ANTROPOLOGIA DA INFORMAÇÃO NA SAÚDE PÚBLICA: do global ao local em Minas Gerais, Brasil[1]

INFORMATION ANTHROPOLOGY ON PUBLIC HEALTH: from the global to the local level in Minas Gerais, Brazil

José Wanderley NOVATO-SILVA
Professor Doutor, Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais
e-mail: jwnovato@yahoo.com

Resumo
Este trabalho investiga as relações entre a cultura organizacional das secretarias municipais de saúde do Estado de Minas Gerais, Brasil – na perspectiva dos gestores e funcionários – e o modo como esses agentes lidam com a informação em saúde proveniente de várias fontes. A cultura organizacional foi entendida como um modo compartilhado de trabalho que inclui atitudes constituintes de um comportamento informacional, e valores e princípios com significados específicos frente ao trabalho, conformando uma cultura informacional. Essa cultura foi analisada considerando alguns de seus condicionantes externos – os níveis local, regional, nacional e global da cultura. A metodologia incluiu análise quantitativa, feita sobre uma amostra dos municípios mineiros; e análise qualitativa, feita em três municípios intencionalmente escolhidos. Os resultados mostraram aspectos diversos com relação ao modo como as secretarias tratam as informações em saúde – em consonância com aspectos da cultura estadual e nacional, que oscila entre modernidade e atraso. O estudo foi denominado antropológico por ter utilizado, em sua análise, conceitos oriundos desse campo do conhecimento, extraindo daí inferências "situadas", mas passíveis de comparação e generalizações pela triangulação de dados obtidos pela multirreferencialidade do trabalho, que compreendeu também a complexa transdisciplinaridade da informação em saúde – política, técnica, social, cultural e econômica.
Palavras-chave
Antropologia da informação. Cultura. Saúde pública.

Abstract
This study investigates the relationship between organizational culture of the local health departments in the state of Minas Gerais, Brazil - from the perspective of managers and employees - and how those agents deal with information on health from various sources. The organizational culture was seen as a way of shared work that includes attitudes constituents of an informational conduct and values and principles with specific meanings, conforming an informational culture. This culture was analyzed considering some of its external constraints – the local, regional, national and global culture. The methodology included a quantitative analysis, done on a sample of municipalities of Minas Gerais, and a qualitative analysis, done in three municipalities intentionally chosen. The results showed various aspects related to how the secretaries treat the information in health – in line with aspects of the regional and national culture, which varies between modernity and backwardness. The study was called anthropological because it was guided by concepts from this field of knowledge, then drawing local inferences – but it's possible to compare and generalize the informations by the

[1] Tese premiada com o segundo lugar, Enancib, João Pessoa, ano 2009, sob a orientação da Professora Doutora Regina Maria Marteleto.

triangulation of data obtained by the multireferences of the work. It included the complex informations and disciplines involved on health – political, technical, social, cultural, economic, and administrative.

Key words
Information anthropology. Culture. Public health.

1 INTRODUÇÃO

As múltiplas abordagens assumidas pela Ciência da Informação (CI) refletem as diferentes perspectivas assumidas por esse campo do conhecimento, entre elas a compreensão da CI como parte integrante das Ciências Sociais. Emergem daí tanto múltiplas abordagens metodológicas quanto significativa diversidade conceitual. Conforme Marteleto (1994), este é um contexto em que cabe a aproximação entre cultura e informação.

A complexa gestão do setor saúde pública, no Brasil, envolve, nesta perspectiva, aspectos informacionais que, longe de se resumir aos sistemas constituídos no âmbito do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), compreendem as relações entre os gestores dos três níveis e destes com a sociedade (via conselhos de saúde e outras instâncias), num contexto de injunções políticas. Além do mais, estão envolvidos outros fatores, como as inovações tecnológicas e o processo de globalização, que compreende uma reinvenção do local. A partir do potencial integrador do novo padrão tecnológico, o local redefine-se, ganhando em densidade técnica e comunicacional, uma vez que pode interagir com os níveis nacional e global, embora isto não ocorra sem problemas.

Neste contexto é que foi investigada a lógica da configuração organizacional existente no nível local da gestão da saúde – que inclui simultaneamente uma rede assimétrica de atores e de informações, inclusive aquelas existentes no âmbito do DATASUS. A pesquisa considerou, também, os aspectos da cultura local que se refletem na conformação da chamada cultura organizacional – pressupostos, práticas e vivências compartilhadas no contexto institucional, com base na interação entre seus integrantes e os sistemas de poder instituídos.

A problemática foi tratada por meio da análise de seus efeitos nas práticas de gestão da saúde pública nas secretarias municipais de saúde do Estado de Minas Gerais, MG. O problema foi assim formulado: quais fatores, nos diversos níveis da cultura, condicionam as práticas informacionais, nos diferentes aspectos da gestão e, conseqüentemente, a formulação e a implementação das ações em saúde em nível local? A suposição básica foi que o entorno sociocultural é tão importante quanto o político e econômico ou os aspectos técnicos e tecnológicos. Isto é, embora apresente variações, a cultura mineira carrega aspectos específicos da cultura brasileira e, em sua relação com os aspectos organizacionais, constitui-se em fator que afeta, de maneira significativa, as práticas informacionais embutidas na gestão pública da saúde.

2 ANTROPOLOGIA E INFORMAÇÃO

A conformação da era eletrônica configura um aspecto importante, ou seja, as culturas locais convivem com uma nascente cultura global. (FEATHERSTONE, 1999). Níveis de subcultura intermediários variam entre povos e sociedades. O trabalho de Avison e Myers (2006) busca a conexão de tais reflexões com a perspectiva dos sistemas de informação. Recorrendo a uma perspectiva antropológica na tecnologia da informação, argumentam que a Antropologia tem sido amplamente negligenciada nos estudos acerca dos sistemas de informação, e afirmam que

a ligação entre a perspectiva da cultura organizacional e o olhar antropológico podem trazer bons resultados na implementação de novas tecnologias. Como a ecologia da informação sustentada por Davenport (2002), trata-se de perspectiva compreensiva de estudo.

No campo da comunicação, Winkin (1998) afirmou que uma nova ciência da comunicação tem de compreender o nível antropológico e ir ao campo buscando universos familiares e cotidianos, tais como lanchonetes ou bairros tradicionais para descobrir, pela transmissão de informações, como se conformam os modos de existência. O trabalho do cientista da comunicação teria então caráter etnográfico. Segundo ele, do modelo linear de Shannon ou do modelo circular de Wiener chegou-se à perspectiva complexa e multifacetada, que ele denomina justamente Antropologia da comunicação. Isto significaria dizer que o campo da aprendizagem cultural é domínio da comunicação. Ou seja, trajes e arquitetura são, ao mesmo tempo, fenômenos culturais e comunicacionais, representando informações carregadas de sentido simbólico.

Lévi-Strauss (1975) já indagava se diversos aspectos da vida social, inclusive arte e religião, não são fenômenos, cuja natureza é a mesma da linguagem. Esses conceitos foram retomados pela Lingüística e pela Comunicação por diversos autores. Eco (1991), elaborando uma teoria geral da Semiótica, definiu-a como uma teoria geral da cultura. Em outras palavras, a cultura deve ser apreendida como fenômeno comunicacional, baseado em sistemas de significação. Inexiste diferença entre Semiótica e uma teoria da cultura, uma vez que os fenômenos estudados pela Semiótica (arte, arquitetura e linguagem) são fenômenos culturais.

A Antropologia, tendo sido associada desde seus primórdios à ação do Estado através da instrumentalização de seus conhecimentos no campo das questões bélicas, colonização ou relacionamento econômico com povos não capitalistas, engajou-se, posteriormente, no campo das políticas públicas, nas áreas de habitação, educação e saúde. A Antropologia aplicada esteve mais associada a grupos distantes ou diferentes por etnia, língua ou minorias sociais. O desenvolvimento da teoria conheceu longo percurso, que vai de explicações em nível macro até a Antropologia densa de Geertz (1997). Porém, a tentativa de compreensão do outro permanece, sempre, como objetivo, embora seu alcance varie segundo o autor ou a escola a que se filia.

Kuper (2002), por sua vez, pergunta-se se a cultura é realmente tópico apenas da Antropologia ou da Etnologia, ou deve ser abordada como ciência cultural – daí as obras de Schneider (a Biologia como cultura) ou de Sahlins (a História como cultura). Leach (1978) já apontava a íntima relação entre cultura e comunicação, demonstrando a ampliação do campo da Antropologia. Barbosa (1996) exemplifica tal alargamento, ao assinalar um fato contemporâneo – o antropólogo passa a ser um profissional desejado por grandes empresas, que atuam em muitos países. A dita globalização teria criado um novo público para conteúdos e métodos antropológicos – as organizações. Além disto, muitas organizações teriam solidificado modos de agir, valores compartilhados e crenças básicas em culturas organizacionais – um conceito da teoria das organizações. (SCHEIN, 1992).

3 ANTROPOLOGIA E SAÚDE

No campo da saúde em geral, podem ser mencionadas duas perspectivas: uma Antropologia da saúde e uma outra, das organizações de saúde. Tais ramos da Antropologia teriam relevância em virtude da importância conferida à dimensão simbólica da análise da realidade contemporânea, permitindo olhar mais abrangente e mais profundo do setor. Minayo (2005) esclarece que os fundamentos da Antropologia clássica transcendem áreas específicas e

tempos sociais, o que permitiria elucidar, sob este enfoque, a construção das categorias de saúde e doença. Para essa autora, a Antropologia contribui para relativizar conceitos biomédicos, desvendar a estrutura dos mecanismos terapêuticos, mostrar a relação entre saúde e doença e a realidade social, contextualizando indivíduos ao considerá-los como membros de uma coletividade. Os principais fatores que atrapalham as relações da Antropologia com a saúde são a tentativa da negação do social por parte de uma Medicina tecnicista, empenhada em reorganizar o ensino médico a partir tão-somente do campo biológico e, a partir daí, centralizar a ação da saúde, mediante a universalização de conceitos e iniciativas. O tecnicismo da epidemiologia, cujo refinamento estatístico pode deixá-la excessivamente centrada em números e gerar pretensiosa onipotência, também é um fator negativo em oposição à pluridisciplinaridade do campo da saúde coletiva.

Polgar (1966) ressalta que a Antropologia chama a atenção pela maneira compreensiva de tratar as pessoas de quem recebe informações. Os médicos sociais podem ser bastante ajudados pela Antropologia tanto na investigação das causas, da propagação e do alcance de certas enfermidades quanto na generalização dos meios que os médicos julgam mais adequados para combatê-las. De fato, a comunicação médica ou a educação em saúde em linguagem tecnicista e feita de uma posição superior e neutra são menos efetivas do que outras feitas, segundo enfoque compreensivo das culturas observadas. E, para a Antropologia, o estudo da evolução das enfermidades humanas esclarece muito sobre os aspectos do *modus vivendi* das populações que constituem seu objeto de trabalho.

No campo da saúde coletiva, as práticas sanitárias da atenção básica, por exemplo, sob enfoque antropológico, são um campo fértil para análise. Garnelo e Langdon (2005) afirmam que a busca pela abordagem antropológica deu-se pelo esgotamento dos paradigmas estruturais e totalizantes e a conseqüente valorização de estudos voltados para sujeitos e prática social. A formação dos profissionais de saúde, calcada na Biologia, pode não prepará-los para a compreensão da dimensão cultural da enfermidade, de comportamentos grupais e de interações sociais relacionadas, como a que se dá entre médico e paciente. E essas interações sociais, dos modos de vida às relações profissional / enfermo são, além de construções socioculturais, fenômenos informacionais.

O estudo de Santos (1998), ao analisar a história das relações entre Medicina e cultura brasileira, aborda a interface entre a obra de Euclides da Cunha e as relações entre Medicina e Antropologia, no Brasil, início do século XX. A análise da obra euclidiana pode ser vinculada às duas vertentes médico-antropológicas que construíram explicações divergentes acerca das conseqüências da composição racial brasileira, em especial quanto à viabilidade de uma nação mestiça. A explicação constituída por Nina Rodrigues esteve alinhada com uma perspectiva mais próxima de um fatalismo racial, associando as características climáticas das regiões Norte e Sul do País ao comportamento social dos habitantes. A outra, representada por Roquette-Pinto, ligado ao Museu Nacional, afirmava que os mestiços não seriam organicamente ou racialmente inviáveis, analisando positivamente o tipo nordestino.

O estudo de Minayo (1991) conjuga, de forma interdisciplinar, a Medicina social com o enfoque antropológico para avaliação de políticas sociais, particularmente, na área da saúde, pela formulação de uma teoria livre das tendências positivistas presentes na área, que compreenda a relação saúde e doença simultaneamente enquanto fato clínico e fenômeno sociológico. Percebendo a pesquisa sob um enfoque antropológico, a autora busca compreender, simultaneamente, aspectos socioeconômicos, político-administrativos e ideológico-culturais. Ademais, amplia as contribuições de Berlinguer (1978) para acrescentar,

sob ótica antropológica, uma perspectiva qualitativa aos indicadores quantitativos usados, com freqüência, nas avaliações de políticas sociais.

A pesquisa de Bonet (2004), caracterizada pelo próprio autor como um "estudo em hospitais" e não "de hospitais", porque os aspectos constitutivos e práticos da instituição e dos trabalhos que ali se desenvolvem são considerados de maneira profunda, revela uma concepção antropológica da residência médica. Inspirando-se em Becker *et al*. (1961) e outros teóricos, revela o hospital como um "teatro", onde transcorre a aprendizagem da Medicina. O estudo guarda parentesco com estudos etnometodológicos e microssociológicos – e a encenação dos dramas no cenário hospital têm forte comportamento informacional e comunicacional – na formação de grupos e na interação entre superiores, estudantes e pacientes.

No mesmo campo, mas investigando questão mais contemporânea, Struchiner e Gianella e Ricciardi (2005) analisam as novas tecnologias de informação e de educação em saúde, diante da revolução comunicacional e informacional da sociedade contemporânea. Acreditam que elas afetaram as relações fundamentais de espaço e de tempo, caracterizando o que Lévy (1993) chamou de "conexão da humanidade consigo mesma". Isto altera a formação profissional na área de saúde. Esta passa a abranger não somente os aspectos tecnológicos, mas, também, a dimensão intercultural dos processos saúde e doença, a transposição dos registros orais e escritos para a dimensão eletrônica e os impactos dessa transformação, bem como as mudanças culturais por que passam os grupos e as sociedades. Trata-se de uma dimensão que viabiliza, segundo Spinelli (2005), um enfoque antropológico dos iguais, desiguais e distintos. Para esse autor, os sistemas de informação em saúde na América Latina continuam com problemas de qualidade que dificultam a realização de pesquisas sobre desigualdades, em especial, em nível local, o que justifica a percepção de que estudos qualitativos podem trazer informações mais relevantes do que as estatísticas oficiais em certos territórios. Os dilemas da construção de boas condições de saúde nos países em desenvolvimento têm gerado, muitas vezes, soluções de caráter regional ou local.

Além disto, na opinião de Cáceres (2005), a Antropologia possui instrumental adequado para considerar a sociedade civil como objeto de estudo, ao perceber a diversidade – grupos indígenas, comunidades gays, etc. – que levantam questões sobre identidade, fundamentais para a compreensão da saúde no mundo contemporâneo.

Silveira (2000), investigando doenças nervosas entre mulheres de uma comunidade pesqueira do Sul do Brasil, numa perspectiva que abrange o conceito de doença e de vida social (uma "Antropologia da saúde" ou uma "Antropologia da Medicina"), conseguiu relacionar expressões corporais e problemas na vida afetiva. O método de coleta de informações – a narrativa – compreendeu uma vertente clínica, sociocultural e, inevitavelmente, psicológica. O discurso da doença, contido nos relatos, pode ser tratado pela CI sob um olhar antropológico similar – informação não somente discursiva, mas, também, corporal e sensível. A enfermidade (somatização de problemas) mantém forte conexão com o meio social e cultural, percebendo o corpo como elemento biológico e, também, sociocultural. Segundo a autora, a prática clínica e o corpo científico da Medicina, baseados no paradigma cartesiano, são incapazes de perceber, em profundidade, todas as variáveis envolvidas no processo saúde e doença, como gênero, afetividade, representações sociais, preconceitos, etc., à medida que o "cinismo" (expressão de CARAPINHEIRO, 1993) da profissão afasta o médico do paciente e o aproxima, cada vez mais, da patologia.

Bonet (2004) percebe a Antropologia em outro momento da saúde: a formação do médico. Os "nativos" a serem pesquisados são os estudantes de Medicina, que se posicionam

entre o “cinismo” mencionado, presente em sua formação, e o exercício da profissão, onde empatia, afeto e compaixão fazem-se presentes. O equilíbrio entre o “profissional” e o “humano” é derivado da formação no modelo biomédico, em que o hospital, tanto como instituição de ensino como de tratamento, é um “teatro” no modelo interacionista de Goffman, e a residência médica, um momento de aprendizagem de tal representação.

A abordagem da saúde ainda compreende relações entre recortes étnicos e desigualdades em saúde, Medicina popular e manifestações culturais afro-brasileiras, análise de macro tendências, como o envelhecimento da população e outros fenômenos da transição demográfica nas coletividades contemporâneas. Os enfoques antropológicos estão, cada vez mais, presentes, e a dimensão da informação tem neles fundamental relevância, ainda que, muitas vezes, não seja declarada.

4 CULTURA NACIONAL, LOCAL, ORGANIZACIONAL E O PODER

Uma outra vertente de estudos que considera a dimensão social e cultural, em entendimento micro, é a microssociologia. Nascida do estudo de pequenos grupos nos Estados Unidos da América, a partir da década de 40 do século XX, a perspectiva microssocial vai privilegiar a interação social. Esta interação pode ser compreendida como fenômeno informacional, visto que a construção do sentido nela vai ocupar papel preponderante.

A teoria funcionalista reduziu a complexidade dos grupos a modelos mais ou menos simples, mas não esgotou a temática. Ao contrário, abriu discussão para abordagens mais relevantes, como a sociologia compreensiva, de inspiração weberiana, de Schutz (1970), o interacionismo simbólico e os trabalhos de Goffman (1974), e a etnometodologia de Garfinkel (2002), bem como a psicologia social. Todas estas perspectivas guardam alguma similaridade com a perspectiva antropológica – desde a eleição de alguns objetos de estudo (microculturas) até a necessidade de compreensão do outro, segundo perspectiva que abandona a pretensão de neutralidade. Em linha distinta, quer percebê-lo segundo suas próprias motivações. A análise microssocial não guarda semelhanças com os clássicos e amplos ramos da Antropologia, mas, sim, com as abordagens da Antropologia interpretativa, que elege seus objetos numa perspectiva inclusive multicultural, e percebe a ciência como busca de significados específicos por grupos determinados, contrastando com a busca de macrointerpretações sociais ou culturais. A descrição densa da Antropologia interpretativa, assim, guardaria convergências com os estudos sociológicos microetnográficos, demonstrando as similaridades existentes, apesar das discordâncias, entre os autores mencionados.

A teia de significados em que consiste a cultura implica perceber que o sentido, como manifestação da vida social própria à atividade dos sujeitos deve ser compreendida em sua condição de fenômeno local. Mas, segundo Geertz (1997), local é, antes de tudo, um termo relativo. Para ele, o “mundo despedaçado” contemporâneo pede uma Antropologia que compreenda um padrão muito mais pluralista de relações entre os povos, observando a necessidade de mais estudos sobre realidades menores e mais específicas. Daí partir-se, neste trabalho da cultura brasileira para a cultura mineira, investigando a “mitologia da mineiridade”. (ARRUDA, 1998).

Posteriormente, foi percebida a apropriação do conceito de cultura pela teoria das organizações, a chamada cultura organizacional. Schein (1992) a concebe como um conjunto de princípios de determinado grupo, que o mantém integrado e que é ensinado aos novos membros como a forma correta de perceber, pensar e sentir a realidade do grupo. O conceito é, no entanto, dinâmico, e pode ser apreendido em diversos níveis:

(a) Os artefatos visíveis, como arranjo físico da organização, indumentária, etc.

(b) Os valores.

(c) Os pressupostos básicos, normalmente inconscientes, mas que determinam como os membros do grupo pensam, percebem e sentem a realidade do grupo.

As preocupações iniciais de Schein (1982) com o indivíduo, como integrante de grupos na organização, tratavam, inicialmente, dos chamados problemas humanos nas organizações (com referência à natureza humana), o que incluía aspectos biológicos, e, ainda, a socialização dos indivíduos. No entanto, à época, as questões acerca de liderança, participação e conflito não tinham ainda entendimento claro sob a perspectiva da cultura. Em anos posteriores, as proposições de Schein (1992) passaram a incluir não somente a definição da cultura organizacional, mas sua consideração numa perspectiva pragmática que ultrapassa o enfoque meramente compreensivo. A cultura de grupos envolve, basicamente, princípios compartilhados que resolvem, para os integrantes, problemas de adaptação externa e integração interna. Emergiram daí estudos acerca da evolução, aprendizagem, dinâmica e mudança cultural.

Na cultura organizacional, informação e poder ocupam posições similares. Isto valida uma "Antropologia das organizações" ou, para abordar a informação, uma "Antropologia da informação".

Estudos, como os de Hampden-Turner (1992) e Hofstede (1984), efetuaram associações entre culturas organizacionais e culturas nacionais. Pesquisar similar foi empreendida, no Brasil, por Barros e Prates (1997). Este trabalho detectou como características a concentração de poder, a postura de espectador, o personalismo, e o evitar o conflito, além do formalismo, da impunidade, da lealdade pessoal e da flexibilidade (adaptabilidade e criatividade). A flexibilidade é importante no modo brasileiro de administrar, no qual a convivência dos opostos e a resolução de problemas "dando um jeitinho" são marcas fundamentais. Os autores observam que o modelo apresentado é composto de traços complexos e, às vezes, paradoxais, convivendo, lado a lado, o que confirma características mencionadas em trabalhos clássicos de Freyre (2002); Holanda (2006); e, mais contemporaneamente, Darcy Ribeiro (1995) e Roberto Da Matta (1988), para citar apenas alguns autores que elaboraram análises profundas de variados aspectos da identidade nacional. Com relação à cultura mineira, Arruda (1998) e Frieiro (1982), entre tantos historiadores, antropólogos e outros autores, fizeram esforços bem-sucedidos para definir as especificidades da cultura do Estado de Minas Gerais.

O enfoque antropológico não exclui, contudo – antes compreende – a problemática do poder (FLEURY; FISCHER, 1989), uma vez que a cultura carrega, implicitamente, concepções de poder e modos de convivência social que se dão nessa esfera. Parte das informações em saúde compõe um discurso científico que pode ser analisado como instrumento de conhecimento, mas também, como instrumento de poder. O conceito de cultura pode ser utilizado por instâncias mais abrangentes ou mais localizadas de poder: cultura global, cultura nacional, cultura regional, cultura local e cultura organizacional. E o uso da informação para tomada de decisão ilustra bem tal faceta nas organizações, como Choo (2003) detalha.

5 ASPECTOS METODOLÓGICOS

A metodologia da pesquisa foi construída a partir de estudo-piloto, realizado em João Monlevade, MG, quando foram feitas entrevistas com funcionários do nível estratégico, tático e operacional, e, também, aplicados questionários junto a alguns funcionários. Posteriormente, em três etapas, foram investigadas as percepções dos gestores municipais da saúde do Estado, com a ressalva de que as duas primeiras foram quantitativas e a terceira fase, qualitativa.

Na primeira etapa, foi selecionada uma amostragem do universo (todos os secretários de saúde de MG). A amostra foi estratificada segundo a faixa populacional em que o município se encontra e a região do Estado onde está situada, em consonância com as macrorregiões sanitárias de MG, constituídas pela Secretaria de Estado da Saúde pelo Plano Diretor de Regionalização, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Foram escolhidos, então, proporcionalmente, 181 municípios, de todas as faixas populacionais e em todas as regiões mineiras.

No estudo-piloto, os questionários foram encaminhados aos pesquisados (secretários municipais de saúde) pelo Conselho Estadual dos Secretários Municipais de Saúde (COSEMS). Na amostragem definitiva em todo o Estado, foram remetidos pelo Observatório de Captação de Sinais de Trabalho do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) em parceria com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS).

Considerando o objetivo central da pesquisa de avaliar um perfil da informação em saúde nas secretarias municipais de saúde do Estado, segundo a percepção dos secretários municipais, na primeira etapa, além de escolhidos os municípios segundo critérios probabilísticos, foi montado um Grupo de Controle de oito municípios, ou seja, amostra por conveniência. Estes municípios foram eleitos dentre os que fazem parte do Programa Banco de Dados Social da Secretaria de Estado de Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, que integra o Projeto Estruturador de Inclusão Digital do Estado de Minas Gerais, e propõe a formatação de tecnologias de informação para a atenção primária à saúde.

Na segunda etapa, foram selecionadas três regiões e, posteriormente, três municípios (na terceira etapa) para um estudo em profundidade – Ouro Preto, Diamantina e São João Del Rei, e as regiões Centro, Centro Sul e Jequitinhonha, onde se localizam. As regiões foram constituídas pela Secretaria Estadual de Saúde pelo agrupamento de municípios próximos – com geografia, cultura e história similares – para a gestão descentralizada da saúde no Estado. Os municípios foram escolhidos por terem sido definidos como municípios-polo para ações em saúde pela referida Secretaria em suas regiões; as três regiões, porque correspondem à localidade de povoação inicial do Estado no período colonial do Brasil, configurando o núcleo de formação histórica, econômica e cultural de MG.

O estudo analisou comparativamente apenas as percepções dos respondentes – os secretários – acerca da cultura organizacional das secretarias municipais de saúde, e, não, a cultura das populações, embora estejam em contato. A análise dos questionários foi feita por meio da tabulação dos resultados, a partir de elementos de estatística descritiva e do cruzamento dos dados – compondo tabelas e gráficos de análise estatística do programa *Sphinx*, que permitiu extrair conclusões sobre as populações baseadas nas informações então geradas pelo sistema. As entrevistas foram analisadas a partir de categorias empíricas dos vários campos do conhecimento envolvidos no estudo, presentes nos discursos dos respondentes.

O programa da terceira etapa foi construído sob perspectiva simultaneamente transdisciplinar e multirreferencial, isto é, a conjugação de vários campos do conhecimento foi feita simultaneamente à procura de diferentes fontes de informação – entrevistas semi-estruturadas com funcionários de diversos níveis e ocupações, aplicação de questionários e

observação direta. Ao final, foram feitas também entrevistas adicionais com funcionários da Secretaria Estadual de Saúde, do Ministério da Saúde (MS) e professores da Escola de Medicina da UFMG envolvidos com ações na saúde pública do Estado.

6 ANÁLISE DOS RESULTADOS E CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo gerou muitas informações devidamente interpretadas na tese da qual este artigo se origina, a partir de 60 gráficos de cruzamento de variáveis e 25 tabelas para análise das respostas, bem como de informações advindas das entrevistas e dos questionários aplicados. Por isto, como o objetivo do artigo é sumarizar a essência da tese que lhe fundamenta, optou-se por não resumir, de maneira inadequada, a vasta quantidade de informações, escolhendo algumas tabelas mais importantes ou trechos de entrevistas. Ao contrário, privilegiam-se, aqui, as considerações extraídas da análise das muitas informações coletadas e analisadas. Para eventuais consultas e novas interpretações, dados quantitativos e relatos de entrevistas estão disponíveis na tese publicada, e na divulgação parcial dos resultados, em parceria com Secretaria Estadual de Saúde, OPAS e UFMG. (NOVATO-SILVA, 2009).

A hipótese de que as práticas informacionais no setor da saúde refletem o entorno sociocultural, tanto quanto o político e econômico, além dos aspectos técnicos ou tecnológicos, foi confirmada, configurando a validade do conceito proposto de "Antropologia da informação". Esta pode ser conceituada como faceta da CI, segundo a qual, a necessidade, a produção, a organização, o tratamento, o fluxo e o uso da informação de indivíduos ou grupos são condicionados pelas características da cultura da sociedade onde estes se inserem, e que esta cultura comporta variáveis econômicas, políticas, tecnológicas e sociais. Nesta pesquisa, cujo objeto de estudo privilegia organizações do setor público do nível municipal em saúde, as características culturais envolvem fatores que vão da cultura das organizações e de seu entorno à cultura global.

Desvendando esse ambiente, foi possível perceber que a descentralização administrativa do setor saúde, propiciada pela reforma do Estado nas últimas décadas, gerou subefeitos. O primeiro foi a localização da gestão, que assumiu o feitio das estruturas locais de poder e de cultura. O segundo refere-se ao choque entre realidade local e iniciativas e práticas vinculadas à racionalidade técnica de caráter modernizador, oriundas inclusive, mas não somente, da administração da saúde em âmbitos federal e estadual. Embora mantenham também características da tradição política brasileira patrimonialista e clientelista, tais iniciativas e práticas carregam, desde a criação do SUS, uma cultura de caráter tecno-burocrático modernizante. A racionalidade é oriunda, ainda, do próprio campo da saúde coletiva – a epidemiologia e a configuração de novos paradigmas de assistência à saúde – e do campo da administração pública, com a substituição do modelo burocrático da gestão por uma perspectiva mais gerencial.

As três regiões pesquisadas revelaram um entorno cultural das secretarias municipais de saúde com muitas diferenças. Isto demonstrou a existência de impacto em relação ao modo como as informações em saúde são processadas – as diferenças são significativas. A região de Diamantina demonstrou maior desorganização. Os questionários aplicados na amostra de secretários da região constatam, na percepção dos respondentes, ausência de formalização, planejamento e uso das informações disponíveis nos bancos de dados do DATASUS, considerados "complicados".

A região de São João Del Rei comprovou nível mais elevado das características – formalização, planejamento e uso –, mas parece revelar cultura organizacional mais conservadora, mais fechada e menos permeável às mudanças. O município de São João Del Rei, o mais importante da região, mostrou-se diferente (a autonomia relativa da cultura organizacional frente à cultura local é mencionada adiante), talvez, graças à presença de um secretário vindo de fora da cidade, que formou equipe mais qualificada em termos de nível estratégico. O município é também diferente dos que o cercam por alguns fatores: população maior; presença de universidades; e economia mais diversificada.

A região de Ouro Preto indicou, também, conflito entre equipe modernizadora e cultura organizacional conservadora. A proximidade com a capital Belo Horizonte e a presença de recursos financeiros parecem impulsionar para a modernização municípios em que a Secretaria cultiva uma cultura da desorganização, como nitidamente observado em Ouro Preto. A cultura da desorganização, menor em São João, foi fortemente observada em Diamantina – a Secretaria com o índice de informalidade mais forte nos trabalhos. O espaço físico exemplifica isto: a Secretaria de Diamantina é muito aberta. As pessoas entram com liberdade e pedem favores em voz alta. Diferentemente, em São João Del Rei, o acesso é controlado por uma secretária e com portaria eletrônica. As visitas são agendadas. Há uma espera até a chamada e um corredor com portas fechadas aguarda o visitante.

A gestão municipal de saúde carece, segundo relatos, de um banco de dados mais abrangente e amigável. Além de organizar as informações, deve favorecer uso mais fácil, com emissão de relatórios sobre a situação atual da saúde e comparativos com situações passadas, apresentando dados desagregados pelo território. As secretarias municipais da saúde praticamente não têm interface com outras instâncias do setor público municipal – o relacionamento mais forte é em nível intergovernamental, ou seja, com a Secretaria Estadual e com o MS, por meio de cobranças "pactuadas" e repasses financeiros. A grande maioria dos municípios, principalmente os menores, somente alimenta os sistemas de informação distribuídos pelo Governo Federal – são obrigatórios e sua alimentação também é compulsória.

Os municípios dispostos a produzir informações, segundo relatos, encontram grandes dificuldades. Há baixa qualidade das informações, em função de problemas na coleta, nos sub-registros e nos erros, além da impossibilidade de localizar corretamente os problemas nos territórios e nos modos inadequados de atualização das informações. Além disto, a baixa qualificação dos recursos humanos impossibilita a interpretação adequada das informações para seu uso no planejamento e na tomada de decisões. Inexiste uma política de informação nos municípios, e nos níveis estadual e federal da gestão da saúde, não há normas que regulem a produção, a organização, o tratamento e o uso das informações. Da mesma maneira, nas unidades de saúde, houve queixas de funcionamento sem gestão eficiente das informações para a eficiência dos serviços.

As estatísticas produzidas pelo SUS, assim, embora representem significativo avanço, falham em inúmeros critérios de credibilidade: são produzidas por secretarias municipais que têm interesse em recursos financeiros alocados segundo informações prestadas por elas próprias; não são coletadas ou tratadas nos municípios por pessoas com perfil técnico adequado. Há, conseqüentemente, vários procedimentos mal compreendidos e outros problemas, como a duplicidade de cadastros para as áreas de assistência social e saúde, ou informações oriundas do Estado, cujos números não coincidem. O armazenamento é bastante precário, como também o componente ético, no que diz respeito à privacidade e à segurança das informações. Além disto, como os relatos sinalizam, as informações servem mais em

termos de Estado, para tecer planos de longo alcance e / ou para abastecer o MS em suas análises mais gerais, o que não condiz com o objetivo de municipalização da saúde.

Foi possível observar a existência nas secretarias de saúde dos três municípios estudados, de, no mínimo, três ambientes bastante diferentes com relação à informação, configurando subculturas organizacionais e informacionais. O primeiro, da unidade administrativa, está marcado por traços da cultura do serviço público, isto é, por uma gestão da informação disfuncionalmente burocrática, embora em transformação para um novo paradigma gerencial, em ritmos bastante variados, de acordo com o porte e a cultura local dos municípios. No segundo ambiente, das unidades de atendimento, a gestão das informações é marcada pela presença dos médicos. Neste caso, estes profissionais criam um ambiente de tecnicismo benevolente diante das demandas da população. As informações são burocraticamente coletadas para atender às demandas de alimentação dos sistemas do DATASUS, servindo de maneira insatisfatória como suporte para as tomadas de decisão do gestor municipal da saúde. E o terceiro, dos programas do Programa Saúde da Família (PSF). Neste caso, o ambiente de cooperação cria situação favorável ao compartilhamento de informações, razoavelmente aproveitadas no monitoramento do programa e na gestão geral da saúde nos três municípios, mas cuja manutenção, em cada localidade, é ameaçada pelo elevado número de contratos administrativos temporários.

Observou-se, ainda, relativa independência da cultura organizacional. Embora condicionada pela cultura local, ganha, eventualmente, autonomia, por conta da presença de pessoas oriundas de outros locais ou de profissionais qualificados. Quando este grupo recebe o apoio do Prefeito, é possível buscar a modernização das estruturas locais via informatização e gestão mais transparente da informação. na verdade, isto tende a gerar conflitos, porque, neste caso, a postura do Secretário e de seu grupo freqüentemente diverge da dos demais funcionários das outras secretarias em relação à formalização, à necessidade de planejamento, ao cumprimento de normas, etc.

A cultura organizacional nas secretarias, por sua vez, vive eterno conflito entre a herança das tradições locais e o caráter conservador da cultura do serviço público frente à urgência das demandas em saúde da população e à necessidade de modernização, o que gera angústia e sensação de incapacidade em muitos dos funcionários. A presença de profissionais do campo da Economia e / ou da Administração, ou da área de saúde com qualificação em saúde pública ou em Medicina Social, em postos estratégicos, paradoxalmente, não é bem vista. Parece representar tanto um risco para a acomodação instalada quanto para a manutenção dos interesses tradicionais.

A imposição de ferramentas tecnológicas – de caráter global, como a informática e diferentes *softwares* – também representa um paradoxo, já que sua adoção não implica, de fato, uso estratégico das informações. Tal limitação insere-se nos entraves da racionalidade administrativa, demonstrando os cuidados que devem ser tomados quando se consideram as organizações como sistemas processadores de informações. O mesmo se dá com a disponibilidade de informações pelos meios tradicionais ou pela Internet – sua existência não implica acesso, e tampouco, uso. O caminho para a cultura global alterna e conjuga provincianismo e Internet com alguma desenvoltura. No entanto, a utilização das tecnologias de informação como caminho para a mudança cultural não é simples. Os sistemas do DATASUS foram considerados inadequados ou insuficientes para os gestores municipais pelos respondentes nas esferas estadual e federal, dificultando a criação de uma cultura de uso. Além disto, todos os respondentes declararam, em maior ou menor grau, desconfiarem da fidedignidade das informações presentes nos sistemas de informação do DATASUS.

Foram percebidos vários elementos da mineiridade e brasilidade, explicitados pela literatura que versa sobre a identidade do Estado e do País, em todos os municípios visitados, ainda que em graus variados. Entre eles: informalidade, distância do poder, impunidade, improvisação, tolerância, obediência e resignação. Também se verificam outros itens, que compõem a flexibilidade no modo de gestão: ênfase na lealdade pessoal, postura de espectador e paternalismo dos responsáveis, mesclado ao personalismo e ao autoritarismo. A área com mais computadores e mais atrelada aos sistemas de informação do DATASUS – epidemiologia – foi ironicamente chamada de "prima rica" e coloca-se, nos municípios pesquisados, como a mais ocupada e importante, ao tempo em que é a mais distante das outras. Sua ocupação, ao que tudo indica, está diretamente relacionada com o aporte de recursos do Estado.

Centrismo, presença do passado, respeito, continuidade e evitar conflito também constam como características percebidas, configurando instituições mais conservadoras e fechadas, típicas, segundo alguns respondentes, de cidades históricas e muito religiosas. Isto revela, em termos organizacionais, a tendência de um processo decisório do tipo "incremental" – que tende a repetir as decisões passadas, fazendo simples ajustes, o que assegura a manutenção do *status quo*. No caso da saúde, isto significa a conservação de situação social com indicadores distantes dos recomendados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e mais resistente às mudanças, como introdução e uso adequado de instrumentos para gestão da informação.

A alternância de partidos políticos no poder caminha ao lado da ausência de planejamento e de execução de ações a longo prazo, algo fundamental no território da saúde. De qualquer forma, no nível informal da estrutura organizacional, as comunicações fluem com mais desenvoltura e intensidade, mesclando informações técnicas, administrativas, políticas, financeiras, grupais e pessoais. Além disto, notam-se efeitos da cultura do serviço público, quando fatores, tais como estabilidade no emprego, patrimonialismo e corporativismo limitam a efetividade dos resultados, particularmente, onde o paradigma burocrático da gestão pública não foi atualizado pelos aspectos gerenciais da contemporaneidade.

Os Conselhos Municipais de Saúde, segundo os pesquisados, de maneira geral, não fazem controle social. As informações aí tratadas são basicamente financeiras, sendo a discussão balizada pela política local. O traço mais forte da cultura global foi o desejo da informatização. No entanto, foi percebida muito mais como modernização e acesso à multiplicidade de instrumentos que computadores e Internet representam do que um desejo consistente de gestão eletrônica de dados e informações.

O estudo terminou por considerar que, por mais sofisticados que sejam, os sistemas de informação estão sempre submetidos a comportamentos informacionais que sofrem injunções socioculturais, além de constrangimentos de ordem técnica, política, econômica e administrativa. A Ciência da Informação acolheu adequadamente a ótica antropológica e a proposta transdisciplinar deste estudo, abrigando, de maneira muito eficaz, os vários campos do conhecimento, conceitos e autores que compartilham fronteiras.

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Regina Marteleto, pela orientação tranqüila e eficaz.

À Universidade Federal de Minas Gerais e à Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, pelo apoio prestado.

REFERÊNCIAS

ARRUDA, M. A. do N. **Mitologia da mineiridade**. São Paulo: Brasiliense, 1998.

AVISON, D.; MYERS, M. Information systems and anthropology: and anthopological perspective on IT. **Journal Information, Technology & People**, [S. l.], v.8, n.3, p.43-56, 1995.

BARBOSA, L. N. Cultura administrativa: uma nova perspectiva das relações entre Antropologia e Administração. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 36, n. 4, p. 6-19, out. / dez. 1996.

BARROS, B. T.; PRATTES, M. A. S. O estilo brasileiro de administrar. In: MOTTA, Fernando C. P.; CALDAS, M. **Cultura organizacional e cultura brasileira**. São Paulo: Atlas, 1997.

BECKER, H. S. *et al*. **Boys in white**: student culture in medical school. Chicago: University of Chicago, 1961.

BERLINGUER, G. **Medicina e política**. São Paulo: Hucitec, 1978.

BONET, O. **Saber e sentir**: uma etnografia da aprendizagem da biomedicina. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

CÁCERES, C. Más allá del SIDA: la cuestion de la salud GLBT (Gay, Lesbianas, Bisexuales, Personas Transgénero). In: MINAYO, M. C. S. **Críticas e atuantes**: Ciências Sociais e Humanas em saúde **n**a América Latina. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

CARAPINHEIRO, G. **Saberes e poderes no hospital**: uma sociologia dos serviços hospitalares. Porto: Afrontamento, 1993.

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

DA MATTA, R. **Carnavais, malandros e heróis**. Rio de Janeiro: Rocco, 1988.

DAVENPORT, T. H. **Ecologia da informação**. São Paulo: Futura, 2002.

ECO, U. **Tratado geral de Semiótica**. São Paulo: Perspectiva, 1991.

FEATHERSTONE, M. **Cultura global**: nacionalismo, globalização e modernidade. Petrópolis: Vozes, 1999.

FLEURY, M. T. L.; FISCHER, R. **Cultura e poder nas organizações**. São Paulo: Atlas, 1989.

FREYRE, G. **Casa-grande & senzala**. San Jose: ALCCA XX, 2002.

FRIEIRO, E. **Feijão, angu e couve**. São Paulo: USP, 1982.

GARFINKEL, H. **Ethnomethodology's program**. Lanham: Rowman & Littlefield, 2002.

GARNELO, L.; LANGDON, J. A Antropologia e a reformulação das práticas sanitárias na atenção básica à saúde. In: MINAYO, M. C. S. **Críticas e atuantes**: Ciências Sociais e Humanas em saúde **n**a América Latina. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

GEERTZ, C. **Saber local**: novos ensaios em Antropologia interpretativa. Petrópolis: Vozes, 1997.

GOFFMAN, E. **Les rites d'interaction**. Paris: Minuit, 1974.

HAMPDEN-TURNER, C. **Creating corporate culture**: from discord to harmony. [S. l.]: Addison Wesley, 1992.

HOFSTEDE, G. **Culture's consequences**: international differences in work-related values. Newberry Park, CA: Sage, 1984.

HOLANDA, S. B. **Raízes do Brasil**. São Paulo: Cia. das Letras, 2006.

KUPER, A. **Cultura**: a visão dos antropólogos. Bauru: USC, 2002.

LEACH, E. **Cultura e comunicação**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

LÉVI-STRAUSS, C. **L'identité.** Paris: Lib. Plon, 1985.

LÉVY, P. **As tecnologias da inteligência**: o futuro do pensamento na era da informática. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1993

MARTELETO, R. Cultura da modernidade: discursos e práticas informacionais. **Revista da Escola de Biblioteconomia da UFMG**, Belo Horizonte, v. 23, n. 2, p.115-137, jul. / dez. 1994.

MINAYO, M. C. Abordagem antropológica para avaliação de políticas sociais. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 233-238, 1991.

_____. **Críticas e atuantes**: Ciências Sociais e Humanas em saúde **n**a América Latina. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

NOVATO-SILVA, J. W. **Informação na gestão da saúde sob uma ótica transdisciplinar**. Belo Horizonte: Observatório de Recursos Humanos em Saúde / UFMG, 2009.

POLGAR, S. A evolução e as doenças da humanidade. In: _____. **Panorama da Antropologia**. Lisboa: Fundo de Cultura, 1966. p. 221–232.
RIBEIRO, D. **O povo brasileiro**. São Paulo: Cia das Letras, 1995.

SCHEIN, E. H. **Organizational culture and leadership**. San Francisco: Jossey-Bass Publ., 1992.

_____. **Psicologia organizacional**. Rio de Janeiro: Prentice-Hall do Brasil, 1982.

SCHUTZ, A. **Fenomenologia del mundo social**. Buenos Aires: Paidós, 1970.

SILVEIRA, M. L. da. **O nervo cala, o nervo fala**: a linguagem da doença. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

SPINELLI, H. Condiciones de salud y desigualdades sociales: historias de igualdades, desigualdades y distintos. In: MINAYO, M. C. S. **Críticas e atuantes**: Ciências Sociais e Humanas em saúde **n**a América Latina. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

STRUCHINER, M.; GIANELLA, T.; RICCIARDI, R. V. Novas tecnologias de informação e educação em saúde. In: MINAYO, M. C. S. **Críticas e atuantes**: Ciências Sociais e Humanas em saúde **n**a América Latina. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

WINKIN, Y. **A nova comunicação**. Campinas: Papirus, 1998.