

# **GESTÃO DA INFORMAÇÃO E DO CONHECIMENTO: UM ESTUDO EXPLORATÓRIO COM OS GESTORES DA SAÚDE PÚBLICA DE CAMPINAS/SP**

Oliveira, Simone Lucas Gonçalves de (UNICAMP, Campinas-SP, Brasil)

Beraquet, Vera Silvia Marão (PUC, Campinas-SP, Brasil)

## **INTRODUÇÃO**

O mundo atual já reconheceu há algum tempo a importância do uso dos recursos de informação e de conhecimento no exercício de processos que direcionam os rumos administrativos, econômicos, políticos e sociais de determinada sociedade. Independente da finalidade de atuação da instituição, se pública ou privada, a assertividade em seus resultados é uma meta. A organização pública busca, através da oferta de produtos e prestação de serviços, o bem estar coletivo da sociedade. A organização privada, através da comercialização de produtos ou serviços, busca o lucro. Nesse contexto destacam-se os processos referentes à tomada de decisão que, segundo os entrevistados nesta pesquisa, consiste no uso de informações e conhecimentos para a compreensão de determinado problema, reflexão sobre alternativas de ação para solução do problema, seleção da melhor ação, implementação da melhor ação e avaliação do resultado.

Embora considerado relevante aos processos de tomada de decisão, o uso de informação e conhecimento só fará sentido se estes recursos forem geridos através de estratégias capazes de disponibilizar e disseminar a informação de forma apropriada a fim de dotar o gestor de um conhecimento diferenciado que o levará a decidir qual a melhor ação deverá ser implementada.

As estratégias de tratamento da informação, o uso da informação, a aquisição de um novo conhecimento proveniente do uso da informação e a implementação de determinada ação em decorrência da posse de um novo conhecimento são aspectos abordados neste trabalho, os quais justificam a discussão conjunta a respeito da Gestão da Informação e a Gestão do Conhecimento.

Este trabalho se refere à pesquisa já concluída que buscou analisar os processos de tomada de decisão dos gestores da Saúde Pública, vinculados à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Campinas/SP, no que diz respeito ao acesso, uso e geração de informação e de conhecimento. O objetivo definido foi uma análise dos processos de tomada de decisão dos gestores da Saúde Pública, vinculados à SMS de Campinas/SP, no que diz respeito ao uso de informação e de conhecimento a fim de avaliar e propor melhorias. Como resultados obteve-se a identificação de processos que demandam fluxos de informações e de conhecimentos nas tomadas de decisão, a avaliação da qualidade das decisões decorrentes da utilização de informação e conhecimento e o delineamento de uma proposta de tomada de decisão amparada pela Gestão da Informação e do Conhecimento.

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

### **Informação em Saúde**

A informação em saúde, de acordo com as respostas de gestores entrevistados neste trabalho, é vista como um recurso articulador entre o dado e o conhecimento em saúde, dando a compreender que determinado

dado só será transformado em conhecimento a partir do momento que o usuário possui informações que colaborarão na sua compreensão e contextualização à realidade.

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

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

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

### **A Saúde Pública no Brasil**

A Saúde Pública ou Saúde Coletiva é a prática organizada, institucionalizada e ligada ao Estado, em determinada sociedade, dirigida a um ideal de bem-estar das populações em termos de ações e medidas que evitem e/ou reduzam os agravos à saúde, assegurando condições para a manutenção da vida humana.

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

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

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

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

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

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

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

De acordo com a Lei 8080 de 1990, à direção municipal da Saúde Pública compete a função de:

- Planejar, organizar, controlar, avaliar, gerir e executar os serviços públicos de saúde;
- Participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do SUS;
- Participar da execução, controle e avaliação das ações referentes aos aspectos do trabalho;

- Executar serviços de vigilância epidemiológica; vigilância sanitária; de alimentação e nutrição; de saneamento básico e de saúde do trabalhador;
- Dar execução, no âmbito municipal, à política de insumos e equipamentos para a saúde;
- Colaborar na fiscalização das agressões ao meio ambiente;
- Formar consórcios administrativos intermunicipais;
- Gerir laboratórios públicos de saúde e hemocentros;
- Colaborar com a União e os Estados na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;
- Celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como controlar e avaliar sua execução;
- Controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde;
- Normatizar complementarmente as ações e serviços públicos de saúde no seu âmbito de atuação.

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

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

### **Gestão da Informação**

A Gestão da Informação (GI), no contexto dessa pesquisa, diz respeito às estratégias de produção, pesquisa, organização, disponibilização, distribuição e uso de informação.

Davenport (2000, p. 173) define a GI como: *“um conjunto estruturado de atividades que incluem como as organizações obtêm, distribuem e usam a informação e o conhecimento”*.

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

Embora de origens diferentes, as duas definições propõem os mesmos processos de GI: estratégias de obtenção, tratamento, distribuição e uso da informação. Mesmo não sendo possível uma exploração mais profunda, vale mencionar que a implantação de sistemas de GI envolve mudanças nos aspectos administrativos, culturais e comunicacionais das organizações. Assim, a implantação de sistemas de GI deve ser amparada pela elaboração de projeto determinando as diversas fases de sua execução, bem como contar com uma equipe capacitada para a sua execução.

A GI, voltada para a tomada de decisão na Saúde Pública, de acordo com Moraes (1998), citado por Castro (2002) deve implicar no desenvolvimento de tecnologias que atendam às diversas necessidades de informação para a tomada de decisão em saúde no Município e sua correspondente disponibilização por intermédio da Internet, isto porque a realidade virtual incentiva a troca de informações e a socialização do conhecimento individual.

É importante destacar que a necessidade e o uso de informação na Saúde Pública não são limitados aos conteúdos produzidos pelo Órgão gestor do Município, transpõem essa Unidade e faz uso de fontes externas de informação. Esta extrapolação se deve ao fato da Saúde Pública não restringir sua atuação apenas aos seus objetos principais de intervenção – a saúde ou a doença – mas também aos aspectos de condições de vida do indivíduo. Assim sendo, conforme evidencia Castro (2002), a GI na Saúde Pública deve estar sob a responsabilidade de equipes formadas no âmbito municipal, capacitadas a organizar e a disponibilizar de maneira apropriada a grande massa informacional.

### **Gestão do Conhecimento**

A Gestão do Conhecimento (GC), no contexto desse trabalho, compreende as técnicas de uso da informação, criação de um novo conhecimento a partir do uso da informação, implementação de ação decorrente da percepção gerada pelo novo conhecimento e pela retroalimentação dos ambientes de informação. Assim, percebe-se a GC como uma extensão da GI.

Nonaka & Takeuchi (1997) propõem a realização da GC através da espiral do conhecimento, uma metodologia que incentiva a criação, a extensão e o compartilhamento do conhecimento humano através da interação social entre o conhecimento tácito e o conhecimento explícito. O modelo é interessante para as organizações atuantes em mercados competitivos, pois o processo de GC é finalizado com a retenção daquilo que foi criado. Cabe aqui mencionar a retenção ou restrição de uso do conhecimento através do registro em patentes.

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

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

De maneira mais abrangente estes autores propõem a GC. O modelo proposto poderá beneficiar, além de determinada empresa, a sociedade. Há nesta proposição a possibilidade de viabilizar a GC para o Setor Público, em especial o Setor da Saúde. Embora aqui o conhecimento também seja sujeito aos processos de conversão, poderá ser disseminado de maneira a alcançar a grande massa populacional de determinada localidade.

### **MÉTODO**

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

### **Universo da Pesquisa**

Conforme consta na publicação “Campinas Governo Democrático e Popular (2004)”, a SMS de Campinas é a gestora plena do SUS no Município desde 1998, o que significa que o próprio Município possui autonomia para planejar, coordenar, tomar decisões e executar as ações do Setor da Saúde. Atualmente a SMS possui uma rede própria e conveniada pela qual passa mensalmente em torno de 600 mil pessoas.

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

Devido à complexidade da área da saúde no Município, a Secretária Municipal de Campinas adotou o sistema de distritalização, sendo amparada pela Lei Orgânica da Saúde. A distritalização teve início com a atenção básica, sendo seguida pelos serviços secundários próprios e posteriormente pelos serviços conveniados e contratados. Esse processo exigiu envolvimento e qualificação das equipes distritais e representou grande progresso na consolidação da gestão plena do SUS no Município.

## **Sujeitos**

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

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

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

## **Procedimentos**

Antecipadamente à aplicação das entrevistas, procedeu-se uma visita à SMS a fim de conhecer os diversos níveis de tomada de decisão e os perfis dos gestores de maneira geral, bem como conhecer as condições de obtenção de consentimento para a realização das entrevistas. De posse das informações foi possível identificar os níveis de tomada de decisão, bem como os gestores com os perfis desejados para fins desta pesquisa. Os gestores selecionados foram aqueles que atuam na direção de Distritos da Saúde e na Vigilância da Saúde.

Posterior à visita e à seleção dos perfis dos gestores, foi encaminhada à SMS uma carta solicitando um termo de consentimento para a realização de entrevistas. Sendo obtido o termo deu-se início às entrevistas que foram realizadas mediante um roteiro de desenvolvimento, sendo gravadas e transcritas posteriormente.

## **ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

Tal como previsto nas bibliografias utilizadas, a Saúde Pública de Campinas é sistematizada através de três instâncias de decisão: Conferência Municipal de Saúde, Conselho Municipal de Saúde e Secretaria Municipal de Saúde. As decisões tomadas nestas instâncias possuem caráter estratégico, político, administrativo ou de cuidados de saúde. O surgimento de necessidades que demandam alguma decisão é coletivo e o atendimento a elas se dá através da avaliação do grau de risco à saúde, priorizando sempre o que apresenta maior risco. A partir da consolidação do método PAIDÉIA, a gestão da Saúde Pública de Campinas é exercida através do modelo de gestão participativa.

## **Fases do Processo Decisório**

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

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

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

**Passo 2 – Identificação dos atores envolvidos** – identificação e indicação de pessoal.

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

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

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

### **Fase 2 – Tomada de Decisão**

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

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

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

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

Para se tomar decisões na Saúde Pública os gestores fazem uso de diversos tipos de informações e de conhecimentos, sendo identificados em fontes internas ou externas.

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

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

### **Deficiências de Recursos**

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

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

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

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

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

## **Deficiências de Métodos**

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

A estrutura consiste em bancos de dados na área de saúde, Internet e rede de sistemas de informação conectada através de máquinas e softwares. Os recursos disponíveis são: indicadores de produção; indicadores de resultados; indicadores de saúde; doenças de notificação compulsória; epidemiologia; saúde ambiental; saúde sanitária; diabéticos; nascimentos; óbitos; (zoonoses) e outros.

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

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

Segundo os entrevistados é prevista na Saúde Pública de Campinas a disponibilidade do Núcleo de Saúde Coletiva em cada unidade de saúde como órgão responsável pela estruturação da informação e do conhecimento em saúde, mas devido a carência de recursos financeiros essa previsão está apenas na teoria.

Diante desse cenário julga-se necessária a racionalidade das iniciativas de GI e GC na Saúde Pública, tornando-as prioritárias no desenvolvimento de programas.

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

### **Nova Seqüência de Passos para o Processo Decisório na Saúde Pública de Campinas**

O novo modelo adota passos do modelo atual, com a inclusão de novos passos, de forma a criar as condições para a integração e a divulgação das informações e dos conhecimentos gerados.

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

**Passo 1 – Percepção do Problema** – dados e informações oriundas de análise dos indicadores de saúde; evidência da unidade de saúde local ou pela comunidade; inspeção de vigilância em saúde e denúncia externa. Tais dados e informações poderão ser colecionados em um ambiente de projeto adequado, de forma integrada e identificável pelo gestor.

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

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

**Passo 4 – Identificação dos Recursos Disponíveis** – o gestor examinará a disponibilidade de verbas, recursos humanos e materiais, informação e conhecimento, e outros elementos adicionais ou necessários.

**Passo 5 – Plano de Ação Preliminar** – o gestor, mediante interação virtual e presencial com os atores, poderá elaborar uma proposta de plano de projeto, contendo a definição das competências dos atores envolvidos; a organização de escalas de prioridades; a identificação das possíveis alternativas de ação e o estabelecimento de prazos para a implementar as ações que o problema demandar. Tal proposta de plano, bem como todas as informações cabíveis para a sua compreensão e execução, deverão estar disponíveis on-line no sistema, permitindo que os atores e o gestor possam analisar as alternativas.

## **FASE 2: TOMADA DE DECISÃO**

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

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

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

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

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

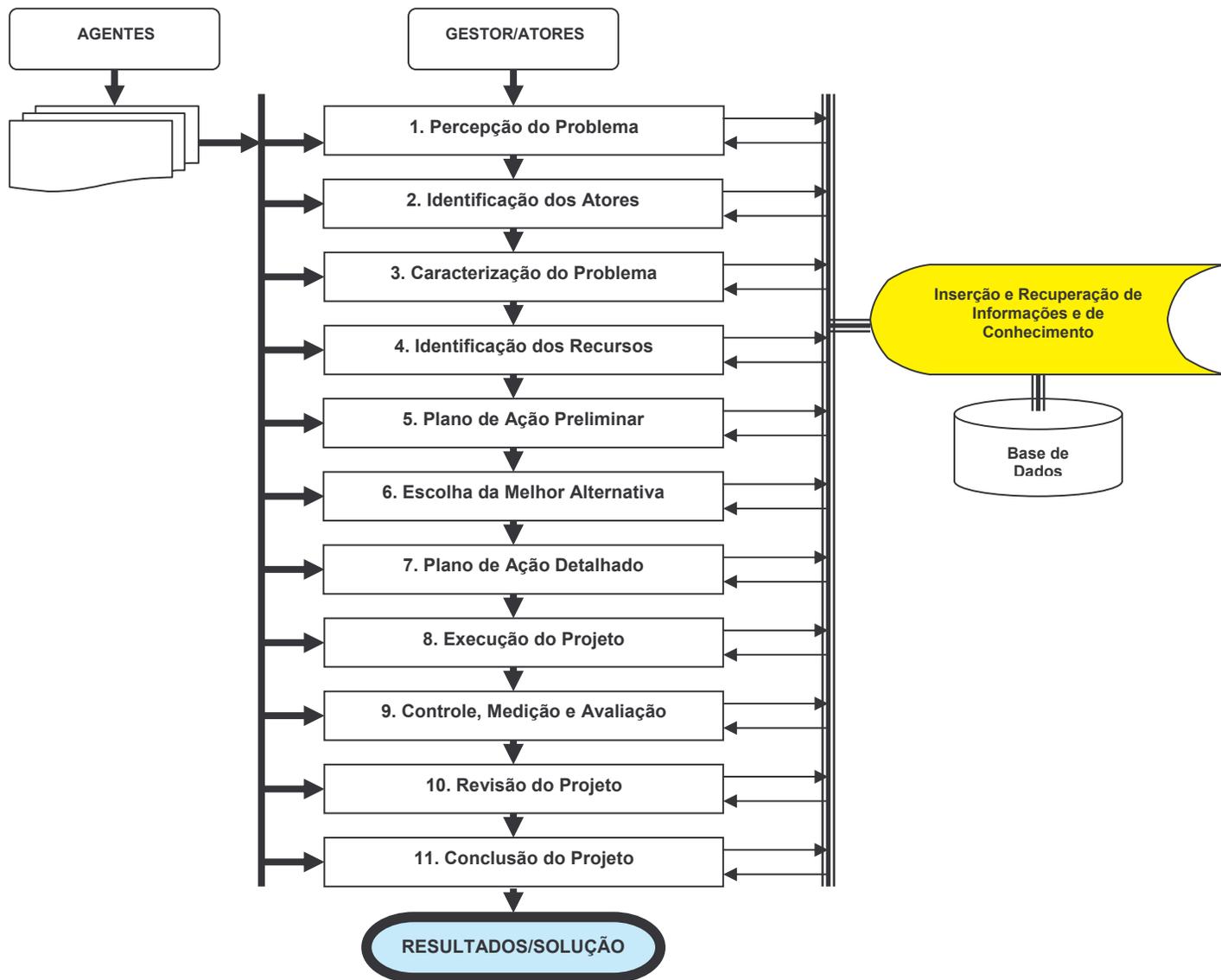
**Passo 10 – Revisão do Projeto** – quando os resultados não forem satisfatórios, ou quando as condições o exigirem, poderão ser necessárias alterações no Plano de Ação Detalhado ou mesmo poderão ser necessárias

novas decisões. O gestor deverá, então, efetuar as revisões necessárias, reiniciando os passos que forem mais adequados para isso. Para isso, o sistema deverá ser usado pelo gestor e sua equipe de forma consistente.

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

### Fluxograma Para o Novo Modelo

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



Fluxograma - Proposta de Modelo de Processo Decisório com subsídio de GI e GC

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa confirmou a informação e o conhecimento como recursos vitais aos processos de tomada de decisão. Percebeu-se que esses recursos são constantemente requisitados pelos gestores da Saúde

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

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

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BERAQUET, Vera Silvia Marão et al. **Informação em saúde: bases para formação profissional do bibliotecário brasileiro**. Campinas:PUC-Campinas, 2001. (Pesquisa realizada com apoio CNPQ).
2. BIREME. **BVS – Biblioteca Virtual em Saúde**. Disponível em <http://www.bireme.br/>. Acesso em 20 jan. 2005.
3. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **O desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2003. 72 p.
4. CAMPINAS. Prefeitura Municipal. **Governo democrático e popular de Campinas**. Campinas, 2004.
5. CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **PAIDEIA**. Campinas: [s.n.], 2003.
6. CASTRO, Elenice. **Informação para apoio à tomada de decisão em saúde: parâmetros de produção de informação territorializada**. São Paulo, 2002. Dissertação (Mestrado em Ciências da Comunicação). Departamento de Biblioteconomia e Documentação da Escola de Comunicação e Artes – USP.
7. DAVENPORT, Thomas H. **Ecologia da informação: porque só a tecnologia não basta para o sucesso na era da informação**. 2. ed. São Paulo: Futura, 2000. 316 p.
8. \_\_\_\_\_. et al. **Dominando a gestão da informação**. Porto Alegre: Bookman, 2004. 402 p.
9. DEVER, G. E. Alan. **A epidemiologia na administração dos serviços de saúde**. São Paulo: Pioneira, 1988. 394 p.
10. MARCHIORI, Patricia Zeni. A ciência e a gestão da informação: compatibilidades no espaço profissional. **Ciência da Informação**, Brasília, v.31, n.2, maio./ago. 2002.
11. MONTANA, Patrick J.; CHARNOV, Bruce H. **Administração**. São Paulo: Saraiva, 2001. 475 p. (Série Essencial).
12. MORAES, I. H. S. **Informações em saúde: para andarilhos e argonautas de uma tecnodemocracia emancipadora**. 1998. 274 f. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.
13. NONAKA, Ikujiro; TAKEUCHI, Hirotaka. **Criação de conhecimento na empresa: como as empresas japonesas geram a dinâmica da inovação**. 11. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1997. 358 p.
14. NORMA OPERACIONAL BÁSICA DO SUS. 35 p.
15. TERRA, José Cláudio C. **Gestão do conhecimento: aspectos conceituais e estudo exploratório sobre as práticas de empresas brasileiras**. São Paulo, 1999. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção). Escola Politécnica – USP. Disponível em <http://www.terraforum.com.br/cpub/pt/files/flCpub/indice.php>. Acesso em 21 maio 2004.