

ANGELA MARIA DA ROCHA MONTENEGRO

**A GESTÃO DE SAÚDE E INFORMAÇÃO NA
IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA BOLSA
ALIMENTAÇÃO DO MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DOS
CAMPOS: estudo de caso da Secretaria
Municipal de Saúde**

**Taubaté
2004**

ANGELA MARIA DA ROCHA MONTENEGRO

**A GESTÃO DE SAÚDE E INFORMAÇÃO NA
IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA BOLSA
ALIMENTAÇÃO DO MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DOS
CAMPOS: estudo de caso da Secretaria
Municipal de Saúde**

Dissertação apresentada como requisito para obtenção do Título de Mestre pelo curso de Mestrado em Gestão e Desenvolvimento Regional do Departamento de Economia, Contabilidade e Administração da Universidade de Taubaté.

Área de Concentração: Planejamento e Desenvolvimento Regional

Orientador: Prof. Dr. José Rogério Lopes

**Taubaté
2004**

Montenegro, Angela Maria da Rocha

M783 A Gestão de Saúde Informação na Implementação do Programa Bolsa Alimentação do Município de São José dos Campos: estudo de caso da Secretaria Municipal de Saúde. Ângela Maria da Rocha Montenegro. Taubaté, (SP): UNITAU, 2004.
194p. il.

Orientador: Prof. Dr. José Rogério Lopes.

Dissertação (Mestrado em Gestão e Desenvolvimento Regional) -Universidade de Taubaté.

1. Saúde pública. 2. Políticas públicas em saúde. 3. Programa Bolsa Alimentação. 4. Saúde – Dissertação - Mestrado. I.Título. II. Lopes, José Rogério.

CDD 362.10981

ANGELA MARIA DA ROCHA MONTENEGRO

A GESTÃO DE DOCUMENTOS NA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA: ESTUDO DE CASO
DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

1.1 UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ, SP

1.1.1 Data: _____

Resultado: _____

COMISSÃO JULGADORA

Prof. Dr. _____

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Assinatura: _____

Dedico este trabalho à minha mãe,
por ter sempre dado o exemplo de
honestidade e luta.

Aos meus filhos, Luciane, Leonardo,
Carolina e Antero

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar agradeço a Deus, por ter me dado forças e estado comigo em todos os momentos através da minha fé, pois sem ela eu jamais teria conseguido.

À Antônia, minha irmã e amiga, que muito contribuiu para que esse sonho se concretizasse.

Aos meus filhos, Leo, Lú, Carol e Teo por abdicarem da minha presença com carinho e paciência, no decorrer do desenvolvimento deste trabalho.

A Bibi e ao Lú, por ter amparado meus filhos nos momentos mais difíceis desta minha caminhada.

Ao Dr. Fábio Bedaque, por me ouvir e sempre me amparar nos momentos de dificuldades.

Ao Pierre, meu companheiro e amigo que, com seu carinho e compreensão, esteve sempre ao meu lado, incentivando-me a seguir em frente, não medindo esforços para me ajudar.

A Prof. Dra. Edna Chamon, por me ensinar a confiar na minha capacidade e mostrado-me o caminho.

E ao meu orientador, Prof. Dr. José Rogério, que com a sua tranquilidade me mostrou que o segredo da vida é sonhar, acreditar e lutar pelos nossos sonhos transformando-os em realidade.

A Alda, secretária do curso, pela paciência, e pelo carinho que sempre nos atendeu.

E a todos que participaram da pesquisa e que, com paciência, deixaram seus afazeres para contribuir para a realização deste estudo, incentivando-me.

E, finalmente, a todos que contribuíram de alguma forma para a realização deste sonho.

Agradeço aos trabalhadores da rede de saúde, que construíram a realidade do estudo e a eles dedico um poema de Cecília Meireles:

*"Ando à procura de espaço
para o desenho da vida.
Em números me embaraço
e perco sempre a medida.
Se penso encontrar saída,
em vez de abrir compasso,
Protejo-me com um abraço
e gero uma despedida.*

Se volto sobre o meu passo,

*é já distância perdida.
Meu coração, coisa de aço,
começa a achar um cansaço
esta procura de espaço
para o desenho da vida.
Já por exausta e descrida
não me animo a um breve traço:
saúdosa do que faço,
do que faço, arrependida".
"porque a vida, a vida, a vida,
a vida só é possível
reinventada."*

Cecília Meireles (1984, p.32 e p.49)

SUMÁRIO

RESUMO.....	.08
ABSTRACT.....	.09
LISTA DE TABELAS.....	.10
LISTA DE FIGURAS.....	.11
LISTA DE GRÁFICOS.....	.12
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS.....	.13
1 INTRODUÇÃO.....	.16
1.1 Objetivos.....	.21
1.1.1 Objetivo geral.....	.21
1.1.2 Objetivos específicos.....	.21
1.2 Delimitação do Estudo.....	.22
1.3 Relevância do Estudo.....	.23
1.4 Estrutura do Trabalho.....	.24
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	.27
2.1 Gestão da Informação e Políticas de Saúde.....	.30
2.1.1 Informação em Saúde.....	.36
2.2 Políticas Públicas.....	.38
2.3 Análise Institucional.....	.41
2.4 Burocracia em Weber.....	.48
2.5 Organização Pública.....	.54
2.6 Eficácia, Eficiência e Efetividade na Elaboração de Políticas Públicas.....	.55
2.7 A Reforma do Estado e os Novos Modelos de Gestão.....	.57
3 O CONTEXTO HISTÓRICO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE.....	.64
3.1 As Políticas de Saúde no Brasil: da Criação do Ministério a Municipalização.....	.64

3.2 A política de Saúde no Brasil e a Criação do SUS.....	70
3.3 O Programa Bolsa Alimentação.....	76
3.3.1 Agenda de Compromissos.....	78
3.3.2 Papéis e Responsabilidades.....	80
3.4 O Município de São José dos Campos.....	91
3.4.1 A Secretaria Municipal de Saúde.....	94
4 OPÇÕES METODOLÓGICAS.....	98
4.1 Natureza da Pesquisa.....	100
4.2 Técnicas e Instrumentos da Pesquisa.....	102
4.2.1 Entrevistas.....	103
4.2.2 Questionários.....	104
5 ANÁLISE DOS	
DADOS.....	106
5.1 Temas dos Conteúdos das Entrevistas.....	108
5.2 Perfil da Amostra.....	113
5.3 Variáveis Resultantes da Análise dos Temas.....	120
5.3.1 Gerenciamento da informação.....	124
5.3.2 O Bolsa Alimentação.....	138
5.4 A Percepção dos	
Usuários.....	150
6 RESULTADOS.....	157
7 CONCLUSÃO.....	167
7.1 Sugestões e Perspectivas para Trabalhos Futuros.....	171
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	173
APÊNDICE.....	180
ANEXOS.....	191

MONTENEGRO, Angela Maria da Rocha. **Gestão de saúde e informação na implementação do Programa Bolsa Alimentação no Município de São José dos Campos**: um estudo de caso da Secretaria Municipal de Saúde. 2004. 194. f. Dissertação (Mestrado em Gestão e Desenvolvimento Regional) – Departamento de Economia, Contabilidade e Administração, Universidade de Taubaté, Taubaté.

RESUMO

O foco deste trabalho refere-se ao fluxo e à gestão do sistema de informações do Programa Bolsa Alimentação, implantado pela Secretaria Municipal de Saúde de São José dos Campos. Buscou-se mapear os pontos de uso da informação, identificando as necessidades e requisitos do programa, bem como a coleta e avaliação da informação solicitada, seu recebimento, possível armazenamento e as etapas de distribuição de uso para controle do sistema. Considerou-se a compreensão do papel da informação como parte do processo de gestão e da tomada de decisão. Este trabalho caracteriza-se como uma pesquisa descritiva, cujo sentido é retratar como se processa o fluxo de informação do programa e suas dificuldades. Na metodologia, foram utilizadas múltiplas técnicas de coleta de dados, tanto de natureza quantitativa quanto qualitativa e, para isso, recorreu-se a documentos de registros públicos, bancos de dados dos órgãos que operam o programa, entrevistas com gestores e questionários com usuários. Os resultados apontam para dificuldades na gestão das informações que dificultam ou impedem a eficácia do programa. Com a escolha e uso das ferramentas analisadoras revelaram, qualitativamente, o modo de operar o cotidiano; os produtos e resultados alcançados e os princípios ético-políticos que nortearam as ações, constituindo instrumento de aprimoramento da gestão para os trabalhadores e gerências locais.

Palavras – chave: Informação – Saúde, Políticas Públicas. Programa Bolsa Alimentação

MONTENEGRO, Angela Maria da Rocha. **Management of health and information in the implementation of the Program Stock Market Feeding in the City of São José dos Campos:** Study of case of the department of Health. 2004. 194. f.
Dissertation (Master in Management and Regional Development) - Department of Economy, Accounting and Administration , University of Taubaté, Taubaté, BRAZIL.

ABSTRACT

The focus of this work is referred to the flow and the management of the system of information of the Program Stock market Feeding (Programa Bolsa Alimentação), implanted for the City department of Health of São José dos Campos. This study surveyed the points of use of the information, in order to identify the necessities and requirements of the program, as well as the collection and evaluation of the requested information, its act of receiving, possible storage and the stages of distribution of use for control of the system. The understanding of the paper of the information was considered as taking part of the management process and the management of decision. This work was characterized as a descriptive research, whose purpose is to give a view of the processes of the flow of information of this city program and its difficulties. In the used methodology, multiple techniques of collection of data had been used, as much of quantitative nature as well qualitative nature, and for this documents of public registers, data bases of the agencies that operate the program, interviews with managers and questionnaires with users were searched. The results point with respect to difficulties in the management of the information that avoid or create difficulties to the effectiveness of this city program. With the choice and use of the analytical tools, this study showed qualitatively the way how to operate the daily necessities, the products and the reached results, the principles ethical-politicians which had guided the action, constituting instrument of improvement of the management for the workers and local management's.

Key – Word: Information – Health. Public – Policy. Program Stock market Feeding.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – População pesquisada por sexo.....	116
Tabela 2 – População pesquisada sobre sua participação nas atividades desenvolvidas pela Unidade.....	155
Tabela 3 – População pesquisada sobre tempo de resposta para seu questionamento.....	157

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Dados, Informação e Conhecimento.....	33
Figura 2 - Organograma do Ministério da Saúde.....	69
Figura 3 - Estrutura da Saúde em nível nacional.....	78
Figura 4 - Adesão Municipal do Programa Bolsa Alimentação.....	85
Figura 5 - Bolsa Alimentação – Procedimentos.....	87
Figura 6 - Remessa ao DATASUS – procedimentos.....	82
Figura 7– Fluxograma de cadastramento do Programa Bolsa Alimentação.....	90
Figura 8 - Fluxograma do atendimento do Programa Bolsa Alimentação	92
Figura 9 – Organograma da Prefeitura Municipal de São José dos Campos.....	95
Figura 10 – Organograma da Secretaria Municipal de Saúde de São José dos Campos.....	96
Figura 11 – Desenho da pesquisa.....	100
Figura 12 - Tema Elaboração de formulários.....	110
Figura 13 – Tema Coleta de dados.....	110
Figura 14 - Tema Gerenciamento da informação.....	111
Figura 15 - Tema.Gerenciamento do programa.....	112
Figura 16 – Comunicação entre os envolvidos.....	112
Figura 17 – Tema Usuários.....	113
Figura 18 – Tema Agenda de Compromissos.....	113
Figura 19 – Tema Relação médico paciente.....	113
Figura 20 – Variáveis resultante da análise dos Temas e Sub-temas.....	121

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1- População pesquisada por faixa etária.....	117
Gráfico 2 - População pesquisada por estado civil.....	118
Gráfico 3 - População pesquisada por nível de escolaridade.....	118
Gráfico 4 - População pesquisada por tempo de trabalho na Instituição.....	119
Gráfico 5 - População pesquisada por categoria profissional e função exercida.....	120
Gráfico 6 – Meios pelos quais os usuários obtiveram informações sobre o Programa Bolsa Alimentação.....	152
Gráfico 7 – Meio utilizado para a comunicação ao usuário de sua inserção no Programa Bolsa Alimentação.....	153
Gráfico 8 - Profissional que lhe informante sobre a Agenda de Compromissos aos usuários do Programa Bolsa Alimentação.....	154
Gráfico 9 - População pesquisada sobre a Unidade onde ela se dirige para obter informações.....	156

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIS - Ações Integradas de Saúde
CAD-ÚNICO – Cadastro único
CAM - Cartão de Atendimento à Mulher
CEF – Caixa Econômica Federal
CIMIS – Comissões Intermunicipais de Saúde
CMS - Conselho Municipal de Saúde
CNS – Conferência Nacional de Saúde
CONASP – Conselho nacional de Saúde Previdenciária
CONASEMS - Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde
CTA – Centro Técnico Aeroespacial
DIR XXI- Diretoria Regional de Saúde
DS - Distrito Sanitário
FMS - Fundo Municipal de Saúde
FNS - Fundação Nacional de Saúde
GM - Gabinete do Ministro
IAP - Instituto de Aposentadorias e Pensões
ICCN – Incentivo ao Combate as Carências Nutricionais
INPE – Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais
INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INAN - Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição
INPS - Instituto Nacional de Previdência Social
ITA – Instituto Tecnológico Aero-Espacial
NIS- Núcleo de Investigação em Sistemas de Saúde
MPAS - Ministério da Previdência e Assistência Social
MS - Ministério da Saúde
NCHS - National Center for Health Statistics
NOB - Norma Operacional Básica
NUPENS/USP - Núcleo de Pesquisas Epidemiológicas em Nutrição e Saúde da
Universidade de São Paulo
PACS - Programa de Agente Comunitário de Saúde
PAB – Piso de Atenção Básica
PCCN – Programa de Combate as Carências Nutricionais
PINIAM – Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno
PNLCC – Programa Nacional do Leite para Crianças Carentes
PSA – Programa de Suplementação Alimentar

PSF - Programa de Saúde da Família
RINIS – Rede Nacional de Informação em Saúde
SES - Secretaria Estadual de Saúde
SIA/SUS - Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde
SIH/SUS - Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde
SINASC - Sistema de Informação de Nascidos Vivos
SDS - Secretaria do Desenvolvimento Social
SBA – Sistema de Informações do Programa Bolsa Alimentação
SMS - Secretaria Municipal de Saúde
SUDS – Sistema Unificado Descentralizado de Saúde
SUS - Sistema Único de Saúde
UBS – Unidade Básica de Saúde
UFPel – Universidade Federal de Pernambuco
UNS – Unidade de Atenção Secundária
UPA - Unidade de Pronto Atendimento
WHO - World Health Organization

INTRODUÇÃO

Atualmente a informação é base fundamental para a produção do conhecimento. Sendo assim, é poder e comunicação. Sua influência se faz sentir direta ou indiretamente sobre todas as atividades humanas, quer sejam econômicas, educacionais, sociais, culturais e/ou políticas.

Historicamente, o caráter estratégico da informação tem sido destacado, e é possível reconhecer um papel central nos diversos meios que a difundem. Segundo Postman (1994), esses meios caracterizam-se pelos produtos tecnológicos disponíveis nas diferentes sociedades humanas. Para o autor, seu papel varia conforme o contexto histórico-antropológico das culturas. Deste modo, existem as culturas das ferramentas, da tecnocracia e do tecnopólio.

Nas culturas usuárias de ferramentas, elas estão integradas à cultura, de maneira a não impor contradições significativas em sua visão de mundo: são apenas instrumentos. Já nas culturas tecnocráticas, as ferramentas desempenham um papel central no mundo das idéias. Tudo precisa dar passagem em algum nível, ao seu desenvolvimento. Os mundos social e simbólico tornam-se cada vez mais sujeitos às exigências desse desenvolvimento. Nessa cultura, as ferramentas não são integradas à cultura, e a desafiam para se tornarem cultura elas próprias.

Numa tecnocracia, as idéias existem apenas como subprodutos do desenvolvimento da tecnologia, uma vez que o elemento que norteia essa perspectiva é o do desenvolvimento de máquinas e equipamentos. Deste modo, a mudança ocorrida na vida das pessoas em decorrência da tecnologia é encarada como algo natural.

No tecnopólio, a tecnologia se sobrepõe às instituições sociais e à vida nacional, criando uma submissão de todas as formas de vida cultural à soberania da técnica e da tecnologia. Do mesmo modo, a noção de individualidade é diluída, já que a tecnologia é o elemento fundante da vida, o que traz, por consequência, a perversão da liberdade humana e sua submissão às ferramentas.

Desse modo, Postman (1994) demonstra que, no primeiro estágio, a tecnologia serve a cultura; no segundo, a ataca e no terceiro passa a pensar pelo próprio homem, isto é, desenvolve uma estrutura do próprio pensamento, e o ser humano não consegue mais trabalhar sem ela. Nesse estágio, a negociação torna-se difícil porque a tecnologia tende a eliminar qualquer alternativa a si própria, redefinindo assim, o que entendemos por religião, arte, família, política, verdade, privacidade, etc., para que as nossas definições se encaixem nas suas novas exigências.

Dessa forma, a tecnologia incorpora uma terminologia muito importante "liberdade", "verdade", "memória", "história" - e redefine todas as palavras com que se vive porque nem sempre está claro, pelo menos nos estágios iniciais da invasão de uma tecnologia em uma cultura, quem ganhará mais e quem perderá mais. Isto se dá porque as mudanças forjadas pela tecnologia são sutis, quando não são completos mistérios. Além disso, são imprevisíveis quando se referem às transformações ideológicas, alterando hábitos que já fazem parte dos costumes e que dão, à cultura, a capacidade de julgar o que é a ordem natural das coisas, o que é prudente, imprescindível, inevitável e o que é real.

Hoje, o sistema de crenças está baseado na autoridade da ciência e no fato de que "à vontade da tecnologia, como a vontade de Deus, é terrível e misteriosa" (POSTMAN, 1994, p. 67). Esse é o suporte do "conhecimento perito", descrito por Giddens (1991) em *As conseqüências da modernidade*.

O arcabouço dessa nova autoridade, a ciência, segundo Postman, (1994), sustentado pela "grande narrativa do progresso", era ancorado pela informação criada pela ciência e pela própria tecnologia. A informação, meio de divulgação da ideologia do progresso, propagou-se a um nível extraordinário, alcançando um status metafísico que a transforma tanto em meio como no fim da criatividade humana além de ser, muitas vezes, objetos.

A rápida divulgação de informações geradas pela prensa tipográfica e seu aprimoramento impuseram formas que possibilitaram o controle do fluxo de informações, sua organização e prioridades, hierarquizando-as em diversas fontes como os livros modernos, a escola e a padronização matemática de documentos.

Empregada ideologicamente nos EUA, a prensa possibilitou uma "conexão familiar entre informação, razão e utilidade e começou a perder sua validade com a invenção do telégrafo" (POSTMAN, 1994, p. 70), que modificou o caráter local e de interesses da difusão de informações, transformando, em parceria com a imprensa diária, a informação em mercadoria. Posteriormente, a fotografia daria o passo para o terceiro estágio do desenvolvimento da informação, seguido pela radiodifusão e pela tecnologia de informática. "A quantidade indiscriminada de informação fez com que o meio em que floresce o tecnopólio seja um meio em que foi cortado o elo entre a informação e o propósito humano" (POSTMAN, 1994, p. 78) fazendo com que as culturas sofram mais com o excesso de que com a falta de informação.

O itinerário traçado por Postman (1994), mostra que o avanço da tecnologia projetou o computador, o CD-ROM e as redes eletrônicas, como meios primordiais na coleta, armazenagem e disseminação da informação. Embora se reconheça, por um lado, o progresso da informação, da produção editorial, das telecomunicações e da

teleinformática, que tornou o acesso à informação mais rápido, mais amplo, e mais preciso, por outro lado o excesso de informação gerado nesse processo tornou imprescindível a capacitação do usuário para ser mais especializado, mais independente e melhor informado.

Os objetivos das unidades de informação são, portanto, o de difundir informações precisas e de proporcionar assistência às organizações, para que iniciem, mantenham e concluam as necessárias mudanças tecnológicas, comerciais, gerenciais, logísticas e mercadológicas que assegurarão sua evolução e sobrevivência.

Equivalente à evolução dos sistemas administrativos e à mudança dos modelos excessivamente hierárquicos, em direção à maior flexibilidade e descentralização administrativa, os fluxos de informação nas organizações, ainda que sob o vigor da verticalização próprio das estruturas formais, dirigiram-se, naturalmente, no sentido do maior atendimento às necessidades dos seus usuários. Nesse aspecto, os fluxos devem atender às novas configurações organizacionais, que precisam ser mais ágeis, precisas e flexíveis, para atender, em menor tempo e com mais rapidez, aos seus usuários.

Na gerência de serviços de saúde é básica a necessidade de um sistema de informação composto de cadastros de diversos tipos, tais como: cadastros de pacientes, da população em geral, de estabelecimentos, produção das atividades de saúde, conhecimento do perfil de doenças atendidas, da mortalidade, número de profissionais de saúde, número de consultórios, leitos, medicamentos utilizados, gastos efetuados e tantas outras informações. Além disso, essas informações necessitam ser cruzadas para se conhecer o *modus operandi* dos serviços, o alcance de suas metas, objetivos e impactos. Com certeza, poderiam ser processadas manualmente, mas dificilmente de forma integrada e em tempo oportuno para a tomada de decisão, mesmo em municípios muito pequenos.

Barreto (1999, p. 2) afirma que

A oferta e demanda de informação em um determinado contexto informacional são representados pelos estoques de informação institucionalizados disponíveis e pelas necessidades de informação da realidade onde o consumo se realiza. Assim, em uma realidade que demanda informação, é o processo de transferência que realiza a distribuição da informação estocada, com a intenção de configurar esta demanda.

Essa transferência só é possível pelo uso da tecnologia de informação, ou informática, que tem se desenvolvido com algumas dimensões fundamentais. Uma vez

que os serviços de informação são criados e prestados mediante a aplicação da informática, o padrão de desenvolvimento desses serviços é afetado pela forma como desenvolve e se modifica essa tecnologia.

Dessa forma, a informática, ciência do tratamento racional da informação, surge como uma resposta às complexidades diferentes dos *sistemas de informação*, às necessidades de informações integradas para a gerência e a tantas outras demandas da sociedade atual. Passa a representar uma forma de suporte à administração para o alcance de seus objetivos, permitindo agilizar os fluxos de informações e seu acesso nas áreas prioritárias da organização. É por esse motivo que, no estágio atual de desenvolvimento tecnológico, interfere nas atividades mais simples do cidadão e até nas mais primárias e menores formas de aglomerações humanas, de sorte que se torna difícil falar em sistemas de informação para a gerência sem se referir a seu suporte, a informática.

Busca-se, com tal referência, entender que a informação deve desvelar aspectos concretos nos processos de comunicação, que permitam explicitar os valores em jogo no sistema. Para Ferreira (2003, p. 44),

A informação agrega valor quando permite à empresa perceber oportunidades e ameaças à sua operação, detectando tendências ou problemas. E ainda, talvez na sua função mais nobre, a informação agrega valor ao negócio quando da sua análise chega-se a novas maneiras de fazer negócio, a novos serviços e novos produtos.

Por outro lado, o valor da informação pode ser descrito, ou apropriado, na forma de conhecimento, o que, na modernidade, constitui-se como “campos de especialização dos modos de fazer humanos” (GIDDENS, 1991, p. 81). A modernidade ocasionou uma nova forma de vida e levou a um desprendimento de todos os tipos tradicionais de ordem social, tanto em sua extensão quanto em sua intencionalidade, moldando novas formas de relações sociais nas quais o acesso à informação passa a ser um componente crucial.

Esse desprendimento tem levado um número cada vez maior de pessoas a viver em condições como instituições desencaixadas em que os indivíduos e as comunidades tradicionais, levados pelo processo de modernização se distanciaram das estreitas noções de tempo, espaço e status e que, na modernidade, estão gradualmente sendo substituídas por um cada vez maior conceito de tempo universal, unindo práticas locais às relações sociais globalizadas, que organizam os aspectos principais da vida cotidiana, ou seja, expande-se da esfera econômica para a social e a cultural.

Conforme Giddens (1991, p. 81),

O impacto do industrialismo é visivelmente não limitado à esfera de produção, mas afeta muitos aspectos da vida cotidiana, da mesma forma que influencia o caráter genérico da interação humana com o meio ambiente natural.

A celeridade em que as transformações ocorrem e, a difusão mundial das máquinas é traços das conseqüências globalizantes do industrialismo. O choque da globalização sobre a mídia possibilitou, a parcelas significativas da população, o acesso à informação. Dessa forma, exige-se cada vez mais rapidez nas respostas às demandas sociais e, conseqüentemente, a disseminação célere da informação torna-se parte constitutiva da eficácia de qualquer serviço ou política pública.

Desse modo, o desafio de aumentar a eficácia dos programas orientados para a diminuição da pobreza e a ampliação da qualidade de vida da população passa, também e principalmente, por uma gestão sistemática das informações que envolvam a captação de *feedback* que possibilite reorientar a ação dos tomadores de decisão, e por ações que possibilitem um melhor acesso ao usuário final. Isso requer uma avaliação contínua e sistemática dos processos de execução e do impacto desses programas, de maneira que os responsáveis possam decidir acerca dos recursos e das correções necessárias para ancorar a preparação e execução dos projetos. Essa avaliação vai auxiliar os responsáveis a decidir acerca das linhas que devem ser prioritárias e aquelas que devem desaparecer, como, também, garantir um fluxo claro e ágil de informações. Desse modo, a gestão das informações é crucial para a avaliação da eficácia e, quando necessário, da alteração das rotas e estratégias de oferta dos serviços e atendimento à população.

Dada a importância desse processo, o objeto de estudo nessa dissertação se circunscreve ao fluxo e gestão do sistema de informações do Programa Bolsa Alimentação, implantado pela Secretaria Municipal de Saúde de São José dos Campos como resultado de um convênio entre o Município e o Ministério da Saúde, na implementação de programas integrados que compõem o Sistema Único de Saúde (SUS).

Assim, a partir do delineamento do objeto deste estudo, surge o problema chave que este trabalho procura abordar. A questão é: Como se dá o fluxo de informação do Programa Bolsa Alimentação e quais as dificuldades do processo?

Sob essa ótica pretende-se, analisar o sistema de informação do Programa Bolsa-Alimentação, como os documentos são gerados; quais os tipos de informação coletada e sua importância para que objetivos e metas sejam atingidos, as formas como são coletadas essas informações, sua inserção no sistema, e o processamento e utilização como elementos de gestão e tomada de decisão.

Essa análise busca a compreensão do papel da informação; localização, coleta e análise dos dados, gestão de documentos e utilização da informação para a identificação de sua tramitação e dados, de forma que permita, ao gestor, mapear os pontos de uso da informação identificando as necessidades e requisitos do programa, bem como a coleta e avaliação da informação solicitada, seu recebimento, possível armazenamento e as etapas de distribuição de uso para controle do sistema.

Assim, a abordagem geral do problema, qual seja, as dificuldades na gestão das informações que compõem o Programa Bolsa Alimentação, leva à descrição de inúmeras indagações relevantes que poderão ser pesquisadas e apontadas, vindo a contribuir de forma adequada para o desenvolvimento de sistemas de informação, na área da saúde, que sejam capazes de atender às necessidades de informação do profissional e do seu beneficiário, como, também, assinalar um elenco de alternativas para seu posterior monitoramento e intervenção.

1.1 Objetivos

A seguir, descreve-se o objetivo geral e os objetivos específicos deste estudo.

1.1.1 Objetivo Geral

De modo geral, o que se busca conhecer e discutir, nesse estudo é o processo de gestão da informação que acompanha a implantação de uma política pública consubstanciada no Programa Bolsa Alimentação, implementado pela Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de São José dos Campos.

1.1.2 Objetivos Específicos

- Investigar o fluxo de informação do referido programa, suas dificuldades e limitações;
- Identificar os procedimentos mediadores do fluxo de informação no processo de implementação do Programa Bolsa Alimentação em São José de Campos;

- Avaliar a efetividade da informação produzida e reproduzida como parte do processo de gestão, tendo como parâmetro às finalidades estabelecidas pela política.

1.2 Delimitação do Estudo

O presente trabalho procurou definir a influência das informações como fator determinante no desenvolvimento das políticas públicas, sem observar a organização como um todo. Surge aí a primeira limitação, pois tendo visto o panorama sobre o pensamento administrativo hoje, foi necessário escolher a visão da organização burocrática que permeará as análises no processo de coleta e análise dos dados, no que se refere aos processos de gestão.

Conforme Andrade, (1997, p. 66),

Escolhido o tema, torna-se necessário delimitá-lo, fixar sua extensão, abrangência e profundidade. Quanto mais delimitado o assunto, maior é a possibilidade de aprofundar a abordagem, e acrescenta que para auxiliar a tarefa de delimitação do tema, procura-se fixar circunstâncias de tempo e espaço, ou, ainda, políticas sociais e econômicas, pode-se, ainda, situar o assunto no quadro histórico e geográfico.

Seguindo orientações de Andrade (1997, p. 66) um outro recorte se fez necessário nesse estudo, e, se apresenta, primeiramente, por se tratar de um estudo de um programa específico e geograficamente localizado. Do mesmo modo, os limites decorrem principalmente do reduzido escopo locacional dessa política pública, centrado em sua implantação no Município de São José dos Campos, e, também da necessidade de delimitação inerente a trabalhos de dissertação de mestrado.

Algumas limitações de natureza teórica e metodológica se configuram como fatores restritivos neste trabalho. Inicialmente, constatou-se uma escassez de literatura específica sobre o tema pesquisado. Posteriormente, verifica-se que a própria metodologia adotada, que é o estudo de caso, restringe a pesquisa, por ser uma análise holística.

Considera-se a visão de totalidade como uma construção do pesquisador, pois sabe-se que nem tudo se pode ver, descrever e descobrir com absoluta verdade. A pesquisadora se concentrou, então, nas questões que lhe pareceram mais relevantes.

Portanto, este estudo não pretende estudar as políticas públicas em geral, mas fixar seus limites em uma única política, considerando unicamente a questão da

gestão da informação do programa desse estudo que se consubstancia pelo Programa Bolsa Alimentação.

Além de ser difícil traçar os limites de qualquer objeto social, é também complexo determinar a quantidade de informações necessárias a fim de desenvolver-se uma pesquisa sobre o objeto a ser investigado. Obviamente, o objeto de estudo é finito, no entanto, os enfoques a serem dados às questões estudadas são vários e díspares. Portanto, exige-se do pesquisador alguma intuição para perceber quais dados são suficientes para se chegar à compreensão do objeto como um todo (GIL, 1996, p. 56).

1.3 Relevância do Estudo

A presente pesquisa surge dentro da perspectiva de conhecer e analisar o Sistema de Informação do Programa Bolsa Alimentação, podendo constituir-se em uma ferramenta capaz de auxiliar no desenvolvimento do Programa.

Sua relevância se justifica pela escassez de trabalhos específicos e similares, em nível nacional e estadual. O interesse pela pesquisa surgiu pela complexidade do fluxo de informação do programa e do tipo de atendimento que o mesmo pretende cumprir, principalmente no que se refere ao homem como um ser integral, visto que o entende em suas necessidades básicas de sobrevivência, desde a sua gestação. Isso implica uma visão de cidadania e melhoria da qualidade de vida dos beneficiários.

No entanto, se torna mais complexo por envolver diferentes esferas do governo (federal, estadual e municipal) e também diferentes Secretarias. Portanto, a riqueza desse estudo se dá pela própria característica desta política e dos arranjos políticos e institucionais que a mesma requer, que envolvem diferentes organismos públicos, o que poderá vir a ser o elemento complexificador para o processo de gestão da informação.

Por outro lado, comprova-se que a necessidade de realização desta pesquisa está no fato de que o estudo pode ser efetuado através do deslocamento de teorias e conceitos, resultando na elaboração de um olhar que envolva diferentes disciplinas. Dada a natureza multidisciplinar do tema, pretende-se, neste estudo incorporar esses diferentes elementos, de sorte que seja possível obter um conhecimento integrado que poderá contribuir para outros trabalhos na área de políticas públicas.

A pesquisa leva em conta que as transformações políticas, sociais, econômicas e tecnológicas são radicais, se comparadas com as demais mutações deste século e as necessidades sempre tão urgentes da área da saúde. Não há como negar a

ocorrência de que a humanidade atravessa um período de grandes e profundas transformações e que estas produzem novas formas e arranjos dentro de cada sociedade, o que demanda, também dos serviços públicos, maior celeridade e qualidade nos serviços ofertados à população.

Por outro lado, a velocidade das transformações que ocorrem no mundo contemporâneo vem a exigir de qualquer gestor, tanto da área pública quanto da privada, a capacidade de tomar decisões em tempo hábil e com reduzida margem de recursos. Ademais, a democratização do acesso às informações configura-se como exigência de um mundo que se estrutura cada vez mais em forma de rede. Como diria Castells (2000, p. 28) “A sociedade informacional exige que todos estejam interconectados ao mundo global”.

A relevância maior se faz sentir, contudo, quando do reconhecimento de que a democratização das informações, principalmente daquelas geradas pelo poder público, constitui direito elementar à afirmação cidadã.

1.4 Estrutura do Trabalho

Dadas às hipóteses de base do problema - inadequação do Sistema de Informação do Programa Bolsa Alimentação -, o trabalho de pesquisa se desenvolve a partir da verificação da literatura existente, arrolando opiniões, indagações, sugestões e idéias, relatadas pelos estudiosos do tema.

Assim, o que foi visto até aqui tem como objetivo mostrar a realidade que se apresenta na área da Administração Pública, visando uma revisão da literatura que servirá de base para a discussão a ser apresentada nesta pesquisa.

O presente estudo está estruturado em sete capítulos.

Em sua introdução, tece considerações gerais sobre a importância do tema pesquisado, seus objetivos e limitações. A seguir apresenta a composição do trabalho, expondo sua conformação e seqüência de capítulos.

Apresenta, no capítulo dois, “uma construção transdisciplinar”, que explora a relação entre políticas públicas, administração pública, sistemas de informação e documentação. A construção transdisciplinar é algo constitutivo de políticas de saúde, uma vez que qualquer conhecimento nessa área envolve não só disciplinas de diferentes naturezas, mas cujo sentido extrapola quaisquer uma delas individual ou *per sí*, são conhecimentos que transcendem as próprias especificidades de cada disciplina que o compõe. Assim, são discutidas tanto as questões referentes à gestão da informação e políticas públicas de saúde, quanto à análise institucional, a natureza das

organizações burocráticas e a organização pública consubstanciada pelo pensamento Weberiano. Discute-se, também, neste capítulo, a eficácia, eficiência e efetividade na elaboração de políticas públicas e, finaliza, com as considerações sobre a reforma do Estado e os novos modelos de gestão, focalizando e descrevendo os fundamentos teóricos obtidos através da revisão bibliográfica, com o posicionamento de vários autores sobre as questões burocráticas que envolvem a Administração Pública, as Políticas Públicas em Saúde, Sistemas de Informação em Saúde e a Burocracia como componente natural do processo decisório.

O capítulo três tem o propósito mais amplo, de forma a contextualizar com o histórico da saúde a revisão da literatura. Nele, desenvolve-se, à análise da Política de Saúde no Brasil, com considerações sobre a relevância social da Saúde Pública, sua trajetória e operacionalização no desenvolvimento de Políticas Públicas, dentro do processo de municipalização do setor.

Constam de uma incursão no histórico da política de saúde no Brasil, desde a constituição do Ministério da Saúde até a implantação do Sistema Único de Saúde, seus programas e procedimentos, nos quais se inclui com destaque – já que é o locus de nosso objeto - o programa Bolsa Alimentação e sua implementação no município de São José dos Campos. Está acompanhada da descrição e contextualização do município e da demonstração de como ele se estrutura, por meio da Secretaria Municipal de Saúde, para a execução das políticas, principalmente do programa em questão. Além disto, foram descritos o histórico do programa na cidade e os percursos necessários à sua execução.

O capítulo quatro se inicia com a descrição de forma sintética e objetiva, dos métodos de investigação adotados, os tipos de pesquisas, as técnicas e materiais utilizados, apresentando as diferentes fontes de levantamento de dados, a definição de procedimentos, a descrição das atividades e o relato das peculiaridades e características importantes para o desenvolvimento do trabalho.

No quinto capítulo foi analisado, à luz das leituras realizadas, o processo de implantação e os trâmites da informação do programa. Fez-se a compilação das considerações apresentadas nas respostas das entrevistas e questionários feitos aos atores, investigando, identificando e confirmando as causas mais relevantes na detecção do problema – a inadequação do sistema de informação do Programa Bolsa Alimentação. Apresentam-se, também, os elementos que condicionam a produção da informação, trazendo à superfície os procedimentos que propiciam o aparecimento de nós críticos que possam contribuir para a redução da efetividade e eficácia da política pública.

No capítulo seis são apresentados os resultados para o enfrentamento dos nós críticos, sua identificação e análise para a proposição de alternativas e estratégias de intervenção que permita, aos gestores municipais, aprimorar o desenvolvimento das atividades relativas ao programa.

No capítulo sete apresentam-se as considerações finais, obtidas a partir da discussão da análise dos resultados das entrevistas e questionários. As observações e sugestões têm o objetivo de incentivar outros pesquisadores que pretendam incorporar-se nesta linha de pesquisa, principalmente para criar a necessidade de se avaliar as Políticas Públicas. Espera-se que essa avaliação seja uma prática sistemática de monitoramento destas políticas que são desenvolvidas através de programas.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Esta pesquisa está revestida de uma interdisciplinaridade intrínseca dadas as interfaces que se delineiam nos campos da Administração Pública, Políticas Públicas e Políticas em Saúde, com seu objeto de estudo na Gestão da Informação em Saúde. Estas interfaces podem ser configuradas como:

Segmentos, tecnologias e especializações que acabam se configurando em detrimento de um fio condutor que é firmado entre estas áreas, tais como: Administração, Tecnologia da Informação, Gestão da Informação, Gestão do Conhecimento, pressupondo um produto novo, a síntese de uma práxis, de um exercício de pensar/fazer interdisciplinar (SOMERVILLE, 1993, p. 78).

Segundo Somerville (1993, p. 82), equipes de pesquisa em relações transdisciplinares vão integrar conhecimentos e tirar partido do que se chama de “sinergia transdisciplinar”, que faz com que o produto de saberes combinados seja superior à soma de suas partes.

Segundo Ferreira (2003, p. 40),

A sociedade da informação desponta como oportunidade no que se refere ao uso dos novos métodos e técnicas para o processamento da informação, sem os quais esse recurso não teria adquirido o caráter de fenômeno na modernidade. É por meio desses recursos tecnológicos que o poder público pode interagir mais com a sociedade, conhecendo novas demandas e proposições políticas de grupos sociais antes limitados em seus canais de comunicação com o Estado.

Deste modo, a integração de conhecimentos associada ao uso dos novos métodos e técnicas para o processamento da informação, constitui-se na base material para este novo modelo de sociedade que surge com o advento do desenvolvimento da tecnologia da informação.

Assim, Castells (2000, p. 78), descreve a seguinte base material para esta nova sociedade da informação:

A primeira característica do novo paradigma é que a informação é sua matéria-prima: são tecnologias para agir sobre a informação e não apenas informação para agir sobre a tecnologia, como foi o caso das revoluções tecnológicas anteriores. O segundo aspecto refere-se a penetrabilidade dos efeitos das novas tecnologias. Como a informação é uma parte integral de toda atividade humana, todos os processos de nossa existência individual e coletiva são diretamente moldados (embora, com certeza, não determinados) pelo novo meio tecnológico. A terceira característica refere-se a lógica de redes em qualquer sistema ou conjunto de relações, usando essas novas

tecnologias de informação. A morfologia da rede parece estar bem adaptada à crescente complexidade da interação e aos modelos imprevisíveis do desenvolvimento derivado do poder criativo dessa interação.

O que se observa, realmente, é que o aspecto conceitual de redes, descrito por Castells (2000) tem uma amplitude de implementação em todo e qualquer tipo de processos e organizações, graças exatamente à tecnologia da informação. É a lógica necessária para estruturar o não-estruturado, porém mantendo a flexibilidade para não tirar o cerne da inovação na atividade humana.

Assim, vale dizer, que a informação constitui suporte básico para toda atividade humana e que o cotidiano é um processo permanente de informação. E, no caso de instituições, empresas e organizações, conhecer seus problemas, buscar alternativas para solucioná-los, atingir metas e cumprir objetivos requer conhecimento e, portanto, informação. Por isso, pode-se dizer que há um consenso de que não é possível exercer gerência em nenhum setor se não houver um sistema de apoio à decisão que se sustenta na informação.

Deste modo, o processo de comunicação assegura a transmissão de conhecimentos, de informação e da experiência, permitindo a perpetuação e a identificação da comunidade. A linguagem, inseparável do homem, segue-o em todos os seus atos. É o instrumento graças ao qual o homem forma o seu pensamento, os seus sentimentos, as suas emoções, os seus esforços, a sua vontade e os seus atos, o instrumento com o qual influencia e é influenciado. A linguagem está de tal modo associado à personalidade de cada indivíduo e às especificidades de cada cultura que podemos perguntar se ela é um simples reflexo ou a própria fonte do seu desenvolvimento.

Assim, a comunicação é um processo que envolve a troca de informações, e utiliza os sistemas simbólicos como suporte para este fim. Estão envolvidos neste processo uma infinidade de maneiras de se comunicar: duas pessoas tendo uma conversa face-a-face, ou através de gestos com as mãos, mensagens enviadas utilizando a rede global de telecomunicações, a fala, a escrita que permitem interagir com as outras pessoas e efetuar algum tipo de troca informacional.

O estudo da Comunicação é amplo, e sua aplicação é ainda maior. Para a Semiótica o ato de comunicar é a materialização do pensamento/sentimento em signos conhecidos pelas partes envolvidas. Estes símbolos são então transmitidos e reinterpretadas pelo receptor.

Os componentes da comunicação são: o emissor, o receptor, a mensagem, o canal de propagação, a resposta e o ambiente onde o processo comunicativo se

realiza. Quanto à forma, a Comunicação pode ser verbal, não-verbal e mediada. No processo de comunicação onde está envolvido algum tipo de aparato técnico que intermedia os locutores dizemos ter uma comunicação mediada informação.

Deste modo, a comunicação de uma organização é o seunexo social, pelo qual ela se torna parte da comunidade. E tanto a sociedade como o mercado de comunicação hoje é muito complexo: multiplicaram-se os emissores, as mensagens, os meios, os públicos-alvo. Por esse motivo, os parâmetros para elaborar uma empresa de comunicação exige uma condução reforçada. E para responder a esta complexidade surgiu a noção de comunicação global.

Da mesma forma que o público de uma organização é segmentado, as próprias organizações aprenderam a segmentar seus discursos. A comunicação global é uma tentativa de organizar esse mosaico de discursos que se dirigem a um público dividido sob várias formas, como a mídia e seus vários veículos, o público e suas grandes, médias e pequenas empresas, pessoas físicas e jurídicas, razões sociais, etc. Todos esses públicos têm interesse direto na vida da organização e se relacionam com ela diretamente.

A comunicação global se apoia, então, numa vontade de lutar contra a desordem das políticas, das mensagens e dos investimentos e uma busca da maturidade – governar a imagem da organização como uma variável estratégica de desenvolvimento.

Para Corrado (1994, p. 12),

A comunicação global é uma escolha estratégica. Construir uma estratégia é eleger as demandas que a empresa quer satisfazer e os benefícios que produzirá a partir destes efeitos. A escolha estratégica se orienta para o objetivo da organização, para a sensibilização e mobilização de seus públicos; pela cultura de seus públicos e pela potencialidade de divulgar os benefícios da atuação, do bom funcionamento da organização, da prestação de serviços essenciais à sociedade.

Em relação à comunicação global na organização pública, Zemor, (1995. p. 6) conceitua o processo de comunicação como uma prática que possa contribuir para “identificar a utilidade pública, alimentar o conhecimento cívico, facilitar a ação governamental e garantir o debate público”.

Na seqüência, Zemor (1995), propõe quatro modalidades de comunicação que fazem parte da vida de uma organização pública, cada uma delas definida em função do ambiente a que se refere. Em relação ao ambiente interno (funcionários dos diversos departamentos, diretores, funcionários com trabalho externo), a comunicação deve referir-se à própria *identidade* da instituição, conscientizando o funcionário dos

objetivos e finalidades da organização, melhorando a qualidade de suas condições de trabalho, mobilizando-o para o aperfeiçoamento de suas atividades e preparando-o adequadamente para a comunicação com os públicos externos.

Quanto a esses públicos externos, é preciso dividi-los em três grupos diversos, que corresponderão a três modalidades de comunicação. A *Comunicação de Relacionamento*, praticada com os usuários que se relacionam de forma direta com a organização (pessoas físicas, empresas e outras instituições públicas), buscando seus serviços. Nessa modalidade estão incluídos tanto a recepção e a prestação de esclarecimentos como o acesso e a disponibilização de dados públicos, além da promoção dos serviços disponíveis, oferecidos pela organização.

Em outro nível, encontramos outro tipo de relacionamento, desta vez muito mais calcado na *Imagem* da organização para a sociedade. Trata-se da comunicação com as associações de classe, associações de consumidores e contribuintes, administrações de municípios, sindicatos, imprensa e mídia especializada. Aqui a comunicação da organização envolve uma coordenação do discurso entre as campanhas publicitárias, as relações públicas, a assessoria de imprensa, enfim, todos os profissionais envolvidos com a visibilidade, a imagem da instituição.

Por fim, podemos falar em um macro-ambiente, que envolve não só os formadores de opinião como também o mundo político. Aqui a finalidade da comunicação é a de ser uma comunicação política, acompanhando a modificações dos comportamentos sociais, as mudanças políticas e econômicas como um todo, e relacionando-se com interlocutores de todas as esferas governamentais e com a mídia, transmitindo uma imagem coerente de poder público, de atividade ligada ao interesse público.

Desse modo, o desenvolvimento dessa comunicação exige uma consultoria estratégica central, para esta levar em conta os fatores internos e/ou externos que afetam a vida da organização, e condicionam seu desenvolvimento: aspectos demográficos, sociológicos, econômicos, industriais, financeiros, culturais, mediáticos etc.; e, por outro lado, tratá-los para melhor conjugar todo o potencial da organização.

2.1 Gestão da Informação e Políticas de Saúde

As tecnologias da informação e da comunicação têm permitido a conversão dos habituais suportes informativos para formatos digitais, assim como a concepção de outros objetos e representações da informação, que, normalmente, já nascem no ambiente virtual.

Deste modo, pode-se dizer que a informação é uma abstração informal e, portanto, não pode ser representada matematicamente ou por alguma teoria lógica. Um relatório, uma imagem ou uma planilha é exemplos de informação, pois possuem significados para as pessoas que fazem suas leituras.

Informação e dados são conceitos que diferem, e muitas vezes esta diferenciação não é clara. O dado pode ser definido como “uma abstração formal” que pode ser representada e transformada por um computador”.

Segundo Assmann (2000, p. 8),

O conceito de informação admite muitos significados. O passo da informação ao conhecimento é um processo relacional humano, e não mera operação tecnológica. Em primeiro lugar, é fundamental estabelecer uma distinção clara entre dados, informação e conhecimento. Desse ponto de vista, a produção de dados não estruturados não conduz automaticamente à criação de informação, da mesma forma que nem toda informação é sinônimo de conhecimento.

Os termos dado, informação e conhecimento, serão conceituados neste momento, uma vez que se confundem pela proximidade do seu significado. O termo 'dado' aparece muito na literatura da área de Ciência da Informação e de Informática. É definido por Miranda (1999, p. 285), como “um conjunto de registros qualitativos ou quantitativos conhecido que organizado, agrupado, categorizado e padronizado adequadamente transforma-se em informação” .

O termo informação é conceituado por vários autores, entre eles: Wurman (1995, p. 43) entende que esse termo só pode ser aplicado à "aquilo que leva à compreensão (...) O que constitui informação para uma pessoa pode não passar de dados para outra". Páez Urdaneta (apud Ponjuán Dante, 1998, p. 3) também descreve o conceito de informação como dados ou matéria informacional relacionada ou estruturada de maneira potencialmente significativa. Da mesma maneira, Miranda (1999, p. 285) conceitua informação como sendo "dados organizados de modo significativo, sendo subsídio útil à tomada de decisão".

McGarry (1999, p. 4) considera que o termo informação possui os seguintes atributos:

- * considerada como um quase sinônimo do termo fato;
- * um reforço do que já se conhece;
- * a liberdade de escolha ao selecionar uma mensagem;
- * a matéria-prima da qual se extrai o conhecimento;
- * aquilo que é permutado com o mundo exterior e não apenas recebido passivamente;
- * definida em termos de seus efeitos no receptor;

* algo que reduz a incerteza em determinada situação.

Explicam as autoras Lastres e Albagli (1999, p. 30) que:

Informação e conhecimento estão correlacionados, mas não são sinônimos. Também é necessário distinguir dois tipos de conhecimentos: os conhecimentos codificáveis - que, transformados em informações, podem ser reproduzidos, estocados, transferidos, adquiridos, comercializados etc. - e os conhecimentos tácitos. Para estes a transformação em sinais ou códigos é extremamente difícil já que sua natureza está associada a processos de aprendizado, totalmente dependentes de contextos e formas de interação sociais específicas.

Miranda (1999, p. 287) também distingue três diferentes tipos de conhecimentos:

- Conhecimento explícito é o conjunto de informações já elicitadas em algum suporte (livros, documento etc.) e que caracteriza o saber disponível sobre tema específico;
- Conhecimento tácito é o acúmulo de saber prático sobre um determinado assunto, que agrega convicções, crenças, sentimentos, emoções e outros fatores ligados à experiência e à personalidade de quem detém;
- Conhecimento estratégico é a combinação de conhecimento explícito e tácito formado a partir das informações de acompanhamento, agregando-se o conhecimento de especialistas.

Davenport e Prusak (1998, p. 18) conceituam dado, informação e conhecimento (Figura 1). Contudo, dão maior ênfase ao termo 'informação, além do mais, é um termo que envolve todos os três, além de servir como conexão entre os dados brutos e o conhecimento que se pode eventualmente obter.

Dados, Informação e Conhecimento		
Dados	Informação	Conhecimento
Simple observações sobre o estado do mundo	Dados dotados de relevância e propósito	Informação valiosa da mente humana Inclui reflexão, síntese, contexto
Facilmente estruturado Facilmente obtido por máquinas Freqüentemente quantificado Facilmente transferível	Requer unidade de análise Exige consenso em relação ao significado Exige necessariamente a mediação humana	De difícil estruturação De difícil captura em máquinas Freqüentemente tácito De difícil transferência

Figura – 1 Dados, informação e conhecimento.

FONTE: Davenport, Prusak (1998, p.18)

Já a noção de documento refere-se qualquer informação que, independentemente do suporte onde está registrado, passa a ser utilizado para consulta, prova ou elemento necessário ao desempenho das funções administrativas.

Para que um documento não se perca e esteja acessível aos agentes públicos de forma geral ou restrita, é preciso que, em algum lugar e de alguma forma, exista método ou conjunto de métodos para sua guarda, acesso, manuseio e controle, isto é, um sistema de documentação.

Documentação é um conjunto de técnicas necessárias para apresentação ordenada, organização dos conhecimentos registrados de tal modo que possam tornar as informações contidas nos documentos acessíveis e úteis.

No entanto, a elaboração de políticas públicas requer a coleta de um grande número de informações necessárias, com rapidez, para enfrentar os elementos circunstanciais e prever a surpresa. Se a administração decide esperar por informações adequadas pode ser surpreendida por crises; e se, por outro lado, aceita informações vagas, tem que assumir riscos baseados em informações imperfeitas.

Desta forma, o gestor deve se basear em informações que possam orientar a viabilidade de cada passo futuro.

Silveira (2000, p. 85) afirma que

A posse de informações sempre foi elemento determinante do poder, a ser usada em suas várias manifestações, mas cresce a ojeriza a sistemas centrais de controle. A possibilidade de construção de um grande banco de dados com informações dos vários órgãos governamentais (receita federal, previdência social, fundos sociais e outras) pode representar ganhos de produtividade nas ações de governo, maximizando a alocação de recursos.

Assim, a importância da informação para as organizações é universalmente aceita, constituindo, senão o mais importante, pelo menos um dos recursos cuja gestão e aproveitamento estão diretamente relacionados com o sucesso desejado. A informação também é considerada e utilizada em muitas organizações como um fator estruturante e um instrumento de gestão. Portanto, a gestão efetiva de uma organização, pública ou privada requer a percepção objetiva e precisa dos valores da informação e do sistema de informação.

Sistema de informação é um conjunto de comportamentos que se instrumentaliza para a obtenção de um fim determinado, segundo um plano previamente estabelecido.

Beuren (1998, p. 38) define o sistema de informações como o:

Conjunto de elementos (humanos, tecnológicos, materiais e financeiros) que viabiliza a captação de dados, seu processamento e a geração e divulgação de informações. Ele é o encarregado de prover informações, em todas as etapas do processo de gestão (planejamento, execução e controle), para os diferentes níveis hierárquicos e áreas funcionais da organização.

O sistema de informações deve fornecer as informações básicas que os gestores necessitam em suas tomadas de decisão. Desta forma, quanto maior for a relação entre a informação fornecida e as necessidades informativas dos gestores, melhores decisões podem ser tomadas.

De acordo com Santos e Cardoso (2001, p. 12),

Um sistema de informação regular sobre gestão e desempenho abre a possibilidade de maior eficiência na alocação de recursos físicos, humanos e financeiros, incrementa a autonomia e a responsabilidade dos dirigentes, pois estes contarão com bases sustentáveis de informação para a tomada de decisões e, do ponto de vista central, ajuda a melhorar os sistemas de controle sobre os serviços públicos.

A informação não se limita a dados coletados. Para que estes se transformem em informações, é necessário que sejam organizados e ordenados de forma a se tornarem úteis. O valor da informação é um conceito muito relativo: nem todas as informações apresentam a mesma importância para uma decisão e, por melhor que seja a informação, se não for comunicada às pessoas interessadas em forma e conteúdo adequado, ela perde todo o seu valor. A informação pode ser infinitamente reutilizável, não se deteriora nem se deprecia e o seu valor é determinado exclusivamente pelo usuário. A eficiência na utilização do recurso informação é medida pela relação do custo para obtê-la e o valor do benefício do seu uso. Os custos associados com a produção da informação são aqueles envolvidos na coleta, processamento e distribuição. O valor da informação também deve ser avaliado quanto ao seu uso final. Sua qualificação evidencia-se na medida em que possibilita a diminuição do grau de incerteza no processo de tomada de decisão, permitindo a melhoria da qualidade delas.

O responsável pela tomada de decisão deve decidir, mesmo com a possibilidade de errar, e esta tomada de decisão envolve um ciclo de controle, decisão e execução, em que é fundamental a existência de informações apropriadas a cada uma destas fases.

Assim para o processo de tomada de decisão, é preciso diferenciar as informações em gerenciais e operacionais. Informações operacionais são aquelas que têm por finalidade simplesmente permitir que determinadas operações continuem

acontecendo dentro do ciclo operacional da empresa. Por exemplo: informações sobre folha de pagamento, emissão de notas fiscais. Já as informações gerenciais destinam-se a alimentar processos de tomada de decisão, e cada nível de gerência depende de informações diferentes e a instituição deve conhecer suas necessidades em todos os níveis. Outro fator importante para a tomada de decisão é a qualidade das informações, que devem ser comparativas, confiáveis, geradas em tempo hábil e no nível de detalhe adequado. Uma decisão nada mais é que uma escolha entre alternativas, obedecendo a critérios preestabelecidos, em que é indiscutível a importância das informações em cada etapa deste processo. O fato de o executivo poder contar com informações adequadas e oportunas é de relevância capital para a tomada de decisão eficaz.

Tait (1994, p. 14) sintetiza dizendo que

A informação deve ser pensada como um elemento para a tomada de decisão, sendo a precisão e a segurança essenciais para o funcionamento das organizações. A informação apresenta-se como base para a tomada de decisão e, dependendo da fidedignidade dos dados, tornar-se-á um elemento essencial para o gestor. Com a posse das informações, o tomador de decisão terá uma visão realista dos passos que irão ser executados.

Para tanto, a informação deve ser um dos principais insumos para orientar o processo decisório. O sistema de informação, ou seja, como a organização coleta, armazena, analisa dados e os transforma em informações, constitui, hoje um dos principais processos dentro de qualquer organização e deve representar um dos pilares da sua análise interna em que haja explícita intenção de exploração ou de uso. Neste caso, a informação tem um valor de propriedade.

Para Borges (1995, p. 27),

Se a ideologia da produção em série, característica da era industrial, tinha como princípio fundamental à associação de terra, trabalho e capital como forma de criar riqueza, na sociedade do conhecimento, a informação, gerando ação (conhecimento), constitui o mais importante recurso de agregação de valor. Sua versatilidade permite atender às necessidades do consumidor de forma muito mais satisfatória.

É importante ressaltar o fato de que intensos fluxos de informação são identificados no desenvolvimento do processo decisório. A começar pela identificação de problemas ou de oportunidades, verifica-se que ambos são motivados pelas condições internas e/ou externas que são conhecidas por meio de relatos, comunicações, notícias, enfim, pela informação.

Assim, por meio de dados/fatos existentes nos ambientes econômico, técnico, político e social, o gestor toma ciência de uma situação nova que pode ser um problema ou até mesmo uma oportunidade a ser trabalhada. Torna-se cada vez mais necessário um número maior de informações relevantes a respeito do assunto em questão, pelas quais o gerenciador busca projetar e desenvolver caminhos alternativos.

Analisar as conseqüências de cada alternativa apresentada leva à escolha da solução mais adequada, o que permitirá a sua implementação. Nesta etapa, a informação é fundamental, pois como a participação é o princípio básico da administração moderna, a decisão tomada deve ser conhecida por todos, e todo o processo de implantação das atividades inerentes a ela deve ser conhecido por aqueles que estiverem envolvidos com as suas respectivas atividades.

Finalmente, as informações relativas aos resultados ou performance da implementação da decisão possibilitam a avaliação do processo permitindo alterações e melhoria das ações ou, até mesmo, a mudança radical de atividades e da própria decisão.

2.1.1 Informação em Saúde

O sistema de informação em saúde é um mecanismo de coleta, processamento, análise e transmissão da informação necessária aos processos de organização, avaliação, planejamento e tomada de decisões, fornecendo elementos de ajuste e de avaliação da execução dos planos e ações do setor de saúde.

Para Gómez (2003, p. 73)

A transparência, no domínio das relações Estado-sociedade, dependerá de outras condições, tais como a convergência dos sistemas e serviços de comunicação e informação pública, a coordenação administrativa de programas e ações de comunicação e informação, bem como a 'articulação' prático-contratual dos sujeitos envolvidos em processos progressivos de democratização.

A constituição de 1988 oferece um dispositivo fundamental destinado à instalação de um novo patamar jurídico para o acesso à informação governamental. Os direitos dos cidadãos têm como contrapartida os deveres da administração pública para viabilizar o acesso à informação, tal como previsto no artigo 216, parágrafo 2º, e no artigo 1º da chamada Lei de Arquivos, Lei nº 8.159, de 8 de janeiro de 1991, que dispõe sobre a política de arquivos públicos e privados.

No caso da saúde, o gerenciamento dos serviços prestados pelo setor depende de um conjunto de informações que orientem o gestor quanto às necessidades do desenvolvimento das ações em saúde, como também da oferta de serviços existentes e sua capacidade de atendimento.

Segundo Carvalho (1998, p. 198)

Constituem Sistemas de Informação em saúde (...) aqueles que irão permitir conhecer as características sociais, econômicas, físicas, demográficas e outras que possam afetar a saúde. Aqueles que permitem conhecer os problemas de saúde do município, não apenas os percebidos pelas autoridades de saúde, mas também os sentidos pela população. Aqueles que possibilitam acompanhar a programação de saúde dirigida ao atendimento individual e coletivo, não apenas para a detecção de doenças e tratamento, mas também para a prevenção da doença e promoção à saúde, gerando indicadores de eficácia e efeitos dos serviços de saúde, além dos que informam mais estritamente os aspectos administrativos.

O sistema de informações consubstancia-se no conjunto de **elementos** (humanos, tecnológicos, materiais e financeiros) que viabiliza a captação de dados, seu processamento e a geração e divulgação de informações. Ele é o encarregado de prover informações em todas as etapas do processo de gestão de políticas públicas para os diferentes níveis de atendimento na área da saúde.

Para Carvalho e Eduardo (1998, p. 28),

Gerenciar um serviço de saúde significa cuidar dos aspectos organizacionais e funcionais, tal como em qualquer empresa. Isso quer dizer que gerenciar sistemas de saúde requer lidar com aspectos administrativos como controlar estoques de materiais, equipamentos, gerir finanças, recursos humanos, etc., isto é, controlar aspectos que representam as condições de organização e funcionamento dos serviços de saúde. Em saúde, além disso, há os aspectos gerados pela prática de saúde, isto é, aqueles decorrentes do atendimento prestado, do ato clínico, ao indivíduo ou à coletividade. Compõem obrigatoriamente os sistemas de gerência em saúde os sistemas informativos da condição do doente, de sua vida, do meio ambiente e de outros fatores que interferem no processo saúde-doença e que constituem os Sistemas de Informação em Saúde (SIS).

A prestação de serviços de saúde é uma atividade complexa pelas próprias características de seu objeto, uma vez que saúde-doença não é uma mercadoria corriqueira tal como acontece em outros setores. O consumo do cuidado de saúde se dá por relações econômicas de compra e venda, ou oferta/ consumo, amparadas por relações jurídicas de garantia de qualidade e de preservação da vida, que concedem direitos ao consumidor e garantem seu status de cidadão. Finalmente, cada vez mais os usuários dos serviços de saúde envolvem-se nas questões de medicina e saúde,

seja através de denúncias sobre erros médicos ou mau atendimento, seja através da organização de pacientes em associações ou, ainda, participação da comunidade nos conselhos municipais questionando os procedimentos médicos, os sistemas de saúde e se interessando cada vez mais pelas formas pelas quais se presta o cuidado médico.

Assim, a informação no setor de saúde ganha maior destaque, haja vista os desdobramentos vitais que podem ocorrer na prestação de serviços dessa natureza. As políticas públicas de saúde requerem, portanto, a constituição de sistemas integrados de informações para que possa atender com qualidade e ofertar serviços adequados aos cidadãos, isso porque, antes de tudo, envolvem a conformação de um estado de cidadania.

2.2 Políticas Públicas

Segundo Lopes (2003, p. 94), a idéia do que é público tem variado muito nas acepções atuais do termo. O autor sugere que,

Começamos pelos significados grafados no *Dicionário brasileiro de língua portuguesa*, do Jornal da Tarde: **“Público**, *adj.* Relativo ou pertencente ao povo; que pertence ou se refere à massa geral dos habitantes de uma localidade; popular; comum; que serve para uso de todos; (...) *fonte pública*; relativo a governança de um país; conhecido de todos; notório; vulgar; a que todos podem assistir;... (Do lat. *publicu*)”. Noção regularmente encontrada em outros dicionários acessíveis à população, o termo “público” significa a esfera de fatos, relações e recursos que pertencem ou se referem aos habitantes de uma localidade, no sentido de que lhes interessam e servem à efetivação da organização do seu princípio de governo. Nesse sentido, “coisa pública” é todo fato, recurso e toda relação que têm sua origem na *fonte pública* e se direciona para configurar a governação de um município, estado ou país.

Para Fonseca (1996, p. 25), quando se fala em administração pública, antes de uma conceituação específica, é obrigatório deter-se brevemente na questão preliminar da delimitação do sentido de público. O conceito de “público” varia de acordo com um e outro modelo. No modelo profissional, o conceito de público está intimamente ligado ao do social, ou seja, está diretamente relacionado às instituições sociais, particularmente à instituição educacional vista como pública. Por outro lado, no modelo organizacional, “o público é identificado com as instituições políticas, especialmente com o estado” (SILBERMAN apud BRESSER PEREIRA, 1998, p. 414).

Por um longo período, a administração de políticas pública esteve em segundo plano no universo dos estudos sociais e políticos. No rastro traçado pelo pensamento

liberal, pela receita weberiana, para as burocracias de Estado e pela sacralização do Direito, desenvolveu-se uma concepção instrumental dos sistemas públicos administrativos. Para os executivos governamentais, a Administração Pública era entendida como simples estrutura de apoio na efetivação das políticas públicas, como um sistema orgânico homogêneo, lógico e naturalmente identificado com e legitimado pelo Estado na sua origem, natureza, fins e meios de atuação. Nesse contexto, as políticas públicas tinham o mesmo valor das simples formas de regulação social, produto das decisões da elite governante.

Easton (1953, p. 130) considera “uma política (policy) uma teia de decisões que alocam valor”. Mais especificamente, Jenkins (1978, p. 15) vê política como um “conjunto de decisões inter-relacionadas, concernindo à seleção de metas e aos meios para alcançá-las, dentro de uma situação especificada”.

Assim, as políticas públicas podem ser definidas como conjuntos de disposições, medidas e procedimentos que traduzem a orientação política do Estado e regulam as atividades governamentais relacionadas às tarefas de interesse público. Variam de acordo com o grau de diversificação da economia e da sociedade, com a natureza do regime político e com o nível de atuação e participação dos diferentes atores sociais.

As políticas públicas devem funcionar como instrumento de união de interesses de objetivos comuns, que passem a estruturar um conjunto de interesses. Nessa perspectiva, pensa-se a política pública como um instrumento de planejamento, racionalização e participação popular.

Desse modo, a administração pública, ao elaborar e/ou executar uma política qualquer, se conforma como um agente gerador de um volume substantivo e variado de documentação que vai desde a legislação até as formas de controle e gestão dos recursos dispendidos nessa política, gerando um fluxo de informação crucial para o acompanhamento e avaliação da sua eficácia.

Os princípios fundamentais das políticas públicas são o fim da ação governamental, as metas nas quais se desdobra esse fim, os meios alocados para a realização das metas e, finalmente, os processos de sua realização.

Ham e Hill (1993, p. 13) analisam as “implicações do fato de que a política envolve, antes, um curso de ação ou uma teia de decisões”, destacando aspectos como: a) a existência de uma rede de decisões de considerável complexidade; b) de uma série de decisões que, tomadas em seu conjunto, encerram mais ou menos o que é a política; c) a certeza de que as políticas mudam com o passar do tempo e, em conseqüência, o término de uma política é uma tarefa difícil; d) de que estudo de políticas deve deter-se, também, no exame de não-decisões.

A política é formulada na esfera de um processo decisório, pelos “tomadores de decisão”. Esse processo pode ser democrático e participativo ou autoritário e “de gabinete”; de “baixo para cima” ou de “cima para baixo”; de tipo racional e planejado ou incremental. Por meio de um ajustamento recíproco entre os atores interventores do processo, a política pode ser formulada com ou sem manipulação e domínio da agenda dos atores com maior poder, cuidadosamente definida e incompleta para “ver se cola”, e é como fica “na prática”. Por está sujeita principalmente ao grau de racionalidade do processo decisório, a fase de formulação pode contemplar etapas como pesquisa do assunto, filtragem, prospectiva, explicitação de valores e objetivos globais. Após ser estabelecida, tem início a fase de implementação da política, através dos órgãos e mecanismos existentes ou especialmente criados pelos burocratas.

De acordo com o grau de definição da política, esses órgãos exercem seu poder discricionário que varia segundo o nível em que se encontram na hierarquia – adaptando a política formulada à realidade da relação Estado-sociedade e às regras de formação do poder econômico e político impostas no jogo entre os atores sociais.

Dessa forma, o Estado capitalista democrático moderno ajusta-se ao contexto do Estado de Direito, e impõem, no contexto do Estado Social, ações deliberadas para atingir, por meio da promoção de políticas públicas essenciais, o bem-estar do cidadão.

A criação de políticas públicas é um fenômeno antes de tudo educativo, e, por isso, se realiza como valor comunicacional por excelência. Seu lugar e criação não são o da gestão administrativa, ou do governo, mas dos processos de mobilização e comunicação dos atores políticos, dos atores da cidade, considerados as necessidades e talentos dos grupos constituintes da comunidade.

As políticas públicas são elaboradas pelo setor governamental, mas, em sua procedência, natureza e conteúdo, se originam do esforço de amplos setores da população que pelem a melhora de suas condições de vida, desempenhando seu poder de participação política, exercendo a democracia.

Assim, a elaboração de políticas públicas exige reformulação no campo da gestão, abrangendo várias dimensões que podem ser detectadas em programas com objetivos, natureza e desenhos diversos. Ainda que se possa chegar a critérios menos contextualizados de reorganização, esta sempre deverá estar referida a determinada institucionalidade, no terreno das práticas sociais e de políticas em curso.

Uma primeira possibilidade de reformulação em uma política ou programa pode estar referida à *tomada de decisões e à gestão*, traduzida por mudanças nos processos organizacionais e institucionais que alteram a lógica, o escopo e o desenho institucional original para a provisão de determinado bem ou serviço público. Sob esse

ângulo, a reformulação está associada à modificação de regras e procedimentos utilizados na tomada de decisão e à correspondente modificação da agenda, ao reconhecimento de novas demandas e atores e à revisão da hierarquia de prioridades de diversos governos ou de órgãos de um governo.

No caso da saúde, a criação de programas e implementação das ações pressupõe a necessidade de compreender o contexto institucional no qual se desenvolve a política pública, essencial para se construir novas instituições, novos profissionais e novas formas de se fazer política em defesa da vida.

2.3 Análise institucional

A análise organizacional tem sido assinalada por três distintas visões de relação organização/ambiente. O final da década de 40 e início dos anos 60 apresenta uma ênfase na independência das organizações em relação ao ambiente; no começo dos anos 60, estendendo-se para os anos 70, a ênfase se dá na interdependência técnica das organizações aos seus ambientes, e, finalmente, da metade dos anos 70 até hoje a ênfase recai na interdependência social e cultural das organizações e seus ambientes. Nesse contexto, a análise institucional pressupõe que a sociedade esteja organizada por um conjunto aberto de instituições que atua segundo regras, normas explicitadas ou com pautas não explicitadas.

A Teoria Institucional pode ser considerada como recente e em pleno estágio de desenvolvimento. Scott (1987, p. 57) destaca quatro expressões desta teoria: (1) institucionalização como um processo de "inculcar" valores; (2) institucionalização como um processo de criar a realidade; (3) sistemas institucionais como uma classe de elementos, e (4) instituições como esferas sociais distintas.

Scott (1987, p. 72) afirma que a primeira face está representada no trabalho de Selznick, que via a estrutura organizacional como um veículo adaptativo, moldado em reação às características e exigências dos participantes, bem como às influências e pressões do ambiente externo. A segunda centra-se no argumento de que a ordem social está baseada, fundamentalmente, sobre uma realidade social compartilhada, a qual, por sua vez, é uma construção humana resultante de interações sociais. Assim, a institucionalização passa a ser vista como um processo social. A terceira face enfatiza que sistemas de crenças institucionalizados constituem uma classe distinta de elementos que podem somar para a existência e/ou elaboração da estrutura organizacional.

Desta forma, “as definições de ambiente técnico e ambiente institucional fortalecem a ruptura com as abordagens anteriores presas aos aspectos puramente objetivos da realidade organizacional” (SCOTT, 1987, p. 72). Os modelos anteriores restringiram-se a observar somente os fluxos técnicos entre as organizações, não levando em consideração as dimensões sociais e culturais nas relações organização/ambiente, concebendo ambiente apenas como ambiente de tarefas, como fonte de informações e estoque de recursos necessários para implementação de tarefas.

O ambiente técnico é definido, por Scott e Meyer (1991, p. 48) como aquele em que um produto ou serviço é produzido e trocado em um mercado tal que as organizações são recompensadas pelo controle efetivo e eficiente dos seus sistemas de produção e ambientes institucionais, que por sua vez, são aqueles caracterizados pela elaboração de regras e requerimentos para os quais as organizações individuais devem conformar-se para receber apoio e legitimidade. Os autores salientam, no entanto, que os ambientes técnico e institucional não devem ser vistos como estados mutuamente exclusivos, mas complementares.

Pode-se afirmar, então, que a apreensão do ambiente técnico e do ambiente institucional, em particular, requer a distinção de níveis de análise: local, regional, nacional e internacional. Machado-da-Silva e Fonseca (1996, p. 110), por exemplo, sugerem que nos dias atuais “a organização mais competitiva é aquela que absorve as concepções subjacentes à sustentação do padrão de concorrência internacional, e as aplica na definição de estratégias coerentes de ação”. Logo, uma organização que percorre uma trajetória de sucesso a partir de estratégias alinhadas ao contexto institucional nacional, a despeito do seu ramo de atuação, talvez encontre dificuldade em implementar práticas legitimadas em um contexto institucional mais abrangente, sobretudo se elas envolverem mudanças estratégicas.

As contribuições da Análise Institucional para o planejamento em saúde são recentes e introduzem alguns conceitos que auxiliam o entendimento do processo de trabalho nas instituições e das ferramentas para melhor planejá-lo. Os principais conceitos trabalhados por estas correntes, chamadas institucionalistas, são: a instituição, a organização, os agentes, o instituinte e o instituído.

Certo é que o conceito de instituição foi utilizado de modo mais freqüente para designar o *instituído*, ou seja, a coisa estabelecida, as normas já presentes, o estado de fato confundido com o estado de direito. A instância *instituinte*, ao contrário, foi, não poucas vezes, ocultada ou “esvaziada”, quando não, esquecida ou desprezada.

Renard (1930, p. 70) viu na *instituição* um conceito flexível, algo que se “mexe”, cujas fronteiras não são fixas, rígidas. Para o autor, a finalidade universal da

instituição, seu momento de universalidade, é a sua continuidade. A perpetuidade de uma instituição rígida é menos provável que a de uma instituição flexível e, por outro lado, a adaptação é fundamental para a sobrevivência, quer seja do ser humano, quer seja das instituições.

LOURAU (1975, p. 71) nos dá a *família* como exemplo de instituição que se perpetua. O antigo esquema pai – mãe – filhos, hoje, não satisfaz mais. Mesmo o Estado conheceria diferentes graus de existência institucional.

Por outro lado, Renard (1930, p. 73) parece substituir a *continuidade* da instituição pela *objetividade*, no sentido de que a instituição é real, ou seja, uma instância morfológicamente observável, onde se verifica, também, uma coação exercida pelas normas instituídas.

Observou, nas instituições (instituições-grupos ou instituições-pessoas), uma estrutura dotada de órgãos unidos, que têm, além de uma "posição", direitos e deveres dentro dela. Graças a isto é possível ao homem pertencer a várias instituições independentes. Estes órgãos, cuja atuação é baseada na isonomia, vez que é comum um dos órgãos da instituição agir por ela, representá-la, são responsáveis por uma "dinâmica institucional". Há, pois, assim, uma "troca absolutamente recíproca", um "equilíbrio" entre aqueles órgãos. Se assim não fosse, teríamos uma burocracia, não uma instituição.

LOURAU (1975, p. 74), em sua percuciente análise, diz o seguinte:

A posição dos 'órgãos' (ou melhor, das instâncias) na estrutura institucional não sugere somente uma topologia institucional, mas também uma dinâmica institucional. Estas instâncias não são encaixadas umas nas outras como os 'serviços' de uma organização. Estão em movimento umas em relação às outras, em relação ao todo ('a instituição é uma coisa que se mexe'). Este movimento é produto de uma 'energia social' e produz uma 'energia institucional', isto é, a conservação do instituído e, pela discussão do instituído, da capacidade instituinte. (...) Se nos lembrarmos que estas instâncias não são funcionais, mas simbólicas, traduziremos a formulação de Renard da seguinte maneira: as instâncias institucionais formam um sistema.

Dessa forma, o *indivíduo* faz parte de uma *instituição* (e pode, como vimos, pertencer a várias instituições independentes) que, por sua vez, é um sistema dentro de um outro "sistema institucional total", que é a sociedade em que ele vive. A instituição se apresenta, então, como um subsistema de outro sistema maior e mais amplo. Contudo, ensina-nos o autor que as instituições – estes subsistemas - mantêm entre si uma solidariedade, relações recíprocas que garantem a isonomia social, ao menos no plano imaginário, na ideologia ou no direito.

O estrutural-funcionalismo de Parsons (1974), também apresenta limitações. De um lado, a institucionalização de que tratou não se refere à atividade instituinte dos indivíduos, mas, sim, a uma interiorização, por estes, de normas e modelos já existentes; de outro, seu conceito de instituição apresenta uma certa "nebulosidade" quando se refere aos "feixes de funções". Fica difícil, assim, saber quais seriam as exigências funcionais da sociedade. LOURAU (1975, p. 153), também denuncia falhas na teoria de Parsons:

Com efeito, a análise em termos de estrutura vem desembocar na análise em termos de função. As 'exigências funcionais da sociedade' são o ponto cego da teoria da ação. Consideradas como dado, aparecem como as verdadeiras instituições, como a coisa instituída, a necessidade natural da qual decorrem 'naturalmente' as estruturas institucionais, os sistemas de funções ou 'funções institucionalizadas.

Cardan (1976), por sua vez, e com originalidade, analisa as instituições como sendo compostas de duas instâncias, a instituinte e a instituída. Assim, poder-se-ia falar em uma *sociedade instituinte* e uma *sociedade instituída*, relacionando-se dialeticamente. Deste modo, em tempo normal, o social – social instituído - manifesta-se através da instituição, até que o social instituinte rompa com o quadro vigente e opere a transformação que redundará numa nova instituição, que pretende existir visivelmente. Logo em seguida, o social instituinte se afasta, acomodando-se. O social instituído sempre pressupõe o social instituinte.

Lourau (1975, p. 101) em complexa análise, nos ensina que em Cardan, a instituição seria uma.

Teia" simbólica, socialmente aprovada, onde se combinam em proporções e relações variáveis dois componentes, um funcional e outro imaginário. Se se verificar a autonomização e dominância do momento imaginário da instituição, de modo a alcançar a sociedade, tem-se a *alienação*.

Ao contrário de Marx (1987), para quem as instituições fariam parte da superestrutura e seriam determinadas pela infra-estrutura econômica, como formas que traduzem um conteúdo, Cardan (1976), entende que este conteúdo econômico vem antes de sua expressão jurídica. A este respeito, a lição de Lourau (1975, p. 102):

Enquanto rede articulada na escala da sociedade, 'rede ao mesmo tempo real e simbólica, que se sanciona a si mesma', as relações de

produção são uma instituição. As classes, a relação burocracia-proletariado são, tal como a relação senhor-escravo, instituições. A economia 'só pode existir como instituição'. As formas de troca (forma mercadoria, e mais especialmente a 'forma equivalente', que é a moeda) são instituídas no quadro de um sistema institucional, do qual o banco, a Bolsa, a empresa industrial e comercial, a firma, o truste são apenas as manifestações mais visíveis. As relações sociais não são a expressão de um conteúdo que, em última análise, seria a economia: 'Quer apresentem quer não uma indumentária jurídica, (...) são estabelecidas como maneiras de agir universais, simbolizadas e sancionadas'. O marxismo tem razão em criticar sua autonomização na ideologia das 'relações humanas'. Mas não se deve por isso autonomizar as relações de produção, porque o econômico, tal como o jurídico, é instituído.

A análise institucional traz, assim, elementos fundamentais para compreender o processo de geração e gestão das informações no setor público da saúde, uma vez que permite compreender tanto os elementos das relações sociais que produzem efeitos diversos nesse processo, quanto nas condutas institucionalizadas, valores embutidos e compartilhados por funcionários e gestores que impactam tanto na coleta quanto na análise e avaliação das informações, bem como no seu uso como instrumento de planejamento e correção das ações em curso.

O aspecto institucional rejeita a percepção de um ambiente constituído exclusivamente por recursos humanos, materiais e econômicos para destacar a compleição de elementos culturais – valores, símbolos, mitos, sistema de crenças e programas profissionais. A implicação deste novo marco na interpretação organizacional mostra-se quando a competição por recursos e clientes entre as organizações abre espaço, na perspectiva institucional, a concorrência para alcançar legitimidade institucional e aceitação do ambiente.

Sob esta conjectura a atenção da análise centra-se

No papel desempenhado pelo estado, o sistema legal e as profissões no processo de dar forma à vida organizacional tanto de maneira direta, impondo limites ou criando oportunidades, como de forma indireta, com a promulgação de novos mitos racionais" (RODRIGUEZ, 1991, p. 208).

Desta maneira, o Estado assume todas as características da burocracia e do processo de racionalização que se exerce por meio de seu poder regulador e das profissões através dos *modos operandi* legitimados.

Nas instituições públicas e particularmente no setor de saúde, de maneira geral, a burocracia está presente pelo excesso de formalismo, normas e rotinas em todos os níveis de atendimento, ou seja, tanto nos níveis de atendimento primário, que se caracteriza pelo atendimento nas Unidades Básicas de Saúde, quanto nos níveis

de atendimento terciário, característico da internação hospitalar e de alta complexidade.

O setor de saúde, pela sua complexidade, volume de suas relações e pelo tipo de trabalho que executa, tem de ter maior controle sobre as atividades desenvolvidas. Nesse setor, a burocracia encontrou solo fértil de expressão por meio do estabelecimento de regimentos, normas e rotinas. A falta de racionalidade na execução das tarefas obriga o funcionário a preencher diversos formulários para um mesmo atendimento, contribuindo, dessa forma, para o aumento da quantidade de documentos não necessários para manter o sistema burocrático. As normas e os procedimentos estabelecidos com o objetivo de facilitar, dar maior rapidez no desenvolvimento das atividades operacionais e ao atendimento das necessidades dos clientes, transforma-se em obstáculos.

O cliente, ao buscar um atendimento na rede pública, defronta-se com uma fila interminável de espera eventualmente do excesso de normas e da falta de flexibilidade e criatividade dos funcionários, determinada pela rigidez do sistema. Na realidade, os funcionários deveriam estar adequadamente orientados a cumprir as normas, mas também a autodirigir-se em determinadas situações com criatividade, buscando sanar o problema, uma vez que o serviço precisa de pessoas criativas. Infelizmente, o pensar - trabalho intelectual - e o fazer - trabalho prático - estão nitidamente dissociados. Separação imposta em conformidade com as características burocráticas.

Assim, poder-se-a dizer que as disfunções mais comuns do setor são o excesso de formalismo, o exagerado apego aos instrumentos normativos, a rigidez comportamental, o conformismo e a estagnação funcional.

Deste modo, o excesso de normatização e a normalização não abrem espaço para a criatividade fazendo com que as unidades se organizem para dentro de si mesmas, para atender às normas do Sistema Maior. Em decorrência do controle político exercido sobre as estatais, tem-se os processos políticos, que, muitas vezes, oneram os processos operacionais e administrativos trazendo dificuldades de coordenação entre diretorias, departamentos ou seções, tornando improdutivo o trabalho e criando conflitos e disputas entre as diversas áreas. Estes aspectos são tratados em Johnson et al. (1996), que levantam também a questão da composição da cúpula das administrações públicas naturalmente de confiança do Poder Executivo, cuja mudança gera desconfiança tanto por parte das novas assessorias como por parte do corpo permanente, implicando em demora, cancelamento ou modificações em projetos em andamento.

Além disso, para o bom andamento do processo de administração, é vital que, durante a implantação das estratégias, os administradores públicos estejam cientes de

sua importância e que dependa recursos para sua realização. Contudo, a implantação do planejamento nas organizações públicas tem sido dificultada pelos recursos escassos e insuficientes, uma vez que, até os definidos orçamentariamente, nem sempre são repassados na sua totalidade. Verifica-se também, uma falta de comprometimento dos gestores com a implantação do plano, devido às resistências internas. Essas características da política administrativa têm gerado um sistema de tomada de decisões baseado em crises e sobressaltos constantes.

Sendo assim, a burocracia, gerada pela leitura deficiente da legislação, pela resistência das instituições às mudanças (principalmente quando elas podem significar, para algumas pessoas, quebra de poder ou perda do espaço institucional), impede a mudança e a criatividade, gerando um *gap* entre a teoria e a prática (GARGANTINI, 1997, p.16).

O acompanhamento das estratégias, por sua vez, permite ao gestor remover as dificuldades e ajustar as ações, além de gerar subsídios para um novo ciclo do planejamento. Esse processo propicia também, antecipar as conseqüências ou os prejuízos da não realização das ações, possibilitando atitudes preventivas ou defensivas. Para a realização do acompanhamento, é fundamental a informação sobre o que foi realizado, os fatores que facilitaram, os fatores que dificultaram e o percentual estimado de execução da ação. Isso reforça a importância de sistemas de informação adequados.

Corroborando essa posição, Meyer (1988, p. 65) acredita que a “carência de um órgão que trate da coleta, tratamento, análise e disseminação de dados e informações confiáveis tem sido um dos pontos nevrálgicos nas instituições públicas”.

Os gestores, por sua vez, de posse do real funcionamento de seus processos, através do fluxo de informações traçadas e resultantes do sistema de informações entre as partes envolvidas, têm condições de perceber as fragilidades desses processos, tendo condições de implementar modificações e/ou correções, bem como visualizar os pontos fortes.

Segundo Beuren (1998, p. 105),

A ausência de um fluxo de informações constante, os gestores sentem-se impotentes para qualquer coisa e acredita-se que grande parte das informações necessárias podem ser geradas na própria estrutura organizacional. Para tornar estas informações visíveis, é preciso que se faça um rastreamento das mesmas, uma vez que as informações convivem lado a lado com seus usuários, os quais raramente percebem a importância da qualidade das informações por eles manuseadas e transmitidas.

O sistema de informações tem de saber quais informações são necessárias para o processo decisório, em que tempo essas informações têm de ser fornecidas e em que linguagem deve ser traduzida. O objetivo fundamental do subsistema de informações é dar o adequado suporte informativo ao subsistema de gestão, tanto no âmbito gerencial – planejamento e controle quanto no âmbito da execução das atividades operacionais.

2.4 Burocracia em Weber

A burocracia é uma forma de organização humana que se baseia na racionalidade, isto é, na adequação dos meios aos objetivos (fins) pretendidos, a fim de garantir a máxima eficiência possível no alcance desses objetivos.

A burocracia tem suas origens na Antigüidade, quando o ser humano elaborou e registrou seus primeiros códigos de normatização das relações entre o Estado e as pessoas e entre as pessoas. Contudo, a burocracia, tal como existe hoje, teve sua origem nas mudanças religiosas verificadas após o Renascimento.

O termo burocracia, utilizado por Max Weber (1971), “corresponde a um conceito de tipo ideal que resume e sintetiza as formas de ação social, específicas das sociedades modernas, e que se baseiam nos princípios de igualdade perante a lei, na necessidade de uma hierarquia normativa em relação ao mercado, como norma fundamental dos processos de interação social” (KATZ e KAHN, 1976, p. 64).

Segundo Katz & Kahn (1976, p. 65),

As estruturas burocráticas são os exemplos mais claros de organizações sociais. Elas executam a formalização de papéis, em termos de especificidade funcional, com o mínimo de restos das velhas práticas institucionais. Em uma burocracia, a estrutura de autoridade é baseada na legitimidade de leis racionais e os mecanismos regulatórios burocráticos são de tipo bastante elaborado.

De uma forma geral, ao estudar as organizações e a burocracia no Estado moderno, Weber (1992) desenvolveu proposições sobre a estrutura das organizações, demonstrando que a administração se apóia na racionalidade formal. Teorizou, ainda, sobre a predominância da racionalidade e a crescente burocratização do mundo moderno. Ressaltou esse elemento como resultado da complexidade da vida moderna que vem exigir cada vez maior organização, previsibilidade e competência técnica, e o estabelecimento de um modelo comum de organização que pudesse explicar porque ela aumenta seu prestígio dentro das características expressas pela burocracia.

Weber (1971, p. 19) descreve uma organização estável como

Aquela que possui uma ou mais funções específicas, cuja operação é delimitada por certas regras. Na sociedade burocrática predominam as normas impessoais e a racionalidade na escolha dos meios e dos fins; a autoridade burocrática se legitima em função de que o grupo aceita o conjunto de preceitos e normas dos quais deriva o comando. Diz-se que a autoridade é técnica, legal, meritocrática e administrada. Essa racionalização conduz ao crescente desencantamento do mundo.

Esta desmistificação significa que a compreensão e atuação no âmbito econômico e social passam gradativamente da esfera dos mitos, dos dogmas, dos heróis e das inspirações divinas, para a esfera da razão, da ciência, da tecnologia e da competência técnica. Da mesma forma, a estrutura institucional passa da esfera da centralização autocrática divinizada para a esfera da regulamentação legal racionalizada.

A consistência e a continuidade, no interior da organização, são garantidas pelo registro de todos os atos, regras e decisões inerentes à organização. Nesse processo, a organização dos funcionários está na base da hierarquia, e o escopo da autoridade, no interior dessa hierarquia, define os direitos e deveres em cada nível hierárquico então especificados.

Assim, o papel do burocrata, como indivíduo que age baseado nas regras padronizadas estabelecidas pela organização, é fundamental como instrumento de efetivação das ações e metas previstas.

A análise weberiana descreve a organização burocrática como algo pautado pela separação dos funcionários da propriedade e dos meios de administração e produção. Eles são livres, estando sujeitos à autoridade somente no que diz respeito a suas obrigações oficiais. Os funcionários de uma organização são indicados, não eleitos, e essa indicação baseia-se em critérios de eficiência e impessoalidade que se traduzem não só na lida com os recursos a serem geridos, como também nas relações hierárquicas profissionais.

A mesma idéia está presente em Merton (1978, p. 107) ao destacar que

Uma estrutura social, racionalmente organizada, envolve padrões de atividade claramente definidos, nos quais, segundo a maneira ideal, cada série ou conjunto de ações está funcionalmente relacionado com os propósitos da organização. Em tal organização existe integrada uma série de cargos, de posições hierárquicas, que encerra determinado número de obrigações e privilégios estreitamente definidos por meio de regras limitadas e específicas.

As diretrizes da burocracia emanam através das normas e regulamentos para atingir os objetivos da organização, e tendem a adquirir um valor positivo, próprio e importante, independentemente daqueles objetivos, passando a substituí-los gradativamente. No entanto, a estrutura burocrática torna-se problemática quando as normas e regulamentos modificam-se e passam a ser absolutos e prioritários: o funcionário adquire "viseiras" e esquece que a flexibilidade e a criatividade são indispensáveis a qualquer atividade racional. Essa superconformidade às regras, aos regulamentos, às rotinas e procedimentos, leva a uma severidade na conduta do burocrata: o funcionário fica limitado ao que está contido nas normas, nas regras, nos preceitos, nas rotinas e procedimentos impostos pela organização. Esta perde toda a sua flexibilidade, pois o funcionário reduz ao mínimo seu desempenho, abafa sua ação, inventividade e inovação.

Pacheco ¹ (2001, p. 41) atualiza essa idéia ao afirmar que,

A Administração Pública burocrática, desenvolvida como forma de combater a corrupção e o nepotismo patrimonialista buscou maximizar os controles administrativos a priori. Tendo como ponto de partida a desconfiança generalizada nos administradores públicos e nos cidadãos que lhes dirigem demandas, desenhou controles rígidos dos processos e atribuiu ao funcionário, como principal tarefa, o exercício do controle. Com isso, o Estado tendeu a voltar-se para si mesmo e os funcionários foram tornando-se auto-referidos, perdendo a noção de sua principal missão: estar a serviço dos cidadãos.

A força dessas exigências burocráticas sobre os indivíduos provoca profundas limitações em sua liberdade e espontaneidade pessoal, além da crescente inaptidão de entender o significado de suas próprias tarefas e atividades dentro da organização como um todo. As exigências de controles, sempre rígidos e padronizados, acabam por minar a eficiência uma vez que emperram os processos, geram volumes de documentos cada vez maiores e processos cada vez mais lentos. A necessidade de documentar e de formalizar todas as comunicações dentro da organização, a fim de que tudo possa ser devidamente testemunhado por escrito, constitui uma das mais gritantes disfunções da burocracia.

Na burocracia, a liderança se dá tipicamente calcada em regras impessoais e escritas e através de uma estrutura hierárquica. O poder é legítimo e depende exclusivamente do grau de especialidade e competência técnica de quem o detém.

De acordo com Weber (1971, p. 18),

¹ Pacheco 2001, p.41 apud, Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, 1995, p.21 O autor recuperou essa referência do Plano Diretor da Reforma do Estado do Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado.

A autoridade legal baseia-se na promulgação. Tecnicamente a burocracia representa o aspecto mais puro de autoridade legal. Todavia, estrutura alguma é exclusivamente burocrática e administrada apenas por funcionários contratados e nomeados. Isso seria impossível.

Na medida em que nenhuma estrutura é exclusivamente burocrática, há uma divisão sistemática do trabalho, do direito e do poder, estabelecendo as atribuições de cada participante, os meios de obrigatoriedade e as condições necessárias.

Na organização burocrática, "cada participante passa a ter o seu cargo específico, as suas funções específicas e a sua esfera de competência e de responsabilidade; tem que saber qual é a sua tarefa, a sua capacidade de comando sobre os outros e, sobretudo, quais são os limites de sua tarefa – direitos e poder – para não ultrapassar esses limites e não interferir na competência alheia, nem prejudicar a estrutura existente. Os encargos administrativos são altamente diferenciados e especializados e as atividades são distribuídas de acordo com os objetivos a serem atingidos" (WEBER, 1971, p. 21).

Dessa forma, a administração da burocracia é realizada sem considerar as pessoas como pessoas, mas como ocupantes de cargos e de funções. O poder de cada indivíduo é impessoal e deriva do cargo que ocupa. Também a obediência prestada pelo subordinado ao superior é impessoal.

A racionalidade instrumental, para Weber (1971, p. 23), "leva a uma perda do encanto da vida e da individualidade". Na burocracia, são os cargos que interessam. Daí a natureza desencantadora desse mundo que burocratiza e faz o homem perder sua capacidade de criação e imaginação já que passa a mover-se apenas pela natureza instrumental, racional da ação. Nesse aspecto, a burocratização, ao padronizar os comportamentos, reduz o homem a um ser sem criatividade e imaginação. Trata-se de um aparente paradoxo na obra de Weber, pois ao mesmo tempo em que enfatiza o sentido da ação, para o indivíduo, demonstra que a racionalidade, inerente à burocracia, acaba por aniquilar a noção de indivíduo dentro de uma estrutura padronizadora.

Silva (1998, p. 108) sintetiza as características e os traços diferenciadores dessa idéia weberiana: a) "seus membros ou funcionários constituem-se como profissionais qualificados, recrutados e remunerados para o exercício de funções específicas do modo de dominação; b) cada um desses membros ocupa um emprego ou posição definida em uma hierarquia de status; c) o poder é fundado sobre a competência e não pelo costume ou pela força; d) o funcionamento burocrático inscreve-se num modelo de regulamentação impessoal, no qual abdica-se da arbitrariedade, do clientelismo ou de decisões não fundadas na razão do direito; e) a

execução prática das tarefas é dividida em funções especializadas metodicamente definidas; f) o comando e o controle são atividades garantidas pela existência de uma hierarquia; g) o encarreiramento é regulado por critérios objetivos, tais como a Antigüidade, a qualificação e a competência, com vistas à limitação de favoritismos pessoais”.

De acordo com Weber (1992, p. 101),

A significação dos pontos de vista empregados de maneira irrefletida torna-se incerta, e a rota se perde no crepúsculo. À luz dos grandes problemas culturais desponta novamente. Também a ciência se apressa, então, a mudar sua posição e seu aparato conceitual e a contemplar o fluxo do acontecer desde as alturas do pensamento.

Para Weber (1992, p. 100),

A realidade é um eterno fluir, irracional, caótico, de acontecimentos e processos que ocorrem simultânea e sucessivamente. Tanto “dentro” como “fora” de nós mesmos novos interesses e novos pontos-de-vista é que recortam partes deste fluir, emprestando-lhe significados simbólicos. “A vida em sua realidade irracional, e em seu conjunto de significações possíveis, é inesgotável.

Weber (1992), formula seu conceito de tipo ideal como um constructo situado entre a riqueza e a multiplicidade sempre irrepetível do mundo empírico e a abstração do universo conceitual.

Deste modo, pode-se concluir que, para Weber (1992), a burocracia conforma um corpo administrativo, hierarquicamente estruturado dentro das organizações. As pessoas representam cargos e só têm importância como tal, devendo seguir as regras impostas e servindo aos objetivos da organização. Embora sejam pessoas, elas nada mais são do que representantes de cargos, tanto que, quando de sua substituição, os princípios permanecem os mesmos, isto é, as definições do cargo e da autoridade que lhes compete, no nível formal, continuam a despeito de quem quer que esteja à frente do mesmo. O grande gargalo da teoria weberiana, nesse aspecto, foi negligenciar as estruturas informais de poder que ocorrem por trás da estrutura burocrática e que, muitas vezes, podem burlar ou complexificar esse processo, até mesmo o não cumprimento das regras por algum funcionário ou corpo de funcionários.

A discussão sobre o papel da burocracia no Estado capitalista, na atualidade pode ser entendida a partir do ideal weberiano, somados os “desvios” impostos pela realidade. Esses desvios, apontados como as causas das disfunções da burocracia, residem basicamente no fato de que a burocracia não leva em conta a chamada organização informal, existente em qualquer tipo de organização, nem se preocupa

com a variabilidade humana (diferenças individuais entre as pessoas) que, basicamente, introduz variações no desempenho das atividades organizacionais. Em face da exigência de controle (na busca por mais eficiência na gestão dos recursos) que norteia toda a atividade organizacional é que surgem as conseqüências imprevistas da burocracia. Ressalte-se que estes desvios não são incoerência na visão da sociologia compreensiva. Para ela, a burocracia é o que é. É como o sujeito determina o objeto, o desvio não é da ignorância da organização informal, mas que tal organização é colocada como desvio por parte do sujeito.

Analisando os dados sob o prisma de Weber, tem-se na burocracia uma forma de benefício à ação humana e à sociedade, na identificação das características típicas da organização e no vínculo das identificações à posição, e não ao seu ocupante. O desconhecimento do papel desempenhado pelo funcionário causa-lhe uma confusão mental, por não saber a quem obedecer e a quem responder. Assim, o tipo ideal da burocracia weberiana representaria a maneira mais justa e mais eficaz de dominação ou de autoridade nas organizações, incluindo as públicas.

Tragtenberg (1992, p. 17) ressalta que foi Hegel um dos pioneiros da análise da burocracia como parte do poder administrativo e político. Afirma, ainda, que para Hegel o Estado é visto como uma organização acabada, considerada em si e per si, que se realiza pela união íntima do universal e do individual. A burocracia representa a interferência do Estado e dos grupos com maior poder econômico na vida coletiva e privada. Formaliza igualmente a regulação social e econômica quando se expressa em documentos, tais como formulários, escrituras, contratos, atestados, correspondências e, sobretudo, nos processos jurídicos, administrativos e legislativos.

Hegel separa o interesse universal (Estado) e a sociedade civil (interesses particulares). A burocracia baseia-se nesse afastamento, surgindo como meio de intercessão entre governantes e governados.

Tragtenberg (1992, p. 23) afirma que:

O estado com seu formalismo pode opor o interesse geral (com a burocracia), como instrumento às corporações (interesses privados), representado por latifundiários, industriais, operários, camponeses. A burocracia representa no esquema hegeliano certas corporações ou sua combinação. Além de ser um instrumento das classes dominantes, a burocracia tem efeitos de permanência subsistindo com nível relativo de autonomia. Esse nível atualmente é encontrado na burocratização das lideranças sindicais e dos Estados socialistas. A corporação é a burocracia da sociedade civil e do Estado, sua hierarquia de formas de apresentação. Ela se opõe como sociedade civil ao Estado, ao Estado civil das corporações. O mesmo espírito que na sociedade criou a corporação, cria no Estado à burocracia.

A burocracia abriga um conjunto de interesses particulares cujas finalidades do Estado são as mesmas finalidades da burocracia e as finalidades desta se transformam em finalidades do Estado. A esse padrão, a literatura denominou insulamento burocrático, o que significa que a burocracia alcançou tal poder que determina os seus interesses como legítimos interesses do Estado e, conseqüentemente, da sociedade. Esses desvios acarretam morosidade, lentidão na prestação de serviços públicos, reduzindo a eficácia das políticas e aumentando os gastos estatais. A partir dessa constatação, e da crítica quanto à natureza do Estado, surgem os primeiros movimentos em prol de uma reforma que garantisse melhor qualidade dos serviços e redução de seus custos.

2.5 Organização Pública

De modo geral, as organizações apresentam uma grande quantidade de elementos a serem considerados para análise ou escolha do desenho organizacional. As organizações públicas possuem, ainda, outras características que individualizam o estudo e os procedimentos tomados em relação a elas. Apresentam particularidades que as diferem das organizações do setor privado, desde a forma de gestão até o tipo de serviços oferecidos à população. Não se trata da discussão arrolada na sociedade da eficiência ou não do setor público, pois esta questão esbarra no próprio significado dos propósitos desse setor onde a medida de eficiência pode estar vinculada ao alcance do atendimento de determinado serviço e não do rendimento financeiro que este serviço possa traduzir.

As características peculiares à organização pública influenciam, inclusive, o desenvolvimento, implantação e utilização dos sistemas de informação, cuja importância para este tipo de organização tem crescido nos últimos anos, viabilizando sua utilização para análise estratégica e planejamento dos órgãos governamentais.

A composição do setor público, com seus diversos órgãos e setores, já está consolidada como uma estrutura burocratizada que implica em demora na resposta a determinadas situações, e pode ser detectada pelos usuários dos serviços em várias instâncias.

Além disto, os sistemas de implementação de políticas sociais, com a implantação dos programas que a compõem, exigem uma série de requisitos institucionais e de gestão difíceis de se construir. Em primeiro lugar, se a baixa programabilidade exige autonomia da “ponta de linha”, a política de recursos humanos tem que ser capaz de constituir e manter equipes nas quais não só o nível de

qualificação seja alto, mas que apresente uma visão e orientação geral para as ações referentes ao projeto compartilhado. Isto porque não só os gerentes, técnicos e monitores têm que ser capazes de interpretar e tomar decisões a respeito de situações não antecipadas, como elas têm que ser consistentes em relação aos objetivos centrais do projeto ou da política.

As políticas sociais têm que lidar com processos e demandas simultâneos, não necessariamente compatibilizáveis, em contextos fortemente marcados por padrões de extrema desigualdade e altos níveis de exclusão, cujos efeitos excedem as possibilidades de respostas eficazes no âmbito do município. Com isso, o gestor público local se defronta com a necessária coexistência, muitas vezes paradóxica, de atores que operam no nível macro (estabelecendo diretrizes nacionais, estaduais ou municipais), com o aumento da capacidade microsocial, posta de manifesto pelos mecanismos associativos e pela diversidade de demandas que enriquecem o tecido social, mas tornam o ambiente organizacional e o processo de implementação mais complexo, incerto e com exigências mais altas de negociação e articulação, demandando abordagens flexíveis (novas tecnologias, processos sistemáticos de monitoramento, avaliação e revisão constante de atividades).

2.6 Eficácia, Eficiência e Efetividade na Elaboração de Políticas Sociais

No que diz respeito aos questionamentos é comum encontrarem-se, na literatura especializada de avaliação, referências a dimensões desejáveis de desempenho de organizações e programas avaliados, que se traduzem, aqui, por exigências de *efetividade*, de *eficiência* e de *eficácia* dos programas de governo. No uso corrente, a efetividade diz respeito à capacidade de se promover resultados pretendidos; a eficiência denotaria competência para se produzir resultados com dispêndio mínimo de recursos e esforços; e a eficácia, por sua vez, remete a condições controladas e a resultados desejados de experimentos. Critérios que, deve-se reconhecer, não se aplicam automaticamente às características e realidade dos programas sociais.

Segundo Gonçalves (1994, p. 16), “eficácia é a capacidade de intermediar a produção de resultados melhores, ou, em outro sentido, a capacidade de intermediar a produção de resultados ainda não alcançados anteriormente”.

A *efetividade* do programa social diria respeito, portanto, à implementação e ao aprimoramento de objetivos, independentemente das insuficiências de orientação e das falhas de especificação rigorosa dos objetivos iniciais declarados do programa.

Para CAMPOS (1988, p. 38), a eficácia é entendida como

O poder de produzir um efeito, ou seja, o benefício ou utilidade para o indivíduo, obtido com o serviço, tratamento, medida preventiva ou controle. Diz respeito, portanto, à utilidade dos atos ou ações realizadas pelo serviço de saúde em relação ao conjunto dos atos produzidos. Logo, terá maior eficácia aquele tipo de ato que atingir o objetivo final a que se propôs.

As organizações são efetivas quando seus critérios decisórios e suas realizações apontam para a permanência, estruturam objetivos verdadeiros e constroem regras de conduta confiáveis e dotadas de credibilidade para quem integra a organização e para seu ambiente de atuação.

A dimensão da *eficiência*, por sua vez, remete a avaliação para considerações de benefício e custo dos programas sociais, e há notórias complexidades a respeito do que deve e será levado em conta. De imediato, deve-se reconhecer que as organizações só estariam sendo eficientes se demonstrassem antes ser efetivas, no sentido já mencionado. De outra forma, recursos escassos poderiam estar associados a resultados passíveis de ser aprimorados.

Programas sociais regem-se, também, por objetivos de *eficácia*, uma vez que, esperadamente, os investimentos que mobilizam devem produzir os efeitos desejados. No caso, há pelo menos duas questões importantes a serem contempladas e devidamente balanceadas pela avaliação. A primeira deve levar em conta que o *superior hierárquico (principal)* do programa social é agente de instâncias superiores de formulação de políticas. Além disso, gerencia um mandato cujos termos, em geral, incluem objetivos (formulados às vezes por mais de uma instância superior e nem sempre compatíveis entre si) não verificáveis, difíceis de ser descritos e especificados *a priori*. Em segundo lugar, as políticas sociais são elaboradas em instância superior, em nível macro, não considerando as particularidades regionais, e, em muitos aspectos, não contemplam as reais necessidades da população, o que Udriopoulos (1997) chamou de eficácia populacional. Ao falar de “eficácia populacional consideramos também o grau de cobertura da intervenção, sua aceitabilidade e sua acessibilidade na população alvo” (CONTANDRIOPOULOS, e outros, 1997, p. 76).

Diante da complexidade na elaboração dessas políticas, a informação qualidade é fator crucial e determinante da eficiência do desenvolvimento e implantação dessas políticas.

A eficiência deve ser levada em conta porque representa o reverso da possibilidade de cobertura, já que pode existir uma ação eficaz, porém ineficiente, dada a sua restrição pelo alto custo. Pode haver, também, ações que sejam eficientes,

na medida em que o custo envolvido em sua produção seja baixo, porém de pouca eficácia. O desafio que se coloca é à busca de ações mais eficazes ao menor custo possível. Então, há que se trabalhar o conceito de efetividade, que significa a obtenção de um resultado (CAMPOS, 1988, p. 54).

Efetividade representa o produto de dois indicadores: eficácia (ações úteis/ações totais) e eficiência (ações totais/custo). Pode ser resumida na relação entre ações úteis e o custo envolvido para a sua produção (CAMPOS, 1988, p.55).

Neste contexto, o conceito de satisfação é um componente importante porque envolve a percepção subjetiva do usuário, se o serviço atendeu as suas expectativas e em que níveis ou graus. Trata-se de um “indicador que relativiza uma expectativa em face de uma realização” (CAMPOS, 1988). Sendo assim, esse conceito está intrinsecamente relacionado à efetividade e eficácia da ação uma vez que, em última instância, é o usuário que irá determinar o seu alcance.

2.7 A Reforma do Estado e os Novos Modelos de Gestão

Gestão, *s.f.* Ato de gerir; gerência; administração; direção. Do latim *gestione*. Quando passamos a buscar outros significados, porém, encontramos em “**Gerir**, *v. tr. dir.* Administrar; dirigir; governar. (Conjuga-se com o verbo aderir.) (Do latim *gerere*)”(idem). Vê-se, aqui, que os significados das palavras desdobram-se nos termos informativos que os descrevem. Em princípio, não há equidade de um termo para outro, senão quando mecanicamente articulados. O significado da palavra é ideológico, tanto quanto a ação que corresponde à sua idéia, propriamente dita.

Para tornar essa concepção mais problemática, veja-se o que diz o *Moderno dicionário da língua portuguesa Michaelis*: “**Gestão**, *s.f.* (lat. *gestione*) 1. Ato de gerir. 2. Administração, direção. G. de negócio: administração oficiosa de negócio alheio, feita sem preocupação”. Por que sem preocupação? É o *Novo dicionário da língua portuguesa*, de Aurélio Buarque de Holanda Ferreira, que nos explica: “**Gestão** [Do lat. *gestione*] *S.f.* Ato de gerir; gerência, administração. Gestão de negócios. *Jur.* Administração oficiosa de negócio alheio, sem mandato ou representação legal”.

Como foi tratada a idéia de administração pública?

A convicção sobre a necessidade de se buscar novos modelos, no campo das teorias da administração pública, resulta não apenas da intensificação das práticas reformistas dos segmentos governamentais em função das disfunções burocráticas do estado social contemporâneo. Decorre, também, de uma tomada de consciência

teórica que vem se sedimentando a partir da crítica epistemológica às ciências sociais, em especial ao domínio da administração pública.

A tendência revisionista das teorias de administração pública tem acarretado o surgimento tanto de abordagens sistematizantes, que procuram elevar e refletir o estado da arte sob novas perspectivas, assinalando caminhos e apontando direcionamentos, quanto tem feito aparecer abordagens que indicam alternativas às enquadradas nas correntes predominantes. De uma maneira geral, o movimento do pensamento no terreno da administração pública tem progredido no sentido de criar, criticar e aperfeiçoar modelos e princípios de mudança organizacional planejada, nos níveis micro ou macro-organizacional, saindo de um enfoque organizacional para um enfoque político-sociológico, que privilegia, como ponto central, a articulação entre política e administração.

A conceituação moderna sobre a Administração *Pública* designa como

O conjunto de procedimentos, mecanismos e formas sociais por meio do qual o Estado administra tanto os bens como serviços públicos, regulamenta a atividade econômica privada e contribui, através da política econômica para o funcionamento do mercado (MEIRELLES, 1991, p. 43).

A administração surge com o capitalismo, como um instrumento de dominação e controle, que é exercido pelo poder central e por grupos sociais vinculados ao mesmo. O Estado Social-Burocrático do Século XX, como o Social Liberal, do Século XXI, continuará a ser forte promotor das atividades sociais e científicas, com a diferença de um modelo gerencial e democrático, em que a execução das atividades do Estado caberá, principalmente, a entidades públicas não-estatais. Daí a importância da descentralização, da subsidiariedade, das iniciativas de parceria com a iniciativa privada e de novos projetos de gestão.

A descentralização obedece ao princípio da subsidiariedade: o que pode ser feito pela cidade não deve ser feito pela região; o que pode ser feito pela região não deve ser feito pelo poder central. A lógica por trás dela é simples: as atividades sociais, como educação básica e saúde, e as atividades de segurança local podem ser feitas com um controle muito maior da população se forem realizadas descentralizadamente, no nível local, ou, no máximo, no nível regional ou estadual. A argumentação burocrática a favor da centralização está baseada na incapacidade dos governadores e, principalmente, dos prefeitos de gastar racionalmente os recursos (BRESSER PEREIRA, 1998, p. 105).

Um dos traços marcantes na década de 90 foi o fenômeno da globalização, a partir do qual ocorreram mudanças importantes nas relações sociais, em que se

incluem as transformações no processo de reprodução da força de trabalho e na reorganização do mercado mundial. Dentre os impactos desse fenômeno na esfera política se destacam as mudanças no papel do Estado-nação, principalmente no que diz respeito à capacidade de prover um sistema de proteção social que minimize os efeitos do processo de acumulação.

Santos (1998, p. 8), ao analisar o processo de reforma do Estado encaminhado pelos diversos países, aponta que:

A destruição da articulação entre as estratégias de acumulação, confiança e hegemonia, presente no Estado providência, fortalece a estratégia da acumulação visto que o Estado se compromete agora a gerir e a legitimar, no espaço nacional, as exigências do capitalismo global, no sentido de submeter todas as interdependências à lógica mercantil. Neste processo, o capitalismo global e seu braço político, o Consenso de Washington, desestruturaram os espaços nacionais de conflito e negociação, minaram a capacidade financeira e reguladora do Estado, ao mesmo tempo em que aumentaram a escala e a frequência dos riscos até uma e outra ultrapassarem os limiares de uma gestão nacional viável.

Com efeito, eliminada a articulação que legitima o Estado providência, a reforma do Estado atingiu a dimensão apropriada à garantia da *governabilidade*. Nesse processo, Santos (1998, p. 10) reconhece dois momentos. O primeiro corresponde ao período de ofensiva do neoliberalismo até o início da década de 90, em que o Estado é concebido como irreformável, ou seja, "é inerentemente ineficaz, parasitário e predador, por isso a única reforma possível e legítima consiste em reduzir o Estado ao mínimo necessário, ao funcionamento do mercado" (SANTOS, 1998, p.10). Esse período alcançou seu ponto alto, apresentando simultaneamente seus limites, com a crise desencadeada nos países da Europa Central e do Leste, em que insurgiu um submundo de máfias, violências, corrupção política e aumento das tensões sociais motivadas pelo crescente desemprego. Ante a desordem, a opção foi tomar um novo rumo. A reorganização do movimento social contra as medidas e a análise da situação mostrou que "só um Estado forte pode produzir eficazmente sua própria fraqueza e como toda a desregulamentação envolve regulamentação, o Estado, paradoxalmente, tem de intervir para deixar de intervir" (SANTOS, 1998, p. 11). Assim, na década de 90 a reforma do Estado pressupôs que o Estado é reformável e que a sociedade deve ser o parceiro privilegiado.

A crise do Estado impôs a necessidade de reconstruí-lo; a globalização, o imperativo de redefinir suas funções. A reconstrução do Estado, especialmente pelo caminho da reforma gerencial da administração pública, é uma resposta ao processo de globalização em andamento, que pressagia restringir a autonomia dos Estados na

formulação e implementação de políticas, mormente, à crise do Estado que se iniciou no mundo nos anos 70, mas só se definiu nos anos 80.

A chamada reforma gerencial tem como finalidade eliminar os inconvenientes da administração burocrática, racionalizando e flexibilizando formas e procedimentos administrativos e dotando de maior eficiência a gestão de bens públicos e estatais. Está baseada em uma idéia de Estado que seja capaz de gerir seus serviços com o mesmo grau de eficácia e efetividade da administração privada. Para isso, se assenta numa nova visão de Estado e do usuário de seus serviços nos moldes de uma gestão de mercado. Tem seu início na redefinição das competências e atividades que são de responsabilidade direta do aparelho estatal, e aquelas que devem apenas financiar ou promover, e que são exclusivas do setor privado. (BRESSER PEREIRA, 1998, p. 111).

Em tese, a reforma gerencial visa melhorar a qualidade das decisões estratégicas do governo e de sua burocracia, fortalecendo, assim, a capacidade do Estado de promover o desenvolvimento. Em outra direção, visa, também, assegurar o caráter democrático da administração pública, através da implantação de um serviço público: (a) "orientado para o cidadão-usuário ou o cidadão-cliente, em vez de manter o caráter auto-referido que caracteriza a administração pública burocrática voltado para a afirmação do poder do Estado e da burocracia estatal; e (b) baseado na responsabilidade do servidor público; (b1) perante a sociedade, os políticos eleitos nos termos da democracia representativa e à sociedade em geral" (BRESSER PEREIRA, 1998, p. 112).

A escolha desse novo desenho de ação do setor público busca garantir flexibilização gerencial, o que pode colaborar para a aquisição de resultados positivos no que diz respeito à prestação de um determinado serviço ou da performance de um setor, mas possuem um caráter aleatório em sua significação, ou seja, não participam de uma ação planejada e coordenada dos governos. O risco da casualidade, na simples adoção das novas formas, é o de delongar o reconhecimento da necessidade de uma reforma da organização do Estado como um todo. Se o modelo contemporâneo de organização e gestão não for modificado, elas podem até se compor em alternativa para uma solução de problemas pontuais, mas refletirão uma segmentação e terão um alcance limitado. Características positivas da parceria como a de ser um fator de união entre Estado e sociedade, que facilita o controle social; a de reproduzir uma maximização de recursos; a de congregar novas tecnologias e, principalmente, a de imprimir maior racionalidade à gestão, tendem a se neutralizar caso o Estado não crie as condições para potencializar essa sinergia.

Com os novos desafios enfrentados pelo setor público, o modelo gerencial está sendo compelido a desenvolver formas mais maleáveis de gestão, descentralização

de funções, reorganização das estruturas e redescoberta da criatividade de seus recursos humanos.

Segundo Malta (2001, p. 39),

A administração pública convive com mecanismos de auto-sustentação nos quais determinados atores, que podem ser trabalhadores ou determinados grupos que representam certos interesses, acabam por instituir regras que permitem sua sustentação até certo ponto, criando autogovernos, fazendo enfrentamentos e disputando determinados projetos.

Nessa nova realidade, é indispensável que as administrações públicas federal, estadual e municipal se preparem para enfrentar esta fase de mudanças contínuas para maior qualidade e produtividade de suas ações, decidindo por modelos gerenciais capazes de gerar resultados num mercado altamente competitivo.

Assim, as políticas públicas têm suma importância para a estruturação do estado democrático, em que o interesse do cidadão deve ser o objetivo perseguido pela administração estatal. O Estado existe pelas finalidades que tem de cumprir para alcançar a sua objetivação superior, ou seja, organizar e tornar possível a vida do grupo social, da **sociedade civil**² como um todo, nas suas complexas manifestações.

Esses **grupos**³ **humanos** demandam necessidades que precisam ser atendidas com uma certa urgência, à medida que a intensidade dessas necessidades varia na relação de proximidade direta com as incertezas da conservação e perpetuação grupal, isto é, a proteção à vida, e da complementação constitucional como a liberdade, a propriedade, a saúde, a educação, a moradia e a segurança.

Segundo Bresser Pereira (1998, p. 106),

A complexidade crescente da administração pública em um mundo globalizado leva a uma crise política: a desconfiança dos cidadãos em seus governos. Tal confiança só pode ser recuperada na medida em que os serviços do Estado sejam descentralizados e os cidadãos sejam, *powered*: investidos de poder para controlar socialmente o serviço. Nesse processo, descentralização e desconcentração se somam.

Deste modo, o Estado contemporâneo necessita de leis apropriadas e de uma administração pública eficaz. A legalidade do estado contemporâneo é decorrente da efetividade de sua ação, tanto na direção do bem-estar quanto na direção da preservação dos direitos e das garantias individuais e coletivas. A forma de agir do

² Por sociedade civil, entende-se “como a esfera da ética interposta entre a família e o estado”.(Dicionário do pensamento social do século XX. Rio de Janeiro: Zahar, 1996, p.718).

³ Grupos humanos entende-se como um “agregado de seres humanos no qual existem relações específicas entre os indivíduos que o compreendem”.(Dicionário do pensamento social do século XX. Rio de Janeiro, Zahar, 1996.p.344).

Estado é, portanto, dependente da administração pública, que, nesse conjunto, constitui instrumento e condição de legitimação das ações estatais.

A reforma gerencial da Administração Pública, ao modificar substancialmente as formas de controle no interior do aparato estatal (sobre a alta burocracia e sobre as instituições públicas), dando ao mesmo tempo maior transparência às decisões administrativas (abrindo-as ao controle da sociedade e não apenas da própria burocracia), pode contribuir para o aumento da responsabilização dos administradores públicos. Para isto, a informação é insumo fundamental (PACHECO, 2002, p. 46).

Os poderes político, social, econômico e cultural carecem sempre de produzir marcas contratuais, por meio de documentos e outros registros. Quando chamadas, elas representavam e representam, para além da fala humana, o poder de fato. “Todos os atos administrativos, decisões, normas e orientações, precisam ser devidamente documentados e arquivados, a fim de se poder contar, em todo instante, com elementos informativos necessários às decisões, em vista dos precedentes vivenciados” (BORGES, 2000, p. 28).

A reforma gerencial tem como campos fundamentais a) a desburocratização para a flexibilidade de gestão; b) a descentralização com compleição estratégica centralizada; c) a cristalinidade e controle social por meio da disseminação de informações e a avaliação de resultados que presume a construção de indicadores de desempenho e metas pactuadas; d) a ética, por meio de um comportamento ético do funcionário público e da diminuição de vantagens; e) o profissionalismo, que envolve capacitações específicas, modificação dos valores culturais e motivação para o trabalho; f) a competitividade, que antevê a concorrência administrada e um quase-mercado; o *enfoque no cidadão*, que significa conhecer e ouvir os “clientes” internos e externos e constituir mecanismos de parceria e satisfação de expectativas (BRESSER PEREIRA, 1998, p. 108).

Isso aponta para o necessário restabelecimento e restauração institucional, para a distribuição de competências entre as esferas administrativas, uma eficiente regulação pela esfera federal do Estado⁴, a flexibilização de padrões e normas, a racionalização administrativa, a focalização em questões prioritárias e emergenciais, a adoção de mecanismos de otimização da gestão financeira e de estratégias de promoção da produtividade dos sistemas, questões que a reforma gerencial pretende sanar. Isso implica na construção de mecanismos disseminadores de informação profissionalizados.

⁴ Através de legislação, planos, formas de financiamento, programas, sistemas e processos avaliativos.

Assim, a organização da economia nessa nova sociedade, com o constante desenvolvimento tecnológico dos meios de comunicação, apresentam profundas mudanças em virtude do novo modelo técnico-econômico estabelecido pela sociedade da informação. Trata-se de um acontecimento global, com elevado potencial transformador das atividades sociais e econômicas, uma vez que a essência dessas atividades incontestavelmente será afetada, de alguma forma, pela infra-estrutura de informações disponíveis.

Essa sociedade de informação também pressupõe uma nova dimensão política-econômica, decorrente da contribuição da infra-estrutura de informações para estimular o desenvolvimento de regiões em relação aos negócios e empreendimentos. Não obstante ao aspecto político-econômico, sob o aspecto social, em decorrência de sua alta capacidade em atravessar limites, visa a sociedade de informação promover maior integração social, ao reduzir as distâncias entre pessoas e ao elevar o nível de informações acessíveis e de credibilidade.

3. CONTEXTO HISTÓRICO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE

3.1 As Políticas de Saúde no Brasil: da Criação do Ministério a Municipalização

A organização das ações e serviços de saúde no Brasil desenvolveu-se, historicamente, a partir de duas trajetórias institucionais: as ações e serviços de saúde pública/saúde coletiva, dirigidas à população em geral, sob a responsabilidade das esferas subnacionais de governo e do Ministério da Saúde (e fundações vinculadas), e as ações de assistência médica ambulatorial e hospitalar realizadas pela Previdência Social, dirigidas, principalmente, aos trabalhadores empregados no mercado formal de trabalho urbano. Cada uma dessas ações teve financiamento, administração, lógica e cultura institucional própria.

Na história recente os diversos segmentos da sociedade, têm expressado, de diferentes formas, suas demandas sociais frente ao Estado. No âmbito da saúde conformam-se distintos modelos tecno-assistenciais apoiados em diferentes formas de organizar a produção em saúde.

Esses modelos sustentam-se numa dimensão política, organizacional, assistencial e, de saber e disputam a hegemonia entre si. De um lado concorrem os modelos tecno-assistenciais da política neoliberal e, de outro, os que pretendem implementar as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), comprometidas com a saúde como direito de cidadania.

De acordo com Lucchese (2002, p. 6),

As políticas públicas em saúde pública integram o campo de ação social do Estado orientado para a melhoria das condições de saúde da população e dos ambientes natural, social e do trabalho. Sua tarefa específica em relação às outras políticas públicas da área social consiste em organizar as funções públicas governamentais para a promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da coletividade.

O percurso histórico das políticas públicas de saúde no Brasil encontra-se sintetizadas a seguir.

1902	Início ao combate das epidemias e endemias – Rodrigues Alves
1917/1918	Estado inicia a regulamentação da questão da saúde do trabalhador
1919	Promulgação da lei de acidentes de trabalho
1922	Criação do Conselho Nacional do Trabalho

- 1923 Criação do Departamento Nacional de Saúde Pública
- Saneamento urbano
 - Saúde dos portos
 - Combate às endemias rurais
 - Assistência médica individual.
- 1923 São criadas as caixas de aposentadoria e pensões com extensão à assistência médica (Lei 4682 – Eloy Chaves)
- 1926 Criação da caixa de aposentadoria da Previdência Social dos Portuários – CAPS
- 1930 Criação do Ministério da Educação e Saúde
- 1933 Criação do Instituto de Aposentadoria dos Marítimos
- 1934 Criação do Departamento Nacional de Assistência Médico-Social e do Instituto de Aposentadoria dos Comerciantes e Bancários - IAPC
- 1937 Criação do serviço nacional de febre amarela
- 1938 Criação do Instituto de Aposentadoria dos Industriários – IAPI
- 1953 Criação do Ministério da Saúde
- Combater endemias
 - Institucionalizar campanhas sanitárias
- 1956 Criação do Departamento nacional de Endemias Rurais.
- 1963 Criação do Funrural – Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural.
- 1966 Institui-se a operacionalização do INPS
- Unificação de todo o Sistema Previdenciário Brasileiro no INPS.
- 1977 Criação do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social.
- 1980 Elaboração do Plano Nacional de Serviços Básicos de Saúde – PREV-Saúde.
- 1982 Elaboração do Plano CONASP – Conselho Nacional da Administração de Saúde Previdenciária e institui-se o PAIS –Programa de Ações Integradas de Saúde.
- 1986 Realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, sobre o tema: “SAÚDE: DEVER DO ESTADO e DIREITO DO CIDADÃO”.
- 1983 – Implantação das Ações Integradas de Saúde – AIS
- 1988
- 1989 Instituição do Sistema Único Descentralizado de Saúde - SUDS.
- 1990 Criação das Leis 8080 e 8142, que trazem as diretrizes gerais do futuro Sistema Único de Saúde – SUS e os mecanismos institucionais de controle social.

- 1991 Criação da Portaria Normativa Básica – NOB 01/91 que institucionaliza a operacionalização da municipalização das ações em saúde e transferência de recursos.
- 1992 Criação da Portaria Normativa Básica – NOB 01/92 que complementa a NOB 01/91 e a realização da 9ª Conferência Nacional de Saúde sobre o tema: Municipalização é o Caminho.
- 1993 Criação da portaria Normativa – NOB 01/93, que municipaliza as ações de saúde, sob a ótica de sistema de gestão.
Gestão incipiente – Gestão parcial – Gestão semiplena
- 1996 Realização da 10ª Conferência Nacional de Saúde, sobre o tema: Construindo um Modelo de Atenção à Saúde para a Qualidade de Vida.
Criação da Portaria Normativa Básica – NOB 01/96, que municipaliza as ações de saúde sob a ótica de novos sistemas de gestão.
Gestão básica de sistema municipal – Gestão plena de gestão municipal
- 2000 Realização da 11ª Conferência Nacional de Saúde, sobre o tema: Efetivando o SUS: Acesso, Qualidade e Humanização da Atenção à Saúde com Controle Social.

Muito embora a história da Saúde Pública Brasileira tenha início em 1908, o Ministério da Saúde só veio a ser instituído no dia 25 de julho de 1953, com a Lei n. 1920, que desdobrou o então Ministério da Educação e Saúde em dois ministérios. O Ministério da Saúde e o Ministério da Educação e Cultura. A partir da sua criação, o Ministério da Saúde passou a encarregar-se, especificamente, das atividades até então de responsabilidade do Departamento Nacional de Saúde-DNS, mantendo a mesma estrutura que, na época, não era suficiente para dar ao órgão governamental o perfil de Secretaria de Estado, apropriado para atender aos importantes problemas da saúde pública existentes.

O Ministério limitava-se à ação legal e a mera divisão das atividades de saúde e educação, antes incorporadas num só ministério. Mesmo sendo a principal unidade administrativa de ação sanitária direta do Governo, essa função continuava, ainda, distribuída por vários ministérios e autarquias, com pulverização de recursos financeiros e dispersão do pessoal técnico, ficando alguns vinculados a órgãos de administração direta, outros às autarquias e fundações.

No início dos anos 60, a desigualdade social ganha dimensão no discurso dos sanitaristas em torno das relações entre saúde e desenvolvimento. O planejamento de metas de crescimento econômico e de melhorias conduziu ao planejamento global e ao planejamento de saúde.

Segundo Cohn e Elias (1999, p. 42),

As propostas para adequar os serviços de saúde pública à realidade diagnosticada pelos sanitaristas desenvolvimentistas tiveram marcos importantes, como por exemplo, a formulação da Política Nacional de Saúde, na gestão do então Ministro Estácio Souto-Maior, em 1961, cujo objetivo era o de redefinir a identidade do Ministério da Saúde e colocá-lo em sintonia com os avanços verificados na esfera econômico-social.

Outro marco da saúde ocorrido em âmbito ministerial ocorreu em 1963, com a realização da II Conferência Nacional da Saúde (CNS), convocada pelo ministro Wilson Fadul, árduo defensor da tese de municipalização.

A Conferência propunha a reordenação dos serviços de assistência médico-sanitária e alinhamentos gerais para determinar uma nova divisão das atribuições e responsabilidades entre os níveis político-administrativos da Federação, visando, sobretudo, a municipalização (COTTA, 1998, p. 22).

Em 1964, os militares assumem o governo e Raymundo de Brito firma-se como ministro da saúde e reitera o propósito de incorporar ao Ministério da Saúde a assistência médica da Previdência Social, dentro da proposta de fixar um Plano Nacional de Saúde conforme as diretrizes da II Conferência Nacional de Saúde.

Com a implantação da Reforma Administrativa Federal, em 25 de fevereiro de 1967, ficou estabelecido que o Ministério da Saúde seria o responsável pela formulação e coordenação da Política Nacional de Saúde, que até então não havia saído do papel. Foram definidas as áreas de competência do Ministério: política nacional de saúde; atividades médicas e paramédicas; ação preventiva em geral, vigilância sanitária de fronteiras e de portos marítimos, fluviais e aéreos; controle de drogas, medicamentos e alimentos, e pesquisa médico-sanitária.

Tornou-se função do Ministério da Saúde dispor de todas as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, redução das enfermidades, controle as doenças endêmicas e parasitárias, melhoria da vigilância à saúde e dando qualidade de vida ao brasileiro. A partir da constituição de 1988 a estrutura do Ministério da Saúde, responsável pela elaboração da política nacional de saúde se organiza conforme a figura abaixo.

ORGANOGRAMA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

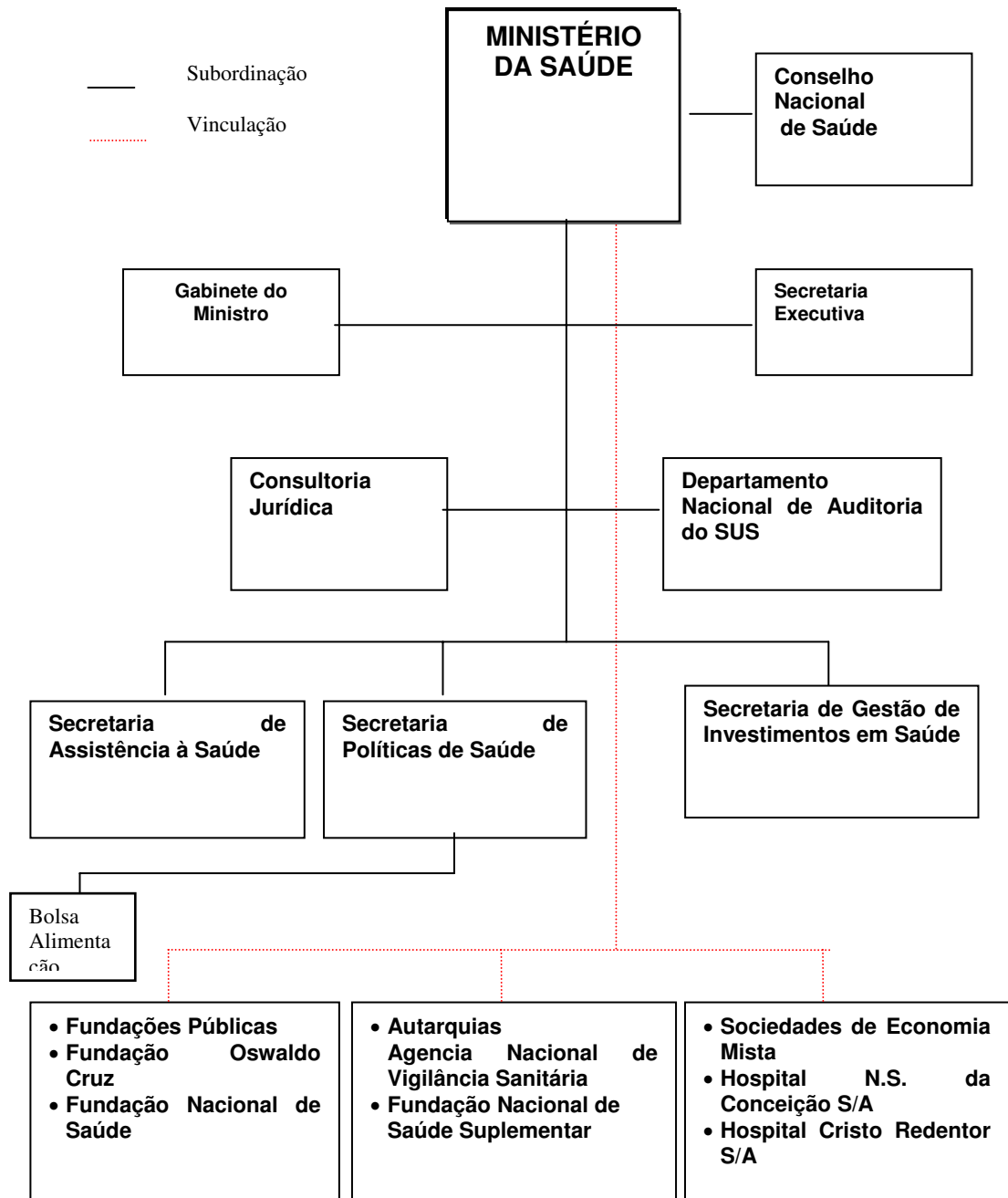


Figura 2 - Organograma do Ministério da Saúde

Adaptado do site: <http://www.saúde.gov.br/> pela autora

Ao Departamento de Formulação de Políticas de Saúde da Secretaria de Política Social-SPS, atual Secretaria de Atenção à Saúde, coube o papel de promotor, indutor e coordenador do processo de formulação, cabendo-lhe oferecer a metodologia e o assessoramento ao órgão ou entidade que detém o conteúdo técnico-científico da política a ser formulada.

A história do movimento da "Reforma Sanitária" no Brasil revela um movimento político em torno da reformulação do sistema de atenção à saúde, compreendendo-a como um direito do cidadão e dever do Estado. Este movimento aglutinou diversos atores sociais, formando uma grande coalizão política em torno de princípios que defendiam a criação do Sistema Único de Saúde.

O comprometimento gradativo desses atores deve permitir que, ao final, ocorra uma adaptação de múltiplas políticas públicas e de múltiplas agências de desenvolvimento social. A efetividade das ações e a sua sustentabilidade dependem dessa capacitação e do compromisso dos participantes. O modelo é o ponto de entrada do processo de formulação de políticas.

A formulação dessas políticas é estabelecida observando-se que as condições de saúde e a qualidade de vida das populações que vivem nos municípios médios e grandes são determinadas pelas condições econômicas, sociais, culturais, ambientais e locais em que os diferentes segmentos sociais vivem.

Neste contexto, a desigualdade e a exclusão social podem ser prontamente identificadas e até circunscritas geograficamente, pois elas reproduzem as transformações que ocorreram em nível global. Essas transformações têm levado, inclusive, a uma crítica acerca do papel do Estado, que resultou em políticas denominadas neoliberais e na perspectiva de um Estado mínimo, mas que, em países com graves problemas sociais e disparidades muito grandes, ainda é o Estado um componente crucial na promoção da equidade e do bem estar.

Para Westphal e Ziglio (1995, p. 47),

A participação dos grupos de interesse, legisladores, governantes e equipes operacionais no processo de tomada de decisão, capacita-os, também, a utilizar os conceitos-chave do modelo de investimentos. Observa-se, então, a importância dada ao controle social na gestão eficaz dos recursos.

A Constituição Federal de 1988 determinou, como dever do Estado, garantir saúde a toda a população. Para tanto, criou o Sistema Único de Saúde (SUS). Seus princípios apontam para a democratização nas ações e nos serviços de saúde que deixam de ser restritos e passam a ser universais, da mesma forma, deixam de ser centralizados e passam a nortear-se pela descentralização. O objetivo é capacitar os municípios a assumirem suas responsabilidades e prerrogativas diante do SUS e também desenvolver ações que dêem prioridade à prevenção e à promoção da saúde.

Segundo Westphal e Ziglio (1995, p. 113)

Os princípios constitucionais da Carta de 1988 produziram reestruturações no aparelho estatal, procurando torná-lo mais ágil e eficaz, democratizando a gestão através do controle social, dividindo-a por diferentes instâncias de poder e, gradativamente, mudando as relações Estado/Sociedade. Isso foi possível porque se combinaram iniciativas de todos os entes governamentais (federal, estadual e municipal) em torno da meta da descentralização, marcando expressivas transferências de recursos para Estados e municípios, principalmente na área social.

A autora afirma, ainda, que:

A compatibilização de Estado, democracia e equidade exigem um projeto social que articule economia, política e as dimensões socioculturais, de modo que permita a reafirmação da cidadania e a construção do processo de advocacia dos direitos sociais.

3.2 A Política de Saúde no Brasil e a Criação do SUS

Em 1982 o Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária – CONASP, elaborou um plano de contenção de gastos e instituiu o Programa de Ações Integradas de Saúde-PAIS, com a integração das diferentes instâncias interinstitucionais de saúde.

As Ações Integradas de Saúde (AIS), iniciadas em 1982, marco teórico conceitual, representaram um primeiro esforço de descentralização das decisões, e assentava-se, numa proposta de mudança organizacional de gestão operacional centrada na municipalização das ações e desenvolvida na ótica das decisões colegiadas, através das Comissões Inter-Municipais de Saúde (CIMS). Embora as AIS tenham atingido 2.500 municípios em todo o país, mostraram-se ineficazes no combate ao paralelismo das ações, à multiplicidade de gerência e à centralização do poder decisório no nível federal.

A elas seguiu-se, em 1987, a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que permitiu a desconcentração das atividades de saúde, passando-as do governo federal aos governos estaduais e destes aos municipais. Permitiu, também, uma certa descentralização do poder de decisão, redistribuindo-o entre as três esferas de governo. Na sua vigência, militantes, profissionais, administradores e usuários, embora não deixassem de reconhecer o avanço que representava, exigiam ainda passar do Unificado ao Único.

No Brasil, as políticas públicas de saúde orientam-se desde 1988, conforme a Constituição Federal, pelos princípios de universalidade e equidade no acesso às ações e serviços; pelas diretrizes de descentralização da gestão; de integralidade do

atendimento e de participação da comunidade na organização de um sistema único de saúde no território nacional.

A Constituição Federal, elaborada em 1988, estabelece a questão de igualdade no acesso aos serviços de saúde, uma vez que garantiu a universalidade da cobertura e do atendimento com o propósito de fornecer igual oportunidade de acesso aos serviços de saúde para indivíduos com as mesmas necessidades. Entretanto, a sustentabilidade desse sistema depende de aportes financeiros que estão além da capacidade de financiamento do setor, o que faz com que indivíduos com maior poder aquisitivo busquem os serviços privados de saúde como forma de garantir o acesso quando necessário. De acordo com o princípio de equidade vertical, os serviços de saúde deveriam ser distribuídos segundo a necessidade de cuidados nessa área, independente das características sócio-econômicas individuais.

Assim, a Constituição Federal de 1988 deu um importante passo na garantia do direito à saúde com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Seus princípios repartidos apontam para a democratização nas ações e nos serviços de saúde que deixam de ser restritos e passam a ser universais, da mesma forma, deixam de ser centralizados e passam a nortear-se pela descentralização. O objetivo é capacitar os municípios a assumir suas responsabilidades e prerrogativas diante do SUS, bem como desenvolver ações que dêem prioridade à prevenção e à promoção da saúde.

Dessa forma, a Constituição Federal consubstanciou este anseio e possibilitou a emergência da Lei Orgânica da Saúde que, em 1990, detalhou os princípios fundamentais do Sistema Único da Saúde (SUS). A, partir desta data, as políticas públicas orientam-se conforme a Constituição Federal, promulgada neste ano, pelos princípios de universalidade e equidade no acesso às ações e serviços e pelas diretrizes de descentralização da gestão, de integralidade do atendimento e de participação da comunidade na organização de um sistema único de saúde no território nacional.

A Constituição da República Federativa do Brasil, ao adotar o modelo de seguridade social para assegurar os direitos relativos à previdência, saúde e assistência social, determina que a saúde é direito de todos e dever do Estado.

Para a implantação desse sistema a Constituição Federal estabelece as seguintes diretrizes: descentralização das ações e serviços, com *direção única* em cada esfera de governo; integralidade no atendimento, com prioridade para as atividades preventivas; *participação da comunidade*, como mecanismo para efetivar o controle social do sistema.

A reforma gerencial no SUS, consubstanciada na NOB-96⁵, constituindo a descentralização como estratégia central para a viabilização de vários dos princípios do sistema, tais como a equidade, a integralidade, o controle social e a universalidade na prestação de serviços, buscou superar essa discussão sobre agigantamento do Estado e ineficácia das políticas públicas, incorporando não só formas de gestão mais eficazes, como também a participação do usuário no processo e controle dessa gestão.

O SUS resultou de um processo de lutas, mobilização, participação e esforços desenvolvidos por um grande número de pessoas, mas somente em 1990 é que o Congresso Nacional aprovou a Lei Orgânica da Saúde, detalhando seu funcionamento e ocasionando mudanças profundas na Saúde Pública brasileira que exigiram, para sua implantação e funcionamento, o aprimoramento do sistema de informação em saúde.

Com o processo de redemocratização da sociedade brasileira, ocorrida em 1985, buscou-se meios para realizar também a descentralização política e administrativa, tão imprescindível à consolidação das instituições democráticas livres e cidadãos no país. O processo de elaboração e promulgação da Constituição Federal de 1988 representou um importante momento para a institucionalização das garantias individuais e coletivas do povo. Ali foram lançadas as bases legais para a consolidação do novo Estado brasileiro.

Com as mudanças introduzidas a partir do texto constitucional e da Lei Orgânica da Saúde (Leis 8080 e 8142) em 1990, as decisões em matéria de saúde pública passaram a envolver novos e múltiplos atores, impondo mudanças significativas no desenho e formulação da política dessa área, com importantes inovações institucionais em termos da estrutura e dinâmica do processo decisório.

A seguir a estrutura da saúde no Brasil e organograma do Ministério.

⁵ NOB-96 Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – 1996. Brasília: Ministério da Saúde, Portaria do Ministro da Saúde publicada no Diário Oficial da União, 6.11.1996.

Estrutura do Sistema Nacional de Saúde

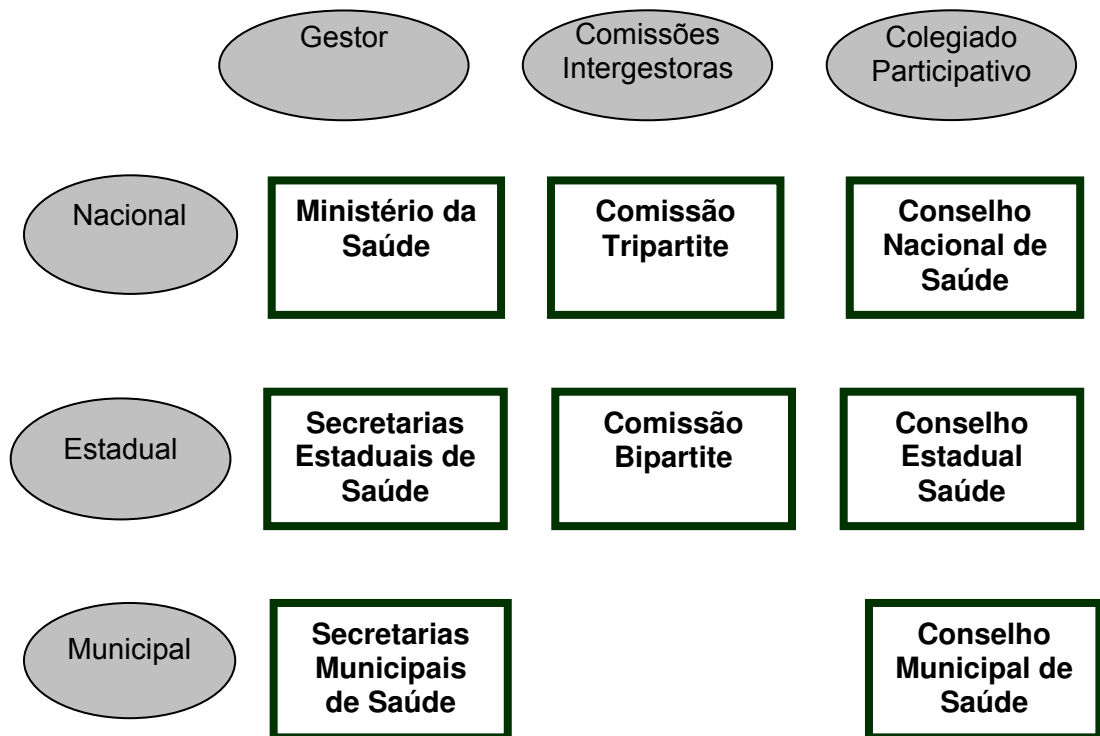


Figura 3 - Estrutura da saúde em nível nacional

Adaptado do site: <http://www.saúde.gov.br/> pela autora

A organização básica das ações e serviços de saúde - direção, gestão, competências e atribuições de cada esfera de governo no SUS - foi objeto da Lei no 8 080, de 19 de setembro de 1990.

Esta lei foi complementada, no que se refere à participação da comunidade na gestão do sistema e à forma e condições para as transferências intergovernamentais de recursos neste âmbito, pela Lei no 8 142, de 28 de dezembro de 1990.

De acordo com essa legislação, ao SUS compete prestar assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas, aí incluídas as ações de vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, saúde do trabalhador e assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica (Lei 8.080, capítulo I).

A execução dessas ações e serviços, antes realizada por força de convênio, passa a constituir *dever* de cada esfera de governo, a qual, de acordo com suas atribuições e competências no SUS, devem corresponder os poderes e instrumentos necessários para tal.

A política inspiradora do SUS tem suas raízes nas lutas sociais pela redemocratização do país, no final dos anos 70 e anos 80, afirmando a saúde como direito de cidadania, traduzido nos princípios de universalidade do acesso, equidade, integralidade da atenção, controle social e gestão única em cada esfera de governo.

O novo desenho institucional do SUS, que aqui defendo, distancia-se das reformas administrativas que constituem modificações burocráticas, de caráter ortopédico, que não alcançam romper com a inércia que governa as organizações e seus governantes. O redesenho institucional aproxima-se de uma reengenharia do sistema porque vai implicar, a partir de novas missões, novos valores e novos papéis, numa revisão global dos processos de trabalho das instituições, decorrente de profundo questionamento de sua ação cotidiana e de seus resultados em todas as suas áreas (MENDES, 1996, p. 107).

O SUS é um sistema público, organizado e orientado para o interesse coletivo, e todas as pessoas, independentemente de raça, crença, cor, situação de emprego, classe social, local de moradia, a ele têm direito. Não obstante, idealizá-lo é algo diferente: demanda um trabalho cotidiano de enfrentamento dos diversos atores sociais e dos interesses que os representam.

As iniciativas recentes de descentralização do financiamento e da gestão da assistência à saúde no Brasil — diretriz constitucional para a organização do Sistema Único de Saúde, têm apresentado muitos avanços e desafios, e refletem um processo extremamente dinâmico e participativo, porém com pouca visibilidade social.

Este processo de descentralização, ao atingir as relações de poder cristalizadas no interior do sistema de saúde, redefine novos papéis para o gestor federal e estadual. As Secretarias Estaduais de Saúde sofrem o maior impacto nessas mudanças. Seu papel original de executor de ações voltadas para o atendimento da população e de contratante de serviços privados e filantrópicos é substituído por uma função de coordenação, apoio e regulação do sistema estadual de saúde.

Assim, na gestão descentralizada, as Secretarias Municipais de Saúde, as grandes executoras das ações de saúde do sistema, passam a ter maior projeção no interior dos governos municipais, desenvolvem sua capacidade gerencial em função de suas novas responsabilidades e, num processo dinâmico e criativo, vão tentando aproximar as ações e os serviços às necessidades de saúde da população. Isto significou, nos municípios avaliados pelo Projeto, que se habilitaram à condição de gestão plena, um aumento da oferta de serviços e ações de saúde, um novo relacionamento entre os setores públicos e privado e um incremento de recursos financeiros originados do tesouro municipal.

O Sistema Único de Saúde tem seus serviços administrados pelos governos federal, estaduais e municipais e por organizações cujo objetivo é garantir a prestação de serviços gratuitos a qualquer cidadão.

O processo de formulação de uma política de saúde pode ser desencadeado a partir de demandas específicas da alta direção do Ministério da Saúde e da área técnica responsável pelo tema objeto da política a ser formulada pela própria equipe da Secretaria de Políticas – Departamento de Formulação – ao acompanhar os movimentos, quer da situação sanitária em si, quer do desenvolvimento das ações do SUS; ou parte de outros segmentos de governo ou da sociedade civil.

Observa-se, então, que nem sempre é possível ao município executar sozinho todos os serviços de saúde. Pequenos municípios carecem de recursos humanos, financeiros e materiais, e sua população é insuficiente para manter um hospital ou serviços especializados. Por isso, a descentralização dos serviços implica também em sua regionalização. Num país imenso como o nosso, para evitar desperdícios e duplicações, faz-se necessário organizar os serviços, visando dar acesso a todos os tipos de atendimento.

Observando essas diretrizes, a implementação do SUS deve configurar uma rede regionalizada e hierarquizados de ações e serviços públicos e privados de saúde (estes últimos participando do sistema de forma complementar), a partir da celebração de contratos de direito público ou convênios com o Poder Público, tendo preferência às entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1998. p. 92 art. 199, parágrafo 1º).

A Norma Operacional Básica - NOB n. 1, de 1993, fundamentada nas Leis n. 8.080 (orgânica da saúde) e n. 8142 (gestão do Sistema Único), detalhou os processos regulares de descentralização dos serviços de saúde. A NOB 01/93 objetivando normalizar o processo de descentralização, através da municipalização, e mudar o modelo de atenção e de gestão, estabeleceu três diferentes condições de gestão para os municípios: incipiente, parcial e semiplena. Nesta última, a forma mais avançada, os municípios assumem o controle total da gestão de saúde, incluindo definição de políticas, execução, acompanhamento, controle e avaliação dos serviços no interior de seus territórios.

Segundo Ortiga (1999, p.07),

Na gestão semiplena, o município passa a receber diretamente a totalidade de recursos para o custeio ambulatorial e hospitalar dos serviços público e privado, passando a ser o pagador das instituições privado convencionadas ao SUS, sendo de sua responsabilidade a definição, a execução, o acompanhamento, o controle e a avaliação no âmbito de seu território.

Nesta forma de gestão, assim como nas demais previstas pela NOB, os esforços realizados foram sempre o da concretização dos princípios doutrinários conformadores do SUS, quais sejam: a cobertura universal e a equidade; a descentralização do cuidado à saúde com comando único em cada esfera de governo; o atendimento integral priorizando as atividades preventivas; e a participação da comunidade.

Em 1996 é editada a NOB-SUS/96 que apresenta nova lógica de financiamento, tendo como prerrogativa à atenção básica, com os investimentos voltados para as ações de promoção e proteção à saúde, que se institucionalizam com a criação do PAB-Piso de Atenção Básica e a adoção de incentivos e pagamentos por cobertura populacional. Essas condições modificaram-se, na NOB-SUS/93, para duas modalidades denominadas gestão plena da atenção básica e gestão plena da gestão municipal.

A partir da sua aplicação, a condição de gestão semiplena passou a ser chamada de gestão plena do sistema municipal, caracterizando-se pelo fato de que os recursos de investimentos em saúde já não têm mais o controle total dos Estados em alguns programas, e são repassados diretamente aos municípios habilitados na gestão. As diretrizes de investimentos são acordadas nos Conselhos de Saúde, apreciadas e aprovadas na Comissão Intergestoras Bipartite.

A Norma Operacional Básica 96 (NOB 96) dividiu as condições em Gestão Plena do Sistema Municipal, que incorpora a gestão de média e alta complexidade e Gestão Plena de Atenção Básica, em que os municípios se responsabilizam pela gestão dos serviços básicos de saúde.

Para garantir a operacionalização desses novos procedimentos, em 1998 foi criado o Piso de Atenção Básica (PAB), no qual os recursos passaram a ser diretamente proporcionais ao número de habitantes do município, o que possibilitou uma maior estabilidade no planejamento das ações de saúde local.

3.3 O Programa Bolsa Alimentação

Nas últimas décadas, a segurança alimentar vem se constituindo um tema crônico no país provocando amplo debate, público e governamental, sobre os objetivos e critérios prioritários para o planejamento e construção das políticas públicas para implementação no território nacional.

Conduzidos pelo ciclo político-eleitoral, os debates variam de intensidade nas diferentes instâncias de governo, tendo em vista as demandas provindas das organizações sociais nacionais e também as pressões de ordem internacional.

Na década de 80, o Ministério da Saúde deu continuidade, através do INAN, a diversas ações de assistência alimentar e nutricional, com destaque para os Programas de Prevenção e Combate a Carências Nutricionais Específicas, o Programa de Suplementação Alimentar – PSA, e o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno – PNIAM. O Programa Nacional do Leite para Crianças Carentes (PNLCC), criado em 1986, visava a distribuição de um litro de leite por dia para famílias com renda mensal de até dois salários-mínimos com crianças de até sete anos de idade. Ficou conhecido como o “tíquete do Sarney”, por sua vinculação direta à Presidência da República, através da Secretaria Especial de Ação Comunitária.

O conceito de segurança alimentar, que anteriormente era limitado ao abastecimento na quantidade apropriada, foi ampliado, incorporando também o acesso universal aos alimentos, o aspecto nutricional e, conseqüentemente, as questões relativas à composição, à qualidade e ao aproveitamento biológico.

O Brasil adotou esse novo conceito a partir de 1986, com a I Conferência Nacional de Alimentação e Nutrição, que se consolidou quando da realização da I Conferência Nacional de Segurança Alimentar, em 1994.

Nesse período inúmeras experiências de políticas e programas voltados para o fortalecimento da segurança alimentar da população foram implementados nas distintas instâncias de governo – central, regional e local.

Assim, no conjunto dos componentes de uma política nacional voltada para a segurança alimentar e nutricional, estão os créditos agrícolas, inclusive os incentivos ao pequeno agricultor; a avaliação e a adoção de tecnologias agrícolas e industriais; os estoques estratégicos; o cooperativismo; a importação, o acesso, a distribuição, a conservação e o armazenamento de alimentos e o manejo sustentado dos recursos naturais, entre outros.

O Bolsa-Alimentação foi criado para substituir o Programa de Incentivo ao Combate às Carências Nutricionais (ICCN), e tem como meta diminuir as carências nutricionais de aproximadamente 3,5 milhões de pessoas – em todo país-pertencentes a famílias com renda mensal inferior a meio salário mínimo.

O objetivo do Programa é conceder apoio financeiro para gestantes, nutrizes e crianças de seis meses a seis anos, de famílias de baixa renda em risco nutricional, e destina-se à complementação da renda familiar para reforço da alimentação, mediante cumprimento de uma agenda de compromissos.

Consiste em um importante mecanismo de vinculação das famílias em risco de desnutrição ao sistema de saúde pública, já que permite a realização contínua de ações básicas em saúde (incentivo de demanda) e, conseqüentemente, a sua inclusão social (<http://www.saúde.gov.br>). A permanência mínima do beneficiário no programa é de 6 meses, com renovação, de acordo com cumprimento da agenda de compromissos.

3.3.1 Agenda de compromissos

O programa prevê um conjunto de ações indispensáveis para sua realização. Essas ações se consubstanciam numa agenda de compromissos que devem ser cumpridas pelos diversos atores que delas participam. O planejamento das atividades é fundamental para a correta identificação e cadastramento das famílias, bem como para o acompanhamento adequado dos beneficiários. A seguir serão detalhados esses passos.

a) O que cabe à família beneficiada

Além do benefício financeiro, as famílias cadastradas no Programa são assistidas por uma equipe do Programa Saúde da Família, por Agentes Comunitários de Saúde ou uma Unidade Básica de Saúde que promovem as ações básicas de saúde aos beneficiários, de acordo com a Agenda de Compromissos estabelecida pelo Ministério da Saúde.

Porém, cabe à família beneficiada a participação nessas ações, isto é, o cumprimento dessa Agenda de Compromissos durante a vigência do benefício.

b) As atividades da Agenda de Compromissos para cada tipo de beneficiário são:

Gestantes:

Realizar todas as consultas de pré-natal e participar de atividades educativas em planejamento familiar e aleitamento materno (<http://www.saúde.gov.br>).

Nutrizes (mães amamentando até o 6º mês de vida do bebê):

Providenciar o Registro de Nascimento; manter a amamentação e participar de atividades educativas em planejamento familiar e cuidados gerais com a criança (<http://www.saúde.gov.br>).

Mães de crianças de 6 meses a 6 anos:

Manter vacinação em dia; participar de atividades educativas em alimentação, saúde e cuidados gerais com a criança, apropriados para cada idade, e participar de atividades educativas sobre planejamento familiar, cuidados com a saúde e prevenção de acidentes e violências (<http://www.saúde.gov.br>).

c) Do Município:

Estar habilitado a receber recursos federais para a saúde (NOB-SUS/96); ter implantado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde ou o Programa Saúde da Família; apresentar Carta de Adesão; implantar o Sistema de Informações; fornecer o cadastro dos beneficiários e prover todas as ações de saúde que fazem parte da Agenda de Compromisso dos beneficiários (<http://www.saúde.gov.br>).

e) Acompanhamento e avaliação

A avaliação operacional interna ao gerenciamento é feita através dos dados provenientes do sistema de informação e dos dados fornecidos pela Caixa Econômica Federal e da análise comparativa com o modelo ICCN.

f) Indicadores operacionais

O acompanhamento das ações do programa no município é realizado pelo Conselho Municipal de Saúde – CMS, e o da sociedade civil organizada e da avaliação do cumprimento da Agenda de Compromissos do município, pelos indicadores do Sistema de Informações do Ministério.

Os dados para esta avaliação são provenientes do SIAB-Sistema de Informações de Atenção Básica, do NUPENS/USP - Núcleo de Pesquisas Epidemiológicas em Nutrição e Saúde, da UFPel - Universidade Federal de Pelotas e

da International Food Policy Research Institute, pela sua experiência em avaliação de programas de natureza semelhante no México (Progesa) e Honduras (Frat).

3.3.2 Papéis e responsabilidades no Programa Bolsa Alimentação

a) Papel do Ministério da Saúde

A nova concepção do sistema de saúde, descentralizado e administrado democraticamente, com a participação da sociedade organizada, afetou as relações de poder político e a distribuição de responsabilidades entre o Estado, a sociedade e os distintos níveis de governo nacional, estadual e municipal. Os gestores da saúde assumiram papel fundamental para concretizar os princípios e diretrizes da reforma sanitária brasileira.

Com as mudanças introduzidas a partir do texto constitucional e da Lei Orgânica da Saúde (Leis 8080 e 8142) em 1990, as decisões em matéria de saúde pública passaram a envolver novos e múltiplos atores, impondo mudanças significativas no desenho e formulação da política de saúde, com importantes inovações institucionais em termos da estrutura e dinâmica do processo decisório.

É função do Ministério da Saúde dispor de todas as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, reduzindo as enfermidades, controlando as doenças endêmicas e parasitárias, melhorando a vigilância à saúde e dando qualidade de vida ao brasileiro.

É por causa destas atribuições que ao Ministério da Saúde impõe-se o desafio de garantir o direito do cidadão ao atendimento à saúde e prover condições para que esse direito esteja ao alcance da população, independente da condição social de cada um. Dessa forma, o Ministério tem como competências qualificar os municípios e, quando necessário, desqualificá-lo; capacitar os responsáveis técnicos estaduais para que apoiem os municípios na implantação, acompanhamento e avaliação do Programa; estabelecer diretrizes técnicas e operacionais do Programa e divulgá-las aos Estados e Municípios; elaborar e divulgar diretrizes técnicas das ações básicas de saúde que compõem a agenda de compromissos dos beneficiários; fixar montante de bolsas disponíveis para cada município, de acordo com dados provenientes de estudos sócio-econômicos, epidemiológicos e nutricionais; homologar a qualificação e desqualificação dos municípios por meio de portarias específicas; elaborar e manter em funcionamento, por intermédio do Departamento de Processamento de Dados do SUS – DATASUS, o Sistema de Informações da Bolsa-Alimentação para o

acompanhamento de beneficiários do Programa; repassar à Caixa Econômica Federal, por intermédio do Fundo Nacional de Saúde, os recursos necessários para o pagamento dos benefícios; avaliar o desempenho e impacto do Programa em nível nacional; realizar, por intermédio do Departamento Nacional de Auditoria do SUS, auditorias em municípios alvo de denúncias e irregularidades na condução do Programa, e estabelecer parcerias com outras instâncias, órgãos e instituições, governamentais e não-governamentais, para fomento de atividades complementares que gerem emprego e renda às famílias-alvo do Programa, tendo em vista o alcance do desenvolvimento sustentável.

Organizado o campo definicional da política de informação, se teria, agora, o Estado como agente privilegiado de sua elaboração e implantação, e a ciência e a tecnologia como domínio de seu exercício. Apesar de muitos e importantes esforços, a formulação das políticas de informação não consegue o sucesso esperado nos países em desenvolvimento.

A convicção do papel causal da informação, na atualidade, e o desenvolvimento, não se mostrariam igualmente eficazes para consolidar a informação científico-tecnológica e as estruturas institucionais, duradouras e progressivas, na formulação de seus parâmetros organizacionais e tecnológicos. De fato, os sistemas nacionais de informação científico-tecnológica não encontram expressão em um domínio estável e transparente de agentes, instituições, espaços e agendas de formulação de políticas públicas, seja porque a informação é objeto de políticas indiretas e tácitas, seja porque o escopo e abrangência das políticas de informação recortadas sobre o grande mapa das políticas públicas são deslocados freqüentemente, de acordo com definições de prioridades conjunturais e em constante mudança.

b) Papel da Secretaria Estadual de Saúde

Com o processo de implantação do Sistema Único de Saúde no Brasil e o avanço da municipalização, às Secretarias Estaduais de Saúde coube um novo papel; de apoio e cooperação técnica e investimentos nos municípios, reduzindo a execução de ações e serviços, que foi sendo assumida pelos municípios e consórcios, segundo a sua capacidade. Assim, cabe à Secretaria de Estado da Saúde apoiar, investir e desenvolver ações complementares e mecanismos capazes de organizar e sustentar o funcionamento do Sistema Estadual de Saúde.

A Secretaria Estadual, como interlocutora com o Ministério da Saúde, por um lado, e com os municípios, por outro, está capacitada a indicar um responsável técnico para a realização das ações de alimentação, que será responsável, em nível estadual, pelo Programa Bolsa-Alimentação, a quem cabe divulgar as normas operacionais do Programa aos municípios; apoiando-os, tecnicamente, na implantação do Programa nas suas diferentes etapas, na implantação do Sistema de Informações do Programa Bolsa-Alimentação (SBA), e, também, apoiar a capacitação de recursos humanos nas ações básicas de saúde que integram a agenda de compromissos do beneficiário.

Compete à Secretaria analisar os pleitos e enviar os pedidos de adesão ao Ministério da Saúde. Na medida em que sejam formalizados pelos municípios, informar à Comissão Intergestores Bipartite respectiva, a cada reunião, o nome dos municípios que já aderiram ao Programa e avaliar o desempenho e impacto do Programa em nível estadual; estimular os municípios a estabelecerem parcerias com órgãos e instituições municipais, estaduais e federais, governamentais e não-governamentais, para fomento de atividades complementares que gerem emprego e renda às famílias-alvo do Programa, tendo em vista o alcance do desenvolvimento sustentável; além de apurar denúncias de irregularidades na condução do Programa, mediante a realização de visitas técnicas e auditorias.

Para execução das ações, é necessário agilizar os processos de implantação de políticas públicas no âmbito do Estado, uma vez que estão envolvidos vários órgãos públicos e a Secretaria Estadual de Saúde precisa investir em infra-estrutura (obras e equipamentos) com eficácia e eficiência. A construção de uma rede estadual de informações, por exemplo, constitui o principal objetivo da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, enquanto estratégia para a disseminação das informações nessa área.

Para garantir acesso à informação a todos os gestores do SUS, e cidadãos, são necessárias mídias diversificadas e adequadas às regiões do Estado. Entre as mídias destaca-se o uso da INTERNET, em especial para a comunicação entre redes locais (municípios), regionais, estaduais e a Rede Nacional de Informações de Saúde - RNIS, em construção.

c) O papel do Município no Programa

O papel do município, como uma importante instância responsável pela saúde da população, inserida em um sistema único remete à discussão sobre a necessária articulação entre esta instância e as demais. A saúde, função concorrente, envolve, na

implementação de suas políticas, forte interação entre as três esferas de poder, requerendo, além de uma ação firme de gestão intergovernamental, uma definição clara do papel da União, Estados e Municípios, na estrutura única e descentralizada do sistema.

Dessa forma, ao Município compete prover as ações básicas de saúde e as atividades educativas que fazem parte da agenda de compromissos dos beneficiários; coordenar o processo de seleção, inscrição, renovação e desligamento dos beneficiários; implantar e manter atualizados os dados do Sistema de Informações do Programa Bolsa-Alimentação; buscar estimular e monitorar a participação dos beneficiários no cumprimento da agenda de compromissos promovendo atividades de orientação alimentar e nutricional, com ênfase na promoção de hábitos alimentares saudáveis; capacitar as equipes da Atenção Básica e demais equipes de saúde para a operacionalização do Programa Bolsa-Alimentação; promover a Vigilância Alimentar e Nutricional, através da coleta e análise conjunta de dados dos diversos sistemas de informação em saúde de base nacional e pesquisas locais; e avaliar o desempenho e impacto do Programa em nível municipal.

O município interessado em aderir ao Programa Bolsa Alimentação deve elaborar Carta de Adesão, conforme modelo definido pelo Ministério da Saúde, assinada pelo Secretário Municipal de Saúde e pelo Prefeito Municipal conforme fluxograma a seguir.

Adesão municipal à Bolsa Alimentação

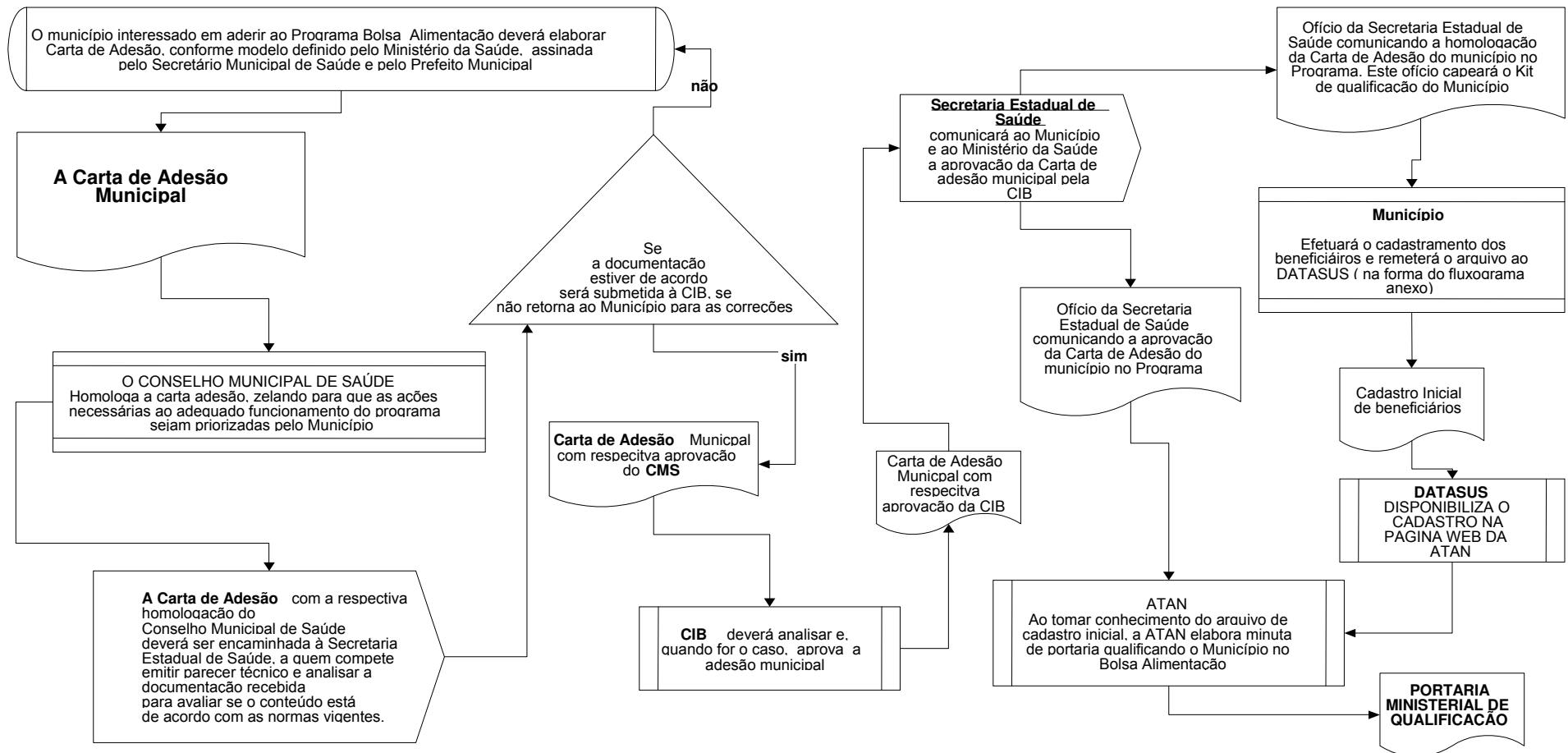


Figura 4 – Adesão municipal ao Bolsa Alimentação
 Fonte: <http://www.saude.gov.br>

Bolsa Alimentação - Procedimentos

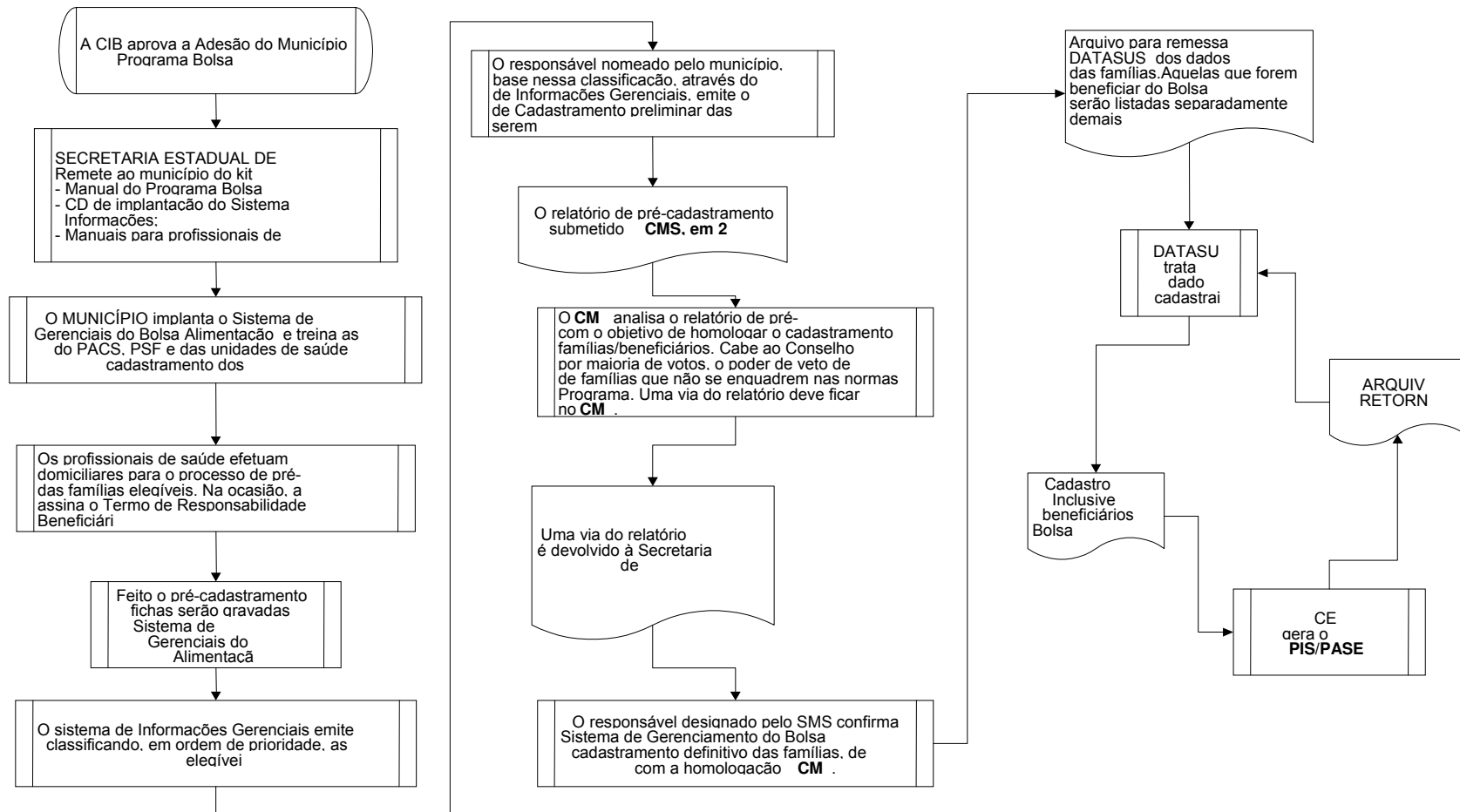


Figura 5 – Bolsa Alimentação - Procedimentos
Fonte: <http://www.saúde.gov.br>

Remessa de dados ao Datasus e procedimentos complementares

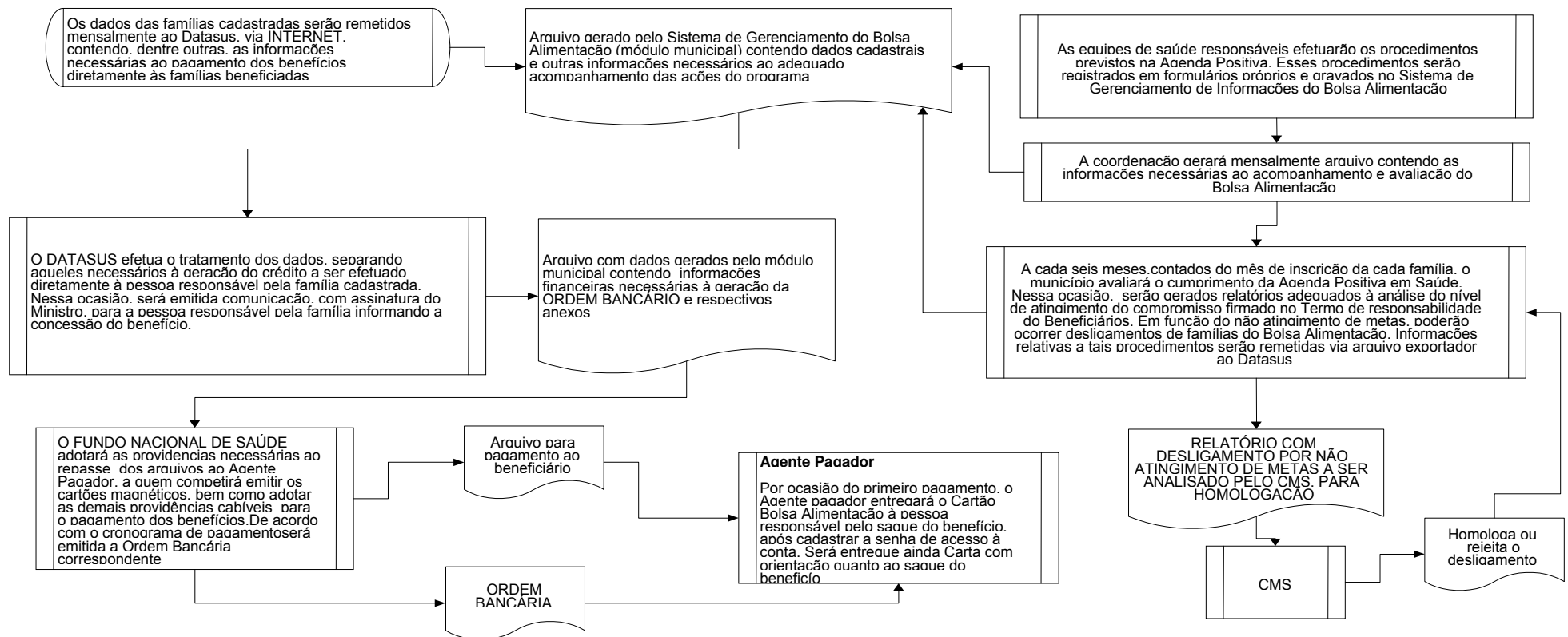


Figura 6 - Remessa de dados ao DATASUS e procedimentos

Fonte: <http://www.saude.gov.br>

O Conselho Municipal de Saúde homologa a carta, zelando para que as ações necessárias ao adequado funcionamento do programa sejam priorizadas. A carta de adesão, com a respectiva homologação do Conselho Municipal de Saúde deve ser encaminhada à Secretaria de Estado da Saúde, a quem compete emitir parecer técnico e analisar a documentação recebida para avaliar se o conteúdo está de acordo com as normas vigentes. Assinada a Carta de Adesão Municipal, se a documentação esteve de acordo será submetida à Comissão Intergestora Bipartite-CIB, se não, retorna ao Município para as correções. A carta de adesão Municipal com a respectiva aprovação do CMS é encaminhada a CIB que deve analisar e, quando for o caso, aprovar a adesão municipal. A Carta de Adesão Municipal, com a respectiva aprovação pela CIB, são enviadas à Secretaria Estadual de Saúde que, através de ofício, comunica ao Ministério da Saúde a aprovação da Carta de Adesão do Município ao Programa.

Ao tomar conhecimento do arquivo de cadastro inicial, da portaria qualificando o Município no Bolsa Alimentação no cadastro inicial, a ATAN elabora minuta de portaria qualificando o Município no programa e envia ao Ministro que aprova a Portaria Ministerial de Qualificação.

A Secretaria de Estado de Saúde envia, também, ofício comunicando a homologação e aprovação da Carta de adesão do Município ao Programa. Este ofício antecede o Kit de qualificação do município contendo: (a) manual do Programa Bolsa Alimentação; (b) CD de implantação do sistema de informações e, (c) manuais para profissionais de saúde. Ao receber o comunicado o município efetua o cadastramento dos beneficiários e remete o arquivo ao DATASUS que disponibiliza o cadastro na página Web da ATAN.

O Município implanta o Sistema de Informações Gerenciais do Bolsa Alimentação e treina as equipes do Programa de Saúde da Família – PSF/PACS – Programa de Agentes Comunitários e das unidades de saúde para o cadastramento das unidades. Os profissionais de saúde efetuam visitas domiciliares para o processo de pré-cadastramento das famílias elegíveis. Na ocasião, o responsável assina o Termo de Responsabilidade do Beneficiário.

Feito o pré-cadastramento as fichas são gravadas no Sistema de Informações Gerenciais do Bolsa Alimentação que emite relatório classificando, em ordem de prioridade, as famílias elegíveis. O responsável nomeado pelo município, com base nessa classificação, emite o relatório de cadastramento preliminar das famílias a serem beneficiadas através do Sistema de Informações Gerenciais. O relatório de pré-cadastramento é submetido ao CMS, em duas vias, que o analisa com o objetivo de homologar o cadastramento das famílias/beneficiários. Cabe ao Conselho Municipal,

por maioria de votos, o poder de veto de inscrição de famílias que não se enquadrem nas normas do Programa. Uma via do relatório deve ficar arquivada no CMS e a outra via é devolvida para a Secretaria de Saúde do Município.

O responsável, designado pela SMS, confirma no Sistema de Gerenciamento do Bolsa Alimentação o cadastramento definitivo das famílias, de acordo com a homologação do CMS que emite arquivo dos dados cadastrais ao DATASUS. Aquelas que forem se beneficiar do Bolsa Alimentação são listadas separadamente das demais

Os dados das famílias cadastradas são remetidos mensalmente ao Datasus, via INTERNET, contendo, dentre outras, as informações necessárias ao pagamento dos benefícios diretamente às famílias beneficiadas.

O Arquivo gerado pelo Sistema de Gerenciamento do programa (módulo municipal) contendo dados cadastrais e outras informações necessárias ao adequado acompanhamento possibilitam a avaliação das ações do município no que se refere ao programa, objetivando a melhoria no atendimento.

O DATASUS efetua o tratamento dos dados, separando os necessários à geração de crédito a ser efetuado diretamente à pessoa responsável pela família cadastrada. Nesta ocasião, é emitida comunicação com assinatura do Ministro, à pessoa responsável pela família, informando a concessão do benefício. As equipes de saúde responsáveis efetuam os procedimentos previstos na Agenda Positiva. Esses procedimentos são registrados em formulários próprios e gravados no Sistema de Gerenciamento de Informações do Bolsa Alimentação Arquivo, com dados gerados pelo módulo municipal que contém as informações financeiras necessárias à geração da ORDEM BANCÁRIA e respectivos anexos.

O Fundo Nacional de Saúde adota as providências necessárias ao repasse dos arquivos ao Agente Pagador, a quem compete emitir os cartões magnéticos, e adotar as demais providências cabíveis para o pagamento dos benefícios. De acordo com o cronograma de pagamento é emitida a Ordem Bancária correspondente.

O agente pagador a Caixa Econômica Federal, por ocasião do primeiro pagamento entrega o Cartão Bolsa Alimentação à pessoa responsável pelo saque do benefício, após cadastrar a senha de acesso à conta. É entregue, ainda, carta com orientação quanto ao saque do benefício.

A coordenação gera, mensalmente, arquivo contendo as informações necessárias ao acompanhamento e avaliação do Bolsa Alimentação.

A cada seis meses, contados a partir do mês de inscrição de cada família, o município avalia o cumprimento da Agenda Positiva em Saúde e o atingimento do compromisso firmado no Termo de Responsabilidade do Beneficiário. Em função do não atingimento de metas podem ocorrer desligamentos de famílias do Bolsa

Alimentação. Informações relativas a tais procedimentos são remetidas, via arquivo exportador, ao DATASUS, que emite relatório com desligamento por não atingimento de metas a ser analisado pelo CMS, para homologação.

d) O papel da Caixa Econômica Federal (Agente Operador)

Desenvolver e fornecer o aplicativo e os formulários relativos ao CAD-ÚNICO; capacitar parceiros e prefeituras; receber/processar e fornecer arquivo retorno dos dados enviados pelas prefeituras; identificar os cidadãos cadastrados, localizando ou atribuindo o NIS; efetuar o pagamento dos benefícios da Rede de Proteção Social aos responsáveis legais/beneficiários. A seguir fluxograma do cadastramento dos usuários.

Receber o cadastro do Fundo Nacional de Saúde; emitir o cartão magnético e enviá-lo ao beneficiário junto com a caderneta com a Agenda de Compromissos e materiais informativos sobre alimentação e alimentos regionais, e prover o pagamento em todos os municípios e enviar dados para o Ministério da Saúde (<http://www.saúde.gov.br>).

Fluxograma de Cadastramento do Programa Bolsa Alimentação

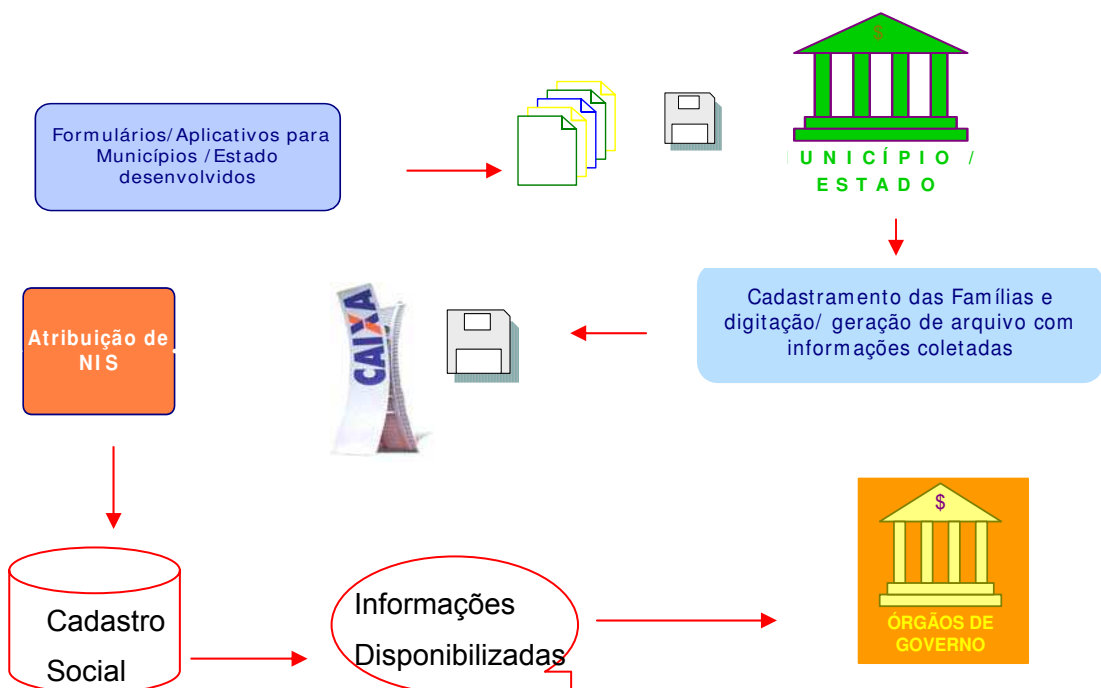


Figura 7 – Fluxograma de Cadastramento do Programa Bolsa Alimentação
Fonte: <http://www.caixa.gov>

e) A Secretaria Municipal de Saúde

Dentro da estrutura municipal, o órgão encarregado pela execução do programa é a Secretaria Municipal de Saúde. Sua função é prover os recursos para operacionalização do Programa. É por meio da Secretaria que o Município tem acesso a todo o conjunto de informações que são geradas ou requeridas para a gestão da saúde e, conseqüentemente do Bolsa Alimentação. Sendo assim, ela requer uma estrutura que comporte um fluxo de informação bastante amplo e bem ágil, uma vez que os recursos só serão repassados quando os o sistema DATASUS processa os dados enviados pelo Município.

É característico dos programas de saúde a geração extensa de dados, quer seja pela natureza intrínseca do serviço prestado, que requer anamnese e outras formas de registro da situação do paciente envolvido, quer seja porque há um volume substancial de recursos repassados por diversos órgãos federais e estaduais que exigem controle rígido em todos os procedimentos requeridos para a execução de qualquer ação ou atividade. Ou seja, as atividades inerentes à prestação de serviços de saúde pública, mais do que qualquer outra área exige que tudo esteja devidamente registrado.

Esses processos geram um volume muito grande de documentos e é de vital importância constituir, dentro da Secretaria Municipal da Saúde, um serviço de informações que sistematize esses dados, como, também, dados demográficos, de morbidade e mortalidade, num grau de desagregação cuja análise alimente o processo de planejamento e tomada de decisões do gestor local.

Na saúde, as informações necessárias dizem respeito tanto à caracterização dos equipamentos, unidades de atendimento, como das pessoas que os utilizam. Há de uma série de indicadores e técnicas que permitem estimar a quantidade de consultas, procedimentos, internações e exames demandados ao sistema de saúde por uma certa clientela, e calcular a capacidade instalada necessária dos serviços para garantir aquele atendimento. Em relação aos serviços, permitem calcular a capacidade instalada atual. Esses dados dão suporte à análise da adequação do sistema às necessidades da clientela.

A seguir, fluxograma do Programa Bolsa Alimentação, em qualquer Secretaria de Saúde, conforme critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde.

Fluxo Atendimento do Programa Bolsa Alimentação

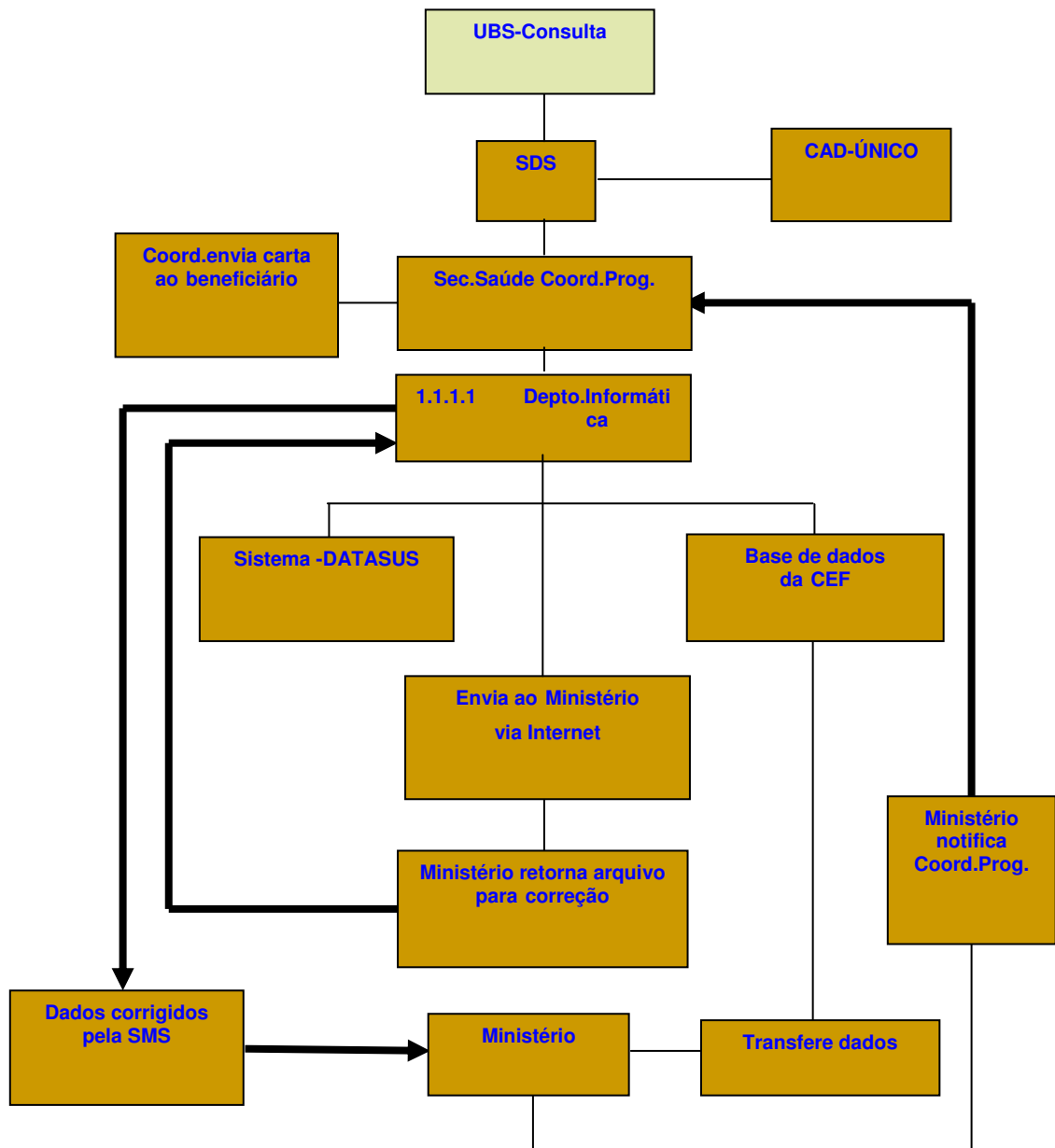


Figura 8 –Fluxograma de atendimento do Programa Bolsa Alimentação
Fonte: Elaborado pela autora

3.4 O Município de São José dos Campos

Localizado no Estado de São Paulo, na macro-região do Vale do Paraíba, o município de São José dos Campos situa-se às margens de uma das principais vias federais, a Rodovia Presidente Dutra. De feição predominantemente industrial, constitui-se como pólo econômico e tecnológico da região, concentrando em suas fronteiras várias empresas multinacionais e centros de pesquisa tecnológica de

renome internacional, tais como o Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais (INPE), o Centro Técnico Aero-Espacial (CTA) e o Instituto Tecnológico Aero-Espacial (ITA), dentre outros.

Município classificado, segundo critérios do IBGE, como de médio porte, conta uma população total de 538.909 habitantes, sendo 50,6% do sexo feminino e 49,4% masculino (IBGE, 2000) que se concentra majoritariamente nas áreas urbanas – 98% do total de residentes. Isso representa uma taxa de crescimento, no comparativo à década anterior de 22%, o que significou um crescimento expressivo da demanda por expansão física de equipamentos e melhoria da qualidade dos serviços prestados pelo poder público.

São José dos Campos historicamente sempre esteve na vanguarda do sistema público de saúde no âmbito nacional e estadual por sempre estar à frente dos outros municípios no desenvolvimento de políticas e ações em saúde. Assim o município mantém uma estreita relação com o Ministério da Saúde e com a Secretaria de Estado da Saúde. Isso implica numa forte atuação do Município nos programas e ações em saúde, instituídos pelo Órgão Federal.

Com a adesão a condição de Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde em 1997 e a adesão ao Projeto de Implantação do Cartão Nacional de Saúde – SUS, o município se habilitou a gerenciar os recursos oriundos de todas as instancias do poder para serem aplicados no desenvolvimento de políticas de saúde local, bem como do desenvolvimento dos programas especiais criados pelo Ministério tais como:

- Programa de Saúde Bucal - a inclusão da saúde bucal no Programa Saúde da Família permite o desenvolvimento dessas ações de forma integrada, beneficiando grupos populacionais prioritários;
- Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento - instituído com o objetivo de melhorar o acesso à cobertura e à qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania;
- Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama – Viva Mulher -Lançado em 1997 tem como objetivo principal reduzir, o número de mortes causadas pelo câncer do colo do útero e de mama, permitindo à mulher um acesso mais efetivo ao diagnóstico precoce pelo exame Papanicolaou e exame clínico das mamas, além do tratamento adequado do tumor;
- Programa de Saúde da Família - reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto das famílias;

- Programa de Saúde do Adolescente - O Programa Saúde do Adolescente é dirigido a todos os jovens entre 10 a 19 anos e é caracterizado pela integralidade das ações e pelo enfoque preventivo e educativo;
- Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde - REFORSUS investe na recuperação da rede física de saúde do País, que presta serviços ao SUS.
- Sistema de Informação da Atenção Básica - tem a função de monitorar os indicadores de saúde das populações, a partir de informações dos agentes e das equipes de Saúde da Família;
- Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional / SISVAN – tem a função de monitorar os indicadores das carências alimentares e nutricionais da população;
- Programa Bolsa – Alimentação.

No Município, um dos indicadores mais utilizados para a avaliação da atenção à saúde do é a Mortalidade Infantil, que é a relação entre o número de óbitos em menores de um ano, não fetais, ocorridos e o número de nascidos vivos. As medidas de mortalidade também podem ser consideradas como indicadores indiretos da qualidade de vida da cidade, pois refletem as condições de moradia, nutrição, educação e saneamento.

O coeficiente de mortalidade infantil de São José dos Campos em 2000 foi de 13,09 óbitos por mil nascidos vivos. Entre os fatores que contribuíram para a redução da mortalidade infantil no município está o trabalho da Secretaria Municipal de Saúde (atividades pediátricas nas Unidades Básicas de Saúde, estímulo à amamentação e incremento da vacinação) associado aos investimentos em saneamento básico.

A redução da mortalidade infantil começou com a redução da morte de bebês com mais de 28 dias de vida, demonstrando melhorias das condições sanitárias da cidade e o resultado de prevenção realizado pelas Unidades Básicas de Saúde com a terapia de reidratação oral e educação em saúde.

Atualmente uma grande redução vem sendo conseguida também na fase neonatal (primeiras semanas de vida), quando a intervenção é mais difícil, pois a morte dos bebês está muitas vezes relacionada com as condições da gravidez, parto e puerpério. Assim, o Município de São José dos Campos é considerado pelo IDE – Índice de Desenvolvimento Econômico como um município que oferece índice de qualidade de vida na região do Vale do Paraíba.

Para atender ao conjunto de demandas sociais que a cidade apresenta, o município se organiza na seguinte estrutura.

Organograma da Prefeitura Municipal de São José dos Campos

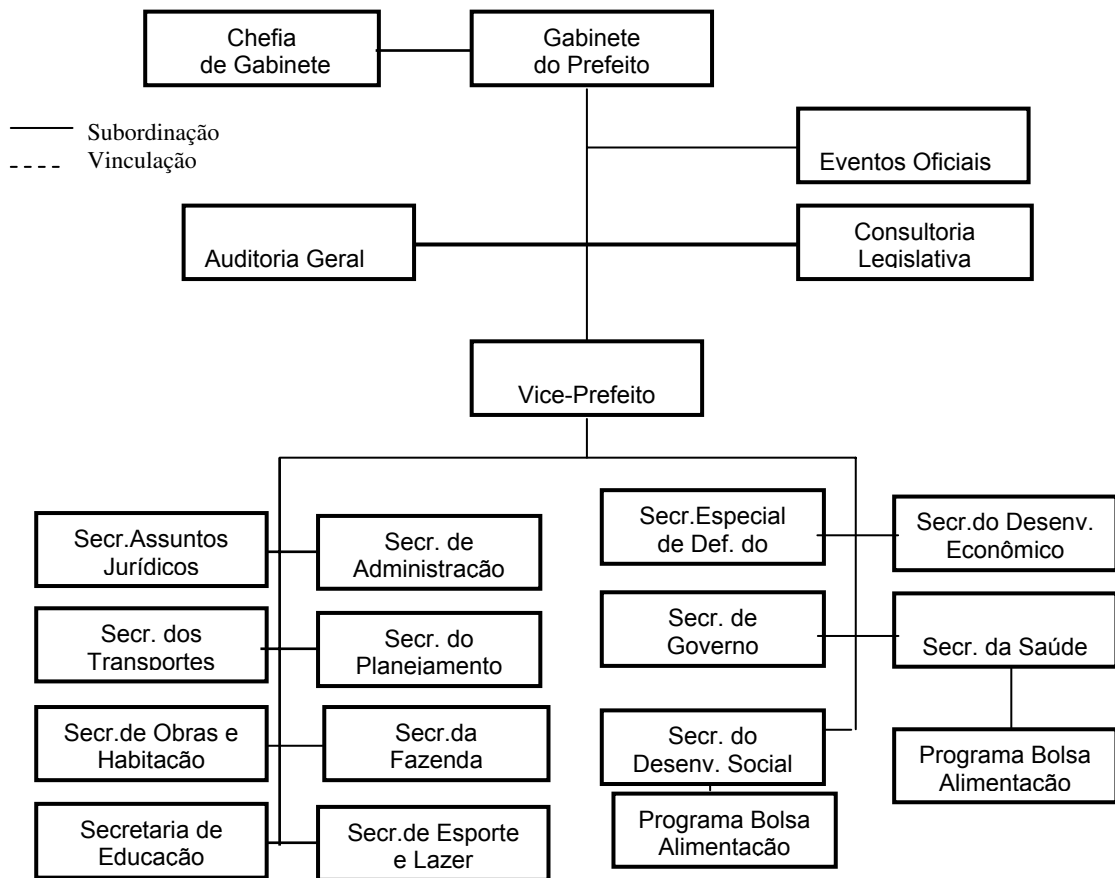


Figura 9 – Organograma da Prefeitura Municipal de São José dos Campos
Adaptado do site: <http://www.prefeitura.sjc.sp.gov>. pela autora

3.4.1 A Secretaria Municipal de Saúde

O município destaca-se na região não só pelos modernos equipamentos que dispõe, como também pelos projetos de assistência à saúde implantados, e por ser um município autônomo, na gestão da saúde, que atende não só a sua população, como também, a região do Vale do Paraíba e Sul de Minas. Nesse sentido, passa a ser considerado como um pólo de assistência médico-hospitalar para o Vale do Paraíba, Litoral Norte e Sul de Minas Gerais e transforma-se em referência regional em Saúde Pública, por meio da implantação de projetos multidisciplinares que contemplam a atenção integral à criança, adolescentes e adultos. O sistema de saúde pública em São José dos Campos é composto por unidades do nível primário, compreendendo os postos de saúde e Unidades Básicas de Saúde -UBS; do nível secundário, as Unidades de Especialidades em Saúde-UES, do nível terciário, representado pelo

atendimento hospitalar e de exames de alta complexidade conforme organograma a seguir.

Organograma da Secretaria Municipal de Saúde

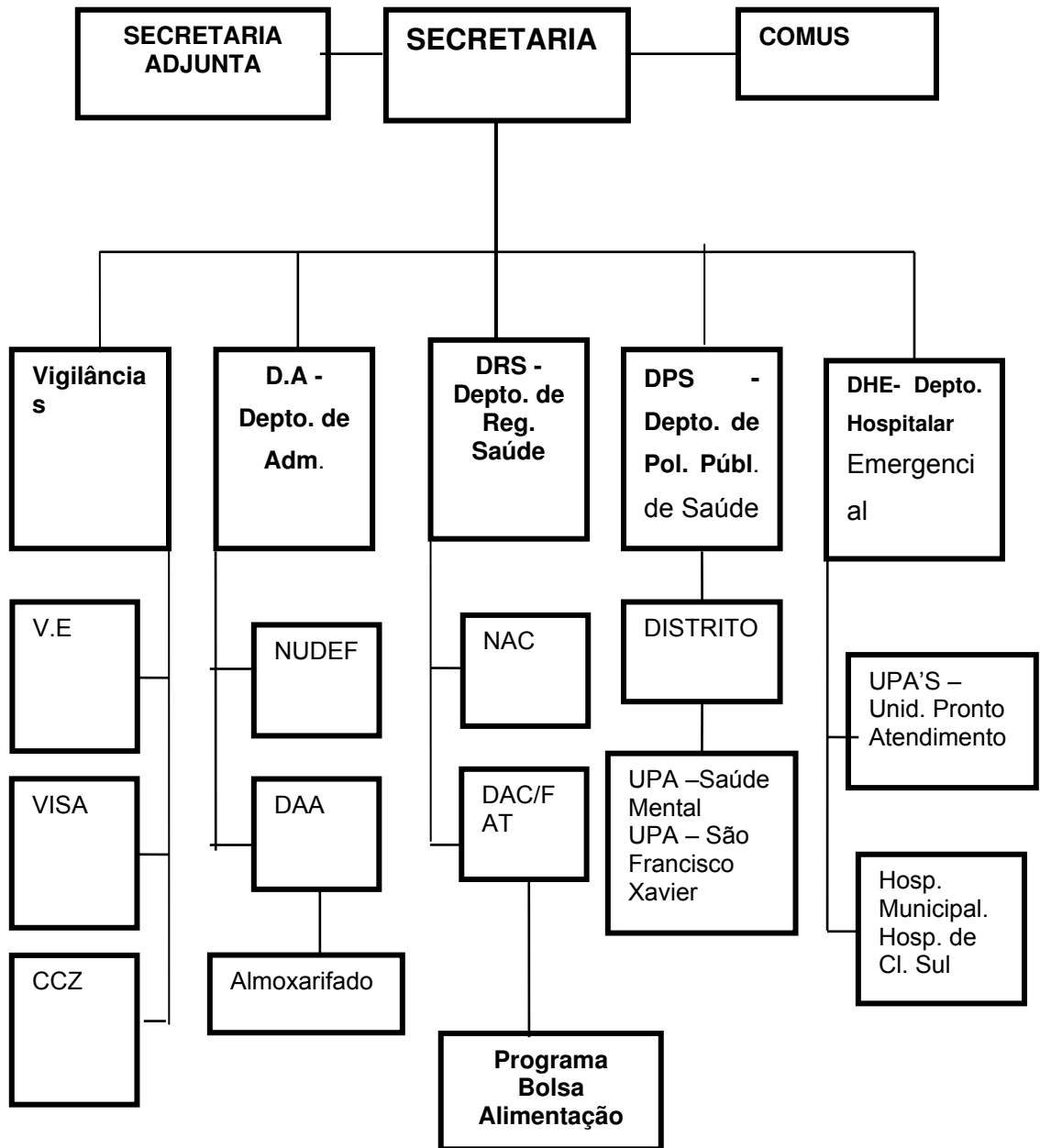


Figura 10 – Organograma da Secretaria Municipal de Saúde São José dos Campos
 Fonte: Secretaria Municipal de Saúde-DRS

O município foi dividido em três grandes Distritos Sanitários obedecendo à divisão político-administrativa já existente, e tem, como referência, a área de abrangência de cada uma de suas Unidades Básicas de Saúde, determinando um território de co-responsabilidade, pela população, naquele espaço entre população e serviço. Esse procedimento é muito comum no processo de distritalização implantado em muitos municípios brasileiros nos anos 90, a partir da difusão do Sistema Único de Saúde, assimilado como uma proposta específica para o reordenamento dos serviços de saúde. Essa estrutura é composta de 56 equipamentos coletivos distribuídos em trinta e seis Unidades Básicas de Saúde (UBS), voltadas para o atendimento geral programado; cinco Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), para prestação de serviços de saúde ambulatorial; quatorze Unidades de Atenção Secundária (UNS), e um Centro de Controle de Zoonoses e doenças causadas por vetores animais. Acrescenta-se, a isso, o conjunto de cento e vinte consultórios odontológicos implantados em escolas públicas adstritas às UBS's, Unidade de Atendimento Básico e um Hospital Municipal.

Se por um lado o crescimento da demanda impeliu a constituição dessa rede, há que se ressaltar nesse processo a sua fundamentação legal. Como é sabido, a Constituição Federal em vigência estabeleceu como uma das elementares competências do município a gestão dos serviços de saúde, com a cooperação técnica e financeira da União e dos Estados.

A instituição do SUS – Sistema Único de Saúde, como programa de atendimento a essa exigência constitucional, universalizou o acesso aos serviços, descentralizou e democratizou a gestão da saúde pública, desencadeando mudanças profundas que exigiram, para a sua implantação e funcionamento, o aprimoramento não só da rede física e humana do sistema, como também do sistema de informação, uma vez que ampliou o conjunto de informações e documentos gerados a partir da ampliação do atendimento.

A expansão dos serviços municipais da saúde, a implantação exitosa do Programa Saúde da Família e de outros programas e a ampliação dos quadros técnicos vinculados às Secretarias Municipais de Saúde levaram a um relativo aumento de cobertura a serem preenchidas. A conformação de sistemas municipais, microrregionais e regionais de saúde que garantam a integralidade dos cuidados está por ser construída. As distorções e carências ainda persistem nos níveis mais complexos de assistência.

Apesar dessas dificuldades, a implementação do dispositivo constitucional que criou o SUS ganhou crescente apoio político na década de 90, o que viabilizou mudanças institucionais e a descentralização do sistema de saúde.

Os maiores desafios atuais estão ligados à estruturação do novo modelo de atenção à saúde que, a partir das grandes funções da Saúde Pública, subordine os conceitos e programas da assistência médica individual aos preceitos e programas dos interesses coletivos e direitos da cidadania, e realize efetivamente as atividades de promoção e proteção à saúde, sob os Princípios Éticos da Universalidade, Eqüidade e Integralidade. Em decorrência, os desafios referem-se à melhoria da qualidade da atenção, elevação da resolutividade da rede de Unidades Básicas de Saúde e do seu papel de porta de entrada do SUS e a garantia de acesso aos serviços de alta e média complexidade, cuja escala de operação impõe cobertura aos contingentes de população que, freqüentemente, ultrapassam a esfera municipal ou microrregional, com o objetivo de, gradualmente, superar as desigualdades de acesso existentes.

Dessa forma, é importante ressaltar que a complexidade ou a abrangência de determinadas diretrizes pode indicar a necessidade da definição de estratégias básicas, e a forma como elas serão implementadas.

Na parte referente às *responsabilidades institucionais*, estão definidas as atribuições e competências que possibilitam a consecução das diretrizes estabelecidas para a política respectiva. São responsáveis pela efetividade da política todas as instituições, direta ou indiretamente, vinculadas ao seu objeto. Nesse sentido, deve ficar suficientemente claro o comprometimento dos gestores do SUS na conformidade de seus papéis específicos.

Assim, como se pôde observar, a estrutura organizacional que dá suporte ao Programa Bolsa Alimentação com suas interconexões entre diferentes órgãos e níveis administrativos gera um volume de documentos substancial. Por conseguinte, a informação que perpassa todo esse percurso é componente crucial ao processo de gestão dessa política pública.

4. OPÇÕES METODOLÓGICAS

O termo metodologia refere-se à maneira de abordar os problemas e procurar respostas para os mesmos, incluindo as concepções teóricas de abordagem, o conjunto de técnicas que possibilitam a construção da realidade e o potencial criativo do investigador (MYNAIO, 1996, p. 74).

A metodologia utilizada na busca de soluções para o problema desse estudo se insere na abordagem quantitativa, por utilizar elementos mensuráveis, duros e objetivos, e qualitativa, por se tratar de uma análise mais subjetiva e indutiva dos fatos, o que possibilita coletar informação sobre a interação entre os diversos atores, suas perspectivas e estratégias, a forma como eles afetam o programa e sobre fatos contextuais.

Ao utilizar conjuntamente a análise quantitativa e qualitativa, optou-se por cruzar fontes e buscar reconstruir o processo até mesmo nas suas tensões e conflitos. As fontes distintas ajudam a dar mais consistência e riqueza ao estudo, aumentando a probabilidade de entender a presença dos vários sujeitos que podem ser expressos pelas várias fontes, tanto qualitativas quanto quantitativas.

A pesquisa quantitativa normalmente se mostra apropriada quando existe a possibilidade de medidas quantificáveis de variáveis e interferências a partir de uma amostra de uma população. Este tipo de pesquisa usa medidas numéricas para testar constructos científicos e hipóteses, ou busca padrões relacionados a conceitos cotidianos. Em contrapartida, a pesquisa qualitativa se caracteriza, principalmente, pela ausência de medidas numéricas e análises estatísticas, examinando aspectos mais profundos e subjetivos do tema de estudo (DIAS, 1999, p. 78). "A pesquisa qualitativa implica um relacionamento direto com a experiência, como é vivida, sentida ou suportado", como afirma (SHERMAN APUD MERRIAN, 1998, p. 45).

Esta pesquisa desenvolveu-se em sete etapas (figura 11). Inicialmente, foi realizada a revisão da literatura visando sustentar e englobar o conteúdo que fosse relevante e necessário para esclarecer o problema da pesquisa.

O levantamento bibliográfico serviu, também, para estruturar o roteiro de entrevistas semi-estruturadas com os atores envolvidos no desenvolvimento do programa, e pôs em evidência a necessidade da elaboração de questionários aplicados aos beneficiários do programa. A amostra do público beneficiário se configura como de natureza não probabilística e voluntária, no qual o instrumento é distribuído para aqueles que voluntariamente querem responder.

Assim, neste capítulo são descritos as etapas da realização da pesquisa, a forma de entrevista, a elaboração dos questionários, a população, a amostra, os instrumentos de coleta de dados e a forma como os dados foram analisados.

A seguir, descreve-se cada uma das sete etapas de pesquisa com as quais buscou-se atingir os objetivos propostos.

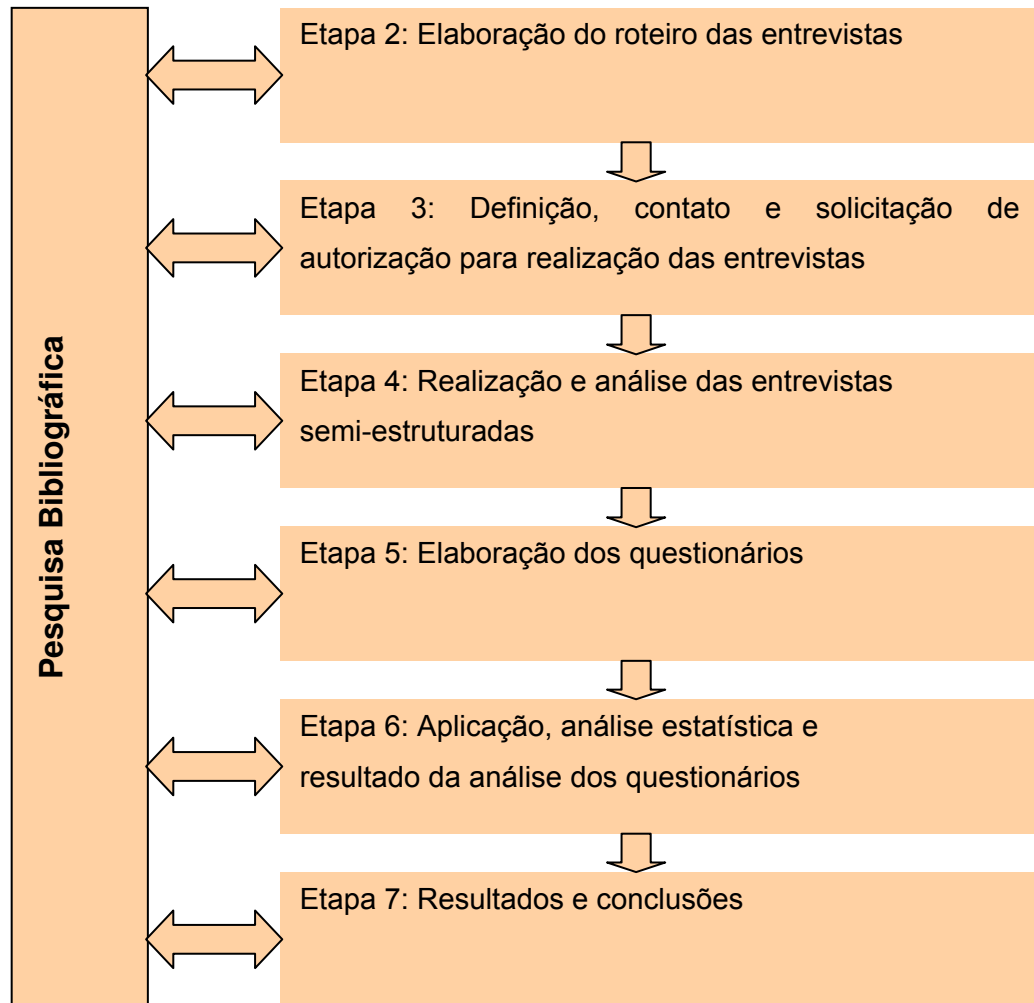


Figura 11 - Desenho da pesquisa
Fonte: Elaborado pela autora

A primeira etapa da pesquisa foi constituída pela análise documental, essencial para o desenvolvimento das etapas que se seguiram. A exploração das fontes bibliográficas compõe a leitura de várias fontes que serviram de referencial teórico para este estudo. Neste sentido, foram utilizadas análises de documentos e de registros públicos, dentre outros, possibilitando uma variedade de enfoques para examinar diferenças que de outra maneira escapariam, tendo em vista que as particularidades da avaliação de políticas públicas consistem na adoção de métodos e técnicas de pesquisa que permitam estabelecer uma relação de causalidade entre um

programa e um resultado. Pelo caráter exploratório deste estudo esta etapa teve uma importância significativa, por possibilitar uma ampla cobertura dos fenômenos relacionados com objeto de estudo.

A partir da revisão bibliográfica realizada, etapa 1, foi possível elaborar um roteiro para entrevistas com os atores envolvidos, etapa 2, buscando identificar os fatores críticos e de sucesso, verificar os elementos considerados importantes e aqueles elementos que possam levar a problemas significativos. Para tanto, foram elaboradas questões específicas ainda que semi-estruturadas, com o propósito de verificar a opinião do respondente. Na seleção foi levada em consideração a localização das Unidades a serem pesquisadas, de acordo com o tamanho da Unidade e o perfil da clientela atendida em cada região, e também as categorias dos profissionais que seriam entrevistados. Nesta etapa, foram realizados os primeiros contatos com o grupo amostral dos operadores do programa.

Na quarta etapa da pesquisa foram realizadas as entrevistas e, a seguir, os dados foram organizados e analisados.

Durante o processo de organização e avaliação das entrevistas sentiu-se a necessidade coletar informações sobre o beneficiário do Programa, com o objetivo de fazer um estudo mais completo do objeto de estudo em questão. Para tanto, fez-se necessário uma outra etapa, a da aplicação de questionários. Foram, então, escolhidas algumas Unidades para essa aplicação que contou com a colaboração dos funcionários.

Na etapa seguinte (Etapa 6), os dados foram organizados, tabulados e analisados.

Concluídas as seis etapas foi possível à obtenção dos resultados sua análise, e a elaboração da conclusão da pesquisa.

4.1. Natureza da Pesquisa

Do ponto de vista dos procedimentos técnicos, foi utilizado o estudo de caso, pois envolveu o estudo da implantação de uma política pública que se consubstancia no Programa Bolsa Alimentação, implantado pela Secretaria Municipal de Saúde de São José dos Campos.

O método de investigação privilegiado é o estudo de caso, caracterizado pela sua flexibilidade, que, segundo CHIZZOTTI (2001 p. 102).

(...) é uma caracterização abrangente para designar uma diversidade de pesquisas que coletam e registram dados de um caso particular ou

de vários casos (...) o caso é tomado como unidade significativa do todo, e, por isso, suficiente tanto para fundamentar um julgamento fidedigno quanto propor uma intervenção.

Para Godoy (1995, p. 25), o estudo de caso se caracteriza como "um tipo de pesquisa cujo objeto é uma unidade que se analisa profundamente, e visa o exame detalhado de uma situação", e, também, por envolver um "estudo profundo e exaustivo de alguns objetos de maneira a permitir o seu amplo e detalhado conhecimento" (SILVA e MENEZES, 2001, p. 21).

Já para Triviños (1995, p. 133), esse método "é uma categoria de pesquisa cujo objeto é uma unidade que se analisa aprofundadamente. A complexidade do estudo de caso qualitativo está determinada pelos suportes teóricos que servem de orientação em seu trabalho de investigador".

Assim, pode-se sintetizá-lo como um processo que procura descrever e analisar uma entidade em termos qualitativos, complexos e compreensivos, com o objetivo de se chegar ao conhecimento do objeto estudado. De acordo com Goode e Hatt *apud* Ludke e André (1996, p. 17) "o caso se destaca por se constituir uma unidade dentro de um sistema mais amplo".

Ainda de acordo com Ludke e André (1996, p. 18), as principais características do estudo de caso são:

- √ visam a descoberta de peculiaridades. Assim, o quadro teórico inicial serve de estrutura básica a fim de que novos elementos ou dimensões sejam acrescentados;
- √ enfatizam a "interpretação em contexto";
- √ buscam retratar a realidade de forma completa e profunda;
- √ usam uma variedade de fontes de informação;
- √ procuram representar os diferentes e, às vezes, conflitantes pontos de vista presentes numa situação social; e
- √ os relatos de um estudo de caso utilizam linguagem e forma mais acessível do que os outros relatórios de pesquisa.

Conforme Yin (2001, p. 23), o estudo de caso é o método mais adequado quando o fenômeno de interesse não pode ser estudado fora do seu ambiente natural, não há necessidade de manipulação de sujeitos ou eventos e o fenômeno de interesse não tem uma base teórica estabelecida.

Segundo BOYD (1989, p. 60), "os estudos de casos são valiosos para descobrir novas relações que podem então ser testadas por estudos estatísticos ou experimentais".

4.2 Técnicas e instrumentos da pesquisa

Com o propósito de melhor conhecer as variáveis desse estudo foram utilizados dados secundários. Inicialmente, priorizou-se a pesquisa bibliográfica na tentativa de resolver um problema ou adquirir conhecimentos a partir do emprego predominante de informações advindas de material gráfico, principalmente de livros e artigos científicos e a contextualização histórica das políticas de saúde e do município estudado. Foram analisados documentos legais, programas do Ministério da Saúde, relatórios, e toda documentação que compõe o convênio e termo da adesão pela Prefeitura de São José dos Campos ao Programa.

A pesquisa de campo se desenrolou em duas feições. Uma, de natureza qualitativa, composta de entrevistas realizadas com os gestores operacionais do Programa e outra, de feição quantitativa aplicada em uma amostra de voluntários, composta por beneficiários do programa.

Em busca de um caso típico da problemática em estudo, definiu-se, como campo de investigação, a Secretaria de Saúde do Município de São José dos Campos, e como objeto de estudo o Programa Bolsa Alimentação. O lócus de realização da pesquisa qualitativa envolve funcionários do Departamento de Regulação em Saúde, pela Divisão de Ações Programáticas de Saúde, dos Distritos Sanitários e das Unidades Básicas de Saúde, que compõem a equipe que operacionaliza o Programa no município.

Foram entrevistados 60 profissionais de diferentes formações e níveis hierárquicos. São coordenadores de unidades, gerentes e médicos que trabalham diretamente com a população alvo. Para tanto, foram escolhidas por região de abrangência todas as Unidades que participam do programa. A amostragem foi selecionada após a estratificação por categoria profissional, e em conformidade com a função exercida individualmente no desenvolvimento das atividades do programa. O tamanho da amostra, previamente estimado, é de 60 profissionais, sendo 01 Coordenador, 03 gerentes dos Distritos Sanitários, 19 gerentes das Unidades Básicas de Saúde e 38 representantes da área médica. Optou-se por duas especialidades (ginecologista obstetra e pediatras).

A pesquisa quantitativa é composta de uma parcela dos beneficiários do programa. Isso decorreu da necessidade de examinar as formas de comunicação do Programa com o usuário e de que maneira isso afeta o fluxo de informação e, conseqüentemente a eficácia e efetividade do mesmo. Em relação aos beneficiários, optou-se pela aplicação da análise não probabilística que possibilita, ao pesquisador,

escolher um número aleatório de participantes. Foram catalogados 64 questionários respondidos por essa população. Este constitui o menos rigoroso de todos os tipos de amostragem. Por isso mesmo, é destituído de qualquer rigor estatístico. Para o autor,

“O pesquisador seleciona os elementos a que tem acesso, admitindo que estes possam, de alguma forma, representar o universo. Aplica-se este tipo de amostragem em estudos exploratórios e qualitativos, onde não é requerido elevado nível de precisão” (GIL, 1999, p. 97).

4.2.1 Entrevista

Dentre os instrumentos de coleta de dados qualitativos utilizou-se à entrevista. A entrevista é uma técnica que permite o relacionamento estreito entre o entrevistado e o entrevistador.

O termo entrevista é construído a partir de duas palavras, entre e vista. Vista refere-se ao ato de ver – modo de julgar ou apreciar um assunto. Entre indica a relação de lugar ou estado no espaço que separa duas pessoas ou coisas. Portanto, o termo entrevistado refere-se ao ato de perceber o realizado entre duas pessoas (RICHARDSON apud BARROS e LEHFELD, 2000, p. 43).

Uma das vantagens desse instrumento é a possibilidade de obter informação adicional que poderá contribuir para o estudo. Na escolha do tipo de entrevista optou-se pela semi-estruturada, na qual o entrevistador faz uso de um roteiro de perguntas, mas não de forma rígida, podendo haver complementos ou eliminação de redundâncias. Segundo Triviños (1995, p. 138) “as entrevistas semi-estruturadas compõem-se de perguntas fundamentais, ligadas a questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses preliminarmente formuladas”.

Para assegurar que a pesquisa alcançasse seus objetivos foram definidos temas-guia, fundamentados na revisão bibliográfica. A entrevista foi direcionada a um grupo de 22 gestores de nível de gerência e 38 médicos (entrevistas individuais), com o objetivo de coletar elementos de forma detalhada sobre questões específicas do Programa em estudo.

Solicitou-se, a cada entrevistado, a assinatura de um “termo de consentimento livre e esclarecido”, no qual se destacava a natureza acadêmica das entrevistas, de modo que fossem preservados os preceitos éticos que norteiam esta pesquisa e a condição de sigilo do nome do entrevistado.

Após o estabelecimento dos temas-guia, os dados foram ordenados de modo a permitir a elucidação dos conhecimentos dos atores envolvidos nas atividades do programa sobre gerenciamento do programa, coleta de dados, gerenciamento da informação, perfil do usuário e recursos humanos. Essas questões, de caráter geral, foram analisadas dentro da categoria dos entrevistados, pois, embora tendo caráter genérico, as respostas foram específicas a cada categoria. Ex: categoria médica, categoria gerentes, etc.

Um outro grupo de questões específicas aplicadas a cada categoria teve como objetivo descrever o perfil da amostra, considerando, também, o objetivo de delinear algumas características desses profissionais nos diversos níveis de operacionalização do programa. Essas questões foram elaboradas de acordo com a função de cada profissional dentro do programa.

As entrevistas tiveram uma duração média de uma hora e foram aplicadas através de um roteiro semi-estruturado (Apêndices A, B, C, D e E), observando-se as particularidades de cada categoria profissional entrevistada. Os dados foram registrados através de apontamentos e da utilização de um gravador, de modo a possibilitar uma análise posterior. O tratamento das entrevistas gravadas foi realizado em três etapas: transcrição, associação e síntese. A transcrição das fitas foi feita de forma *stricto sensu*, com a transcrição fidedigna, sem prejuízo da subjetividade das falas. A associação foi desenvolvida a partir do conjunto das respostas em relação ao elemento teórico pesquisado, ou seja, a cada pergunta do instrumento de coleta de dados foram agrupadas as respostas dadas pelos entrevistados. A síntese consistiu a filtragem das percepções mais significativas dentro do enfoque estudado.

4.2.2 Questionários

O questionário foi elaborado pela pesquisadora que levou em consideração o nível de entendimento dos beneficiários. Trata-se de um questionário estruturado e previamente validado em uma população semelhante à estudada.

Os questionários foram encaminhados às Unidades Básicas para que, durante as atividades referentes ao programa, pudessem ser aplicados aos beneficiários que aceitassem participar e se prontificassem a respondê-los.

No caso específico desta pesquisa, também, o uso dos questionários possibilitou a verificação do alcance da política pública que se concretiza no Programa Bolsa Alimentação no tocante ao beneficiário. O sentido era o de mensurar os pontos

críticos decorrentes do processo de informação no relacionamento com o usuário do programa.

A aplicação dos questionários contribuiu para estabelecer o cenário do programa em estudo dentro de uma instância maior, no tocante ao desenvolvimento das políticas públicas no país, confirmando muitas das colocações referentes à estrutura pública, apresentadas no estudo de caso.

5 ANÁLISE DOS DADOS

Este capítulo está dividido em duas partes. Na primeira parte são apresentados os resultados das entrevistas realizadas com atores que compõem o quadro de operadores do programa, destacando-se, primeiro, o resultado das questões comuns ao nível de gerência e, depois, o das específicas para a categoria dos gerentes e específicas para a categoria médica.

Primeiramente, fez-se uma análise do perfil do grupo no que se refere às suas características sócio-demográficas, seguidas pela análise dos temas das entrevistas na qual buscou-se estabelecer uma relação entre a realidade das categorias profissionais de cada área e a teoria estudada.

Na segunda parte são apresentados os resultados dos questionários aplicados aos usuários, buscando examinar o alcance da política pública identificada pelo programa Bolsa Alimentação.

A apresentação supracitada é iniciada pela caracterização do perfil dos respondentes da pesquisa.

Dentre as várias técnicas propostas para a análise dos dados, optou-se pela utilização da análise temática de conteúdos das entrevistas que foram realizadas segundo (BARDIN, 1977, p. 42).

Para o referido autor a análise de conteúdo é:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição dos conteúdos das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens” (BARDIN, 1977, p. 42).

A análise de conteúdo é um método de tratamento e análise de informações colhidas por meio de técnicas de coleta de dados. Pode ser aplicada à análise de textos ou de qualquer comunicação reduzida a um texto ou documento. O objetivo é a compreensão do sentido das comunicações, o discurso dos atores sociais, seu conteúdo manifesto ou oculto, utilizando, para isto, a decodificação dos escritos através da decomposição dos escritos, a decomposição do texto em unidade léxica ou classificando-o em categorias (análise categorial).

“A análise é constituída em três fases distintas: pré-análise, a exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação” (BARDIN, 1977 p. 95).

Nesta fase se encontram os aspectos mais críticos da pesquisa, pois se inicia o tratamento dos dados coletados após o planejamento, realização das entrevistas e a aplicação dos questionários.

Após a coleta e elaboração do tratamento dos dados através da análise de conteúdo das entrevistas, e em percentuais das questões relativas ao conhecimento do programa feito aos beneficiários, procedeu-se a diversas leituras com o objetivo de separar elementos significativos do texto e construir as tabelas relativas a cada questão. Para tanto, foram agrupados os temas-guias bosquejados a partir da revisão bibliográfica e dos objetivos a serem alcançados pela pesquisa, procurando abordar e interpretar a realidade estudada, o sistema de informação do Programa Bolsa Alimentação, implantado no Município de São José dos Campos pela Secretaria Municipal de Saúde.

Assim, os dados coletados foram tratados possibilitando o desenvolvimento de linhas de investigação sobre o tema pesquisado. A sistematização de dados foi desenvolvida da forma mais objetiva possível, através das informações que sobressaíram na maioria das observações, em termos de número de ocorrências (repetições).

Nesse sentido, na apresentação da sistematização de dados, usa-se uma linguagem corrida e informal, procurando-se articular a estratificação dos discursos dos sujeitos de pesquisa, incorporando-a ao conteúdo integral do texto. Procura-se, assim, identificar as unidades de registro que mais se repetiram na fala, na eloquência, nos silêncios e até nas frases incompletas dos sujeitos da pesquisa.

O processo utilizado para definir os temas levou em conta os elementos que podem ser considerados mediadores, que facilitam ou dificultam o processo de gestão da informação do programa em estudo. Uma vez estabelecidos os temas, realizou-se nova leitura do material gerado a partir da transcrição e análise das entrevistas, surgindo, assim, temas principais e os subtemas. A análise temática visa identificar os núcleos de sentidos nas comunicações e, neste caso, nas entrevistas transcritas.

Bardin (1977, p. 105) afirma que:

O tema é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura. O texto pode ser recortado em idéias constituintes, em enunciados e proposições portadores de significados isolados.

Após a transcrição das entrevistas e digitação dos dados teve início o momento de análise crítica e reflexão seguida da categorização, isto é, buscou-se o que há de

comum nos discursos dos atores envolvidos com o programa para fazer o agrupamento em categorias.

Concluída essa fase, fez-se o inventário. A partir desse momento surge, naturalmente, o núcleo de sentido. O núcleo de sentido é a unidade final de compreensão, o que o pesquisador abstraiu das falas dos atores entrevistados. É o que havia de oculto, não revelado tacitamente. O termo categoria foi usado para designar a classe de profissionais que participaram da pesquisa e foi utilizada a terminologia tema para categorizar os assuntos abordados na entrevista.

O estudo foi realizado na Secretaria Municipal de São José dos Campos e o nível de análise é o Programa Bolsa Alimentação. Procurou-se seguir a metodologia adotada pelo uso de ferramentas como análise de documentos, entrevistas e questionários (apêndices), que são apresentados em forma de gráficos e quadros, sendo, em seguida, explicados e analisados à luz do referencial teórico deste estudo.

A contribuição dos servidores da Secretaria teve papel primordial para o desenvolvimento da investigação. Vale ressaltar que o coordenador e os gerentes entrevistados estavam ocupando cargos de direção e que a escolha desses atores foi estabelecida por um membro da Comissão de Pesquisa da Secretaria de Saúde, o que se constituiu em um viés da pesquisa.

5.1 Temas dos conteúdos das Entrevistas

Os quadros abaixo reproduzem, em estrutura categorial, definida segundo a repetição das falas dos informantes e as principais dificuldades apontadas por eles, no fluxo de informação do Programa Bolsa Alimentação implementado no Município de São José dos Campos. Chamamos a atenção para a classificação subtemática que envolve os termos mais freqüentes utilizados pelos atores que o operacionalizam.

Tema	Sub-temas
Problemas apresentados pelos formulários de coleta de dados para o Programa Bolsa Alimentação.	Pré-formatação, que inibe alterações; complexidade da planilha de acompanhamento (excesso de códigos, informações não explícitas); CAD-ÚNICO não disponibilizado em sua integralidade; Ausência de informações fundamentais para avaliação do beneficiário

Figura 12 - Tema da elaboração de formulários
Fonte: Elaborada pela autora

Tema	Subtemas
Dificuldades na coleta e no processamento das informações.	Número limitado do CAD-ÚNICO Informações incompletas, lacunas nos formulários. Cadastro mal preenchido Sistema não integrado Falta de treinamento do pessoal para o preenchimento dos formulários Duplicidade de cadastro Cadastro realizado por outro órgão sem controle do gestor responsável (SMS) Erros de digitação Inflexibilidade e falhas operacionais no sistema de informática

Figura 13 – Coleta de dados
Fonte: Elaborado pela autora

Tema	Sub-temas
<p>Dificuldades na tramitação da informação entre as diversas instâncias que coordenam e operacionalizam o programa.</p>	<p>Alterações freqüentes no sistema e desconhecimento dos operadores finais dessas mudanças;</p> <p>Desatualização do banco de dados.</p> <p>Impossibilidade de gerar relatórios,</p> <p>Dificuldades de comunicação nos vários níveis;</p> <p>Não há feedback, busca complexa, acesso restrito ao banco de dados geral do município,</p> <p>Dificuldades no fluxo de informação nos diversos níveis;</p> <p>Necessidade de criar soluções paralelas;</p> <p>Complexidade do sistema;</p> <p>Respostas muito demoradas,</p> <p>Falta de integração entre os gestores;</p> <p>Dificuldades no relacionamento com o órgão pagador, falta relação dos contemplados;</p> <p>Trâmite da informação via memorando, planilha de acompanhamento muito complexa.</p> <p>Desconhecimento do programa em seu conjunto e das competências de cada departamento.</p>

Figura 14 – Tema Gerenciamento da informação
Fonte: Elaborada pela autora

Temas	Sub-temas
Dificuldades na administração do Programa no tocante à questão da informação.	Falta de informação; Dificuldade de integração dos vários atores envolvidos, principalmente em face de problemas no trâmite da informação; Falta de preparação e de treinamento nos diversos níveis hierárquicos e desconhecimento do papel de cada um; Falta de conhecimento dos gestores sobre o processo em seu conjunto.

Figura 15 - Gerenciamento do Programa
Fonte: Elaborada pela autora

Temas	Sub-temas
Dificuldades na integração entre os diferentes gestores do Programa.	Disfuncionamento decorrente da burocratização. Falta comunicação entre os atores envolvidos

Figura 16 – Comunicação entre os envolvidos
Fonte: Elaborada pela autora

Temas	Sub-temas
Dificuldades no trâmite da informação em relação ao usuário.	<p>Informação incompreensível para o usuário.</p> <p>Problemas no cadastro que dificultam encontrar o usuário.</p> <p>Lentidão na resposta dada ao usuário</p> <p>Quantidade insuficiente de material informativo;</p> <p>Problemas de comunicação entre operadores (médicos) e usuários.</p>

Figura 17 – Tema Usuários
Fonte: elaborada pela autora

Temas.	Sub-temas
Cumprimento da Agenda de Compromissos e sua relação com a informação.	<p>Falta de pessoal;</p> <p>Ausência de um sistema de controle;</p> <p>Incompreensão dos procedimentos contidos na agenda.</p>

Figura 18 – Tema Agenda de compromissos
Fonte: Elaborada pela autora

Temas	Sub-temas
Papel do médico e sua relação com a coleta de dados para o programa.	<p>Falta de informação e conhecimento sobre o programa;</p> <p>Deficiência na formação profissional do médico para o trato com questões sociais que os dados para o programa exigem;</p> <p>Falta de treinamento e capacitação do profissional para avaliar a questão da nutrição.</p>

Figura 19 –Tema Relação médico paciente
Fonte: Elaborada pela autora

As diversas falas categorizadas nos quadros acima, reafirmam as dificuldades no trâmite da informação do Programa Bolsa Alimentação que, se não são impeditivas a realização do mesmo podem minar sua eficiência principalmente quando se tem em conta que isso pode implicar em custos adicionais.

5.2 Perfil da amostra

A amostra selecionada consta de 60 profissionais com formações acadêmicas diferentes que trabalham na área da saúde e com o Programa Bolsa Alimentação. Esta amostra está inserida dentro do contexto de uma instituição pública em um ramo específico de atividade.

O segmento amostral foi definido com base nos procedimentos estatísticos da amostragem aleatória simples, que oferece, aos elementos da população selecionada, igual chance de estar incluso na amostra, não dando peso específico para uma classe da população.⁶

O cálculo do tamanho da amostra de funcionários a serem pesquisados foi definido a partir da seguinte equação:

$$n = \frac{nk^2 PQ}{e^2(n-1) + k^2 * PQ}$$

onde:

n= número de elementos da amostra = 60

e= erro máximo admissível = 0,10

k= nível de confiança = 2

p= proporção de ocorrência da variável em estudo = 0,5

q= 1- p

Assim sendo:

$$n = \frac{60 \cdot 2^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5}{(0,10)^2 \cdot 59 + 2^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5} = \frac{60}{1,59} = 37,73$$

As entrevistas foram realizadas considerando-se três categorias:

⁶ GIL, Antônio Carlos. Métodos e técnicas de pesquisa social. São Paulo: Atlas, 1999.

- (01) Coordenadoria (APÊNDICE A);

- (02) Gerentes (APÊNDICE B);

-(03) Médicos (APÊNDICE C);

A categoria A contempla todo o pessoal envolvido com o projeto, como coordenação, colaboração caracterizada pelo papel de intermediário entre o poder decisório e o nível operacional do programa, como o responsável pela implementação e desenvolvimento do programa no município. Na categoria B foram considerados os responsáveis pela operacionalização do programa. Neste nível foram considerados os gerentes, diretores, chefes e encarregados de setores e na categoria C os encarregados, aqueles que avaliam a necessidade do beneficiário de acordo com os critérios do programa em estudo. Nesta categoria foram classificados os médicos de especialidades específicas – ginecologia obstetrícia e pediatria. Foram escolhidas estas especialidades por serem as principais envolvidas com a questão da desnutrição. Posteriormente, foram aplicados os questionários aleatoriamente, a 64 beneficiados pelo programa.

A análise da composição sócio-demográfica dos entrevistados é apresentada por meio das variáveis de sexo, estado civil, escolaridade, tempo de serviço na instituição e categoria profissional e função exercida e são dados referentes ao perfil dos funcionários respondentes.

c) Identificação

Quando a variável se refere ao sexo, os dados apontam predominância feminina no quadro funcional. As mulheres representam mais de 88% da amostragem, enquanto o percentual masculino alcança 11,67%, conforme tabela abaixo.

⁶ STEVERSON, Willian. Estatística aplicada à administração. São Paulo: HARBRA, 1981.

c. 1) Classificação por gênero dos operadores do Programa Bolsa Alimentação

Tabela 1 - População pesquisada por sexo

Classificação por Gênero		
Feminino	53	88,33%
Masculino	07	11,67%
Total de entrevistados	60	100,00%

Fonte: Elaborado pela autora/2004

Uma série de pesquisas mostra que a participação da mulher no mercado é cada vez maior. Segundo o Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada da Universidade de São Paulo (IPEA/USP), as mulheres já são 38% do total de médicos, 36% dos advogados, juízes e promotores e mais da metade (53,5%) dos arquitetos do país. Elas ganharam espaço até mesmo nos redutos mais masculinos - como as linhas de montagem de montadoras, metalúrgicas e indústrias químicas. Entre 1985 e 1997, a presença das mulheres neste setor cresceu 1,3% ao ano. Já nos cargos de chefia, só nos últimos dois anos aumentou em 30% o número de mulheres atuando na área, o que demonstra que o preconceito com relação ao sexo feminino vem diminuindo gradativamente.

Assim, no campo do trabalho, as mulheres estão se impondo definitivamente como importantes atores sociais, sendo possível afirmar que a ampliação do contingente feminino no mercado de trabalho e sua atuação na esfera pública foram uma das mais marcantes transformações ocorridas no país nas últimas décadas. A pesquisa demonstra que, na área da saúde, a atuação da mulher, principalmente no que se refere aos cargos de chefia é superior a masculina o que confirma as pesquisas anteriores sobre o crescimento da atuação da mulher.

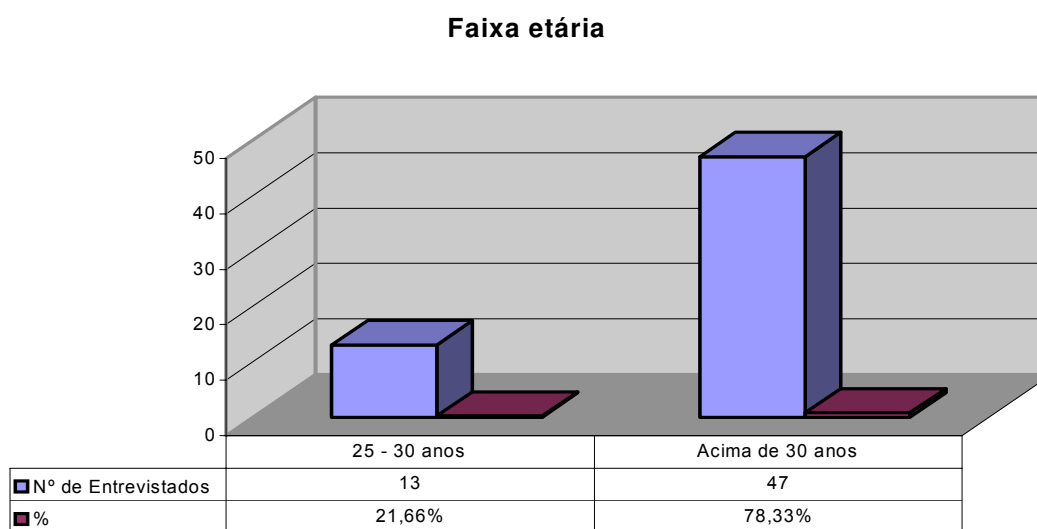
Faixa Etária

No tocante a faixa etária, observa-se uma maior concentração de funcionários acima de 30 anos, com mais de 78% dos entrevistados. Observa-se aqui que o

profissional com mais idade assume maiores responsabilidades do que os profissionais mais jovens.

O gráfico a seguir demonstra essa diferença de percentual.

Gráfico 1 – População pesquisada por faixa etária



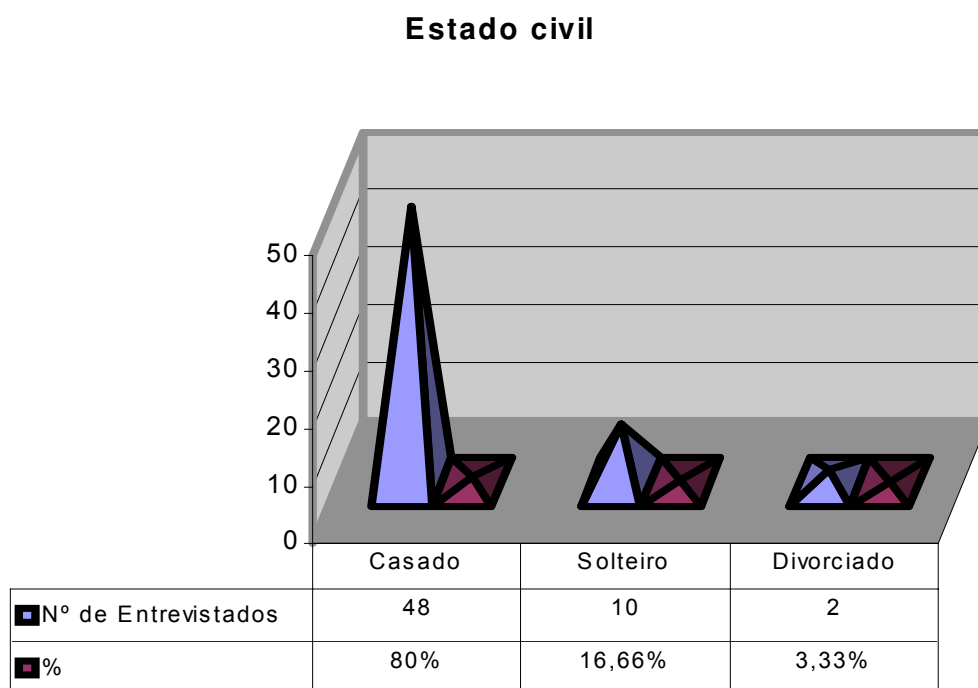
Fonte: Elaborado pela autora/2004

Deste modo, Weber (1979), vem corroborar com o resultado da pesquisa quando afirma que: “a burocracia é eminentemente meritocrática. O sistema, também, prevê carreiras, e as promoções são feitas de acordo com a antigüidade ou mérito funcional, dependendo sempre do julgamento do superior” (WEBER, 1979, p.98).

Estado Civil

Observa-se que o perfil dos respondentes, em relação ao estado civil demonstra que 80% dos entrevistados são casados, 17% são solteiros e 3% divorciados.

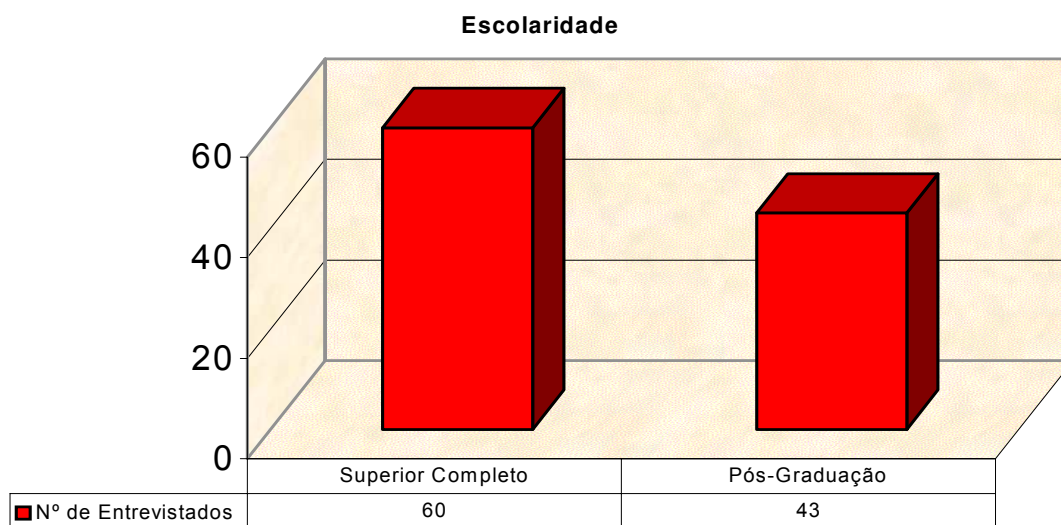
Gráfico 2 – População pesquisada por estado civil



Fonte: Elaborado pela autora/2004

Escolaridade

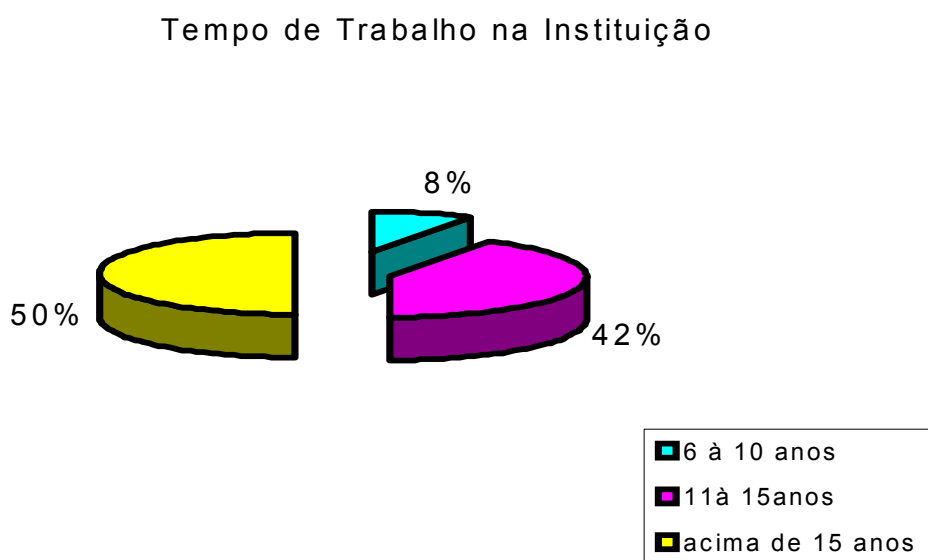
Gráfico 3 – População pesquisada por escolaridade



Fonte: Elaborado pela autora/2004

Como se pode observar, o nível de instrução dos profissionais que participaram da pesquisa é bastante elevado, 100% são graduados. Desse percentual, 71,66% possuem curso de pós-graduação. Esses números demonstram a necessidade de especialização da área da saúde.

Gráfico 4 – População pesquisada por tempo de serviço na Instituição



Fonte: Elaborado pela autora

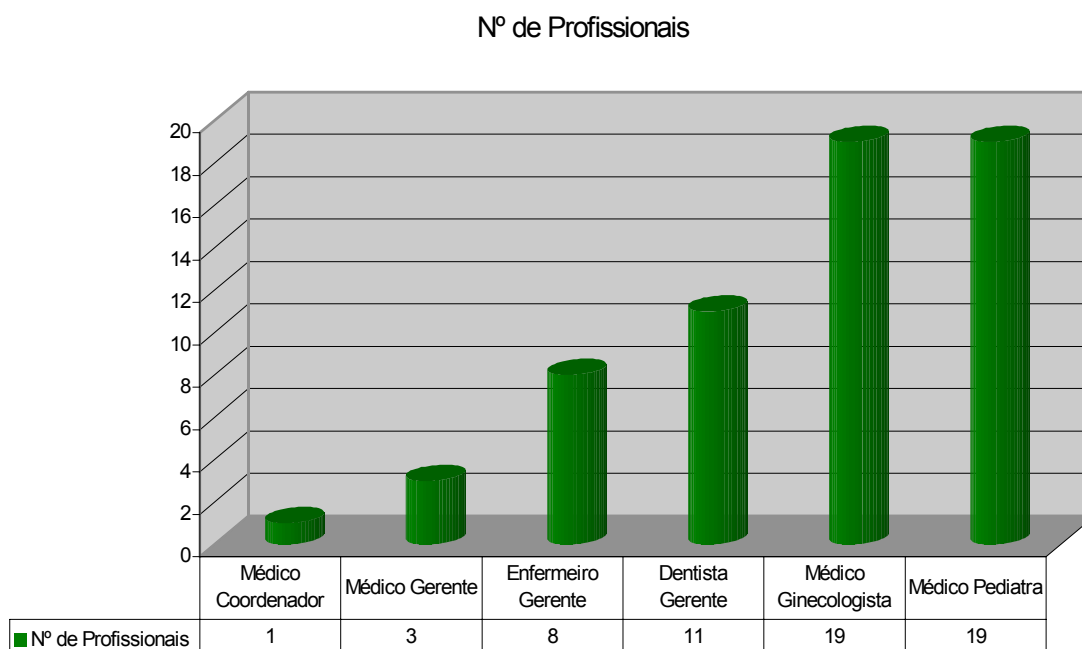
Em relação ao tempo de serviço prevalecem em cargos de chefia aqueles com mais tempo de serviço. Em primeiro lugar, encontram-se os funcionários com tempo superior a 15 anos, com o percentual de 50%, seguido daqueles com 11-15 anos de permanência na instituição e, com menos tempo, os com 6-10 anos, somando um percentual de 8%. Tais dados apontam duas tendências: uma refere-se à trajetória não só profissional, como também, política dos profissionais mais antigos.

A outra se refere às possibilidades que o profissional com poucos anos tem de pleitear uma oportunidade de coordenação de algum setor. Aqui se observa que os mais antigos têm mais oportunidades de exercerem funções gerenciais no serviço público, muito embora o que se leva em consideração, nesse serviço, não é a experiência e, em muitos casos, a qualificação profissional, mas as articulações políticas dentro da instituição que só os funcionários mais antigos adquiriram,

conforme gráfico a seguir. Por outro lado, indica que a predominância de profissionais com larga experiência de atendimento à saúde pública e que esses indivíduos são detentores de um conhecimento que não pode ser desprezado no processo de formulação de políticas públicas.

Formação profissional

Gráfico 5 - População pesquisada por categoria profissional e função exercida



Fonte: Elaborado pela autora

Entre os funcionários pesquisados, referentes à categoria profissional e função exercida, apresentaram maior prevalência à classe médica, somando um percentual de 60%, mas, em relação aos cargos de gerência há prevalência para o profissional dentista, num percentual de 18%, seguido pelos profissionais de enfermagem, com 13%. Com 7 % ficou a categoria médica, incluindo a coordenação. Isto em relação ao percentual da amostra total, ou seja, 60 entrevistados.

Para a apresentação dos resultados da análise dos temas abordados foram selecionadas entrevistas do Coordenador, dos Gerentes dos Distritos, 4 gerentes das Unidades Básicas de Saúde e de 5 médicos, sendo 3 Ginecologistas Obstetras e 2 Pediatras.

A apresentação se inicia com a segmentação dos estratos da falas apresentados por meio das entrevistas. Nesta análise foram identificados os temas e subtemas tratados nas entrevistas, descritos a seguir.

5.3 Variáveis Resultantes da Análise dos Temas

Uma variável é um fator ou propriedade visível em um objeto de estudo, passível de mensuração. Segundo Lakatos (1995, p. 136), pode ser considerada como “uma classificação ou medida que varia de acordo com a sua posição ou importância no objeto pesquisado. Pode ser um conceito operacional que contém ou apresenta valores”. Ainda segundo o autor:

Os valores são adicionados ao conceito operacional, para transformá-lo em variável, podem ser quantidades, qualidades, características, magnitude, traços, etc., que se alterem em cada caso particular e são totalmente abrangentes e mutuamente exclusivos (LAKATOS, 1995, p. 137).

Como todo fenômeno social, o referido objeto de estudo sofre interferência de vários fatores no contexto da saúde. As interferências advêm das políticas em saúde mais amplas, contexto econômico do nível de organização, e a cultura.

Ao se constituir os temas, foram construídas algumas variáveis que direcionaram a análise de resultados deste trabalho, conforme Figura 20.

Temas	Sub-temas
Gestão da informação	Questões políticas Coleta de dados Relacionamentos Capacitação Profissional Fluxo de informação
Bolsa Alimentação	Implantação do Programa Médicos Critérios Gerenciamento da informação

Figura 20 – Temas e Sub-temas

Fonte: Elaborado pela autora

Os temas decorrentes desta análise mostram a presença de duas variáveis distintas e que trazem entre si uma interdependência quando se busca fazer o delineamento dos fatores que interferem no desenvolvimento das atividades dos profissionais que operacionalizam o Programa Bolsa Alimentação.

O primeiro tema mostra os vieses de como a informação é gerenciada e de como influencia o respondente na execução das atividades referente ao programa; as dificuldades encontradas decorrentes do tipo de gestão e as peculiaridades que envolvem o programa.

O segundo tema apresenta o Programa Bolsa Alimentação na percepção do médico, como as informações chegam até ele, e como a falta de informação dificulta a sua operacionalização. Os critérios estabelecidos pelo Programa referem-se à distribuição dos benefícios, na percepção do médico, que influenciam no desempenho de suas atividades, tanto sob a perspectiva da organização do programa quanto da ótica do profissional. Essa relação é demonstrada nas Figuras 23 e 24.

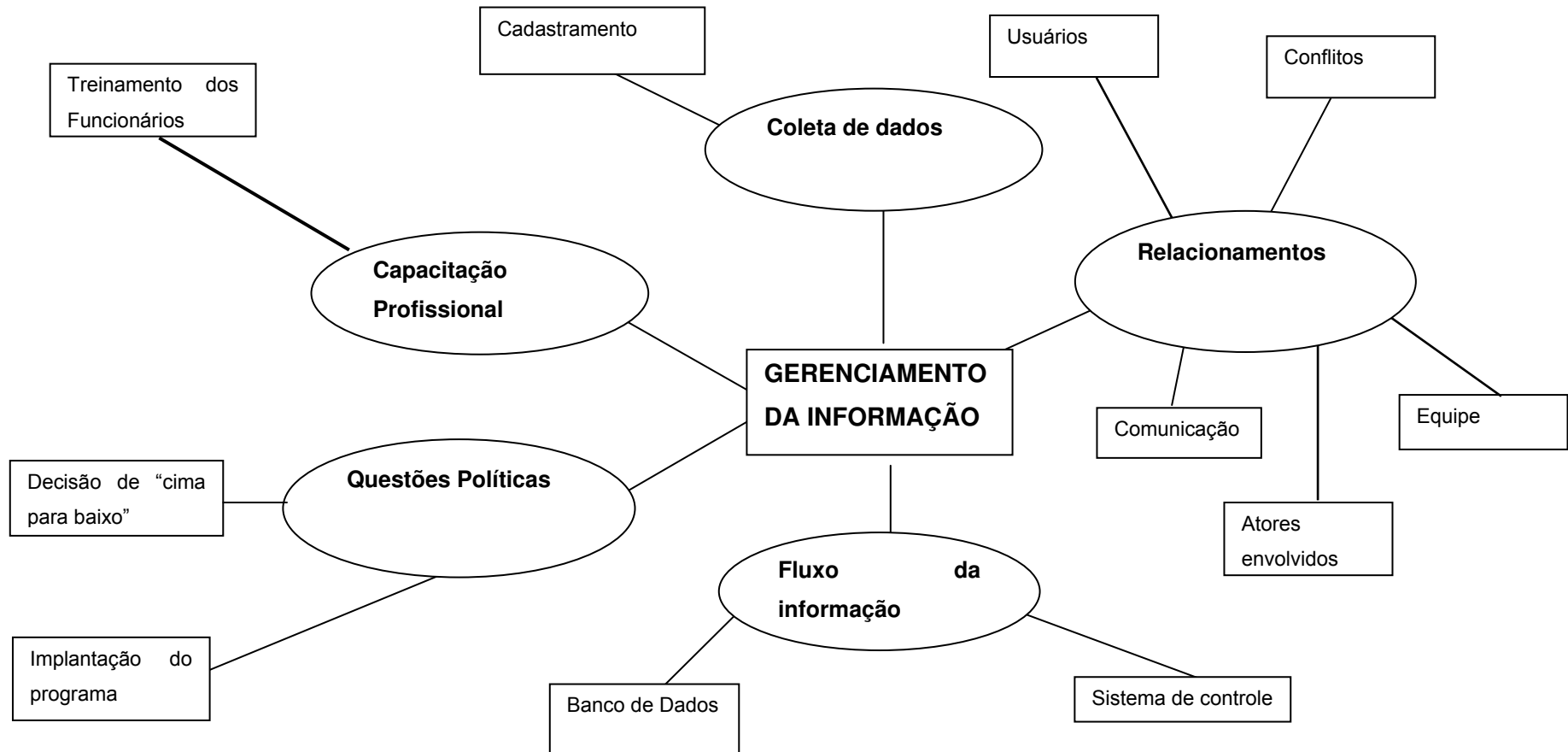


Figura 23 – Classe do discurso Gerenciamento da Informação
 Fonte: Elaborado pela autora

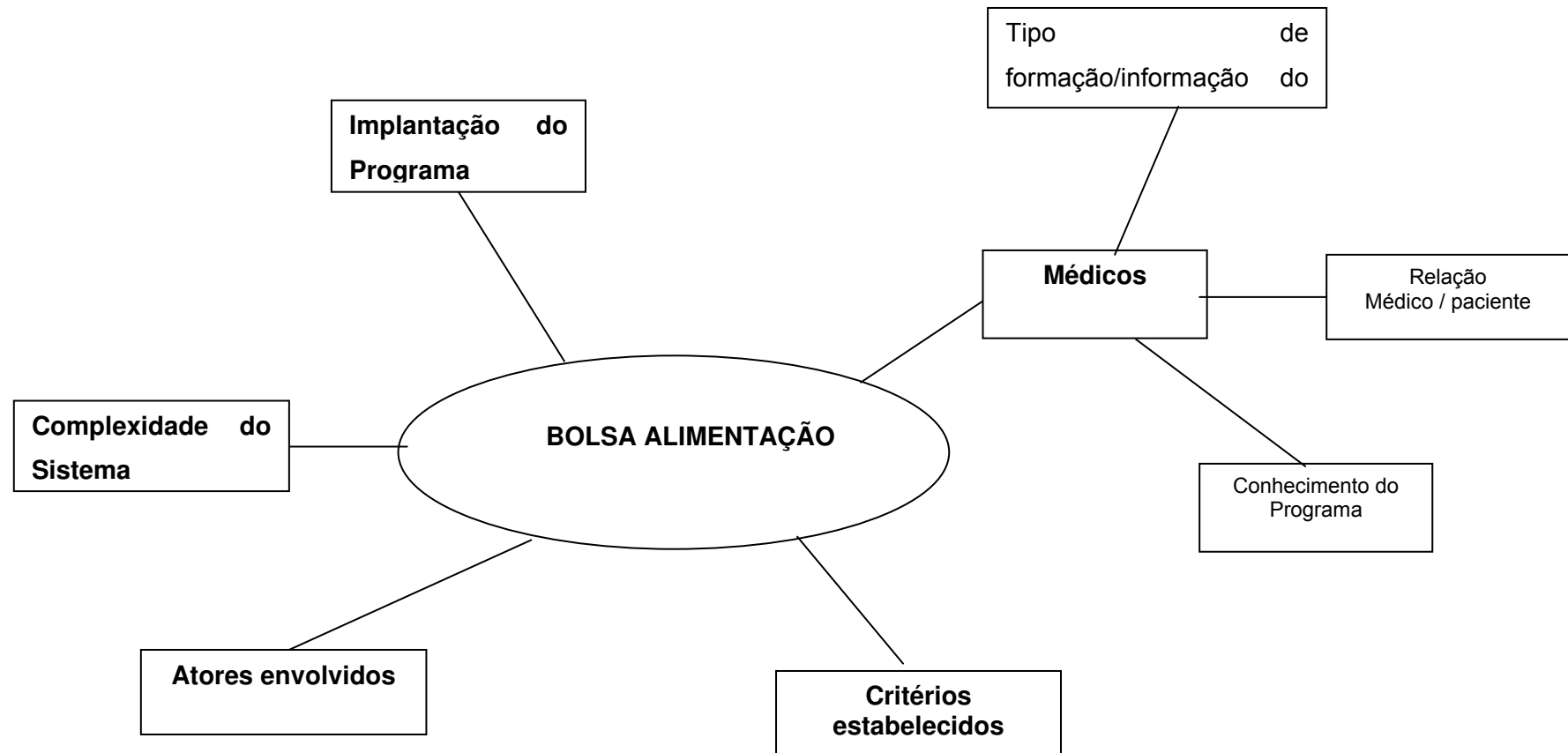


Figura 24 – Classe do discurso Bolsa Alimentação
Fonte: Elaborado pela autora

5.3.1 Gerenciamento da informação

As expressões, informação e sistema de informação estão vinculados a um processo que é a tomada de decisão. A exposição dos dois processos tem conseqüências significativas no gerenciamento da informação. Os sistemas de informação e a tecnologia de informação são vinculados tanto por questões técnicas, para viabilizar o tratamento, uso e disseminação das informações, como pela questão institucional de atendimento aos serviços públicos, considerada a essência dos “negócios” governamentais.

Assim, é imperioso dar atenção à importância da informação no ambiente organizacional. Contudo, existe ainda muita confusão na distinção que se faz entre dados e informação. Por dado entende-se qualquer elemento identificado em sua forma bruta que, por si só, não conduz a uma compreensão de determinado fato ou situação. Informação, por sua vez, é o dado trabalhado que permite ao executivo tomar decisões. Nesse sentido, Beuren (1998, p.23) afirma que “informações são dados coletados, organizados, ordenados, aos quais são atribuídos significados e contexto”. Os dados podem ser considerados e discutidos separadamente, ao passo que a informação deve ser discutida no contexto de usuários e responsáveis por determinadas decisões. Sendo assim, a informação representa dados em uso, e esse uso implica em um usuário.

Com base nesta análise, pode-se dizer que a informação apresenta o potencial para desempenhar um importante papel para a organização, desde que seu uso seja corretamente gerenciado.

A informação é responsável pela união dos departamentos da organização, assim como pela inserção e pelo relacionamento da organização com o meio-ambiente. Estamos cercados de dados, mas esses dados só terão algum valor se forem transformados em informações úteis, precisas e confiáveis. Por informações úteis entendem-se aquelas capazes de auxiliar a tomada de decisões, contudo, é comum a insuficiência de informações ou o excesso de dados que não se aplicam a uma tomada de decisão específica. A precisão diz respeito à capacidade de se conseguir informações no momento certo e a confiança está relacionada à não existência de erros.

Segundo Pereira et al (1999), em termos informacionais, três itens devem ser avaliados:

- Processos gerenciais – são ferramentas essenciais para uma maior eficiência, que tem como base o conhecimento individual no ambiente organizacional e podem transformar informações implícitas em conhecimento substancial, como

também construir ou ser destruídos pelo processo de comunicação e o poder formal.

- Estrutura organizacional – é constituída pelos três níveis ou contextos: o sistema de negócios, a equipe de projetos e a base de conhecimento podendo ser utilizada como um diferencial competitivo de forma a garantir a gestão estratégica de conhecimento.
- Estratégia – maneira como uma organização administra os seus recursos, suas competências e capacitações para atingir os seus objetivos, procurando levar em consideração uma interação dinâmica com o ambiente.

O gerenciamento da informação afeta a rotina e as atividades desempenhadas pelos profissionais, visto que a informação é a peça chave na complexa teia das inter-relações necessárias ao desenvolvimento das atividades inerentes ao programa, permitindo a efetiva realização do trabalho.

Para a realização das atividades os gestores do programa deparam-se constantemente com elementos facilitadores e dificultadores. Estes elementos são resultantes da maneira como está estruturado o modelo de gerenciamento da informação do programa.

Por ter como base à análise dos resultados, o programa foco deste estudo apresenta inúmeros elementos que dificultam sua execução, tais como:

- √ Em relação aos gerentes – formulários não permitem ajustes, falta de informação e comunicação entre os atores envolvidos, decisão de cima para baixo, falta de informação para os beneficiários, criação de um sistema de controle próprio e falta de treinamento para os funcionários, entre outros.
- √ Em relação aos médicos – falta de informação, coleta de dados insuficiente, falta de feedback, falta de clareza das informações, formulário inadequado, entre outros.

Esses elementos podem, também, ocorrer na organização privada, mas têm suas particularidades e dificuldades de solução na organização pública, principalmente no tocante às interferências políticas e a rotatividade de pessoal, que geram descontinuidade administrativa, influenciando em todos os seus serviços e, especialmente, no desenvolvimento e implantação do Sistema de Informação necessário para melhor viabilização dos mesmos.

Para viabilização do uso adequado das informações, por parte dos governos (federal, estadual ou municipal), faz-se necessária à elaboração de sistemas de informação que contemplem as necessidades e possam atender as novas expectativas de rapidez e confiabilidade.

No quesito gerenciamento da informação, todas as diferentes categorias demonstram alguns elementos similares em relação a algumas variáveis encontradas no discurso, conforme descrição a seguir:

a) Dificuldade dos Operadores do Programa na Coleta de dados

Um dos pontos de confluência entre as várias categorias de entrevistados – médicos e gerentes - referente à questão coleta de dados, é que a forma como se estrutura o gerenciamento da informação é que define o nível de inter-relacionamento entre os atores envolvidos no desenvolvimento das atividades do programa e os usuários.

O desenvolvimento dessas atividades pode ser melhorado com auxílio de alguns fatores determinantes para a execução do programa assim como na coleta de dados é necessário que os dados coletados possibilitem clareza nas informações recolhidas que haja treinamento dos funcionários e a utilização de recursos tecnológicos, dentre outros fatores, conforme delineamento a seguir.

a.1) Formulários que não permitem ajuste

Em relação à criação de formulários utilizados pelo Programa Bolsa Alimentação, a informação que norteia os procedimentos necessários ao desenvolvimento das atividades pelos atores gera dificuldades em sua operacionalização, visto que a criação dos formulários ocorreu na esfera do Ministério da Saúde e que já vêm pré-formatos e não permitem alterações do município.

O primeiro formulário a ser preenchido é o formulário de cadastro que é feito através do CAD-Único⁷ - este eu não preciso falar. Os outros são formulários referentes ao acompanhamento daqueles beneficiários do Bolsa Alimentação. São formulários que vêm pré-formatados do Ministério. A gente só adaptou um pouco, colocou o logotipo do município, mas é um formulário para acompanhar de acordo com a agenda de compromissos do programa. O Programa dá o benefício para o munícipe e ele tem que cumprir uma agenda de compromisso. (Coord.).

⁷ CAD- ÚNICO- Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal. Formulário cujo objetivo é reunir em um único instrumento os procedimentos da coleta de dados dos programas sociais do Governo Federal visando evitar duplicidade nos cadastros.

Depois, tem aquele formulário de encaminhamento da Secretaria para SDS da criança ou da gestante com risco nutricional que é encaminhada para fazer o cadastro. Lá tem um cadastro, aquele caderno do Cad-único. Formulários são basicamente estes. No sistema já tem todos os dados através daquele caderno o CAD-ÚNICO, quem é beneficiário, endereço dele, como é a moradia, os outros dados já estão lá então ele fica lá. Família tal, quantas pessoas compõem a família, quais as condições de habitação, tudo. Se a criança ou a gestante dessa família é beneficiária do programa, os dados referentes a eles vão ser inseridos nesse programa, já são dados de acompanhamento. Se eles estão inseridos em outros programas do Ministério, também é um outro programinha à parte que comunica com esse geral quando são inseridos. (Coord.).

a. 2) Cadastramento

Ainda em relação ao quesito coleta de dados, uma similaridade encontrada na fala dos entrevistados está relacionada à questão do cadastramento que, no decorrer de todo processo, colocou em evidência os disfuncionamentos inerentes ao programa evidenciados pelo grande fluxo de pacientes e o número limitado do CAD-ÚNICO e até mesmo pela forma como foi realizado esse cadastro.

A seguir, a fala dos entrevistados expondo estes disfuncionamentos:

Há dificuldade em todo o processo, desde o cadastramento porque existe um fluxo muito grande de pacientes, de pessoas que necessitam do benefício e não têm o número de vagas correspondente. As Unidades vão encaminhando para o cadastro à medida que vão chegando lá com riscos nutricionais. Mas a SDS não tem condições de fazer o cadastro de todas elas porque ela tem um número limitado desse caderno. Esses cadernos CAD-ÚNICO elas recebem em número limitado. (coord.).

No começo o cadastro foi feito de porta em porta pela SDS, sem a participação da Secretaria de Saúde e ainda hoje o cadastro do Bolsa Alimentação é feito pela SDS, a Unidade só encaminha o paciente com o laudo médico, através do formulário de referência contra-referência. (GD. 1).

Com essa confusão do cadastro aconteceu que muitas crianças foram cadastradas e foram até priorizadas para o Programa sem ter na verdade passado por uma avaliação social e pela avaliação nutricional. Então nós tentamos achar os caminhos, os meios de tentar solucionar isso, mas ficou bastante complicado e ficamos trabalhando com tantas dificuldades que até agora tinha aperfeiçoado as inscrições para criança mas não tinha mais vagas, pois o número de cadastro, é relativo ao número de Bolsas “[...] o Distrito fez alguns cadastros só numa situação de emergência, quando surgiu essa confusão toda dos estagiários e tudo, mas como a gente estava vendo que os do ICCN não estavam sendo inclusos a gente convocou todas as crianças do ICCN para fazer o cadastro e esses cadastro foram feitos nos Distritos pelos funcionários numa situação

de emergência. Na realidade, o cadastro não é nossa atribuição, o cadastro é atribuição da SDS. (G.D.2)

Temos um caso em que as crianças foram cadastradas no nome da avó, porque a mãe era solteira. Acontece que a moça ficou grávida e aconselharam a ela a fazer o cadastro. Nesse meio tempo a mãe dela morreu e ela pára de receber o benefício. Quando a UBS foi averiguar, o cadastro dela tinha sido anulado, pois ela aparecia no cadastro da mãe falecida como filha. (G.U.2)

E o que acontece também no Bolsa Alimentação, que eu acho uma falha muito grande e que foi uma falha de programa de computador, é que muitas pessoas receberam gratuitamente o Bolsa Alimentação porque já estavam inseridos em outros programas como o Bolsa Escola, o Vale Gás, e todos eles passaram para o Bolsa Alimentação.

b) Comunicação

Um processo de comunicação eficaz é hoje um grande instrumento para o alcance da eficiência qualitativa de uma organização. A propósito, há, no segmento empresarial, uma preocupação crescente nesse sentido, mas nem sempre esta mesma preocupação é sentida nas instituições públicas.

A comunicação, como um fator crucial na implementação dos programas sociais, ainda não se organizou como uma parte integrante da cultura organizacional, transformando a gestão do programa numa pesada burocracia, em que é atribuída à Administração, uma tarefa secundária de apoio no fornecimento dos meios, acarretando dificuldades em todo o processo.

b. 1) Falta de comunicação entre os envolvidos

Como problemas apresentados pelos respondentes, a falta de comunicação, entre os diversos níveis da estrutura governamental e serviços públicos, constitui um elemento dificultador na realização do trabalho. Isso foi demonstrado pela incoerência na fala dos entrevistados que mostra que a deficiência no processo comunicacional do programa gera bloqueios no trâmite da informação, ocasionando disfuncionamento no processo de gestão da informação.

Diálogo, não digo que haja diálogo, mas a gente sempre reporta ao Ministério para tirar as nossas dúvidas, para cobrar soluções. Conversamos bastante no início, mas é muito difícil essa integração. Não que nós, Secretaria de Saúde com SDS, não é problema, a

gente se reúne facilmente, resolve os problemas. A gente teve muito problema com a Caixa Econômica. A gente falava vai lá que você recebe e chegava lá era mal informada, a pessoa não estava por dentro, às vezes quem recebia o beneficiário não estava por dentro do programa e dava informação errada, não você tem que voltar lá. E o beneficiário ficava igual bolinha de pingue pongue, então a gente teve muita dificuldade, mesmo tendo contato com o gerente da Caixa daqui. Agora, um contato com a Caixa Econômica, que é a matriz da região, que é em Campinas a gente só tinha através da sede daqui.(Coord.).

Acontece que nem a gente, Saúde, e nem a SDS, pode está fazendo coplagem. Acho que seria mais uma questão da Caixa Econômica estar fazendo essa avaliação. O que ficou um pouco distante da gente no processo de continuidade, não no início do processo que também teve junto com a gente que reuniu, veio aqui no Distrito, conversou com o gerente, porque quem leva para as Unidades são os Gerentes. Foi a Caixa Econômica, que acabou depois se afastando um pouco da gente e do processo, que acabou não participando mais das reuniões de ajustes. Acho que o entendimento dela no processo é outro, é o dinheiro, é o cartão, é mais uma questão financeira. Mas acho que ele deveria passar para gente esse processo, para a gente entender porque uma pessoa vai e não está o cartão e diz que está recebendo e não tem o cartão.(Gd2)

Neste sentido, torna-se preponderante efetivar um sistema de co-gestão da informação, que age, coordenando e integrando os diversos meios (pessoas, fontes de informação e tecnologias) para apoio à gestão estratégica da instituição e que possibilite o monitoramento ambiental pela atividade de mapeamento informacional.

No prontuário médico já tem a ficha de condição da criança e da gestante. O que seria interessante é a SDS mandar a parte de avaliação dela porque nós gostaríamos de casar as duas em termos de prontuário. O prontuário é do paciente, não é só do médico, é uma equipe multidisciplinar e a SDS podia anexar essa informação para gente.(GU1)

Antes eu achava e continuo achando que se ela tem um problema social, o serviço social é que deve avaliar o problema dela, se tiver alguma coisa do lado da saúde eu encaminho o caso que eu vejo que é uma necessidade, porque a gente acaba vendo o lado pessoal quanto à questão é da saúde. Aí eu encaminho para lá. A gente faz uma avaliação para estar encaminhando para ela, mas é a SDS que faz a avaliação social. No social a gente não tem acesso não sabe exatamente o que aconteceu com essa pessoa. Aí chega casos como esse aqui e não fui eu, não foi o serviço social, quem encaminhou, quem foi? Eu estou aqui perdida completamente.(GU2)

Na verdade, os setores teriam que trabalhar juntos, mas não é isso que acontece. A gente não sabe o que a SDS faz, eles também não se entendem, mandam o paciente para o postinho dar o encaminhamento, sem explicar nada para os pacientes. Aí é esse embate do paciente falar que a SDS falou que ele tem direito e fica esse embate, o paciente querendo a vaga ao qual muitas das vezes ele não tem direito por não estar em risco de desnutrição e também

não preencher os critérios que é ser nutriz, grávida ou criança desnutrida ou em risco nutricional.(GU3)

c) Treinamento dos funcionários

Para Max Weber a burocracia (apud Morgan 1996, p.26):

É uma forma de organização que enfatiza a precisão, a rapidez, a clareza, a regularidade, a confiabilidade e a eficiência, atingidas através da criação de uma divisão de tarefas fixas, supervisão hierárquica, regras detalhadas e regulamentos. Isso pressupõe que as informações devem ser claras, os funcionários devem conhecer “como funciona” em detalhes para efetivação dos critérios estabelecidos pelo programa.

No caso do Programa Bolsa Alimentação, como não houve treinamento para os funcionários, as informações foram repassadas pelos gerentes, que obtiveram essas informações numa reunião com a coordenadoria geral do programa no município, de maneira informal e pouco precisa, o que gera distorções, tanto no processo de comunicação com os diferentes atores envolvidos, como por consequência na efetividade do programa.

Outro aspecto a ser ressaltado é que se a burocracia pressupõe profissional qualificado para função específica no programa e isso não ocorre. Os funcionários são um arranjo, não há uma equipe, escolhe-se o funcionário que já trabalhou em outro programa, ou o enfermeiro, ou um outro auxiliar em quem o gerente da unidade confia.

Isso indica a importância do treinamento para os funcionários que atuam diretamente com o programa, visto que muitos não têm habilitação para desenvolver as atividades inerentes ao programa, e não têm informações adequadas sobre a sua constituição. Os entrevistados são categóricos em afirmar que não houve treinamento para os funcionários que atuam diretamente com o programa:

Teve muito erro porque foram cadastradores inexperientes, não foi vista direito à condição do cidadão, muita gente entrou inadvertidamente, sem que ele fizesse parte. (coord.).

Verifica-se nesta fala do entrevistado as dificuldades da gestão da informação que reforça a falta de treinamento adequado para a equipe.

A SDS contratou uma equipe para fazer o cadastro nas casas, houve equívoco de como se deveria preencher o cadastro, das prioridades, de como seriam as prioridades. Com esta confusão há muita criança cadastrada sem ter passado pela avaliação social e pela avaliação

nutricional que são os dois critérios estabelecidos pelo Bolsa Alimentação.(GU2)

Não. O gerente recebeu a informação, no caso a enfermeira que estava aqui também, e foi repassada, explicada as informações, fato que a supervisão do distrito sanitário vem até a base e chegando aqui eles dão as informações também. (GU1)

Não houve treinamento para os funcionários. Eu participei de reuniões e aqui na Unidade passei para as pessoas o que é o Bolsa Alimentação, mas treinados não foram. Tanto que decidimos que as palestras feitas para os beneficiários do programa seriam as palestras mais pertinentes, logicamente dependendo do bairro de acesso.(GU3)

Não. A informação é passada para nós na reunião de gerentes e a gente repassa essas informações aos funcionários.(GU4)

d) Decisão de cima para baixo

Vinculada à forma de governo dominante, “as políticas sociais são definidas nacionalmente e são traduzidas e/ou adaptadas de maneira própria em cada realidade, levando-se em conta as especificidades locais e as articulações políticas de interesses corporativos e institucionais” (ORTIGA, 1999, p. 45).

As ações estatais a ela vinculadas, como as políticas sociais, têm caráter compensatório e *redistributivo* e, estando destinadas a proporcionar consumos específicos e encontrando no Estado seu agente privilegiado, é entendido como importante *instrumento de controle dos antagonismos sociais*. De fato, apesar do rápido e notável crescimento dos recursos alocados, não houve melhora substantiva, seja na qualidade dos serviços sociais produzidos no país, seja na “qualidade de vida” da população por eles beneficiada. Ainda que sua oferta tenha se expandido muito nos últimos anos, a procura aumentou com maior rapidez, de modo que sua expansão quantitativa não se fez acompanhar pela melhoria de qualidade. Esta última também foi dificultada pela crescente burocratização do atendimento.

Assim, pelo fato de os programas sociais serem elaborados pela instância maior de governo, são criados e implantados de forma a não permitir interferências em sua elaboração pelos níveis Estadual e Municipal e até por quem operacionaliza.

Dessa maneira, a informação coletada não se efetiva para cumprir a própria designação que a política quer. E isso se deve ao fato de que as pessoas que operacionalizam as ações do programa não foram ouvidas.

d.1) Implantação do Programa

Para a implantação eficaz de uma política pública, e em especial na área da saúde, uma série de elementos devem ser considerados: os recursos humanos envolvidos; a cultura organizacional; a tecnologia disponível; a integração com negócios e sistemas; o comprometimento dos níveis superiores e a visão de quem operacionaliza. Os recursos humanos envolvidos englobam não apenas os níveis operacionais, mas o chamado nível técnico e gerencial, uma vez que cada um interage de uma forma diferenciada para a consecução de objetivos comuns.

Assim, a informação tem importância crucial no desenvolvimento dessas políticas, à medida que os recursos humanos envolvidos devem estar municiados de informações claras e objetivas para a consecução dos objetivos da política pública consubstanciada pelo programa Bolsa Alimentação. E essa falta de clareza das informações gera os disfuncionamentos do programa aumentando as dificuldades, em todos os níveis operacionais, no que se refere ao trâmite da informação da Secretaria e dos parceiros desde a sua implantação.

Em relação à implementação do Programa Bolsa Alimentação no município não foram observados estes critérios, visto que a implantação do programa deu-se de forma imposta, conforme relato dos entrevistados a seguir.

Na verdade, no princípio foi opção. Foi assim a nossa regional de saúde, a DIR-XXI, chamou o município para conversar e falou: olha, está chegando um programa novo, do Ministério, que chama Bolsa Alimentação, que é risco de nutrição. O município tinha até então o Incentivo de Combate a Carência Nutricional-ICCN aquele Programa do Leite. O município tinha opção para adotar para o Bolsa Alimentação, que ia substituir o ICCN ou não. Nesse momento já estava circulando na mídia (Rádio e televisão), já estava sendo falado que no Bolsa Alimentação vinha dinheiro em cash da pessoa. Então a população já estava cobrando de certa forma, ligava aqui, então havia uma pressão popular. Independente disso, a gente aderiu ao programa depois de um certo tempo, não foi assim de imediato porque era inevitável. A DIR-XXI nos comunicou o seguinte; que quem não aderisse ao Bolsa Alimentação, a partir de janeiro de 2003, ia ser obrigatório a partir do momento, ia acabar o ICCN e a gente não ia poder ficar com ele, pois ele ia acabar de qualquer forma e a gente não ia ter como beneficiar essas pessoas. (Coord.).

As principais dificuldades na verdade é que antes existia um Programa anterior, que era o PCCN, e tinha como alvo às crianças desnutridas de seis meses a dois anos, em risco nutricional, desnutridas que recebiam o leite. E, quando surgiu a situação de vir o Bolsa Alimentação, a prioridade da Secretaria é que essas crianças seriam as primeiras as serem contempladas e aí extinguiria o programa do leite. Não foi bem o programa do leite, e ainda abriria vagas para outras crianças, porque aumentaria a faixa etária. Na verdade o Programa Bolsa Alimentação vai até 6 anos e 11 meses.

Mas o que aconteceu é que junto com o Programa Bolsa Alimentação vieram outros Programas também, veio PET, Bolsa Escola, e há outros programas que não sei te dizer porque pertencem a SDS. No começo o programa foi difícil de atuar, ficou meio confuso no início porque uma informação recém-chegava e já estava outra chegando atrás para que mudasse algum fluxo, alguma conta. (GU1)

Para entender um pouquinho do Programa eu peguei todas as coisas que tinha e fui juntado tudo para ver o que saía, mas muita coisa eu não sei, vem e diz: uma mãe olha o que aconteceu. Eu não tenho recebido, eu tenho mandado o pedido para o distrito o distrito tem mandado lá, tem outras coisas que eu acabo ficando em dúvida também. Teve umas pessoas que foram contempladas e não batia os dados do cadastro com os dados da pessoa que veio aqui. (G.U.2)

Segundo a entrevistada, desde o começo há muita dificuldade, inclusive da compreensão do programa por parte dos parceiros. Para ela, há dificuldades em relação ao controlador dos recursos, a Caixa Econômica, e isso é complicado uma vez que se há problemas lá, é na Saúde que o beneficiário irá reclamar com a Secretaria. Essas dificuldades de integração entre esferas públicas com diferentes interesses decorrem da ausência de uma coordenação supra instituições para compartilhar e discutir as informações sobre o programa.

Conforme relata a Coordenação “Conversamos bastante no início, mas foi muito difícil essa integração. O entrosamento da Secretaria de Saúde com a SDS não é problema, a gente se reúne facilmente, resolve os problemas. A gente teve muito problema com a Caixa Econômica. A gente não tem dificuldade com relação à coordenação do Bolsa no Ministério, mas eles também sentem que não conseguem responder tudo, que tem mais gente por trás que tem o domínio da informação e até não tem e está tentando resolver isso aí para poder facilitar para cá. (Coord)

As dificuldades decorrentes da centralização parecem afetar diretamente o fluxo de informação, à medida que as informações provenientes do Ministério não são claras. Pelo relato da entrevistada percebe-se que não houve políticas de treinamento nem explicitação adequada do processo de operacionalização do programa.

Eu acho que ele é ainda um programa incipiente, acho que aos pouquinhos ele pode até ir aparando as arestas e melhorar. Por enquanto é muito complicado, tem dificuldade para todo lado. Você vai às Unidades a Unidade está quase doida e fica parecendo que nós não conseguimos dar prioridade para ele, a gente não tem, ninguém ensina (Coord.).

De acordo com a respondente o programa necessita de alguns ajustes para sanar as dificuldades decorrentes da falta de integração, da falta de preparação e de treinamento, nos diversos níveis hierárquicos e operacionais do programa E a própria

desinformação sobre os sistemas do Ministério e o processo de integração. ou seja, a falta de conhecimento dos próprios gestores sobre o processo em seu conjunto.

Numa sociedade em que a informação é elemento fundamental, o conhecimento pelo menos dos percursos deveria ser componente crucial. A sociedade do conhecimento exige profissionais que sejam capazes de casar o conhecimento especializado com uma visão generalista dos processos onde atuam, uma vez que a fragmentação de informações dificulta uma gestão célere e eficaz.

Castells (2000), chama-nos a atenção para a importância central no mundo pós-moderno das estruturas de informação e comunicação, as quais não dizem respeito apenas a uma transformação de cunho tecnológico, mas sim a uma mutação do capitalismo a partir dos anos 70. Essas estruturas estão na base da reestruturação do que hoje conhecemos como capitalismo pós-fordista conectam o mundo, e dão forma ao que Castells (2000) chama de "sociedade em rede". Por elas passam os fluxos de imagens, sons, de riqueza e de poder; são elas também que dinamizam os fluxos de informação e conhecimento, o que leva muitos teóricos a defenderem que as mesmas provocam a emergência de um novo modelo de sociedade, a Sociedade da Informação.

"Quem e o que está conectado e desconectado ao longo do tempo constitui característica fundamental de nossas sociedades" (CASTELLS, 2000, p. 68).

Na verdade com a predominância das estruturas de informação e comunicação, para Castells, (2000) mais do que ser crucial na sociedade pós-moderna (e sempre foi em todas as épocas, só que em intensidade diferente), a *"geração, o processamento e a transmissão da informação tornam-se as fontes fundamentais de produtividade e poder"* (CASTELL, 2000, p. 68) o que significa então que, ao invés de uma Sociedade da Informação, as estruturas de informação e comunicação geraram uma "Sociedade Informacional", na qual a informação é o produto do processo produtivo.

e) A Relação Com os Usuários

Entendem-se como usuários os beneficiários do programa. São pessoas que estão dentro dos critérios do Programa Bolsa Alimentação.

Numa representação sobre os usuários, os entrevistados apontam que o baixo nível de escolaridade dos beneficiários dificulta a sua compreensão sobre o programa conforme relato a seguir.

Porque o usuário ele nem sempre tem o nível primário. Sem um nível de conhecimento, aí nele acha que o Bolsa Alimentação também é o Programa Bolsa Escola, Auxílio gás, ele acha que é outros e que é aqui mesmo e que você vai tirá-lo do benefício e por mais que você explique, ele ainda fica confuso. Você tem sempre que estar realimentando esta informação.(GU1)

É difícil porque, para eles, a Unidade é a única responsável pelo programa como um todo. Ela não percebe que para ela ter acesso aquele dinheiro ela tem que ir no posto, inicialmente tem que participar dos programas do Centro Comunitário e tem que ir à Caixa Econômica que as manda virem ao postinho, que ele resolve.(GU4).

e. 1) Informações para o usuário

Segundo informações prestadas pelos entrevistados, o contemplado pelo programa, ao ser convocado para o recebimento do benefício, recebe uma cartilha com informações sobre o programa e o benefício que passará a receber. Além dessa cartilha é feita uma reunião para que seja explicado, com detalhes, o direito e os deveres que lhe cabem.

O próprio Bolsa Alimentação tem essa cartilha que fala a coisa básica. Essa cartilha veio em setembro e é para entregar para a pessoa que é contemplada. Para mim, essa cartilha é como se fosse um roteiro básico para gente está podendo ampliar. A conversa é individual e orientativa.(GU2)

Contudo, muitas dúvidas ainda permanecem para o usuário o que, muitas vezes, não são supridas pelos funcionários já que os mesmos não foram treinados adequadamente para o desenvolvimento desta atividade e, as informações que receberam sobre o programa não são suficientes para preencher as lacunas existentes na cartilha, pois as informações que são repassadas por eles, têm como base essa mesma cartilha.

e. 2) Comparecimento

De acordo com a análise das entrevistas, ficou clara a dificuldade do comparecimento do beneficiado na unidade para que seja cumprida a agenda de compromissos estabelecida pelo programa.

Esta é uma dificuldade que têm os funcionários de ponta, que são aqueles que atuam diretamente com o beneficiário nas Unidades Básicas. Isso acontece porque em muitos casos as pessoas que receberam o benefício não passaram pela avaliação

nutricional. Elas receberam o benefício por já estar participando de outros programas (Vale Gás, Bolsa Escola, etc). Isso demonstra que há outro percurso que se sobrepõe aos critérios estabelecidos pelo programa e que fogem ao controle de seus operacionalizadores na Secretaria Municipal de Saúde. Nesse caso, nem mesmo eles sabem explicar esse processo o que atesta a falta de comunicação e ausência de um sistema de gestão de informação adequada.

Segundo a fala dos entrevistados, o usuário comparece ao programa quando acontece alguma coisa, principalmente quando ele deixa de receber o benefício. A seguir a fala dos entrevistados em que expõem esta situação.

Quando tem algum problema administrativo da informação do usuário do programa lá na Caixa, ele vem até a porta da UBS (Unidade Básica de Saúde) para pedir informação. Aí eu documento a informação via memorando. Mando para o Distrito, o Distrito manda para o nível central e o nível central busca no computador o que acontece e manda de volta.(GU1)

Os problemas na coleta de dados só são detectados quando há reclamação do usuário que comparece à Unidade para que ela resolva o seu problema. Deste modo, as dificuldades de relacionamento da Coordenação do Programa no Município com o Controlador dos Recursos, a Caixa, é um complicador uma vez que se há problemas na Caixa eles estouram é na Saúde já que o beneficiário reclama na Unidade que documenta e envia para o Distrito que recorre a Coordenação do Programa na Secretaria para que esta possa buscar a informação.

Assim, as dificuldades de integração entre esferas públicas com diferentes interesses dificultam o processo de gestão da informação, à medida que seu trâmite se torna lento e demorado, uma vez que a busca dessa informação percorre um longo caminho para chegar até o usuário.

e. 4) Comprometimento

As falas abaixo relacionadas são harmônicas no que se refere às dificuldades enfrentadas para convencer o beneficiário da necessidade de seu comparecimento à Unidade e para se fazer cumprir a Agenda de Compromissos. Para isso, é necessário, utilizar os serviços de um Agente Comunitário para ir até a casa do beneficiado para informá-lo que ele precisa comparecer à Unidade para não perder o benefício.

Observa-se, aqui, um conflito entre duas racionalidades. De um lado está o beneficiário que necessita do auxílio e não se sente comprometido com o sistema, e

do outro lado, se encontra a Unidade que tem que se desdobrar para cumprir as determinações que a política exige. Assim, a Unidade fica sobrecarregada porque além da rotina do atendimento diário e dos outros programas específicos da área da saúde estabelecidos pelo Ministério e, que, são de sua competência operacionalizar, ela ainda tem que criar alternativas para incentivar o beneficiário a participar das atividades que fazem parte dos critérios estabelecidos pelo programa.

A gente tem que ficar ir atrás dela [...] olha é importante que você venha, você tem prioridade [...] procurando incentivar [...] para ela ter uma atitude de saúde melhor.(GU2)

As dificuldades são a respeito da captação dos pacientes. É você convencê-lo a vir aqui [...] tem uma agenda de compromisso que ele precisa cumprir. Tinha muitos pacientes que não vinham e a gente ia lá e convocava, chamava, ligava aí, a gente começou a fazer duas, três reuniões por mês. Era uma reunião só e a gente acabou fazendo em duas, pois se [...] não pudesse vir na primeira, tem a Segunda, e se não vier, o ACS-Agente Comunitário de Saúde vai à casa do beneficiário e marca consulta com o pediatra. Então, esse é o maior envolvimento da pessoa. [...] têm que cumprir o mínimo, que é participar das reuniões nossas e manter a vacina em dia, ir à consulta do pediatra.(GU3).

O que a gente tem dificuldade é das mães estarem vindo. A única coisa que pega é assim, se você não vier você vai perder o benefício. Na verdade, [...] vêm pelo interesse do benefício, a gente sente que elas não têm interesse.(GU4)

e. 5) Comunicação

A comunicação com o beneficiário agraciado pelo programa é feita através de uma carta que a coordenação do programa no município retira do site do Ministério. Esta carta é enviada para a Unidade Básica que deverá enviá-la ao beneficiário, informando-o que sua inscrição no programa foi aceita e marcando o dia e a hora em que deverá participar de uma reunião, quando será passada a agenda de compromisso que terá de cumprir, conforme citação dos entrevistados abaixo.

Tem que mandar cartinha para essa pessoa, para que [...] vá [...] vincular à Unidade (Coord).

Agora a processo que ficou para gente é o seguinte: vem para o Distrito que veio do Paço, eles pegam essa informação num sistema do Ministério com o nome dos contemplados [...] mandam [...] formulário de cartinha com o nome e o endereço do beneficiário. [...] encaminha para as Unidades de referência. E as Unidades [...] chamando [...] marcando uma reunião e nessa reunião eles orientavam como elas devem proceder, que caixa devem procurar,

que documento elas devem levar, a quem elas devem procurar lá na caixa para registrar senha e pegar o cartão. [...] orientadas [...] vinculando a uma Unidade acompanhamento do que a gente chama de agenda de compromisso.

As cartinhas vêm com nome e endereço e a Unidade encaminha marcando dia e hora e local da reunião que vai ter na Unidade. (GU2)

Assim que as pessoas eram agraciadas pelo programa eram enviadas para a Unidade cartas contendo o nome e o endereço das pessoas para a Unidade enviar e marcar reunião com os beneficiários, para fazer cumprir a agenda de compromisso.(GU1)

5.3.2 O Bolsa Alimentação

a) Função das Unidades

a. 1) Função dos Distritos Sanitários

Os Distritos Sanitários têm a função intermediária. São os Distritos que gerenciam a operacionalização do programa. Eles atuam em nível intermediário entre as Unidades Básicas e a Coordenadoria geral do programa no município, conforme relatos a seguir.

O Distrito gerência o material enviado pelas UBS's. Hoje o Distrito funciona como intermediário entre as Unidades Básicas e a coordenação do Programa. (GD)

a. 2) Função das Unidades Básicas de Saúde

Segundo os entrevistados a Unidade Básica tem a função operacional. É ela que faz avaliação biológica do paciente e determina se ele está ou não dentro de um dos critérios do programa que é a critério nutricional. A seguir, fala da entrevistada que deixa bem claro a função da Unidade.

A Unidade faz exclusivamente a avaliação biológica-está ou não está desnutrido está ou está abaixo do peso, e manda para a SDS. Basicamente é isso o que nós fazemos com aquele que está escrito (GU1).

A Unidade é onde tudo começa. A Unidade funciona como uma espécie de referência para o cadastro da criança, da nutriz e da gestante. A pessoa passa pelo médico, o médico vai avaliar a questão nutricional seja da gestante ou da criança e dá o parecer

clínico, que é uma referência contra referência, e encaminha para o Centro Comunitário que faz a parte social e cadastra essas pessoas no Programa. (GU2)

Acho que a principal função dela aqui é a vigilância, a verificação do esquema vacinal das crianças, se está sendo cumprido, se a mãe sabe como é o esquema vacinal, verificar se a carteirinha está tudo OK. As consultas médicas dependem se for criança desnutrida ela tem um esquema todinho da Unidade, prioridade para esse agendamento.(GU3)

A Unidade funciona como uma espécie de referência para o cadastro da criança, da nutriz e da gestante. A pessoa passa pelo médico, o médico vai avaliar a questão nutricional, seja da gestante ou da criança e dá o parecer clínico que é uma referência contra referência e encaminha para o Centro Comunitário, que faz a parte social e cadastra essas pessoas no Programa.(GU4)

b) Complexidade do sistema

A complexidade do sistema, no início da execução do programa no município, levou a uma duplicação de dados que permanece, em menor escala, ainda hoje. Segundo a entrevistada,

Por um bom tempo a caixa anulava os dois cadastros, aí a gente não sabia o que estava acontecendo. Aí reformularam a parte de acesso a internet e a gente pôde ter acesso a um resumo de família. Aí nesse resumo a gente sabia se a pessoa estava recebendo porque parou de receber e estava escrita a crítica da Caixa. Estava escrito: Duplicidade. (Coord.).

A tramitação desses dados, ali no sistema do município para a Caixa Econômica e depois para o Ministério e do Ministério de volta para a gente ver quem era o beneficiário que entrou ou não, tem um caminho muito longo. Então, no processo, ele era enterrado em vários pontos. Por exemplo: cadastro que era mal preenchido na hora da digitação falhava e depois era rejeitado pelo sistema. Até erro de data de nascimento que às vezes a pessoa até era considerada beneficiária, ela ia receber o benefício na Caixa Econômica, o nome dela faltava uma letrinha o documento fala uma coisa e o sistema fala outro. Aí tinha que corrigir e durante um bom tempo nesse um ano de programa que já completou, tem mais de ano, não se podia fazer alteração de cadastro.(coord.).

A fala a seguir demonstra que há a necessidade de automatização das Unidades e a criação de um sistema de informação que vise proporcionar maior dinamicidade e eficiência, principalmente no que se refere à informatização das operações e serviços internos, bem como facilitar a interação com o cidadão. Para tal mister, faz-se necessário o planejamento, implementação e operacionalização de

plataformas de computadores e redes que envolvem o desenvolvimento de softwares de complexidade avançada para a execução de todo o sistema viabilizando o acesso à informação. A necessidade de sistemas de informação para a estrutura pública que viabilize o fornecimento de informações adequadas já é sentida na administração pública (TEIXEIRA & SANTANA, 1995. p. 22).

No começo o programa foi difícil de atuar, ficou meio confuso no início porque uma informação recém-chegava e já estava outra chegando atrás, para que mudasse algum fluxo, alguma conta. Não é on-line. Bom seria que a UBS estivesse on-line, aí você poderia verificar os usuários e aí tudo bem. Como isso não acontece, a informação é quebrada, ou seja, se tem um número errado, se tem uma duplicação no computador. Lá eles poderiam resolver, mas, o usuário tem que vir até a base e a base não têm poder para resolver o problema, ela não tem como acessar a informação que o beneficiário está buscando. A base só documenta e manda para o distrito que manda para a coordenação, e espera receber a resposta da solicitação que foi feita para corrigir a falha. Então, hoje, deveria ser o processo de informação uma rotina da Unidade, não precisando a unidade estar mandando memorando pedindo informações que devem vir em um prazo de dois ou três meses para chegar até o usuário. Quando você começa a usar, ela já está saindo, isto é, perdendo o valor. Seria necessário fazer um redirecionamento, ou seja, você dar à base instrumentos melhores para você dirigir (G.U.1).

Já nesta fala, o respondente coloca em evidência a necessidade de se organizar o fluxo da informação que permita que ele tenha acesso as informações pertinentes a sua área de abrangência.

Outra coisa que eu acho ruim em relação à questão da informação é que falta conhecimento do número de beneficiados. Na minha área de abrangência eu não tenho noção. Acho que é uma questão da organização, da informação ser passada assim numa seqüência para você alimentar essa informação. (G.U.4)

Deste modo, as falas demonstram como a informação não flui num ritmo célere e eficaz e como a falta de organização no fluxo da informação dificulta a realização do trabalho.

b) Fluxo de informação

O procedimento adotado para envio das informações para o Ministério para processamento das mesmas é via on-line, e a tramitação dentro da secretaria é feita via memorando e informalmente, nas reuniões com os gerentes dos Distritos, que depois repassam estas informações para os gerentes das Unidades. A complexidade

do sistema contribui para que o fluxo da informação seja um processo longo e demorado, como o que se pode observar pelo relato dos entrevistados a seguir:

A UBS anota a queixa da pessoa. A pessoa fala, fiz um cadastro na data tal e até hoje não recebi. O que está acontecendo comigo? Então ela anota numa planilha, manda para o Distrito, o Distrito digita põe numa planilha escrevendo o problema dela, o número do cadastro e envia por e-mail para a coordenação, que acessa o sistema, o CAD-ÚNICO, e vê se a pessoa fez o cadastro primeiro, se ela está no Bolsa, se ela não está. Vai ver se ela fez o cadastro e se o cadastro dela foi para frente, porque às vezes esbarrou em alguma coisa deu algum erro que ela não foi para frente e aí esse é o primeiro. (Coord)

Quando um beneficiário vai à Unidade e faz algum questionamento, a orientação é que o gerente faça memorando para a gente e a gente encaminha para ao serviço de digitação, para uma pessoa específica que fica lá no Paço (Prefeitura), e ela pesquisa lá na informática sobre aquela pessoa no programa. Aí, ele emite um relatório com a resposta, se a pessoa tem o NIS, se é beneficiário ou está contemplado, se ela parou de receber, se ela não tava como beneficiário ainda tem um relatório de família falando direitinho porque ela não recebeu, e a resposta volta para a Unidade para ela possa repassar para o beneficiário. Às vezes estas respostas vêm assim numa linguagem um pouco difícil, ou com mais conformações que a gente não consegue esclarecer bem a situação para o beneficiário, porque eles procuram a Caixa Econômica e a Caixa dá uma informação e as informações que a gente recebe eles vão estar buscando no programa do Ministério, que é aquela coisa difícil de estar retirando, e a SDS ela vai buscar onde tem todos os cadastros. Mas a gente sempre procura está trazendo estas respostas e quando tem alguma dificuldade a gente tenta, se reúne, SDS e a Saúde, para tentar achar uma solução. Com essa negociação constante tem sido bastante bom, não tem tido nenhum atrito.(GD2)

Mas, basicamente, o fluxo de informação vem do DPS que passa para o Distrito. No nosso caso é o Distrito Sul, que imediatamente repassa as informações as UBS's. Então, chega na UBS e nós nos reunimos com os funcionários. Ele recebe as informações antes de passar para os funcionários, como um todo. Eu passo a para quem está no programa, que são duas funcionárias, pois se uma faltar ou sair de férias tem a outra para cobrir, é o que chamamos de backup.(G.U.1)

A questão da informação traz um desconforto porque é muito conturbado porque cada hora é assim, assado, vai, volta. Essa questão da informação é que causa transtorno, porque vem hoje, nos vamos encaminhar, é assim, assim, e de repente muda, já não é mais assim. A informação que hoje é tida como correta amanhã não é mais. Volta, vai volta, causando desconforto para todos, principalmente para o funcionário da Unidade que fica numa condição constrangedora.(G.U.4)

c) Lentidão no atendimento

A falta de informação e a complexidade dos sistemas geram também lentidão no atendimento conforme, citação dos entrevistados.

Quando tudo está funcionando, porque às vezes cai o sistema, ela demora um pouco mais. Mas, geralmente, é uma questão de dez dias ela está chegando para gente e a gente repassa para o usuário. E às vezes ela demora um pouquinho mais por isso. Só que às vezes está falando que a pessoa está recebendo e ela não está. Às vezes é questão até da própria família, às vezes, a gente suspeita até de clonagem de cartão porque ela fala: eu vou lá e não recebo.(GD2)

Um prazo de dois ou três meses para chegar até o usuário(GU1)

d) Sistema de Controle

O único mecanismo de controle é feito por uma planilha de acompanhamento de difícil compreensão, porque tem que calcular o percentil⁸ que é um cálculo um tanto complicado para os funcionários que operacionalizam o programa. Como os funcionários não foram treinados para tal operação, isso se torna mais difícil. A resposta do entrevistado só vem reforçar a análise de que a falta de treinamento e de clareza das informações tem ampliado as dificuldades de gestão do programa:

Tem uma planilha também que está todo mundo apanhando, mas também está assim está todo mundo no aprendizado, está todo mundo se esforçando para tentar dar certo.(GD2)

A planilha de acompanhamento é enviada mensalmente pela Unidade Básica com os dos do beneficiário para a Coordenação do Programa para que ela possa acompanhar as atividades desenvolvidas pela Unidade, e se o beneficiário está cumprindo a agenda de compromisso que é uma exigência do programa para que ele receba o benefício. Estas informações são enviadas pela coordenação do programa no município para o Ministério, via internet.

Tem. Tem uma planilha que é enviada mensalmente. Através disso é que a Prefeitura controla quem está vindo nessa planilha e preenchendo o que ele veio, o peso dele, o NIS do Bolsa

⁸ Cálculo do percentil – indicador da medida do peso e da altura materna e do peso da criança representado por meio de gráfico constituído de duas linhas. A inferior representa o percentil 10 e a superior representa o percentil 90. In; Programa de Atenção a Saúde da Mulher: Pré-Natal Projeto Nascer”Nascer Joseense”. Elaborado pela Secretaria Municipal de Saúde . 2000.

Alimentação. Colocamos todos os nomes em duas vias para que uma fique conosco e a primeira via mandamos para a Prefeitura. (GU1)

Sim. Tem uma planilha onde a gente coloca as informações sobre os beneficiários e envia para a coordenação do programa. Não é suficiente. Por isso eu criei um controle da planilha assim, em geral, porque uma planilha está indo para lá, e como eu disse que a gente faz a terceira, quarta reuniões do mês e fica muito solto as coisas e você tem que ter controle do consolidado geral para você se controlar.(GU3)

Os dados da planilha não são suficientes. Aqui na Unidade, a gente criou alguns livros e planilha para nosso controle.(GU4)

e) Criação de controle próprio

O fracasso do sistema de informação obriga o funcionário a criar seu próprio sistema de controle gerando um volume grande de documentos fazendo com que o processo se torne lento, porque as pessoas perdem muito tempo preenchendo documentos que elas mesmas criam, buscando melhorar o atendimento, e também por terem medo de se expor. Isso foi percebido na fala dos gerentes das Unidades quando eles relatam a necessidade de criar suas próprias planilhas e cadernos de controle. Esse medo gera dificuldades para a operacionalização do programa, porque cada Unidade elabora seus próprios mecanismos de controle, sem nenhuma padronização, e que só atendem a necessidade local.

Assim, cada vez mais os problemas vão se avolumando, o volume de documentos vai aumentando e as respostas aos usuários tornam-se mais lentas como consequência da falta de controle e de padronização da documentação, geradas no processo de operacionalização e da tramitação da informação, o que obriga a Unidade a se munir de documentação extra para desenvolver suas atividades com mais segurança e rapidez.

f) Banco de dados

Detectou-se, ainda, que a falta de integração dos bancos de dados contribui para a fragmentação da informação, tornando a busca complexa. Além do problema da falta de integração de informações ocorrem problemas com o fluxo de documentação, que passa por muitos setores. Há pouca disponibilidade de informações para o nível gerencial e pouca integração entre os sistemas, que se encontram defasados.

Assim, a fala do respondente demonstra que o banco de dados existente na Secretaria de Saúde não contém os dados completos dos beneficiários e, ainda se encontra desatualizado, portanto não é “confiável”, e quando a Secretaria necessita de informações completas ela busca a informação na SDS que tem o CAD - ÚNICO completo e atualizado. Assim a busca de informações sobre o beneficiário é complexa porque depende de informações de outra secretaria contribuindo para a morosidade das respostas para o usuário.

A Secretaria de Saúde tem uma parte do CAD-ÚNICO, que não é confiável segundo afirmativa do entrevistado. Não é confiável porque a Secretaria de Saúde acessa uma parte do banco e só consta uma parte das informações sobre o beneficiário, ela não tem uma visão global da situação do mesmo. E essa dificuldade em acessar a informação global gera uma morosidade no sistema, comprovada pela fala dos entrevistados quando perguntados sobre a resposta a um questionamento se demora muito para chegar a Unidade.(Coord.).

A Secretaria tem acesso a um dos bancos, que é o CAD-ÚNICO, mas que não é um banco muito confiável que a gente tem acesso, eles tem o banco confiável [...] eles têm o banco todo. (Coord.).

g) Falta de material

Segundo alguns entrevistados, o material informativo para ser distribuído para os beneficiários, contendo informações sobre o programa e os compromissos que ele deve cumprir, não foi suficiente, obrigando a Unidade a reproduzir o material para distribuição.

Até não veio um número suficiente para todas as mães e a gente fez xerox dessa partes de visita de acompanhamento a gente faz uma planilha e fica com uma cópia, mas ai essa parte a gente fez um xerox e deu para a mãe.(GU1)

h) A percepção do médico e os critérios para a distribuição do benefício

Em relação aos critérios para a distribuição do benefício observou-se que variáveis como a relação médico paciente, a questão da fome, dos hábitos alimentares, e os disfuncionamentos do programa não são levado em conta na visão do médico, que é quem realmente determina se o paciente é prioritário para ser inserido no programa ou não.

Os relatos apontam para as dificuldades encontradas em todos os níveis de operacionalização, evidenciando os disfuncionamentos inerentes ao programa. E na relação médico paciente, as dificuldades encontradas na consecução dos objetivos definidos pelo programa.

Segundo avaliação de alguns entrevistados, o parâmetro para medir a desnutrição estabelecida pelos critérios do programa é a curva de Gauss.⁹

O quadro nutricional da paciente, a curva de Gauss vai avaliar a altura, o peso e a idade gestacional. Não é feito anamnese. Os dados é que a gente coloca na curva, faz aquela tabela e se o paciente está abaixo do peso ou no sobrepeso. Se o paciente estiver abaixo da curva é dado o benefício para o paciente. (GO 1 e 3)

Já um outro entrevistado acha que o problema é do Serviço Social, da Enfermagem não dele, conforme relato a seguir:

Na realidade, quem faz o cadastro para Bolsa Alimentação é a SDS, essa paciente quando ela chega a Unidade [...] triada pelo serviço social. [...] ao Programa de Bolsa Alimentação [...] passou pelo serviço social já passou pela enfermagem, nem tanto eu, imagino se o Programa está sendo cumprido com requisitos do [...] sim é interessante porque faz o inventário sócio financeiro da pessoa. (GO2)

h. 1) Critérios não muito claros

Em relação aos critérios estabelecidos pelo programa há similaridades nas respostas na categoria pesquisada. Para os entrevistados os critérios não são muito claros.

Segundo os médicos, os critérios estabelecidos pelo programa nem sempre condizem com a realidade por eles vivenciada. Nesse momento, percebe-se que uma das dificuldades decorre da própria discrepância entre o que o médico avalia como fundamental num quadro de desnutrição, e o que os formulários demandam. Algumas observações como estas apontam para a questão de que o formulário, elaborado no nível da direção, apresenta discrepância com quem o operacionaliza.

Pela fala do entrevistado, percebe-se como o programa perde a possibilidade de avaliação porque não há espaço para coletar informações adicionais dos médicos que possam vir a melhorá-lo. Os médicos discutem sobre a validade e limitação dos dados colhidos pelos formulários e que podem causar distorções na oferta do

⁹ Curva de Gauss – Padrão de referência de peso/altura, desenhada a partir do padrão apresentado por Jelliffe e expressa em percentual de peso ideal para altura e idade gestacional. In: Atualização de

benefício. No formulário preenchido pelo médico não é exigido que ele coloque estas observações, mesmo porque este formulário é enviado para a Secretaria de Desenvolvimento Social para que seja feita a avaliação social, que é o segundo critério para inserção do paciente no programa. Dessa forma, nem a coordenação e nem o Ministério tomam conhecimento dessas distorções, possibilitadas pelos critérios estabelecidos pelo programa. Assim, informações relevantes sobre o estado nutricional do paciente não são consideradas, porque não há mecanismos que permitam incluir essas observações de quem atende os pacientes, e que, portanto, a alta direção pode estar perdendo dados fundamentais para o planejamento e acompanhamento do programa e sua eficácia.

São os critérios estabelecidos pelo Programa. Uma das minhas brigas em relação a isso é assim, [...] às vezes a gente tem uma paciente que a gente sabe que ela é desnutrida pela história dela, aí vem a anamnese, que ela conta que passa fome, que não tem leite, e que isso e que aquilo, mas ela na está na curva, ela não está abaixo. Eu acabo não conseguindo a Bolsa Alimentação para ela, mesmo sabendo que ela tem carência nutricional. É um dado que seria necessário se fosse aceito pelo programa. Daria a ela a Bolsa, o que para o Programa não é importante. Isso porque a gente está conversando com ela, tem a história dela, e até a gente tem um sobrepeso, pois não é todo mundo que passa fome que é magro. Tem gente que passa fome, mas é obeso, porque come só farinha, come só pão. Como gestante ela não tem cálcio, fósforo, ferro, proteínas, lipídios então ela acaba ficando obesa e desnutrida e ela não tem direito à Bolsa porque [...] está fora da curva. Outra coisa também que eu vejo no Programa às vezes é adolescente de 15 anos, de baixo peso e de baixa estatura, 1.50m e tem 40kg. Para ela, [...] não está desnutrida, mas para o Programa, ela é desnutrida. Ela não é desnutrida, ela é nova, baixinha, e aí acaba entrando nessa curva de peso aqui, peso, idade gestacional, e dá baixo peso, e não podia dar baixo peso, por causa da idade e do tamanho dela. Isso dá um conflito na agenda, porque o mais velho e gordo, que está desnutrido, não recebe o benefício e às vezes a baixinha que está abaixo da curva, mas que está bem alimentada, recebe a bolsa. Ela está abaixo, do peso, mas não está desnutrida.(GO1)

De uma maneira geral, de uma maneira básica, a curva de Gauss é uma curva muito interessante. Ali você pega os pacientes com risco intra – uterino. Mas, existe outro critério para você avaliar a desnutrição, tanto na gestante como na população em geral. Só que o serviço público não nos oferece recursos para isso. E o formulário? Você pode me dizer qual é o formulário? O que existe é um formulário que já existe na Prefeitura e que serve para encaminhar outros tipos de especialidades. Eu desconheço um formulário específico do programa, porque não existe.(GO3)

Não acho que seja, isso é pouco. Na verdade os critérios nem são muito claros, eles só colocam lá, uma renda abaixo de 100 reais e o

percentil abaixo de 10. Agora tem um monte de coisa, você avalia a criança uma vez só, teria que estar acompanhando mais um pouquinho, você ter um tempo maior para avaliar essa criança, vê realmente, porque às vezes tem erro alimentar e, às vezes, uma consulta só não dá para você saber. Em nível de programa ou de Brasil, para ter um impacto mais rápido, acho até que é válido, você pega uma quantidade grande de crianças, mas, realmente, para vê mais criterioso precisaria ter um pouco mais de dados. Conhecer mais a família, a relação, a alimentação, como que essa mão alimenta a criança, como é que foi desde o nascimento, precisaria ter mais informação. O programa não exige que coloque. Eles só colocam encaminhamento para SDS, Bolsa Alimentação criança em risco nutricional, é essa orientação que o pediatra teve. E, às vezes, que eu tenho mais alguma outra informação eu escrevo, espaço até que tem. O papel não é tão adequado, é referência contra referência, resultado de exames. Espaço até que daria para colocar o diagnóstico, mas na realidade esse formulário é próprio da Prefeitura para qualquer especialidade não é uma coisa específica, você pode encaminhar para o ortopedista, neurologista, cirurgia, é o mesmo formulário.(P1)

Existem dificuldades de informação junto ao usuário. Até mesmo os usuários com um nível de escolaridade mais elevada têm dificuldades em compreender as recomendações médicas:

A gente costuma chamar um acompanhante ou um parente para que ele entenda, como outro dia eu falei com a paciente que ela precisava comer fígado, porque ela estava com anemia. Ela foi para casa e comeu um dia só e achou que já estava resolvido. Nossas pacientes têm um grau de escolaridade às vezes muito alto, porque ele chegou a 3º colegial, mais ele tem um grau de instrução abaixo da crítica isto é, ele tem um tempo de colégio grande com um grau de instrução baixíssimo. Então ele não compreende. Ele é incapaz de compreender uma palavra mais difícil. Ele não é capaz de compreender o que a gente está falando, então ele fica assim nervoso preocupado, tenso, por isso é necessário a gente chamar alguém para atender o paciente, para acompanhar e isso é em qualquer idade. (GO1)

Falta orientação, conhecimento e educação. É difícil ele entender. Mesmo com um nível alto de escolaridade, mas o nível de instrução é baixíssimo. Uns até que compreendem mais. A própria condição em que vivem não permite que as orientações dadas sejam cumpridas pelo simples fato de não terem o dinheiro para suprir suas necessidades básicas.(GO3)

Eu sinto uma dificuldade. É claro que eu falo para mãe sobre alimentação, sempre peço para ela a caderneta, faço questão de anotar peso, a estatura, mas só.(P1)

As dificuldades no trâmite da informação somam-se às pertinentes a comunicação com o usuário. O uso do jargão técnico impede o fluir da comunicação e

o cumprimento adequado das instruções o que pode colocar em risco a efetividade do programa.

i.) Relação médico paciente

Eu vejo o histórico da paciente porque eu estou fazendo um estudo sobre psicossomática, e quando a gente faz psicossomática a gente vê o paciente como todo. Se você perguntar para o médico, de uma maneira geral, o médico visa apenas a doença. Então é assim, está grávida, se está com sinusite, com dor de cabeça, brigou com o marido, não interessa. O médico é ensinado a cuidar da doença. Cuidar do indivíduo é uma coisa que está surgindo agora e nem todas as faculdades estão estudando os indivíduos, porque têm algumas escolas que estão dando um curso assim, ao segundo ano, as pessoas já vão para o hospital, aí ele já tem aula de anatomia, patologia, semiologia e de tudo, os exames de laboratório, menos o doente. Você não vê o indivíduo.(GO1)

Quando você examina a paciente você olha o histórico familiar dela ou observa só aquele momento. Do meu ponto de vista, como ginecologista, como obstetra só me interessaria nesse aspecto como obstetra, porque faço o acompanhamento de peso da gestante de orientação de alimentação, eu aqui não tenho tido problema quanto à população que eu atendo. Mas as minhas gestantes estão todas dentro de uma faixa normal de alimentação, de peso, a gente não tem tido nenhuma dificuldade nesse aspecto. (GO2)

Eu faço a avaliação nutricional porque eu sou nutróloga, mas a maioria dos colegas não fazem, e não fazem porque não aprenderam a fazer essa avaliação. Normalmente eles fazem análise dos sintomas não as causas. É assim que se aprende na escola. Agora, a paciente fala para mim: Dra. Estou cansada de ser humilhada, a comida está difícil. Ela tem uma gravidez intra-uterina, uma filha desnutrida e a paciente é desnutrida e na Segunda avaliação, que é da Assistente Social que fez a visita na casa da paciente, ela diz que a paciente não está dentro do critério social porque o marido dela trabalha e ganha um salário mínimo. E o aluguel que ela paga e a água e a luz, tudo isso são gastos que ela tem. Será que um salário mínimo dá para tudo isso e ainda se alimentar bem? Será que o critério nutricional não é o mais importante? Compreender até que ela compreende as minhas orientações, mas como ela vai pagar pela comida que tem os nutrientes que ela e a filha precisam para vencer a desnutrição? Há casos como este que a gente, enquanto profissional, fica de pés e mãos amarradas. A gente não pode fazer nada a não ser acompanhá-la enquanto profissional.(GO3)

Eu gostaria de saber quais as crianças que incluo no programa que são aceitas. Ter esse retorno, eu gostaria de saber se elas estão vindo às reuniões porque, às vezes, [...] vêm só com a enfermeira e eu não fico sabendo, se a criança está engordando a porcentagem de peso todo mês que ela está ganhando, então, assim, deveria ser uma coisa mais organizada. Eu ter uma lista comigo das crianças que são da pediatria, que estão no programa, quantas faltas que a mãe tem, até para estar orientando, que chega criança aqui, apesar de que eles fazem anotações no prontuário, mas coisa é bem assim, é uma linha,

uma palavra, Então, deveria ser passada para o pediatra mais informação. A minha parte aqui é identificar que a criança é desnutrida e fazer encaminhamento. Agora eu já encaminhei uma ontem que precisa muito, eu já quis encaminhar ela várias vezes, mas o Bolsa estava suspensa de uns três meses para cá e a gente estava conseguindo leite para [...] pede um daqui, pede um dali. Agora eu não sei se [...] vai conseguir, [...] vai voltar aqui algumas vezes para que eu possa ver a criança e eu queria ter esse retorno, pois essas orientações não são eu quem dá. Acho que é a enfermeira nas reuniões. Acredito que ela faça isso, eu sei que [...] faz reuniões mensais com as mães, acho que a maioria das mães vem, eu vejo [...] comentando e eu sei que ela passa essas informações, eu não faço isso com frequência não.(P1)

O desconhecimento do teor do programa em sua plenitude e a falta de discussão e conhecimento dos profissionais que o operam diretamente só vem reiterar as dificuldades dos processos informacionais que lhe dão sustentação.

j) Informações sobre o programa

A falta de informação, para os próprios profissionais que irão lidar diretamente com o programa no atendimento ao usuário, é bem expressiva, conforme fala dos entrevistados.

Como eu te disse, não houve uma orientação específica para o profissional de ginecologia e obstetrícia, porque não é da alçada do ginecologista fazer triagem das pessoas que serão encaminhadas ao programa Bolsa Alimentação. Eu só vejo esse aspecto na gestante. Então, a informação que eu tenho sobre o programa, não são informações oficiais, são informações que eu tenho porque trabalho no posto de saúde, porque assisto televisão, porque eu leio jornais. Por outros mecanismos é que eu me informei sobre o Programa de Bolsa Alimentação. O que eu tenho de informação, ele me parece interessante sim, parece que ele avalia adequadamente as necessidades nutricionais da mulher. Eu só posso ver, enquanto mulher, um atendimento restrito à mulher.

As informações devem estar mais direcionadas para quem faz a triagem, porque não é só a mulher grávida que precisa se alimentar adequadamente, o povo tem que se alimentar adequadamente. Até onde eu sei, a pessoa, para ingressar no programa, já passou pelo serviço social.

Não. Não foram e hoje quando eu fiquei sabendo que você viria aqui eu pedi para gerente a pasta porque eu estou aqui nesta Unidade há 7 meses e o que foi passado para mim é que tem uma Bolsa Alimentação, que você pode encaminhar as crianças desnutridas, isso é que foi passado. Os critérios todos, quem pode quem não pode, quem vai ser incluído quem vai ser excluído quanto tempo, isso eu não tive. Não foi escrito para eu ter aqui na minha gaveta para consultar, ou então fazer uma reunião, isso é o que foi passado.(P1)

Vai ter concurso agora, novo, e muitos pediatras vão entrar. Há muita informação e as coisas vão mudando. Acho, assim, que todo pediatra deve ser informado sobre o programa. Primeiro a pessoa que está entrando, essas informações devem ser passadas com clareza, por escrito, com o gerente, com enfermeira, outra pessoa ou com o pessoal da SDS, não sei. Ter essas informações, o pediatra precisa saber os critérios de inclusão, mas definidos, percentil 10, ter um tempo maior para avaliar a criança, porque a mãe e a criança já estão evoluindo com a desnutrição há tempos, não precisa ser com urgência, você pode pedir para ela voltar daqui uma semana, daqui quinze dias, daqui um mês, você conversa mais com a mãe, conhece mais essa mãe, vê outros dados da família. Então eu acho que falta informação, falta retorno desses encaminhamentos, uma planilha da eficácia do programa. Se a criança está engordando, quanto que ela está engordando e, se ela perder peso. Acho que seria importante. É preciso passar mais informações para o pediatra e os critérios serem mais específicos. Realmente, para ajudar nesse diagnóstico de desnutrição e o retorno dessas informações para a gente ter um controle maior dessas crianças, saber o que está acontecendo com elas, senão a gente fica meio assim, sem saber (Ped. 2).

Até o momento procurou-se demonstrar, por meio da análise de dados coletados na pesquisa, os nós críticos no desempenho das atividades do programa em estudo, e a percepção dos profissionais atuantes em sua operacionalização.

No arrolamento dos principais nós críticos mais citados pelos atores respondentes, verificam-se, em seus resultados, a confirmação de alguns indicadores apresentados na referência bibliográfica demonstradas no próximo capítulo.

5.4 A Percepção dos Usuários

Como o propósito de analisar e explicar o conjunto de dados quantitativos apurados na pesquisa, utiliza-se a análise estatística descritiva. Na aplicação dos questionários optou-se pela amostra não probabilística, e a aplicação dos questionários contou com a colaboração dos responsáveis pelo desenvolvimento das atividades relativas ao programa nas Unidades Básicas de Saúde.

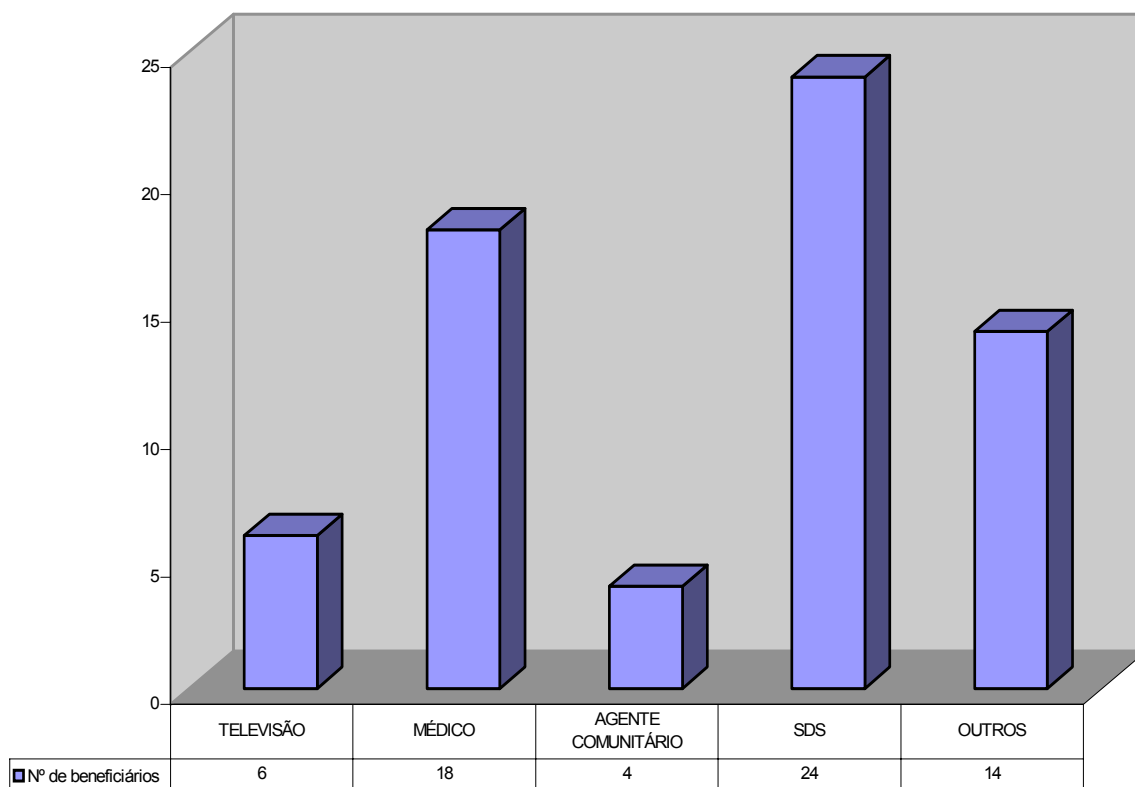
O questionário compõe-se de 11 perguntas foi aplicado a 64 beneficiários do Programa Bolsa Alimentação. A intenção foi verificar o alcance da política do Bolsa Alimentação, os trâmites da informação entre gestores e os beneficiários.

Foram respondidos os 64 questionários, o que possibilitou, através da análise dos dados e as opiniões dos respondentes, uma visão do alcance dessa política.

As perguntas do questionário, aplicadas às beneficiárias do Programa Bolsa Alimentação de São José dos Campos, visavam verificar se o fluxo de informação junto ao usuário é um impeditivo para o acesso ao serviço e para seguir a agenda de compromissos; se a informação passada é suficiente para ele saber do que se trata e

da resposta que ele recebe e se é suficiente para atender sua necessidade de informação.

Gráfico 6 – Meios pelos quais os usuários obtiveram informações sobre o



Programa Bolsa Alimentação

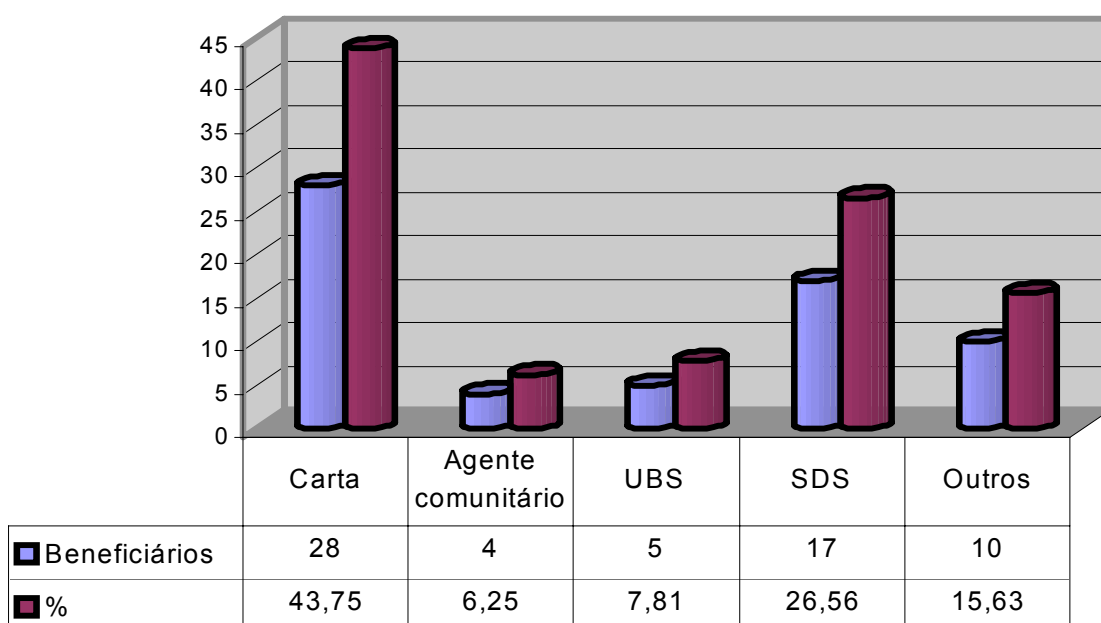
Fonte: Elaborado pela autora

Dos 64 beneficiários que responderam ao questionário, 9% afirmaram que a fonte de informação sobre o programa foi à televisão, 6,25% receberam a informação pelo agente comunitário ao ser agraciado pelo programa, 28% foram informados ao passarem pela consulta médica, 37, 5% pela SDS, e 18,75% receberam a informação por outros meios.

Dessa forma, a pesquisa aponta a SDS como a primeira instância que as pessoas buscam para obter informações sobre a possibilidade de serem inseridas nos programas sociais.

Gráfico 7 – Meio utilizado para a comunicação ao usuário de sua inserção no Programa Bolsa Alimentação

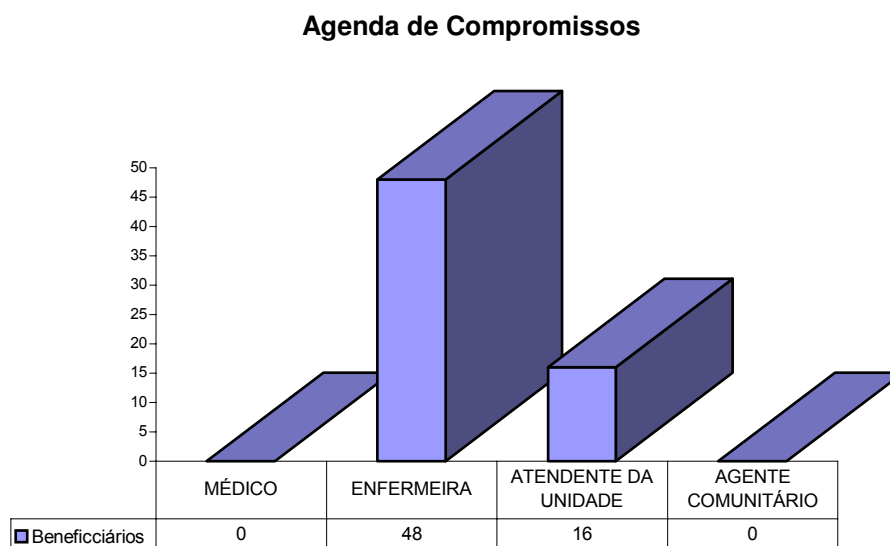
Comunicação com o usuário sobre sua inserção no Programa



Fonte: Elaborado pela autora

Da população pesquisada verificou-se que 43,75% receberam a informação de sua inserção no programa através da carta que a Coordenação do Programa envia para os beneficiados; 6,25% receberam a informação pelo Agente Comunitário; 7,81% pela Unidade Básica; 26,56% através da SDS e 15,63% dos respondentes por outros meios.

Gráfico 8- Profissional informante sobre a agenda de compromissos aos usuários do Programa Bolsa Alimentação



Fonte: Elaborado pela autora

Da população pesquisada verificou-se que um percentual de 75% dos beneficiários do programa recebeu, da enfermeira, informações sobre as atividades das quais deveriam participar e a Agenda de Compromissos que deveriam cumprir; através da enfermeira e que 25% receberam as mesmas informações pelo atendente da Unidade.

Dentre os pesquisados, doze beneficiários tiveram algum tipo de dificuldade equívulendo a percentual de 18,75%, sendo que 4,69% tiveram problemas com a troca de documentos, 7,81% com erros de digitação e 6,25% tiveram outros tipos de problemas, como, por exemplo, o caso em que a criança foi inscrita tendo como o responsável à avó, conforme citado anteriormente nas entrevistas com os operadores do programa.

No tocante à questão sobre o entendimento dos beneficiários em relação às explicações médicas, 100% dos respondentes confirmam sua compreensão. Aqui há uma discrepância no comparativo com a avaliação dos médicos e funcionários. A maioria desses últimos informou encontrar diversas dificuldades na comunicação com o usuário em face da reduzida escolaridade. Isso reforça a percepção de problemas na comunicação entre os usuários e os agentes do programa.

De acordo com a população pesquisada não há problemas em relação ao preenchimento do formulário de cadastro. Para tanto, confirmam-se os dados pelo percentual de respostas afirmativas, atingindo um percentual de 100%.

Tabela 2 – População pesquisada sobre sua participação nas atividades desenvolvidas pela Unidade

RESPOSTAS	Nº DE USUÁRIOS	%
SEMPRE	36	56,25%
ÀS VEZES	28	43,75%
TOTAL	64	100%

Fonte: Elaborado pela autora

Da população pesquisada 56,25% responderam que sempre participam das atividades desenvolvidas pela Unidade. No entanto, verificou-se que um percentual de 43,75% participa às vezes das atividades. Essa ausência pode demonstra tanto uma falta de comprometimento do beneficiário em relação ao cumprimento da Agenda de Compromissos estabelecida pelo programa, quanto da ineficácia dos seus mecanismos de controle e da ausência de feedback que permita aos tomadores de decisão reavaliar a política.

Tabela 3– População pesquisada sobre o tempo de resposta aos questionamentos dos beneficiários

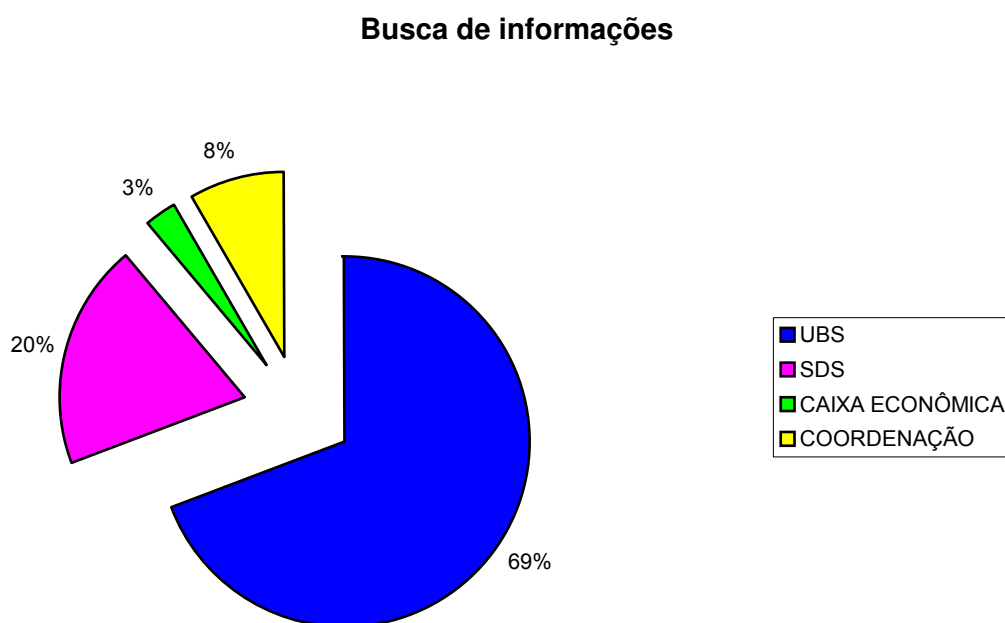
RESPOSTA	Nº DE USUÁRIOS	%
SIM	13	20,31%
NÃO	51	79,68%
TOTAL	64	100%

Fonte: Elaborado pela autora

O grau de satisfação do beneficiário em relação ao tempo de resposta pode ser medido pelo percentual de 79,68% dos respondentes que afirmaram que a resposta

não é demorada. Do total de respondentes apenas 20,31% acham que as respostas são demoradas.

Gráfico 9 – População pesquisada sobre a Unidade onde ela se dirige para obter informações



Fonte: Elaborado pela autora

Quanto ao quesito referente à busca de informações, as respostas confirmam que a UBS é o setor que mais responde às necessidades de informação dos beneficiários, num percentual de 64,06% de respostas. Os 36% restantes ficam a critério dos outros setores, sendo que 21,87% corresponde ao percentual de respostas dadas pela SDS; 9,37% da Coordenação geral do programa no município, e apenas 4,68% dos respondentes buscam as informações diretamente no Agente Pagador, a Caixa Econômica. Isso reforça, mais uma vez, a necessidade de treinamento desses funcionários e de um sistema integrado de gestão de informação que permita aos mesmos disponibilizá-la com precisão e celeridade, ou de desenvolver o papel central do Setor de Saúde em programas dessa natureza, ou de deslocar esta centralidade para outro Setor (SDS).

Tabela 4 - População pesquisada sobre o valor do benefício

RESPOSTAS	Nº DE USUÁRIOS	%
SUFICIENTE	08	12,50 %
POUCO	56	87,50%
TOTAL	64	100%

Fonte: Elaborado pela autora

Com relação ao valor do benefício 87,5% acham pouco para complementar o gasto com alimentação, e 12,5% acham é suficiente.

Através da análise verificou-se que os beneficiários estão tendo acesso às informações e que, embora não haja dificuldade, o programa não tem uma coordenação única, na medida em que algumas pessoas foram inseridas no Bolsa Alimentação sem terem passado pela avaliação nutricional e por serem beneficiários de outros programas sociais, como o Bolsa Escola e Auxílio Gás. Isso pode ser motivo de distorção - por fazer parte de um outro programa social não significa que ela esteja dentro do critério nutricional do Programa Bolsa Alimentação.

No que se refere ao usuário, tanto em relação à informação recebida, quanto à contemplação e aos procedimentos para o acesso ao benefício, poucas são as dificuldades.

Verificou-se, também, que apesar das dificuldades no trâmite da informação em todos os níveis de operacionalização do programa, estas dificuldades não têm chegado até o usuário, porque o pessoal da base tem se desdobrado para dar as respostas necessárias.

6 RESULTADOS

Conforme objetivos propostos no início da pesquisa, buscou-se discutir o processo de gestão da informação que acompanha a implantação de políticas públicas consubstanciadas pelo programa Bolsa Alimentação, como, também, caracterizar os elementos que condicionam a produção e a reprodução dessas políticas no processo de gestão, na administração pública.

Dessa forma, procurou-se neste item realizar um paralelo comparativo entre o perfil encontrado na literatura, baseado na concepção weberiana, e o perfil delineado a partir da percepção dos entrevistados.

A análise weberiana considera a burocracia não apenas como uma forma de organização administrativa, mas como uma forma legítima de domínio: o legal-burocrático, quando o domínio é legitimado pela existência de normas formais e abstratas e cujo aparelho se caracteriza pela existência de uma rede burocrática cujas principais características são:

- 1) A existência de regras abstratas às quais estão vinculados o poder, o aparelho administrativo e aqueles que lhes são subordinados;
- 2) As relações de autoridade entre posições definidas hierarquicamente, dentro de esferas de competência claramente estabelecidas por uma divisão profunda entre pessoa e cargo e por funções exercidas de modo continuado, e com base em documentos escritos: “A administração de um cargo moderno se baseia em documentos escritos (“ os arquivos “), preservados em sua forma original ou em esboço; e
- 3) Os funcionários são contratados em virtude de qualificações específicas, em troca de salários estipulados em dinheiro. O quadro de funcionários que ocupe ativamente um cargo “público”, juntamente com seus arquivos de documentos e expedientes, constitui uma “repartição”. (WEBER, 1979, p. 231-233).

Assim, a constituição do Programa Bolsa Alimentação foi levantada a partir da análise dos dados das entrevistas, apresentadas no capítulo anterior, e foi possível evidenciar um conjunto de descritores fundamentais para a compreensão e análise do problema em foco.

As entrevistas permitiram traçar o fluxo da informação. O percurso se origina na elaboração da anamnese, realizada pelo médico, perpassa o envio da documentação à Secretaria Municipal de Saúde, para desembocar na comunicação ao beneficiário do serviço quanto à sua aceitação ou não, e, em caso positivo, as

orientações para o cumprimento da agenda de compromisso – passo subsequente à distribuição do benefício.

Dessa forma, buscou-se, no conjunto de citações dos entrevistados dois temas que estão diretamente ligados entre si, e que merecem destaque. Assim, caracterizadas as diversas citações dos atores selecionados, demonstrando as opiniões dos mesmos, procurou-se estabelecer o grau de maior importância a cada um dos descritores do problema.

Para tanto, o item implantação do Bolsa Alimentação foi considerado como o primeiro a ser abordado, não o mais importante, o que não o descaracteriza e nem o invalida.

Tal enfoque e contradição podem advir, segundo observações de Matus (1997, p. 26), porque “cada ator seleciona as variáveis que lhe parecem mais relevantes na sua versão da realidade”.

Entretanto, ao se buscar os elementos que condicionam a produção e reprodução da informação, parte-se da observação que o Ministério tem um programa com uma linha de ação que quer “acabar” com a desnutrição, mas que tem, como condicionante os critérios estabelecidos por esse programa que em seu planejamento não previu outros parâmetros para avaliar a desnutrição que não fossem a questão nutricional.

Segundo Tancredi et.al. (1998, p. 20).

Não devemos nos esquecer de que no setor da saúde gerencia-se recursos escassos para necessidades ilimitadas. Gerenciar esses recursos de forma adequada nos remete à responsabilidade de planejar adequadamente, de modo que os objetivos operacionais converjam em direção à realidade sanitária dos cidadãos que utilizam esses recursos.

Em relação ao quesito referente aos critérios estabelecidos pelo programa, verificou-se que as informações que os formulários demandam, na visão de quem opera, no caso o médico, não contemplam o caso a que o programa se propõe, e que as mesmas não têm efetividade na avaliação nutricional do paciente. As informações não são suficientes para afirmar com clareza sobre o quadro de desnutrição, situação que o programa pretende erradicar. Dos relatos obtidos, é possível apreender as inúmeras dificuldades em todos os níveis de operacionalização do programa no que se refere à tramitação das informações na Secretaria Municipal de Saúde.

Segundo Guerreiro (1989, p. 173), “a fase de execução das atividades operacionais é o ponto fundamental que caracteriza o estado dinâmico do sistema da organização”.

Tait (1994, p. 14) sintetiza dizendo que

A informação deve ser pensada como um elemento para a tomada de decisão, sendo a precisão e a segurança essenciais para o funcionamento das organizações. A informação apresenta-se como base para a tomada de decisão e, dependendo da fidedignidade dos dados, tornar-se-á um elemento essencial para o gestor. Com a posse das informações, o tomador de decisão terá uma visão realista dos passos que irão ser executados.

Para os operadores do programa os dados coletados nos formulários são insuficientes para traçar o quadro de carência nutricional, base de sustentação da inclusão do beneficiário no programa. Para os médicos, as categorias adotadas para traçar esse perfil não contemplam e não condizem com a realidade observada no público alvo. Segundo os entrevistados, a avaliação nutricional proposta pelo Programa, advindas do Ministério da Saúde, adota um sistema de classificação que nem sempre abarca a situação real vivenciada pelo candidato ao benefício. Um desses critérios, a Curva de Gauss, que avalia a altura, o peso, a idade gestacional, etc. por se ater apenas aos aspectos probabilísticos da avaliação biológica, excluem os indivíduos que, em muitas ocasiões, apresentam peso elevado, mas que vêm acompanhado de um quadro de carências múltiplas, como anemia.

Os médicos não discutem os critérios como parâmetro para avaliação do programa, até avaliam que os mesmos são válidos para avaliar a desnutrição, mas que não são os únicos, e que existem outras questões a serem avaliadas no caso da desnutrição, mas os critérios estabelecidos pelo programa não permitem. Dessa forma, os disfuncionamentos inerentes à constituição do programa não são evidenciados no nível do Ministério. O profissional que atua na base, no caso do médico, simplesmente passa a reproduzir mecanicamente o sistema, já que as particularidades médicas não são levadas em conta e ele não é convidado a dar sua contribuição para melhoria do programa. Essas discrepâncias entre avaliações têm gerado desvios, tais como beneficiários que não precisam financeiramente dos recursos, e ou pessoas em situação de desnutrição que não são enquadradas nos critérios do Ministério. Aqui se percebe como o processo de tomada de decisão que parte de cima para baixo, desconhece as peculiaridades do processo e das realidades locais que o agente implementador pode captar. A principal questão refere-se, então, ao próprio processo de formulação de políticas que se concentra no nível dos planejadores que ocupam postos hierárquicos superiores e que desprezam o conjunto de informações que o operador final dispõe sobre a realidade em que se pretende atuar.

Foi o sociólogo Max Weber (1864-1920) quem primeiro estabeleceu o paralelo entre essas teorias mecanicistas e a organização. Max Weber, preocupado em compreender a organização sob diferentes formas, contextos e épocas, fazendo parte de um contexto social mais amplo, concluiu que as formas burocráticas de organização rotinizavam os processos de administração, exatamente como a máquina rotiniza a produção. (WEBER, 1979, p. 222).

E para Dussault (1992, p. 13),

As organizações públicas de saúde têm uma obrigação de prestar serviços, um dever de atendimento que não existe no setor privado. Valores e julgamentos morais desempenham um papel significativo nas decisões relativas à produção desses serviços. Enfim, são serviços públicos.

No setor de saúde, onde os problemas exigem a colaboração de profissionais de muitas disciplinas, por causa da multidimensionalidade e multicausalidade essa coordenação é tanto necessária quanto difícil. “A prática interdisciplinar supõe a desconsideração das fronteiras disciplinares e exige uma renúncia ao corporativismo e às rivalidades profissionais” (DUSSAULT, 1992, p. 14).

O primeiro tema que se destacou entre os entrevistados é o quesito gerenciamento da informação, e que foi deixado, em segunda instância, para se buscar em primeira mão os elementos que condicionam a produção e reprodução da informação no programa em estudo, na busca de uma compreensão melhor dos disfuncionamentos no seu gerenciamento. Esse tema diz respeito a algumas interfaces envolvidas na consecução dos objetivos do programa que possibilita avaliar a efetividade da informação.

No que se refere à interface coleta de dados, uma variável que contribui para avaliar a política, pela informação que ela coleta, são os formulários utilizados. Dessa forma, busca-se avaliar a política pela sua eficácia. A eficácia de uma política tem a ver com a informação que ela gera. Na fala dos sujeitos, conforme visto anteriormente, o programa se propõe a diminuir o índice de desnutrição pelos critérios social e biológico. Quando da coleta de dados, vários dos coletores, os médicos que fazem a avaliação que vai servir de base, afirmaram que esses elementos definidos como critérios nem sempre são adequados à realidade porque a curva de Gauss é um instrumento para aferir peso, altura e idade gestacional, mas limitado pela avaliação nutricional.

Algumas observações como essas apontam para a questão de que o formulário, elaborado no nível da direção, encontra discrepância com quem o operacionaliza. O que fica visível é o fato de que, quando um programa é elaborado no

nível da direção, sem a contribuição do conhecimento dos operadores diretos, a validade dos dados a serem coletados pode ser questionada em face da discrepância com o que pretendem os planejadores e a realidade observada. Pode-se observar, nesse momento, um dos grandes vieses inerentes a estruturas excessivamente burocratizadas – o distanciamento entre a etapa do planejamento e a operacionalização - que, nesse caso, resulta na coleta de informações distorcidas da realidade e que, no final do processo pode gerar resultados ineficazes na gestão dos recursos públicos. Se o programa se assenta no levantamento de dados acerca da vida nutricional dos prováveis beneficiários e os processos de coleta desses dados já se encontram “contaminados”, obviamente irá resultar em políticas também distorcidas.

Isso demonstra que a informação coletada nem sempre se efetiva para cumprir os desígnios propostos pelo programa, pois há outros quadros que essa informação não contempla. Vale dizer que o mais importante não é o fato de haver disfuncionamentos no programa, o importante é não haver espaço para que estes sejam apresentados.

Para Junqueira e Inojosa (1992, p. 31)

A eficácia da prestação dos serviços públicos de saúde tem de passar pela gerência, mas por uma gerência que tenha uma lógica referida ao compromisso com a saúde coletiva, com o bem-estar da população. Isso significa mudar a prática das organizações públicas de saúde, que, apesar desse discurso estar de certa forma incorporado, a prática ainda é informada pela lógica dos interesses das corporações e grupos que se articulam no seu interior.

Os médicos, que atuam na ponta do programa, discutem a validade e limitação dos dados colhidos pelos formulários, demonstrando como os mesmos podem causar distorções na oferta do benefício e como os formuladores de políticas podem estar fazendo uso de informações deturpadas da realidade. Advertem para o fato de que no formulário preenchido pelo médico, nem mesmo exige-se a colocação de observações que possam complementar as informações requeridas e o quadro real que se deseja traçar.

Após a coleta de dados nutricionais, cujas dificuldades podem comprometer a eficácia do programa, como vimos acima, o formulário é enviado para a Secretaria de Desenvolvimento Social para que seja feita a avaliação social - o segundo critério para inserção do paciente no programa – sem que as observações médicas sejam sequer registradas. Dessa forma, nem a coordenação local nem o Ministério tomam conhecimento dessas distorções possibilitadas pelos critérios estabelecidos pelo

programa. Informações relevantes sobre o estado nutricional do paciente não são consideradas, já que não há mecanismos que permitam incluí-las no sistema. Sendo assim, não há feedback dos operadores para os planejadores da política, o que implica que a alta direção pode estar perdendo dados fundamentais para o planejamento e acompanhamento do programa e sua eficácia.

Dessa maneira, a informação coletada não se efetiva e, por conseguinte, dificulta o cumprimento eficaz da política. E isso se deve, principalmente, ao fato de que as pessoas que operacionalizam as ações do programa não foram ouvidas. A política se constituiu de cima para baixo, não possibilitando, ao próprio Ministério, ter feedback dos operadores que possibilitasse a melhoria na coleta.

Ainda em relação à coleta de dados, foram verificadas as condições em que o cadastramento dos beneficiários se realizou. Neste quesito, os disfuncionamentos do programa ficaram bastante evidenciados pela falta de treinamento de pessoal que efetuou o cadastramento e até pela urgência em que o programa foi implantado.

Um dos principais gargalos do programa a comunicação foi uma das variáveis destacada pela pesquisa e identifica a capacidade dos atores de se correlacionarem dentro do processo de tramitação da informação, no tocante ao programa, de forma que as informações devem ser claras e todos os atores devem ter conhecimento do programa no todo para saber a quem se dirigir.

A burocracia é uma organização que se assenta prioritariamente em comunicações escritas. As regras, decisões e ações administrativas são formuladas e registradas por escrito. Daí o caráter formal da burocracia: todas as ações e procedimentos são feitos para proporcionar comprovação e documentação adequadas. Além disso, a interpretação unívoca das comunicações também é assegurada. Como muitas vezes certos tipos de comunicação são feitas reiteradas e constantemente, a burocracia lança mão de rotinas e de formulários para facilitar as comunicações e para rotinizar o preenchimento de sua formalização.

O processo de comunicação permite identificar alguns procedimentos mediadores do fluxo de informação, como a carta que é enviada para o beneficiário para informá-lo do benefício. A ação do agente de saúde que vai à casa do beneficiário quando há problemas de endereço e para marcar a consulta médica, e a própria consulta médica, se caracterizam como procedimentos mediadores do fluxo de informação do programa. Isso pode gerar distorções já que se o agente não é bem treinado, nem tem muita clareza das regras que perpassam o programa, ele pode fazer uma interpretação subjetiva e pessoal das regras.

As dificuldades no processo de geração e gestão da informação se fazem presentes também no relacionamento dos médicos com os usuários. De modo geral,

esses profissionais não são treinados para repassar as informações sobre o programa de maneira acessível ao público que atende. O uso do jargão médico dificulta a comunicação com os beneficiários, complexificando, ainda mais, a operacionalização do programa visto que a informação que é passada no processo comunicacional não é decodificada pelo receptor, ou seja, pelo paciente. Essa pode ser uma das questões que dificultam a observância da própria agenda de compromissos pelos beneficiários.

A análise das entrevistas evidenciou, também, que a falta de treinamento nos diversos níveis hierárquicos interfere não só no desenvolvimento das atividades, como em todo o processo de comunicação, bem como na utilização das ferramentas tecnológicas disponíveis em nível de gerência, que emperra todo o trâmite da informação.

A falta de treinamento desses profissionais para lidar com essas populações, no seu dia a dia, se torna mais complexa quando da inserção de um programa dessa natureza. Se os médicos já têm dificuldades no cotidiano do atendimento a essas populações, quando são introduzidos como operadores de um programa que, ou discordam dos processos de avaliação ou, muitas vezes, desconhecem em sua integralidade, essa comunicação se torna ainda mais truncada, o que vem minar o poder de resolução dos problemas sociais aos quais o programa pretende resolver.

Deste modo, o fluxo de informação, tanto no tocante à coleta quanto à explicitação dos processos necessários para que o programa seja eficaz em seus propósitos, contribui sobremaneira para reduzir sua efetividade e para ampliar os custos resultantes de uma gestão altamente burocratizada e ineficaz.

Isso demonstra que a informação coletada se efetiva no cumprimento dos critérios estabelecidos pelo programa, mas não se efetiva para cumprir os desígnio proposto que é reduzir a prevalência da desnutrição, já que há outros quadros que essa informação não coleta, segundo a fala das pessoas. Somem-se as dificuldades na orientação ao usuário, das ações necessárias à superação do quadro nutricional.

Nesse momento, uma questão se torna crucial. Se o objetivo é reduzir o quadro de deficiência nutricional, por meio de uma política pública, e se essa política encontra obstáculos crescentes tanto no processo de coleta quanto na disseminação de informação, como esperar resultados substantivos na alteração ou erradicação do quadro em questão? Mesmo se fosse levado em conta a incorporação das sugestões médicas no formulário, como seria possível ter eficácia se o programa não se preocupa com o modo como a informação e o conhecimento chegam ao usuário? Observa-se, portanto, que o programa carece de uma gestão profissionalizada, acessível e ágil das informações que possibilite a plena realização de seu intuito.

A hipótese é que se as informações fossem transmitidas de maneira clara, e se as pessoas tivessem a clareza do programa, as dificuldades por falta de pessoal e do acúmulo de tarefas poderiam ser minimizadas. Se há dificuldades que emperram o fluxo de informações e as pessoas têm que resolvê-las, esse re-trabalho aumenta o esforço da equipe, sem que isso signifique melhor prestação do serviço.

A burocracia pressupõe profissional qualificado para função específica. Nesse caso, o programa não tem profissional qualificado, e os funcionários são retirados de áreas diversas para prestar informações e operacionalizar as ações. Então, é escolhido o funcionário que já trabalhou em outro programa ou o enfermeiro ou um outro auxiliar em quem o gerente da Unidade confia.

Quanto ao controle e acompanhamento dos usuários, o único mecanismo é feito pela planilha de acompanhamento. Nessa planilha, é preciso calcular o percentil e esse é um cálculo um tanto complicado para os funcionários que operacionalizam o programa: “essa planilha é muito cheia de coisas e tem que colocar, calcular o percentil. As pessoas não foram treinadas para o preenchimento da planilha”(Gu1). Por certo que, na falta de treinamento, possivelmente os erros no preenchimento e cálculo do percentil vêm acumular as dificuldades e obstáculos à realização do intento do programa.

Outro aspecto a ser observado refere-se ao volume de documentos gerados, que faz com que o processo se torne lento. O grande volume de papéis a serem preenchidos gera morosidade e lentidão. Esses papéis são gerados pelos próprios funcionários que, buscando garantir melhor atendimento e se protegerem de possíveis erros e responsabilidades, registram as mais minuciosas e inúteis informações que só dificultam o fluxo do programa. Isso é percebido na fala dos gerentes das Unidades quando relatam a necessidade de criar suas próprias planilhas e cadernos de controle. Só que estes mecanismos, que são criados pelas Unidades, atendem apenas a necessidade local, o que gera um acúmulo de papéis, informações muitas vezes desconexas aos objetivos do programas e inúteis para sua operacionalização, dificultando ainda mais seus processos.

Como não há relatórios, o sistema não detecta os problemas, portanto não emite dados qualitativos, não faz análise e só emite dados quantitativos. E essa falta de informação, quando da implantação, levou a uma duplicação de dados que hoje ainda existe em número menor.

As dificuldades decorrentes da centralização parece afetar diretamente o fluxo de informação, visto que as informações provenientes do Ministério não são claras. Pelo relato da entrevistada percebe-se que não houve preocupação em dar

treinamento e não se explicitou adequadamente o processo de operacionalização do programa.

Dessa forma, comprova-se que a falta de treinamento e preparação das pessoas na coleta e compreensão de dados gerou toda uma gama de dificuldades no trâmite da informação e essas dificuldades, no fluxo de informação, impossibilitam uma avaliação do programa.

Por fim, vêm se somar a essas dificuldades no fluxo de informação – desde sua coleta, armazenamento, disseminação até sua análise – apenas quantitativa – os problemas dos arranjos institucionais que, em tese, dão sustentação ao programa. Conforme alude a teoria institucional, os arranjos políticos, a relação com o ambiente que circunda as instituições, são partes cruciais no encaminhamento e implementação de políticas. Há uma preocupação em propiciar um atendimento integral ao cidadão – daí que a avaliação incorpora, ainda que precariamente, indicadores biológicos e sociais – e esse atendimento envolve diferentes esferas governamentais, com diferentes perfis e culturas institucionais, como é o caso da Caixa Econômica Federal – agente pagador – Secretarias de Saúde – implementador de ações de saúde – etc.

Torna-se necessário que esse arranjo se realize de forma a delimitar, com clareza e precisão, o papel de cada um desses agentes e, principalmente, estabelecer uma rede de comunicação fortemente integrada e eficiente. A pesquisa demonstrou que a ausência dessa rede leva ao estabelecimento de relações interinstitucionais precárias e frágeis que só dificultam a vida do beneficiário do programa.

Outro dado que vem reforçar essa falta de integração interinstitucional está presente quando a Secretaria Municipal de Assistência Social decide pela inclusão de beneficiários sem que os mesmos tenham passado pela avaliação nutricional, a ser realizada no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde, que só é comunicada quando o beneficiário vai ao posto para cumprir os requisitos da agenda de compromisso.

Observa-se aí não só uma falha e confusão de competências, como, também, a completa ausência de um sistema de informação que possibilite que a comunicação flua com eficácia entre os agentes envolvidos. Por outro lado, observa-se, que determinadas dificuldades que o beneficiário encontra - como o atraso no pagamento - não pode ser auxiliado pelo agente responsável que não dispõe e não pode acessar ou disponibilizar informações, tendo que recorrer ao posto de Saúde, o que acaba por sobrecarregá-lo.

Em síntese, embora venha funcionando, o Programa Bolsa Alimentação, implementado pela Prefeitura de São José dos Campos, tem encontrado inúmeras dificuldades em face principalmente da organização de um modelo de gestão

excessivamente burocratizado, pouco flexível, no qual a informação não flui e pouco contribui para aumentar a eficiência e eficácia dessa política pública.

7 CONCLUSÃO

O estudo visou, principalmente, a análise do fluxo de informação do Programa Bolsa Alimentação, e teve como base o sistema utilizado no programa. Esse sistema possibilitou verificar esse fluxo através da leitura, interpretação e da lógica do modelo atual. A conclusão foi elaborada a partir dos questionamentos de obtenção de dados propostos pelo sistema, bem como os fluxos determinados e as relações existentes.

O presente trabalho buscou investigar o processo de implantação do Programa Bolsa Alimentação no Município de São José dos Campos e a utilização da informação nas diferentes fases desse processo, de modo a conduzir a um novo conhecimento, com base na literatura e na realidade estudada. No desenvolvimento do estudo buscou-se uma fundamentação teórica de modo a apresentar os conceitos de políticas públicas, bem como uma apresentação da importância da informação nesse processo. A análise desse dispositivo permitiu uma análise institucional, expondo os seus agentes, suas intenções e modos de ação.

A metodologia utilizada não se restringiu a uma única técnica de coleta de dados. Lançou-se mão de dados quantitativos, mensuráveis, duros e, por outro lado, de dados qualitativos e situacionais destinados a coletar informação sobre a interação entre os diversos atores, suas perspectivas e estratégias, a forma como eles afetam o programa e fatos contextuais. Para isso, foram utilizados a análise documentos, e registros públicos, dentre outros, o que possibilitou uma visão geral do Programa.

Dessa forma, utilizando-se múltiplos instrumentos e focos de observação, pode-se avaliar a coerência dos resultados, sugerindo uma maior confiabilidade interna dos dados utilizados, aumentando assim sua validade.

Com o objetivo de verificar, desde a implantação, os elementos que condicionam a produção e reprodução da informação desse programa, propôs-se, como metodologia, interrogá-los segundo os seguintes marcadores de avaliação: o programa bolsa alimentação e o gerenciamento da informação.

A gestão da informação do Programa Bolsa Alimentação foi escolhida para análise, dadas as suas peculiaridades e necessidades, urgentes, de reconhecer os elementos que condicionam a produção e reprodução da informação como um instrumento de se garantir a eficácia organizacional, de modo a alavancar melhorias no desenvolvimento das ações que norteiam a implementação dessa política pública.

Esse trabalho ressaltou, assim, como descrito no capítulo 4, o histórico da saúde no Brasil e o desenvolvimento das políticas públicas como estratégias viáveis para a melhoria da qualidade de vida do cidadão.

Através do estudo de caso realizado, procurou-se analisar como no processo de implementação de uma política pública, a informação configura-se como um bem essencial não só para garantir o acesso dos indivíduos a ela, como também para que seja eficaz no sentido do melhor gerenciamento e apresente efetividade.

A análise do fluxo da informação que dá substrato ao Programa Bolsa Alimentação, demonstrou que a informação configura-se como elemento crucial à boa gestão da coisa pública.

No caso em questão, diversos gargalos no decorrer do processo conduzem a compreensão de que a implementação de uma política pública exige, em primeiro lugar, que todos os agentes envolvidos em sua execução compartilhem em nível aprofundado de conhecimento sobre os seus princípios, diretrizes e formas de encaminhar a mesma. Para tanto, torna-se fundamental que as informações sejam disseminadas em todos os níveis operacionais e que as mesmas sejam claras, objetivas e assentadas em critérios conhecidos por todos. Para que isso seja possível, é preciso que haja treinamento e preparação dos atores envolvidos, a definição clara dos papéis de cada um e do percurso da política desde a sua elaboração até a execução final.

Verificou-se, através de estudos, dos questionários aplicados e das entrevistas realizadas, que este processo não vem sendo realizado como definido nos critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde, instância superior na hierarquia dos poderes nacionais, e que tem como função a responsabilidade pelo planejamento dessas políticas.

Assim, verifica-se, que cada ator participante no desenvolvimento das ações do programa combina modos diferentes de elaboração de suas estratégias: o agente pagador, a Caixa Econômica, elabora suas estratégias de acordo com os objetivos da instituição; a SDS tem suas estratégias voltadas para a questão social. Nota-se que esta Secretaria busca a melhoria da qualidade de vida do cidadão enquanto ser social, e a Coordenação Geral do Programa no Município elabora suas estratégias de forma adaptativa e incremental, de modo a evitar os conflitos; enquanto que as unidades elaboram suas estratégias buscando se adequar às determinações superiores e às necessidades dos beneficiários do programa.

Dussault (apud Barbosa in Goulart, 1988, p. 58), diz que:

[...] a autonomia profissional tende a favorecer a segmentação em grupos (profissionais) com interesses divergentes, o que explica a dificuldade de se fazer mudanças na organização inteira. Paradoxalmente, mudanças acontecem facilmente, em nível das unidades, justamente por causa da autonomia dos operadores.

O grau de interação com os usuários é definido pela relação que se estabelece entre técnicos, gerentes e os beneficiários dos programas - o que define, em grande medida, o perfil e papel dos operadores - e pelo nível e escopo da mudança pretendida nas condições, capacidades, atitudes e comportamentos do público-alvo.

Na análise weberiana da burocracia deparamos com a complexa relação entre agentes (atores) e instituições (agências) que são resultados sociais das ações dos indivíduos e concomitantemente “filtros” institucionais do agir individual ou de grupos de indivíduos como ressalta a moderna análise das correntes institucionalistas. Daí o papel fundamental da burocracia na análise weberiana do exercício do poder institucionalizado. Para Weber (1979), a burocracia quando se estabelece plenamente, está entre as estruturas sociais mais difíceis de destruir. A burocracia é o meio de transformar uma “ação comunitária” em “ação societária” racionalmente ordenada. Portanto, como instrumento de “socialização” das relações de poder, a burocracia foi e é um instrumento de poder de primeira ordem - para quem controla o aparato burocrático (WEBER, 1979, p. 264).

Do ponto de vista de seu modelo de organização, estes programas requerem o envolvimento participação e um certo nível de adesão por parte dos envolvidos, desde a formulação até a avaliação, o que poderia ser algo flexível para fugir da dureza da burocracia. Isto porque o alcance dos objetivos dos programas exige comportamentos cooperativos por parte dos gestores. Portanto, a construção de legitimidade e de relações estáveis e de confiança entre implementadores e destinatários é sempre um item central e exige habilidades e qualificações específicas por parte dos coordenadores e técnicos.

No caso do Bolsa Alimentação, o não envolvimento dos diversos atores está sendo um complicador que tem levado a um desvirtuamento nos procedimentos. As diretrizes estão soltas e não são claras, o que leva cada participante a fazer uma leitura particular do processo, gerando distorções na gestão da coisa pública e dos recursos para aqueles a que se destina o programa. O programa não está completamente integrado, não tem uma coordenação única. Há duas secretarias e tanto é expedido comunicado de uma Secretaria, quanto da outra, o que gera sobreposição e conflito de competência.

Os tipos de atividades e serviços prestados são pouco padronizados e têm que se adequar a situações específicas, o que faz com que as rotinas e papéis apresentem um baixo nível de definição e estabilidade, deixando para os gerentes e funcionários da base um alto grau de discricionariedade para que interpretem as diferentes situações e realizem os ajustes, negociações e compromissos locais específicos.

É claro que a implementação bem sucedida de programas e políticas, com as características e complexidade do Bolsa Alimentação, exige uma série de requisitos institucionais e de gestão difíceis de se construir. Em primeiro lugar, se a baixa programabilidade exige autonomia da base, a política de recursos humanos tem que ser capaz de constituir e manter equipes nas quais não só o nível de qualificação seja alto, mas que apresente uma visão e orientação geral para as ações compartilhadas, em relação ao desenvolvimento das atividades do programa. Não só os gerentes, técnicos e monitores têm que ser capazes de interpretar e tomar decisões a respeito de situações não previstas nas linhas gerais do programa, como têm que ser consistentes em relação aos objetivos ou da política, pois a contraface da autonomia dos funcionários da base é que eles, em certa medida, podem estar reconstruindo o programa que se supunha que estariam apenas implementando. Para isso, é necessário que tenham a seu alcance o acesso a informações das diversas faces, arranjos e responsabilidades que competem a cada um dos atores que o constitui.

Em segundo lugar, a formulação e gestão destes programas requerem, das organizações responsáveis, um nível relativamente alto de capacidade institucional. Por um lado, o modelo mais interativo de implementação de políticas demanda, das instituições e dos seus gestores, procedimentos mais constantes de avaliação e uma atitude mais proativa de planejamento e de gestão, de sistemas de produção, análise e disseminação de informações mais eficazes. Por outro lado, os arranjos institucionais, através dos quais os programas e políticas na área da saúde se viabilizam, envolvem diferentes ajustes entre órgãos governamentais e várias associações da sociedade civil, com aptidões, experiências e trajetórias diferentes. Exige, também, o desenvolvimento da capacidade de coordenação, que depende, neste tipo de arranjo, de outra capacidade: a de negociação e de construção de legitimidade frente aos outros atores envolvidos, visando eficácia no desenvolvimento das atividades relativas ao programa.

Da mesma forma, é possível também estabelecer outros dispositivos que provoquem mudanças racionalizadoras, que aumentem a potência dos programas e a sua eficácia, produzindo reforma de suas práticas.

Outro elemento de destaque, que muitas vezes foi aludido por diferentes entrevistados, refere-se, aos programas de informática utilizados na armazenagem dos dados. Aclopados das ferramentas – de difícil acessibilidade ao usuário comum e a ínfima integração dos sistemas, que impedem o compartilhamento dos dados – registram-se as mudanças contínuas nos sistemas centralizados no Ministério da Saúde que colocam em freqüente defasagem as informações. O sistema que o agente operativo no Município – no caso a Secretaria Municipal de Saúde – dispõe.

O que se pode concluir é que se o processo de mudança não for conduzido no sentido de impactar os programas sociais, permitindo ampliação do acesso e resolutividade de todo o sistema, ele tende a se tornar um limite.

Outro desafio que se coloca é o de se estabelecer mecanismos de vinculação e responsabilização da clientela. O acolher o usuário não responde a todas as necessidades na organização do serviço. É necessário definir população/área de responsabilidade, em que a equipe proceda ao acompanhamento, vigilância, priorização de riscos e agravos, permitindo-se o estreitamento do vínculo com a população, monitoramento, bem como incentivo à autonomia do paciente.

Para que ocorra essas alterações, torna-se crucial e imperativo a constituição de uma rede integrada e um sistema de informação capaz de dar suporte não só às decisões cotidianas dos agentes operadores da política, como também, e principalmente, propiciar a retroalimentação dos mecanismos de planejamento que se processam nas estruturas hierárquicas superiores, neste caso tanto as coordenações gerais das Secretarias quanto no Ministério da Saúde no tocante à informação do Programa Bolsa Alimentação.

Em suma, o estudo do Programa Bolsa Alimentação permitiu compreender que um dos principais problemas que minam a eficácia de uma política resulta da ausência de um sistema integrado de informação que possibilite aos diversos atores envolvidos, um compartilhamento adequado de informações e, conseqüentemente, maior racionalidade nas ações e procedimentos.

Há que se garantir, portanto, que a informação seja disponibilizada em tempo hábil e com celeridade e que se transforme em caminho para a construção do conhecimento indispensável à gestão eficaz dos recursos públicos. A informação conforma-se assim, como parte indissolúvel do processo de implementação de políticas públicas.

7.1 Sugestões e Perspectivas para Trabalhos Futuros

Como descrito anteriormente, este trabalho tratou de um estudo de caso em uma instituição pública. Sendo assim, as generalizações, mesmo que desejáveis, não são convenientes. A metodologia utilizada gerou um volume de dados ricos em descrições e um conhecimento da realidade estudada.

É importante ressaltar que os nós críticos não se apresentam, necessariamente, como as causas mais relevantes, pois se estabelecem como aqueles de maior importância relativa e maior possibilidade de intervenção. Sua análise e viabilidade nos permitem apresentar um elenco de sugestões de ordem jurídico legal e de cunho político, técnico e administrativo, para implantação atual ou prospectiva.

São propostas e estratégias que visam instrumentalizar diferentes ações, que venham a colaborar para o aprimoramento da qualidade no processo de Gestão do Programa no tocante à informação, a saber:

- a) Que os formulários sejam reavaliados de forma a permitir a inserção de informações relevantes;
- b) Criação de um sistema que permita gerar relatórios e dê feedback;
- c) Que se estabeleça uma política de desenvolvimento tecnológico capaz de suprir as necessidades de informatização das Unidades de modo a facilitar o acesso à informação por aqueles que operacionalizam o programa;
- d) O estabelecimento de uma supervisão supra instituições que pudesse intermediar as relações entre as diversas instâncias envolvidas no processo de gestão do programa;
- e) Que os operadores de conhecimento aprofundado de todo o percurso do programa e de suas responsabilidades;
- f) Treinamento numa linguagem comunicacional que seja acessível aos usuários;
e,
- g) Que se estabeleça mecanismos de vinculação e responsabilização da clientela.

Recomenda-se, para futuros trabalhos, ampliar essa pesquisa a outros programas, de modo a confirmar os resultados aqui encontrados ou negá-los. E, ainda, sugere-se a realização de um estudo multi-caso, comparando-se os programas, de modo a observar as similaridades do processo de administração estratégica, e as divergências.

Além disso, acredita-se que a partir das considerações obtidas com esse estudo seja possível desenvolver projetos que visem a construção de sistemas de gestão da informação mais eficazes e que atendam às peculiaridades das organizações estatais e da prestação de serviços públicos.

Conclui-se que este estudo é pertinente, e, portanto, recomendável para ser aplicado, até mesmo em outras unidades organizacionais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, Maria Margarida de. **Introdução à metodologia do trabalho científico:** elaboração de trabalhos de graduação. 2.ed. São Paulo: Atlas, 1997.

ASSMANN, Hugo. A metamorfose do aprender na sociedade da informação. **Rev. Ciência da Informação**, Brasília, v. 29, n. 2, p. 7-15, maio/ago. 2000.

BARBOSA, Pedro Ribeiro. A gestão da saúde no Brasil: novas responsabilidades e novas práticas. In: GOULART, Flávio A. de Andrade. (Org.). **Os médicos e a saúde no Brasil**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BARRETO, Aldo de Albuquerque. A oferta e a demanda de informação. **Rev. Ciência da Informação**, n.2, v.28, 1999.

BARROS, Aidil Jesus da Silveira e LEHFELD, Neide Aparecida de Souza – **Fundamentos de Metodologia:** Um guia para iniciação científica - São Paulo Editora Makron, 2000.

BEUREN, Ilse Maria. **Gerenciamento da Informação:** um recurso estratégico no processo de gestão empresarial. São Paulo: Ed. Atlas, 1998.

BOYD, Harper W. , WESTFALL, Ralp. **Pesquisa mercadológica:** texto e casos. 7. Ed. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1989.

BORGES, Maria Alice Guimarães. A compreensão da sociedade da informação. **Rev. Ciência da Informação**, Brasília, v. 29, n. 3, p. 25-32, set./dez. 2000.

BORGES, Mônica Erichsen Nassif. A informação como recurso gerencial das organizações na sociedade do conhecimento. **Rev. Ciência da Informação**, v. 24, n.2, 1995.

BRASIL. Constituição.(1988) 2 ed. atualizada até a Emenda constitucional no 38, de 12/06/2002. Rio de Janeiro: Editora Expressão e Cultura, 2002.

BRESSER PEREIRA, Luiz Carlos **Reforma do estado para a cidadania:** a reforma gerencial brasileira na perspectiva internacional. São Paulo: Editora 34, 1998. 368p.

CAMPOS, A.C. Normativismo e incentivos: contributo da economia para a administração da saúde. In: PIOLA, S.F.; Vianna, S. M. **Economia da saúde: conceito e contribuição para a gestão da saúde**. 2. ed. IPEA. Brasília, 1998.

CARVALHO, André de Oliveira. Tecnologias da informação na gestão de saúde. **Rev. Administração Pública**, 32(2): 195-205 mar.-abr. 1998.

CARVALHO, André de Oliveira, EDUARDO, Maria Bernadete de Paula. **Sistemas de Informação em Saúde para Municípios e para gestores municipais de serviços de saúde**. São Paulo: Instituto para o Desenvolvimento da Saúde – IDS, 1998.

CASTELLS, Manuel. **A sociedade em rede**. São Paulo: Paz e Terra, 2000. v.1

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

COHN, Amélia e ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon. **Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1999.

CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre et.al. **Saber preparar uma pesquisa: definição, estrutura, financiamento**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 1997.

CORRADO, Frank. **A força da comunicação**. São Paulo: Makron Books, 1994.

COTTA, Rosângela Minardi Mitre e outros. **Descentralização das políticas públicas em saúde: do imaginário ao real**. Viçosa (MG): UFV, 1998.

DAVENPORT, Thomas. H, PRUSAK, Laurence. **Conhecimento e Organização: como as organizações gerenciam o seu capital intelectual**. Rio de Janeiro: Campus, 1998.

_____, _____. **Ecologia da informação: por que só a tecnologia não basta para o sucesso na era da informação**. São Paulo: Futura, 1998. 316p.

DIAS, C. Grupo focal: técnica de coleta de dados em pesquisas qualitativas. São Paulo: s.ed. , 1991.

DUSSAULT, G. A. Gestão dos serviços públicos de saúde: características e exigências. **Revista de Administração Pública**, v.26, n.2, p.08-17, abr./jun., 1992.

EASTON, D. **The political system**. New York: Willey, 1953.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo dicionário da língua portuguesa**. São Paulo: Nova Fronteira, 1987.

FERREIRA, Danielle Thiago. Profissional da informação: perfil de habilidades demandadas pelo mercado de trabalho. **Rev. Ciência Informação**, Brasília, v. 32, n. 1, p. 42-49, jan./abr. 2003.

FERREIRA, Rubens da Silva. A sociedade da informação no Brasil: um ensaio sobre os desafios do Estado. **Rev. Ciência da Informação**, Brasília, v. 32, n. 1, p. 36-41, jan./abr. 2003.

FONSECA, Maria Odila. **Informação e direitos humanos: acesso às informações arquivísticas**. 1996. 162 f. Dissertação (Mestrado em Ciência da Informação) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1996.

GARGANTINI, Marisa Bueno Mendes. O desafio do ensino superior brasileiro frente ao novo paradigma. FINGER, Almeri Paulo. (org). **Gestão de Universidades: novas abordagens**. Curitiba: Ed. Champagnat, 1997.

GIDDENS, Anthony. **As conseqüências da modernidade**. São Paulo: Unesp, 1991.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1996. 159p.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GODOY, A.S. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **Revista de Administração de Empresas**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 2, p. 57-63, abr/mar. 1995.

GODOY, Arilda Schmidt. Pesquisa qualitativa. **Revista de Administração de Empresa**, São Paulo, v. 35, n.3, p. 21-29, 1995.

GÓMEZ, Maria Nélide González de. As relações entre ciência, Estado e sociedade: um domínio de visibilidade para as questões da informação. **Rev. Ciência da Informação**, Brasília, v. 32, n. 1, p. 60-76, jan./abr. 2003.

GONÇALVEZ, R.B.M **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**. Características tecnológicas de processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: HUCITEC/ ABRASCO, 1994.

GUERREIRO, Reinaldo. **Modelo conceitual de sistema de informação de gestão econômica**: uma teoria da comunicação da contabilidade. Tese de Doutorado. São Paulo : FEA-USP, 1989.

HAM, Cristopher; HILL Michael. **The policy process in the modern capitalist state**. Londres, 1993.

JENKINS, Keit. **Contribuição à crítica da economia política**. São Paulo: Martins Fontes, 1978.

JOHNSON, B. B. [et.al.]. **Serviços Público no Brasil: Mudanças e Perspectivas**. São Paulo: Ed. Edgard Blucher, 1996.

JUNQUEIRA, Luciano e INOJOSA, Rose Marie. Gestão de serviços públicos de saúde: em busca de uma lógica da eficácia. Rio de Janeiro: **Rev. de Administração Pública**, abr. /jun., 1992.

KATZ, Daniel; KAHN, Robert L. **Psicologia social das organizações**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1976. 551p.

LAKATOS, Eva Maria. MARCONI, Maria de Andrade. **Fundamentos de Metodologia Científica**. . 3. ed., São Paulo: Atlas, 1995.

LASTRES, H. M. M., ALBAGLI, S. (Org.). **Informação e globalização na era do conhecimento**. Rio de Janeiro: Campus, 1999. 318p.

LOPES, José Rogério. Administração pública, Estado e políticas públicas: um ensaio sobre o princípio de gestão e a construção da esfera pública. **Revista de Ciências Humanas UnitaU**, Taubaté, v. 9, n. 2, p. 93-99, jul. – dez. 2003.

LOURAU, René. **A Análise Institucional**. Trad. Mariano Ferreira. Petrópolis: Vozes, 1975.

LUCCHESI, Patrícia T. R. Políticas públicas em saúde pública. **Rev. Panam Salud Publica** v.1 n.6; Washington, maio/jun. 2002.

- LÜDKE, Menga e ANDRÉ, Marli E.D.A. **Pesquisa em educação do conhecimento: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1996.
- MACHADO-DA-SILVA, Clóvis L.; FONSECA, Valéria Silva da. Competitividade organizacional: uma tentativa de reconstrução analítica. **Organização e Sociedade**, v. 4, n. 7, p. 97-114, dez. 1996.
- MALTA, Deborah Carvalho. **Buscando novas modelagens em saúde: as contribuições do projeto vida e do acolhimento para a mudança do processo de trabalho na rede pública de Belo Horizonte, 1993 – 1996**. 2001. 223f. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) - Universidade Estadual de Campinas Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, 2001.
- MARX, K. **O Capital, crítica da economia política**. Livro 1, volumes I e II. São Paulo: Bertand Brasil/DIFEL, 1987.
- MATUS, Carlos. **Política, planejamento & governo**. 3. ed. Brasília: IPEA, 1997.
- MCGARRY, K. **O contexto dinâmico da informação**. Brasília: Briquet de Lemos, 1999. 206p.
- MENDES, Eugênio V. et al. Distritos Sanitários: conceitos-chave. In: Mendes, E. V. (org.) **Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do sistema único de saúde**. 4. ed. São Paulo: Hucietc/Abrasco, 1996.
- MEIRELLES, Hely Lopes. **Direito Administrativo Brasileiro**. 16.ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1991.
- MERRIAN S. **Qualitative research and case study applications in education**. San Francisco: Jossey-Bass, 1998.
- MERTON, Robert K. Estrutura burocrática e personalidade. In.: ETZIONI, Amitai. **Organizações complexas: complexas: estudo das organizações em face dos problemas sociais**. São Paulo: Atlas, 1978.
- MEYER, John et al. Ontology and Rationalization in the Western Cultural Account. THOMAS, George M., MEYER, John, RAMIREZ, Francisco O. e BOLI, John (org). **Institutional structure: constituting state; society and the individual**. Beverly Hills: Sage, 1988.
- MICHAELIS. **Moderno dicionário da língua portuguesa**. São Paulo: Melhoramentos, 1991.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Programa Bolsa Alimentação. Brasília, 2000. <http://www.saude.gov.Br> Acesso em 21 abr.2003.
- MIRANDA, R. C. da R. O uso da informação na formulação de ações estratégicas pelas empresas. **Ciência da Informação**, Brasília, v.28, n.3, p.284-290, set./dez. 1999.

- MORGAN, Gareth. **Imagens da organização**. São Paulo: Atlas, 1996.
- ORTIGA, Ângela. **Efeitos da municipalização no acesso e na integralidade dos serviços de saúde**. 1999. 122 f. Dissertação (Mestrado em Administração Pública) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1999.
- PACHECO, Regina Silvia. **Administração pública gerencial: desafios e oportunidades para os Municípios Brasileiros**. O MUNICÍPIO NO SÉCULO XXI: Cenários e Perspectivas, 2002.
- Parsons, Talcott. **O Sistema das Sociedades Modernas**. São Paulo: Pioneira, 1974.
- PEREIRA, Sandra L., Pinheiro de Lima, Edson., Rodrigues, Lucinaldo dos S. The knowledge structures analyzed by the organizational dimensions. In: **Portland International Conference on Management of Engineering and Technology – Picmet'99**. Portland, USA, 1999.
- PONJUÁN DANTE, G. **Gestión de información en las organizaciones: principios, conceptos y aplicaciones**. Santiago: CECAPI, 1998. 222p.
- POSTMAN, Neil. **Tecnopólio - a rendição da cultura à tecnologia**. São Paulo: Nobel, 1994.
- RENARD, George. **La Théorie de L'Institution: Essai d'ontologie juridique**. Librairie du Recueil Sirey S.A., 1930. 639p.
- RICHARDSON, Rubens da Silva. **Pesquisa social – métodos e técnicas**. 38.Ed. São Paulo: ATLAS, 2000.
- RODRIGUEZ, Julio Guzman. **OCT, Governo ... ações rumo à Sociedade da Informação no Brasil**. In: ENCONTRO NACIONAL DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA, DEZEMBRO, 1991.
- SANTOS, B. **Reinventar a Democracia**. Lisboa: Grádiva, 1998.
- SANTOS E. e CARDOSO, L. Informação e tomada de decisão **Ci. Inf., Brasília**, v. 31, n. 1, p. 27-40, jan./abr. 2001.
- SANTOS, L. G. dos. **Desregulagens: Estado, Planejamento e Tecnologia como Ferramenta Social**. São Paulo: Brasiliense, 1998
- SCOTT, W. Richard. The Adolescence of Institutional Theory. **Administrative Science Quarterly**. N 32., 1987.
- SCOTT, W. Richard e MEYER, John W. The Organizational of Societal Sectors: propositions and early evidence. In: DIMAGGIO, Paul J. e POWELL, Walter W. **The New Institutionalism in Organizational Analysis**. Chicago: The University of Chicago Press, 1991.
- Silva, Augusto Santos. **Entre a Razão e o Sentido: Durkheim, Weber e a Teoria das Ciências Sociais**. Porto: Afrontamento, 1998.
- SILVA, Edna Lucia da, e MENEZES, Estela M. **Metodologia da pesquisa e**

elaboração de dissertação. 2. ed. rev. Florianópolis: Laboratório de Ensino a Distância da UFSC, 2001

SILVEIRA, Henrique Flávio Rodrigues da. Um estudo do poder na sociedade da informação. **Rev. Ciência da Informação**, Brasília, v. 29, n. 3, p. 79-90, set./dez. 2000.

SOMERVILLE, Margaret A. Transdisciplinaridade, onda do futuro: como preparar nossas praias. **Rev. Tempo Brasileiro**. Rio de Janeiro, v.113, p.75-96, abr./jun.,1993.

TAIT, Tania F.C. **Uma avaliação do processo de planejamento estratégico de sistemas de informação em empresas do mercado brasileiro e uma proposta simplificada de arquitetura de sistemas de informação**. 230 f. Dissertação (Mestrado em Ciência da Computação). Universidade Federal de São Carlos, SP, 1994.

TANCREDI, Francisco Bernardini et.al. **Planejamento em saúde:** para gestores municipais de serviços de saúde. Série Saúde & Cidadania. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública de São Paulo, 1998.

TEIXEIRA, Hélio J. & SANTANA, Solange M. **Remodelando a gestão pública**. Ed. Edgard Blucher Ltda, São Paulo: 1995.

TRAGTENBERG, Maurício. **Burocracia e Ideologia**. São Paulo: Ática, 1992.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1995.

WEBER, Max. **Economia e Sociedade**. México: Fondo de Cultura Economica , 1992.

_____. **Ensaio de Sociologia**. Rio de Janeiro: Zahar Ed. 1979.

_____. Os fundamentos da organização burocrática: uma construção do tipo ideal. In: CAMPOS, Edmundo (org). **Sociologia da burocracia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1971. p.5-28.

_____. Os três aspectos de autoridade legítima. In: ETZIONI, Amitai (org.). **Organizações complexas: estudo das organizações em face dos problemas sociais**. São Paulo: Atlas, 1971. p.17-26.

WESTPHAL, Márcia Faria; ZIGLIO, Erio. **“Políticas públicas e investimento: a intersetorialidade”**. 1995. [artigo científico]. Disponível em: <http://www.cepam.sp.gov.br/pp_> Acesso em: 06/03/03

WURMAN, R. S. **Ansiedade de informação: como transformar informação em compreensão**. 5.ed. São Paulo: Cultura Editores, 1995.

YIN, Robert K. **O método de estudo de caso**. 2. ed. Porto alegre: Bookman, 2001.

Zemor, Pierre. **La Communication Publique**. Paris: PUF, 1995.

APÊNDICE

Apêndice A – Roteiro de Entrevistas Coordenadora Geral do Programa

1. Como são elaborados os formulários do Programa e que tipo de informação se pretende obter com esses formulários? O Setor de Saúde preenche algum tipo de formulário para enviar para a SDS?
2. Quais as dificuldades encontradas nessa coleta e no processamento de dados?
3. Apesar de todas as dificuldades colocadas pela Sra. o sistema permite identificar as localidades do Município com maior prevalência de desnutrição e mortalidade infantil?
4. Quais são as dificuldades administrativas? Quais são as dificuldades que a Sra. encontra para administrar esse programa?
5. A Secretaria tem acesso aos dados da SDS?
6. Como essas informações são processadas? Esse programa permite a elaboração de relatórios?
7. Hoje ainda existe muita duplicidade de cadastro ou isso já está sendo resolvido? E se existe e quando isso acontece então o beneficiário perde, um anula o outro? Como é resolvido?
8. Isso ocorre sempre, essa questão da duplicação?
9. Há relatório de acompanhamento?
10. Como não há relatórios, o sistema só emite dados qualitativos dados analíticos não existem?
11. Como não há relatórios, não tem como detectar os problemas. Mas no dia a dia dá para vocês perceberem os problemas que estão ocorrendo até pelo que vem de reclamação das Unidades, via Distrito, e chega aqui na coordenação. Como vocês fazem para administrar essas dificuldades?
12. As dificuldades enfrentadas pelo Município em relação ao Programa são levadas até o Ministério para que ele possa estar melhorando e até modificando esta política pública estabelecida para esse programa? Isso gera uma política pública melhor vinda do Ministério? Abre diálogo entre vocês e o Ministério?
13. Isso extingue o Programa Bolsa Alimentação?
14. Como que é feita a integração entre Secretaria de Saúde, Caixa Econômica e Secretaria do Desenvolvimento Social? Há diálogo?
15. Agora eu gostaria de falar a respeito da implantação do Programa. Como foi a implantação do programa no município?
16. Em relação à tramitação da informação gostaria de saber quais as dificuldades que a coordenação do programa encontra em relação à tramitação da

informação tanto em relação ao Ministério quanto na conversa entre coordenação Distrito e Unidade.

17. As informações enviadas pelo Ministério para a Coordenação são suficientes? O Distrito recebe da Coordenação todas as informações que ele precisa? E as Unidades?
18. Os Critérios estabelecidos pelo Programa é suficiente para dizer se a pessoa é carente nutricional ou não, principalmente a gestante?
19. Essas dificuldades são mais em relação ao Ministério ou à própria Secretaria?

Apêndice B – Roteiro da entrevista realizadas com os Gerentes Distritos Sanitários

Distritos

- 1 Qual o papel do Distrito Sanitário no Programa Bolsa Alimentação?
- 2 Quais as principais dificuldades encontradas na classificação, cadastro e seleção dos beneficiários do Programa?
- 3 Os dados coletados pelo distrito acerca do provável beneficiário são suficientes para definir sua situação do usuário?
- 4 Mas nessas Unidades estas informações não são checadas?
- 5 Quando surgem essas dificuldades como elas são sanadas?
- 6 A resposta é demorada?
- 7 Quando a pessoa é agraciada pelo programa quem faz a comunicação? É o Distrito?
- 8 Tudo que acontece com a Unidade em relação ao Programa, o Distrito tem acesso?
- 9 O que o Distrito faz com essas informações?
- 10 Ele faz relatório e envia para a Coordenação? Como é feito?

Apêndice C – Roteiro de Entrevistas realizadas com os médicos ginecologistas

Ginecologista

- 1 Que tipo de informações é registrado?
- 2 Como os dados são coletados?
- 3 Qual a principal dificuldade quando da coleta de dados?
- 4 Na conversa que a Sra. tem com suas pacientes, para conhecê-las melhor, há alguma dificuldade de entendimento por parte do paciente acerca das informações solicitadas e/ou passadas?
- 5 Quando você examina a paciente você olha o histórico familiar dela ou observa só aquele momento?
- 6 Há alguma observação que a Senhora gostaria de fazer até em relação ao Programa ou a seu sistema de informação?

Apêndice D – Roteiro de Entrevistas realizadas com os médicos pediatras

Pediatras

- 1 O fluxo de informação no programa se está bom. Se os critérios estabelecidos pelo programa são suficientes? Em relação à parte médica. É suficiente para dizer se a criança é desnutrida? Só isso é suficiente? Seria bom que tivesse mais critérios?
- 2 E quando tem alguma informação que Sr. (a) julga relevante tem como colocar isso?
- 3 Há alguma dificuldade em explicar para mãe o problema do filho, ela entende bem e o que ela faz quando da desnutrição ela vai entrar no programa tem alguma dificuldade nisso? Isso é você quem faz ou a auxiliar.
- 4 A informação que a Sra recebeu sobre o programa foi suficiente?
- 5 Alguma outra observação que você Dra. Sobre esta questão da coleta de informação dos dados que você manda e a dificuldade de estar coletando estes dados.

Apêndice E – Roteiro de Entrevistas realizadas com os Gerentes das Unidades

UBS - Gerente

- 1 1 Qual a função da UBS no Programa Bolsa Alimentação? Qual o papel dela?
- 2 Como é feita a interação entre UBS X Distrito X Coordenação X Ministério da Saúde.
- 3 Faz parte da Agenda de compromissos do beneficiário participar de certas atividades desenvolvidas pela unidade?
- 4 Vocês encontram alguma dificuldade no desenvolvimento dessas atividades. Se tiverem quais são?
- 5 Os funcionários da Unidade receberam algum tipo de treinamento relativo ao Bolsa Alimentação?
- 6 Existe na Unidade algum tipo de mecanismo de controle de vocês que verifica se o usuário compareceu ou não para o cumprimento da agenda de compromissos?
- 7 E os dados dessa planilha são suficientes para atender as necessidades de informação?
- 8 Qual é o nível do usuário de vocês? Eles compreendem as informações que vocês passam para ele?
- 9 Ainda há duplicação de dados?
- 10 Gostaria que o Sr. me falasse sobre o serviço de informação do Programa. A informação que vocês recebem é suficiente?
- 11 A resposta a um questionamento demora muito para chegar a Unidade?
- 12 Tem mais alguma coisa que o Sr. gostaria de acrescentar sobre o Bolsa Alimentação?

Apêndice F - Questionários aplicados aos beneficiários do Programa

Questionário

1. Como a Sra. Foi informada da existência do Programa Bolsa Alimentação?

- a) Pela televisão
- b) Pelo médico
- c) Pelo agente comunitário
- d) Pela SDS (Centro comunitário)
- e) Outros meios

2. Como a Sra. foi avisada que tinha sido beneficiada pelo Programa?

- a) Por carta
- b) Pelo Agente Comunitário
- c) Foi a UBS
- d) Pela SDS
- e) Outros

3. A Sra. foi esclarecida sobre o que deveria fazer?

- a) Sim
- b) Não

4. Por quem?

- a) Pelo médico
- b) Pelo agente comunitário
- c) Pela enfermeira
- d) Pelo atendente da Unidade

5. Houve Problema para o recebimento do benefício?

- a) Sim
- b) Não

Qual? _____

6. Na conversa que o médico tem com a Sra. para conhecê-la melhor, conhece a história da família, a Sra. tem **alguma dificuldade para entender?**

- a) Sim
- b) Não

Qual é a dificuldade? _____

7. Você teve dificuldade em preencher o formulário de cadastro?

- a) Sim
- b) Não

Qual a dificuldade? _____

Apêndice G – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Título do projeto de pesquisa: **A GESTÃO DE DOCUMENTOS NA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA: estudo de caso da Secretaria Municipal de Saúde de São José dos Campos**

Eu,.....

RG:.....fui procurado(a) pela Senhora Ângela Maria da Rocha Montenegro com o registro nº 5212 no Conselho Regional de Biblioteconomia do Estado de São Paulo, sobre o projeto de pesquisa com o título acima citado. Nesse estudo, orientado pelo Profº Dr. Rogério Lopes, eu,....., de anos de idade, assumo inteira responsabilidade para participar desse projeto de pesquisa.

Assinatura_____

Data_____/_____/_____

ANEXOS

Anexo A – Carta de Adesão Municipal ao Programa Bolsa Alimentação

ANEXO I CARTA DE ADESÃO MUNICIPAL AO PROGRAMA BOLSA-ALIMENTAÇÃO	
Município: _____	UF: _____
Endereço: _____	CEP: _____
Nome do Prefeito: _____	
Nome do Secretário Municipal de Saúde: _____	
<p>A Prefeitura Municipal de _____ solicita adesão ao Programa Bolsa-Alimentação, o qual destina-se à promoção das condições de saúde e nutrição de gestantes, mães amamentando seus filhos menores de seis meses (nutrizes) e crianças de 6 (seis) meses a 6 (seis) anos e 11 meses de idade, em risco nutricional, pertencentes a famílias sem renda ou que possuam renda mensal de até R\$ 90,00 per capita, mediante a complementação da renda familiar para a melhoria da alimentação e o fomento à realização de ações básicas de saúde com enfoque predominantemente preventivo.</p> <p>Ao aderir ao Programa, esta Prefeitura Municipal, por intermédio de sua Secretaria de Saúde, assume os seguintes compromissos:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) prover as ações básicas de saúde e as atividades educativas que farão parte da Agenda de Compromissos dos beneficiários; b) coordenar o processo de seleção, inscrição, renovação e desligamento dos beneficiários; c) implantar e manter atualizados os dados do Sistema de Informações do Programa Bolsa-Alimentação/SISVAN, observando os prazos estabelecidos nos regulamentos do Programa; d) estimular e monitorar a participação dos beneficiários no cumprimento da Agenda de Compromissos; e) promover atividades de orientação alimentar e nutricional, com ênfase na promoção de hábitos alimentares saudáveis; f) capacitar as equipes da atenção básica e demais equipes de saúde para a operacionalização do Programa Bolsa-Alimentação; g) promover a Vigilância Alimentar e Nutricional; h) avaliar o desempenho e impacto do Programa em nível municipal; i) submeter ao Conselho Municipal de Saúde as relações de inclusões, renovações e desligamentos de beneficiários do Programa. <p>(apenas para os municípios que já estão qualificados ao Incentivo ao Combate às Carências Nutricionais) Encaminhamos, em anexo a esta Carta de Adesão, o Relatório do Incentivo ao Combate às Carências Nutricionais.</p>	
<p>O(a) Coordenador(a) do Programa Bolsa-Alimentação neste município será:</p> <p>Nome Completo: _____</p> <p>Profissão: _____ Órgão de classe: _____ Nº: _____</p> <p>Escolaridade: _____</p> <p>Assinatura do Coordenador do Programa: _____</p>	

Local e Data: _____, ____ de _____ de _____.

Assinatura do Secretário Municipal de Saúde

Assinatura do Prefeito Municipal

ATENÇÃO: Recomenda-se ao município que no momento do primeiro pagamento do Programa Bolsa-Alimentação, ainda possuir recursos financeiros ou estoque de alimentos provenientes do Incentivo ao Combate às Carências Nutricionais, elabore o *Plano Municipal de Ajuste dos Recursos do Incentivo ao Combate às Carências Nutricionais* e mantenha o mesmo sob a sua responsabilidade.

ANEXO C - Relatório do Incentivo ao Combate às Carências Nutricionais (ICCN)

ANEXO III
RELATÓRIO DO INCENTIVO AO COMBATE ÀS CARÊNCIAS NUTRICIONAIS (ICCN)

Este relatório deverá ser preenchido pelos municípios que recebem os recursos do Incentivo ao Combate às Carências Nutricionais.

Município: _____ Endereço : _____ Estado : _____ Fax: () _____ Tel.:() _____ Nome do Secretário Municipal de Saúde: _____ Nome do Responsável pelo ICCN no Município: _____

Assinale uma opção de acordo com a situação do município:

- o município não possui estoques de produtos nem recursos financeiros acumulados relativos aos repasses do Incentivo ao Combate às Carências Nutricionais;

- o município possui estoques de produtos e/ou recursos financeiros acumulados relativos aos repasses do Incentivo ao Combate às Carências Nutricionais, conforme descrito abaixo.

a) Recursos do ICCN:

Possui recursos pendentes de utilização referentes ao ICCN: () Sim () Não

Se a resposta for SIM, qual ou valor: R\$ _____

b) Possui estoque de alimentos adquiridos com os recursos do ICCN:

Possui estoque de alimentos: () Sim () Não

Se a resposta for SIM, qual tipo e quantidade:

Leite: Tipo _____ Quant: _____ () Kg () Litros

Óleo: Tipo _____ Quant: _____ latas

Outro(s) alimento(s): qual? _____ quantidade _____

Declaramos que:

a) estes estoques/recursos serão utilizados conforme regulamentações da Portaria GM/MS nº 709, de 10 de Junho de 1999 .

b) será elaborado um Plano de Ajuste de Recursos do Incentivo ao Combate às Carências Nutricionais, conforme modelo disponibilizado pelo Ministério da Saúde, o qual ficará sob nossa responsabilidade.

_____, ____ de _____ de _____.

Assinatura do Secretário Municipal de Saúde

Assinatura do Prefeito Municipal

ANEXO D - Plano Municipal de Ajuste dos Recursos do Incentivo ao Combate às Carências Nutricionais

ANEXO IV PLANO MUNICIPAL DE AJUSTE DOS RECURSOS DO INCENTIVO AO COMBATE ÀS CARÊNCIAS NUTRICIONAIS						
Estado: _____ Município: _____ Endereço: _____ CEP: _____ Nome do Prefeito: _____ Nome do Secretário Municipal de Saúde: _____ Nome do Responsável Municipal pelo ICCN: _____ Data: ____/____/____						
1 – Situação ATUAL do município com relação ao Incentivo ao Combate às Carências Nutricionais (ICCN): a) Recursos do ICCN: Possui recursos pendentes de utilização referentes ao ICCN no Fundo Municipal de Saúde: () Sim () Não Se a resposta for SIM, qual o valor: R\$ _____ b) Estoque de alimentos adquiridos com os recursos do ICCN: Possui estoque de alimentos: () Sim () Não Se a resposta for SIM, qual tipo e quantidade: Leite: _____ () Kg () Litros Óleo: _____ latas Outro alimento: qual? _____ quantidade _____						
2 – Conforme regulamentação da Portaria GM/MS 709/99 e de acordo com a situação financeira e de estoque levantada no Item 1, serão realizadas as seguintes ações: a) Distribuição de alimentos (preencher quadro abaixo):						
TIPO DE BENEFICIÁRIO	(a) Quantidade de LEITE por beneficiário no mês () Kg () litros	(b) Quantidade de ÓLEO DE SOJA por beneficiário no mês lata(s)	(c) Período de distribuição em n° de meses	(d) Número total de beneficiários a atender	QTD. TOTAL LEITE (a x c x d) () Kg () litros	QTD. TOTAL ÓLEO (b x c x d) lata(s)
Crianças de 6 a 23 meses						
Crianças de 24 a 59 meses						
Gestantes						
Idosos						
Outro beneficiário Tipo: _____						
Outro beneficiário Tipo: _____						
TOTAL						
b) Outras ações ou produtos alimentares a serem distribuídos:						
Tipo de ação	Duração (em meses)	Nº beneficiários atendidos	CUSTO TOTAL (em R\$)			
1. _____						
2. _____						
3. _____						
3 – Período de duração das ações: Este Plano terá início no mês _____ de _____ e término no mês _____ de _____ _____ de _____ de _____.						

Secretário Municipal de Saúde

Prefeito Municipal

