação produz diversos indicadores sobre o programa no município, sendo os mesmos de natureza sócio-sanitária e determinados pelas normas governamentais que regem o PSF.

8. Relatórios são enviados de volta às unidades de PSF e a outros atores interessados;

9. Dados dos relatórios são discutidos nas reuniões de equipe;

10. ACS utilizam dados dos relatórios para atualizar suas próprias fichas.

Esse fluxo retrata bem o caminho da informação no PSF, sendo também suficiente para se perceber que a mesma serve a diferentes propósitos, em dois diferentes níveis. Dentro da unidade, como já foi exposto, o médico, o dentista e o enfermeiro fazem uso das informações coletadas para realizar suas funções clínicas. Muitas vezes, esses profissionais não utilizam todas as informações coletadas, ou deixam de utilizar informações importantes, por falhas, já discutidas, no sistema. Todavia, as informações parecem seguir um fluxo

claro, com destino e utilidade certos. Os dados que saem da unidade, por meio das fichas que vão alimentar o SIAB, por sua vez servem a outros propósitos, pois o SIAB não contempla os dados e informações necessárias para a realização dos procedimentos clínicos dentro das unidades de PSF – além de estar, normalmente, desatualizado. Por outro lado, os dados são úteis para a geração de relatórios do SIAB que, do ponto de vista da coordenação, buscam resumir a situação de saúde das regiões atendidas pelo programa. Tal objetivo, todavia, não é alcançado pelos dados contemplados pelo SIAB. Não é possível, dessa forma, que apresente um quadro claro da situação de saúde das regiões atendidas pelo PSF, não servindo, assim, a propósitos de monitoramento, avaliação ou planejamento de políticas relativas à saúde da família nessas regiões.

Assim, pode-se entender, sinteticamente, que há dentro do PSF duas necessidades de informações: aquela da coordenação do programa e do SIAB, e aquela da unidade de PSF. A primeira é atendida totalmente, visto que o SIAB é alimentado com todos os dados de que carece e as decisões da coordenação são tomadas com base em seus relatórios; mas a segunda corre riscos de não ser surpresa, visto que não existem instrumentos objetivos planejados para que isso ocorra. A solução para tal problema é, finalmente, elaborar novos instrumentos de coleta de dados, pensados de forma a contemplar todos os dados possíveis de serem encontrados nas comunidades e, a partir disto, mecanismos eficientes e práticos de armazenamento de todos esses dados, formatação, estruturação e distribuição para os membros das equipes de PSF. As informações estruturadas a partir desta metodologia de trabalho seriam, por sua vez, encaminhadas para as coordenações de

PSF, que poderiam contar com mais e melhores informações do que aquelas disponibilizadas pelos relatórios do SIAB, possuindo desta forma, uma visão mais abrangente do que ocorre no município.

Os resultados até aqui apontados revelam uma condição relativa à gestão da informação que pode ser considerada crítica, visto que na verdade não existe um trabalho estruturado de gestão da informação. Os dados coletados revelam, também, não haver um gestor responsável pela administração dos processos que perpassam a informação, ou seja, um gestor da informação. Na verdade, não há um processo definido que envolva as práticas gerenciais ligadas à informação. Além disso, percebe-se que o gerenciamento da informação dentro do PSF tende a variar muito dentre as cidades em que o programa funciona, assim como as partes de seu processo tendem a ser variadas. Não é, assim, possível estabelecer qual é o processo claro da gestão da informação no PSF. É possível, no entanto, baseando-se no modelo de Davenport (1998) e nos dados de pesquisa, sugerir um modelo padrão que, uma vez adotado pelos PSF de cada município, os ajudaria a estruturar melhor seu próprio processo de gestão da informação. Este modelo, por sua vez, deve contar com a utilização de um sistema de informações gerenciais eficiente, com níveis de acesso definidos para os seus usuários, que seriam todos os membros da equipe de PSF e mais a coordenação do programa. O sistema deve, também, ter um banco de dados abrangente, que armazene todas as informações coletadas, novas e antigas, possibilitando a emissão de relatórios sobre a situação atual da saúde e comparativos com situações passadas. O Quadro 4 resume o modelo de gestão da informação idealizado.

QUADRO 4
Modelo de gestão da informação do PSF

Passos	Atividades
1º Determinação das exigências de informação e planejamento de atividades	Toda a equipe de PSF deve se reunir com a coordenação do programa no município e, juntos, devem pensar em todas as informações que são de fato necessárias para que o trabalho do PSF funcione como esperado. Isto envolve, no nível da coordenação, determinação objetiva de quais resultados são esperados da ação do PSF no município- além das demandas governamentais – e, no nível das equipes, que os médicos e enfermeiros explicitem todas as informações que precisam para que possam conduzir da melhor maneira possível todos os tratamentos e procedimentos clínicos realizados pelo PSF. Mais adiante, os ACS devem, também, informar quais são as demandas normalmente encontradas durante seu trabalho, visto que o cliente final do trabalho do PSF é o cidadão atendido pelo programa. Este trabalho não deve ser realizado apenas uma vez na história do PSF, mas, sim, periodicamente, permitindo que seja executado, também, um planejamento das atividades que serão realizadas no próximo período, no que tange à coleta e fluxo de informações do programa no município.
2º Montagem de instrumentos e metodologias de coleta	Deve-se montar instrumentos e metodologias de coleta que abranjam todas as necessidades informacionais identificadas. É importante que os instrumentos e metodologias ao mesmo tempo, facilitem o trabalho dos ACS, responsáveis pela coleta, e agilizem a distribuição da informação, que não deve ser lenta. Além disto, devem ser compatíveis com o sistema de informações gerenciais usado na gestão da informação do PSF. Certamente, alguns aspectos dos instrumentos de coleta serão considerados como obrigatórios dentro do sistema de informações. Este trabalho permitirá, contudo, que tais campos sejam repensados e outros mais idealizados, de forma que o próprio sistema possa ser atualizado dentro das necessidades reais de seus usuários. Quanto às metodologias, devem abranger todo o trabalho de coleta, incluindo tipos de dados, responsável pela coleta, local de coleta, momento/data e hora da coleta, formas de abordagem, etc.. A realização deste passo depende da participação do gestor da informação do PSF, que deve ser apontado pela coordenação do PSF, visto ser este o órgão gestor municipal do programa.
3º Obtenção da informação	Os ACS devem ir a campo coletar a informação, utilizando para tanto os instrumentos e metodologias definidos no segundo passo. Devem ter, para tanto, uma agenda padronizada de visitas e um método de trabalho prédefinido, que será especificado pelas metodologias desenhadas no segundo passo. Nenhuma decisão sobre como ou quando os dados devem ser coletados deve ser deixada por conta dos ACS. Este passo conta também com o trabalho dos outros profissionais das equipes de PSF, que, cada um em sua função específica, podem coletar informações das famílias atendidas pelo PSF e alimentar o sistema, de acordo com as metodologias elaboradas no segundo passo. É importante que a obtenção da informação seja feita por todos os profissionais, para que as informações que circulam em todo o processo estejam sempre atualizadas.
4º Alimentação do banco de dados	Todas as informações coletadas devem ser passadas para o sistema de informações gerenciais, que ficará a cargo de sua estruturação, formatação e distribuição. Na verdade, as informações devem ser automaticamente direcionadas dentro do sistema, para os diferentes níveis de acesso de seus usuários. Este passo deve ser realizado por todos os atores que tenham participado da coleta de informações, cada um em seu nível de acesso específico.
5º Utilização da informação	Nesta etapa, é importante que toda a informação armazenada no sistema seja utilizada por seus usuários. Na verdade, este é o momento em que todo o processo se justifica.
6º Avaliação do processo e feedback da utilização da informação	É importante que o processo seja avaliado pelo gestor da informação, verificando se as atividades de seu escopo foram desempenhadas de forma satisfatória, ponderando sobre todos os passos. O resultado dessa avaliação deve ser levado para a reunião de planejamento, contida no primeiro passo do processo. Além disto, é importante que todos os profissionais que tenham fornecido algum dado ao sistema obtenham feedback de sua utilização, para que tenham uma melhor noção de sua participação neste processo de gestão da informação. Este passo deve ser coordenado pelo gestor da informação.

Fonte: Dados da pesquisa.

O processo descrito acima serviria ao propósito de estruturar todo o trabalho de gestão da informação e tem, por sua vez, duas condições para que seja corretamente implementado. A primeira, que seja suportado por um sistema de informações informatizado, tal como já foi apontado. A segunda, a existência, dentro do PSF, de um gestor da informação. Por sua vez, este deve ter total conhecimento dos detalhes do processo, sendo

responsável por conduzi-lo. Isto implica em que participe do planejamento e implementação das atividades, que controle sua execução e o fluxo de informações pelo processo e, por fim, que conduza sua avaliação. Para tanto, o gestor da informação deve ter uma visão estratégica da atuação do PSF no município, e das expectativas geradas pela população e coordenação do programa. Os dados coletados nesta pesquisa apontam que o

ator mais indicado para desempenhar este papel dentro das equipes seja o enfermeiro do PSF, visto que o mesmo já é apontado pelos ACS como sendo seu chefe, tem um nível escolar mínimo, compatível com o do médico (ensino superior completo), e melhor que o dos demais membros.

O gestor da informação deve, ainda, ser capaz de modificar o sistema. Isto é também imperativo, pois é impossível prever, por exemplo, quais são as futuras legislações que afetarão o trabalho do PSF como um todo, e um sistema rígido, imutável, não se adaptaria. Finalmente, o sistema deverá executar a formatação e estruturação das informações inseridas, possibilitando a troca das mesmas entre os usuários. Seguindo a mesma linha, deve permitir que os médicos e enfermeiros insiram dados em seus próprios níveis de acesso e os classifiquem como sigilosos (tal como os mesmos declararam ser possível ocorrer), impedindo o acesso por outros usuários. Por outro lado, de acordo com os coordenadores de PSF, as informações produzidas pelo programa são públicas. Sendo assim, com exceção dos dados classificados como sigilosos, todos os outros devem ser dispostos de forma a serem impressos em relatórios do sistema e, assim, distribuídos para todos os interessados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Atualmente, segundo relatado pelos coordenadores do PSF, o programa não sofre de falta de informações, pois todos os relatórios e planejamentos são produzidos da forma que deveriam. No entanto, a realidade constatada junto às equipes de PSF aponta para outro lado. Pode-se concluir, portanto, que o programa é carente de informações, e que seus coordenadores não conhecem toda a sua realidade. Pode-se ainda inferir,

disto, que o PSF apresenta dois núcleos gerenciais: um, responsável pela elaboração de políticas de inserção, comunicação externa de dados e financiamento do programa, sendo este a coordenação; e o outro, responsável pela condução das atividades do programa, dentro de seu contexto e realidade, que são dois aspectos do PSF não conhecidos pela coordenação. Este segundo nível é a gerência das equipes, acrescida dos médicos e enfermeiros. A literatura de administração preza pela existência de três níveis organizacionais: o estratégico, o tático, e o operacional. A princípio, é possível imaginar que o PSF esteja dividido nos três níveis, sendo a coordenação e a gerência, respectivamente, os níveis estratégico e tático; os ACS e auxiliares compõem o nível operacional. No entanto, do ponto de vista do processo da informação atual, há uma distância maior, entre o nível da coordenação e o da gerência, do que a que deveria existir entre o nível estratégico e tático em uma organização. Na prática, no que tange ao processo da gestão da informação, a coordenação desempenha um papel de cliente que recebe um produto personalizado; no caso, a informação que é repassada pelas equipes. E a gerência das equipes desempenha o papel de gestora estratégica da informação, trazendo para si os atributos da função. Finalmente, esta é a principal justificativa para que, no processo idealizado, o gestor da informação saia de dentro da equipe, e não da coordenação. Ainda sim, é imperativo que a coordenação do PSF desempenhe um papel mais importante no que tange ao processo da informação do programa, visto que, finalmente, trata-se do principal órgão gestor do PSF, nos municípios em que está instalado. ➤

Recebido em: jun. 2007 · Aprovado em: dez. 2007

Guilherme Dantas Nogueira

Pesquisador em Gestão da Informação
Secretaria de Estado de Ciência, Tecnologia e Ensino Superior de
Minas Gerais
Rua Johnson, 105/202 – União – Belo Horizonte – MG,
CEP 31170-650
Telefone: (31) 3486-8062
e-mail: guitrincon@hotmail.com

Jorge Tadeu de Ramos Neves

Professor; Doutor em Engenharia Industrial e Gestão da Inovação
Tecnológica (FRANÇA, 1992)
Universidade Federal de Minas Gerais
Endereço: Rua Chicago 337, Apto.71, Belo Horizonte - MG,
CEP: 30315-520
Telefone: (31) 3285-1674 ou (31) 8895-0785
e-mail: jtrneves@ufmg.br

REFERÊNCIAS

BARBOSA, L. Cultura administrativa: uma nova perspectiva das relações entre antropologia e administração. **RAE Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 36, n. 4, p. 6-19, 1996.

CHOO, C. **A organização do conhecimento: como as organizações usam a informação para criar significado, construir conhecimento e tomar decisões**. São Paulo: Editora Senac, 2003.

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

FLEURY, M.; SHINYASHIKI, G.; STEVANATO, L. Arqueologia teórica e dilemas metodológicos dos estudos sobre cultura organizacional. In: MOTTA, F.; CALDAS, M. **Cultura organizacional e cultura brasileira**. São Paulo: Atlas, 1997. p. 273-292.

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Atenção básica**. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/conhecadab.php>>. Acesso em: 15 jun. 2006.

Departamento de Atenção Básica. **Saúde da Família**. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php#equipes>>. Acesso em: 15 jun. 2006.

FELIX, W. **Introdução à gestão da informação**. Campinas: Alínea, 2003.

FREITAS, A. Traços brasileiros para uma análise organizacional. In: PRESTES MOTTA, Fernando C.; CALDAS, Miguel P. **Cultura Organizacional e Cultura Brasileira**. São Paulo: Atlas, 1997. p. 38-54.

GATTES, B. **A empresa na velocidade do pensamento: com um sistema nervoso digital**. São Paulo: Companhia das Letras, 1999.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa**

Saúde da Família. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=149>. Acesso em: 15 jun. 2006.

O'BRIEN, James A. **Sistemas de informação e as decisões gerenciais na era da internet**. São Paulo: Saraiva, 2001.

PRAKKEN, B. Uncertainty, Information, and (Re)Organization. **The Information Society**, Oxfordshire, v. 20, Issue 1, p. 53-57, Jan./Mar. 2004.

PRESTES MOTTA, Fernando C.; CALDAS, Miguel P. **Cultura Organizacional e Cultura Brasileira**. São Paulo: Atlas, 1997.

SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE – COORDENAÇÃO DE SAÚDE DA COMUNIDADE. **SIAB: Manual do sistema de informação da atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.