



I Plano Diretor para o Desenvolvimento da Informação e Tecnologia da Informação em Saúde

2008 - 2012

Organização:
Grupo Técnico de Informação em Saúde e População
GTISP/ABRASCO

**ABRASCO**
ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA
DE PÓS-GRADUAÇÃO
EM SAÚDE COLETIVA

I Plano Diretor para o Desenvolvimento da Informação e Tecnologia da Informação em Saúde

2008 - 2012

*Dedicamos o I PlaDITIS à memória do querido
companheiro de tantas lutas Miguel Murat Vasconcellos*

Organização:
Grupo Técnico de Informação em Saúde e População
GTISP/ABRASCO

DIRETORIA DA ABRASCO – 2006/2009

Presidente

José da Rocha Carvalheiro – USP

Vice-Presidentes

Armando Martinho Bardou Raggio – FEPECS

Luiz Antonio Fachini – UFPeL

Madel Therezinha Luz – UERJ

Maurício Lima Barreto – UFBA

Paulo Ernani Gadelha Vieira - FIOCRUZ

Grupo Técnico de Informação em Saúde e População - GTISP

Álvaro Escrivão Junior - FGV-EAESP/GVsaúde

Edmilson Belo Pereira - SMS-Uberlândia

Eduardo Mota - ISC - UFBA

Ilara Hämmerli Sozzi de Moraes - ENSP/FIOCRUZ

Jacques Levin – DATASUS/MS

Miguel Murat Vasconcellos - ENSP/FIOCRUZ

Silvia Rangel dos Santos - ENSP/FIOCRUZ

Secretário Executivo

Álvaro Hideyoshi Matida – ABRASCO

Secretária Executiva – Adjunta

Margareth Pessanha - ABRASCO

<http://www.abrasco.org.br/grupos/g11.php>

■ APRESENTAÇÃO

O GTISP, criado há 15 anos, mantém o compromisso em cumprir sua missão de ⁽¹⁾ constituir-se em um espaço aberto e plural de debate, construção coletiva e sistematização de propostas relacionadas a um Projeto Nacional para a Informação em Saúde e suas Tecnologias que seja comprometido com a melhoria da Saúde da população brasileira, envolvendo *sujeitos históricos* que atuam na área: pesquisadores, docentes, gestores, profissionais e representantes da sociedade civil. Nesse sentido, o GTISP vem procurando subsidiar a formulação e implementação de uma Política Nacional de Informação e Informática em Saúde voltada para a defesa do direito universal à saúde, do dever do Estado em garantir esse direito e da democratização e qualidade das informações em saúde, inserida em um amplo processo de inclusão digital dos diferentes segmentos da sociedade.

Assim, considerando, por um lado, o amadurecimento alcançado pelo GTISP ao longo desses anos e, por outro, os problemas ainda existentes na área de informação e informática em saúde, o GTISP decide propor a elaboração de **Plano Diretor para o Desenvolvimento da Informação e Tecnologia de Informação em Saúde**. Espera, desse modo, reafirmar seu compromisso com a saúde coletiva/saúde pública brasileira.

A proposta de elaboração do **Plano Diretor para o Desenvolvimento da Informação e Tecnologia de Informação em Saúde/2008-2012 (PlaDITIS)** tem por objetivo contribuir para o debate tanto no âmbito das instituições de ensino e pesquisa dos associados da ABRASCO, quanto das instituições públicas que têm a responsabilidade de executar as políticas de saúde, em especial aquelas atuantes na área da Informação e suas tecnologias, bem como para os Conselhos de Saúde em suas três esferas de atuação. Este é um desafio gigantesco somente alcançável por meio de um amplo processo democrático de construção de consenso entre seus diversos participantes.

Oficinas de Trabalho e Seminários têm sido os principais mecanismos adotados pelo GTISP, desde sua criação, para debater suas propostas. Assim, organizou a Oficina de Trabalho: “Construindo o Plano Diretor para o Desenvolvimento da Área de Informação e Informática em Saúde”

no âmbito do IV Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde, ocorrido em julho de 2007, em Salvador, promovido pela ABRASCO.

Nesta oficina de trabalho iniciou-se a elaboração do **I PlaDITIS**, que foi sucedida por outros espaços de debates. Sabe-se que esse processo é contínuo e precisará cumprir outras etapas para incorporar novas contribuições dos demais associados da ABRASCO, de entidades de ensino e pesquisa, de instituições que implementam a Política de Informação e Informática em Saúde, das instâncias de representação da sociedade civil organizada e de profissionais de saúde. Esta estratégia procura garantir que, por aproximações sucessivas, a complexa variedade dos cenários políticos e tecnológicos do país seja contemplada nas análises, propostas e recomendações.

Este documento apresenta o **PlaDITIS 2008/2012** que, ao incorporar os debates transcorridos no decorrer de sua elaboração, expressa o resultado de uma construção coletiva.

O **I PlaDITIS** procura contemplar três dimensões consideradas estratégicas: 1) ensino, 2) pesquisa e 3) informação e suas tecnologias na gestão, regulação, programas e serviços de saúde, tendo como eixo condutor o processo de trabalho em saúde, de acordo com as atribuições das três esferas de governo.

Sua elaboração tem, como ponto de partida, o esforço por revisitar proposições e questões, discutidas recorrentemente em nossas Oficinas, referidas à construção de uma Agenda que consubstancie a formulação, implementação e avaliação da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde, enquanto requisito estratégico para o aperfeiçoamento do SUS.

■ MARCOS REFERENCIAIS

É preciso enfatizar que, para o GTISP, a área *Informação em Saúde* abrange, embora a ele não se restrinja, o campo da Tecnologia da Informação em Saúde (que é também designada por muitos, como *informática em saúde*). Entendemos que, nas sociedades contemporâneas, não é possível debater informação de forma desarticulada da discussão das tecnologias que lhe dão suporte.

Tendo como inspiração o processo desencadeado pela Comissão de Epidemiologia da Abrasco, desde 1989, propõe-se, como parte integrante do Plano Diretor, a constituição de mecanismos permanentes de acompanhamento do **PlaDITIS**. Espera-se, ao final de cada período, obter-se uma avaliação que coteje cada uma das propostas e recomendações com o que foi de fato alcançado. Essa análise servirá de base para a elaboração do PlaDITIS no próximo período.

A relevância dessa iniciativa alicerça-se na constatação de que, em grande medida, permanecem até os dias atuais grandes desafios apontados pelo Gtisp anteriormente, podendo-se destacar, de forma sumária, as seguintes características ainda prevalentes:

1. Resistências para a adoção do princípio de que a 'informação em saúde' constitui um *Bem Público* e seu acervo é um patrimônio do país e conquista da sociedade brasileira.
2. Obstáculos/dificuldades/restrições de acesso às informações em saúde pela população para o exercício do controle social e de sua plena cidadania; ou seja, para a democratização da informação.
3. Sistemas de informações fragmentados, falta de processos abertos de padronização e interoperabilidade, ausência de uma 'cultura do uso da informação' no processo decisório, fragilidade das estratégias de disseminação e da elaboração de preceitos éticos e de segurança que protejam a privacidade do cidadão.
4. Carência na produção de conhecimento relacionada à Informação em Saúde, observando-se ainda uma acentuada defasagem na

incorporação do conhecimento e tecnologia gerados. Os avanços nesta área não são apropriados, absorvidos e/ou utilizados pelas instituições de saúde em seu saber/fazer cotidiano.

5. Lentidão no atendimento da necessidade de novos conteúdos nos processos de formação permanente que propiciem novas habilidades e competências aos profissionais responsáveis pela gestão da informação, impondo que sejam aprofundadas as reflexões sobre qual o perfil desse profissional, face ao acelerado processo de inovações tecnológicas nesse campo e ao ampliado escopo das necessidades que surgem no cotidiano da atenção à saúde.
6. Processo insuficiente de educação permanente de *equipe de informação e informática em saúde* nas três esferas de governo, tanto no âmbito da gestão do sistema de saúde quanto nos serviços assistenciais.
7. Fraca identidade da ‘área’ de informação e informática em saúde nas instituições de saúde, o que contribui, dentre outras conseqüências, para sua vinculação organizacional a setores diversos, de forma atomizada e competitiva, com ausência de um processo coordenado em torno das práticas e saberes de informação e informática, que permanecem dispersas e redundantes, reforçando sua fragmentação e gestão pulverizada. Essa inserção organizacional, tanto no âmbito dos sistemas e serviços de saúde quanto nas instituições de C&T em Saúde, reflete sua ‘fragilidade’ em termos de prestígio, relevância e correlação de forças no cotidiano das esferas de decisão política na saúde. ⁽²⁾
8. O campo da Informação em Saúde e suas tecnologias, no Brasil, não tem suas delimitações epistemológicas suficientemente legitimadas pelos pares no interior da Saúde Coletiva.
9. Visão das práticas de informação em saúde reducionista e tecnicista, de simples “área meio”, encobrendo sua atuação como espaço estratégico de disputa de interesses, tanto no âmbito dos sistemas e serviços de saúde, nas instituições de pesquisa e ensino, quanto no interior das próprias áreas de informação e informática

em saúde. A tematização da ‘informação e informática em saúde’ (IIS) torna-se uma “caixa preta”, sob o domínio de *experts* de IIS que imprimem uma racionalidade tecnocrática a uma questão de política pública - Política de Saúde e, como parte integrante desta, a Política de Informação e Informática em Saúde. ⁽²⁾

10. Forte pressão das empresas privadas de informática em disputa pelo setor público da saúde, enquanto fatia substantiva de mercado, onde há uma luta pela direcionalidade da Política de Informação e Informática em Saúde. Em paralelo, observa-se um processo de sucateamento das instâncias públicas de gestão da informação e informática em saúde, fortalecendo a tendência pela opção à terceirização sem critérios técnicos transparentes e com controle escasso dos serviços terceirizados. ⁽²⁾

Hoje, essas preocupações já estão incorporadas à Agenda de luta e reivindicações para a melhoria do SUS, encontrando-as nos relatórios finais das últimas Conferências Nacionais, Estaduais e Municipais de Saúde. Com certeza esse fato é consequência da luta de movimentos que ultrapassam a atuação do GTISP. Mas, enfatiza-se aqui que o GTISP foi partícipe desse movimento, e em muitos aspectos esteve na vanguarda de algumas dessas idéias que se inserem na luta pela Reforma Sanitária brasileira, que pretende muito mais do que a organização de serviços de saúde ou “reforma setorial” e nisto (para isto) a Informação exerce um papel político-social especialmente relevante e estratégico.

Dentre essas, destaca-se a proposta de criação do Comitê de Informação em Saúde no âmbito do Conselho Nacional de Saúde, conforme publicado na página 36 do citado documento de 1994⁽¹⁾. As conquistas da sociedade têm seu próprio tempo, decorrente da correlação de forças e de interesses presentes na disputa por sua implementação. Daí, apenas em 2005 (após 13 anos de intenso trabalho!) o Conselho Nacional de Saúde aprovou a constituição do Comitê Intersetorial de Comunicação e Informação em Saúde.

Em 2008, o Gtisp foi reformulado e ampliado, buscando manter sua característica histórica de contar com a participação de pesquisadores comprometidos com as lutas da Saúde Coletiva e unidos em torno do seguinte objetivo:

Contribuir para qualificar e ampliar a capacidade de respostas das instituições em saúde em face dos problemas e desafios postos pela realidade brasileira por meio da elaboração de propostas e da produção do conhecimento visando enfrentar os limites ainda existentes na gestão e desenvolvimento de sistemas, redes, serviços, processos e produtos de Informação em Saúde e suas tecnologias.

Persegue-se, assim, a incorporação de forma crítica e criativa das inovações relevantes no campo da Informação em Saúde para a apropriação mais equânime dos seus benefícios pelo conjunto da população brasileira.

A ética da responsabilidade suscita o desafio de desempenhar um papel estruturante em uma área de crescente importância estratégica no âmbito do setor saúde, pois, no cenário contemporâneo, a informação e as tecnologias a ela referidas possuem tal centralidade e relevância que sua excelência ou precariedade afeta o desenvolvimento de cada área de atividade social, a obtenção de seus objetivos e dos resultados desejados. A gestão da Informação e suas tecnologias tornam-se, assim, macro-função estratégica da gestão do SUS.

Nesse sentido, a partir da análise dos avanços e recuos ocorridos ao longo desses 15 anos, esse documento apresenta a versão em debate do **I Plano Diretor para o Desenvolvimento da Informação e Tecnologia de Informação em Saúde** no quinquênio de 2008 a 2012. Com a subsequente elaboração de Planos Diretores quinquenais, o GTISP inaugura um novo ciclo em sua trajetória de atuação na arena nacional em saúde, reafirmando seu compromisso de contribuir e participar do debate em torno das políticas públicas, das instituições de ensino e pesquisa, dos sistemas e serviços de saúde e de instâncias de representação da sociedade civil organizada no que se refere à área de Informação em Saúde e suas tecnologias. Nesse novo ciclo, mantém-se firme na defesa dos marcos referenciais adotados quando de sua criação, destacando-se:

- A Informação em Saúde é direito de todos e dever do Estado e precisa estar a serviço da sociedade, da justiça social e da democracia, constituindo-se em um dos alicerces da construção da cidadania e da ‘consciência sanitária’.

- Entende-se a Informação em Saúde como bem público, que deve estar sob gestão de mecanismo colegiado, democrático e exposto ao exercício do controle social do SUS.
- As definições em torno das opções relacionadas às Tecnologias de Informação e Comunicação em Saúde - TIC (informática em saúde) devem integrar a Política de Informações em Saúde, que por sua vez precisa estar articulada à Política de Saúde.

■ EIXOS EM DEBATE

1. Fontes de Dados e Sistemas de Apoio à Decisão Clínica e à Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde:

Há dez anos, o debate na Oficina de Trabalho do GTISP em Águas de Lindóia teve como tema a compatibilização de bases de dados nacionais e como essa questão impacta a gestão de sistemas e serviços de saúde. Trata-se de atualizarmos e articularmos o entendimento do conceito de compatibilização de dados com a noção de padronização e interoperabilidade. A padronização potencializa a qualidade dos dados e a interoperabilidade otimiza os sistemas de gestão e de apoio à decisão clínica, especialmente quando falamos de sistemas integrados.

Tais sistemas, para serem efetivamente de apoio à decisão, devem ser:

- estruturados com base no processo de trabalho em saúde;
- capazes de tratar/lidar/interoperar com as fontes de dados de interesse para a saúde, potencializando seu próprio objeto;
- capazes de construir com agilidade indicadores robustos demandados, a qualquer tempo, pelas instâncias decisórias em todos os níveis e pelo controle social. O debate recente sobre o aborto com diversidade heterogênea de informações é um bom exemplo dessa necessidade.

Além de contar com estas características, os sistemas devem ser estruturados para alimentar painel de indicadores e contribuir para

manutenção de indicadores consagrados em instâncias colegiadas como a RIPSA⁽³⁾ e validados por sociedades científicas;

A título de ilustração para subsidiar as discussões, consideremos dois *Sistemas de Gestão* imensamente necessários: o Sistema de Informação da Atenção Básica e o Sistema de Regulação Assistencial e de Acesso. Pode ser imaginado, também, um *Sistema de Gestão* de unidades de saúde como o Hospub. Além de fontes de dados específicas aos seus objetos, devem estar articulados com as fontes de dados em saúde de base nacional, tanto os registros administrativos quanto as pesquisas/inquéritos populacionais, bem como atender às demandas de apoio clínico do corpus técnico de unidades assistenciais, rompendo com histórica dicotomia entre gestão/administração e atendimento clínico/terapêutico.

Para esses dois sistemas de gestão, modelados com base no processo de trabalho específico de cada um (Atenção Básica e Regulação Assistencial), o prontuário do paciente é uma fonte de dados fundamental, onde, a depender dos atributos sócio-econômicos vinculados a sua identificação, poder-se-á avançar nas relações entre situação de saúde e condições de vida. De outro lado, devem interoperar com os registros administrativos tais como a DO/SIM, DN/SINASC, AIH/SIH, TISS, SINAN, Questionário Geral do Censo Demográfico. Portanto, sistemas e fontes de dados devem estar compatíveis, padronizados e interoperando entre si.

Como componentes estruturantes dessa proposta estão os cadastros e as tabelas dessas fontes de dados. Dentre os cadastros, deve-se ter como referência a análise da situação do Cadastro Nacional de Usuários (Cartão SUS), da necessidade de um Cadastro de Domicílios, articulado com logradouros e do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), que inclui o cadastro dos profissionais de saúde. Cabe ressaltar a experiência de interoperabilidade do Datasus com o uso de webservices no Cadastro Nacional de Usuários.

Para subsídio dessa discussão, cabe analisar os relatórios finais das oficinas de trabalho do GTISP (encontrados no site da Abrasco (<http://www.abrasco.org.br/grupos/g11.php>) e o texto do International Microdata Scoping Studies Project, parte do Data International Forum e patrocinado pelo Economic & Social Research Council, (<http://www>.

esrcsocietytoday.ac.uk/ESRCInfoCentre/IDF/conpapers/default.aspx?ComponentId=19860&SourcePageId=19582), que abrange textos e características dos micro-dados sociais e econômicos, de diversos países, entre eles o Brasil.

As dificuldades encontradas ao longo dos últimos dez anos para a implementação de propostas de padronização e interoperabilidade, superando a fragmentação existente, precisam ser profundamente analisadas em seus determinantes históricos sob pena de não se alcançar a superação desse status quo. Nessa análise, é importante compreender a real dimensão da tendência crescente à terceirização de sistemas e serviços de tecnologia de informação em dimensões, produtos e serviços estratégicos para a gestão do SUS, vis a vis à crescente fragilidade das instâncias públicas de gestão da informação e informática em saúde, agravada pela insuficiência de investimentos para a estruturação desta área, o que inclui a não realização de concurso público para a expansão qualificada de seus quadros técnicos, nas três esferas de governo.

Propostas de Metas / Agenda para o período 2008-2012:

1. Fomento a um amplo debate que defina, de forma democrática e participativa, qual modelo de governança da informação e das tecnologias de informação em saúde favorece a criação de condições de integração, não apenas técnica-administrativa-tecnológica, mas de gestão política dos diferentes interesses presentes nesse processo, ou seja, qual o **regime informacional** a ser implementado que contribui para a superação dos problemas evidenciados, pois processos integrados não começam na etapa de produção da informação.
2. Adoção de padrões de informação em saúde e suas tecnologias de: conteúdo, representação, troca e segurança, definidos de forma democrática e não tecnocrática – até 2012.
3. Definição e implementação de **Prontuário Estruturado do Paciente**, da atenção básica ao hospital, vinculado ao processo de trabalho, para ser útil no apoio à decisão clínica, de gestão do sistema e rede de serviços de saúde e na análise da situação de saúde – até 2009.

4. Incorporação da produção da informação e seus registros aos processos de trabalho. O registro deve ser subproduto do processo de trabalho, diminuindo o tempo gasto para o seu registro.
5. A política nacional de informações e informática em saúde deve estabelecer canais de articulação intersetorial com os demais órgãos de mesma esfera de governo.
6. Inclusão no Pacto pela Saúde de ações / atividades de gestão da informação e tecnologias de informação em saúde, destacando sua incorporação aos Termos de Compromisso assinados. Até 2009.
7. Estabelecimento de mecanismos que apóiem o ‘controle social informado’ e a inclusão da agenda da informação e tecnologias de informação em saúde na pauta de deliberação dos conselhos de saúde em suas três esferas de atuação.
8. Intensificação da participação ‘da Saúde’ nos processos implementados de e-ping (governo eletrônico).
9. Priorização no estabelecimento de canais de comunicação com o Sistema Nacional de Estatística e de Geografia (informações espaciais) - Até 2009.
10. Avaliação da qualidade da informação e dos Sistemas de Informação em Saúde realizada por instituição de pesquisa externa aos produtores e gestores da informação, pois a avaliação aqui preconizada pressupõe um olhar que minimize a ocorrência de possíveis vieses, não sendo confundida com a ação de monitoramento inclusa nas atribuições das instâncias produtoras e gestoras da informação.
11. Estabelecer pacto em torno de diretrizes que orientem a realização de inquéritos nacionais e regionais para estimular o uso dos dados produzidos na gestão de serviços do SUS.
12. Aprimoramento de métodos e processos informacionais que sejam sensíveis à identificação das demandas de saúde não atendidas de forma a subsidiar a reorientação da oferta (pacientes não atendidos).

13. Identificação de lacunas para o desenvolvimento de sistemas e de informações em saúde.
14. Estímulo ao estabelecimento de consenso em torno da adoção de metodologias de agregação, cálculo e indicadores de análise das informações no interior das instituições das três esferas de governo – até 2010.

2. Infra-Estrutura de Comunicação - Conectividade

Questão sempre presente nas oficinas do GTISP, a necessidade de prover acesso rápido à Internet ou mais propriamente a necessidade de inclusão digital ampla dos serviços de saúde continua urgente. Precisa-se destacar nesse ponto o debate em torno da adoção do software livre/ software público/software de domínio público.

O debate em torno do papel do Estado nesse processo é central. A depender dessa definição, fica mais claro descortinar as opções tecnológicas e de gestão da informação e informática em saúde: fortalecimento da gestão pública da informação e informática em saúde ou terceirização?

Em que modelo se dará a relação das instâncias gestoras com as operadoras de telecomunicação? Qual o projeto de conectividade que deve ser adotado: manutenção do *status quo*, diversas tecnologias, um backbone da saúde?

O acesso a Internet pelos sistemas e serviços de saúde, com qualidade e em quantidade adequada em todas as esferas e níveis de serviços, é pré-requisito para o avanço do SUS e a consolidação das Informações em Saúde no Brasil. Traz benefícios tanto para os sistemas de informação de interesse para a Saúde quanto para a ampliação de um processo permanente de qualificação de profissionais e/ou de conselheiros de saúde, melhorando a gestão das informações e do próprio SUS, propiciando maior rapidez no seu uso e disseminação.

Essa constatação suscita novas indagações, pois considerando que o uso de TICs pode contribuir para a melhoria da saúde de populações e para a coesão social, como administrar conflitos de interesse entre empresas

operadoras de telecomunicação (que não investem em infra-estrutura em localidades com baixo poder aquisitivo, por exemplo) e a necessidade de prover atenção em saúde de qualidade a populações tradicionalmente excluídas de benefícios de desenvolvimento econômicos e sociais, como moradores em favelas, periferia e/ou distantes de grandes centros urbanos, garantindo que as unidades de saúde tenham acesso à internet?

Propostas de Metas / Agenda para o período 2008-2012:

1. Atuação no sentido de ampliar e articular os investimentos hoje dispersos para o fortalecimento e atualização da infra-estrutura computacional, de telecomunicação e dos recursos humanos no SUS nas três esferas de governo - até 2012.
2. Desenvolvimento de infra-estrutura adequada à implantação de tele saúde / telemedicina, utilizando diferentes alternativas (internet, tv digital interativa terrestre, e outras), em suas diversas dimensões (segunda opinião, educação à distância, por exemplo) - até 2012.
3. Fomento à utilização de WEBServices/sistemas distribuídos, mudando o atual modelo de informação com fluxos ascendentes / descendentes no tempo e no espaço como base nas relações entre esferas de governo e intragovernamentais - até 2012.
4. Apoio a processos de inclusão digital dos conselhos de saúde, nos moldes do Programa de Inclusão Digital do Conselho Nacional de Saúde desenvolvido com o apoio da Secretaria de Gestão Participativa /Ministério da Saúde. De 2008 a 2012.
5. Resgatar, em um contexto de debate democrático e participativo, a proposta do Cartão SUS, que possui em torno de 130 milhões de registros (cadastro) – até 2009.

3. Ética, privacidade e confidencialidade

As novas tecnologias de informação tornam possível, cada vez mais, o controle da vida do cidadão e permitem seu rastreamento em diferentes bases de dados. Impõe-se, portanto, discutir o limite político entre a esfera pública e a esfera privada da vida e as estratégias de uso das tecnologias de informação e comunicação de massa nas sociedades globalizadas. Em

resumo: qual é o espaço do indivíduo e do coletivo, da subjetividade e do exercício de cidadania? É preciso exigir o controle social e ético sobre o monitoramento do indivíduo pelo Estado. É importante descortinar os fins que orientam a racionalidade instrumental do Estado sobre a sociedade e debater as possibilidades de implementação de uma racionalidade comunicacional que incorpore todas as vozes presentes na práxis em saúde.

Neste ponto, outra questão se apresenta: as políticas de governo eletrônico (*e-gov*) estão subordinadas a que interesses? Será necessário cotejar a privacidade/ confidencialidade com as políticas de governo eletrônico. O tema abrange um vasto conteúdo: cadastro populacional, sistema cartão, centrais de regulação, prontuário/assinatura eletrônico, as bases de dados de operadoras de planos de saúde, entre outros itens.

Propostas de Metas / Agenda para o período 2008-2012:

1. Necessidade de instituição de arcabouço jurídico-ético de defesa da privacidade do cidadão e confidencialidade dos dados individualizados existentes no SUS que regulamente os limites entre os direitos e deveres da esfera pública de gestão da saúde e o direito de preservação da esfera privada da vida do cidadão em torno do uso das informações nominais em saúde, a partir de um amplo processo de debate com a sociedade, outros órgãos governamentais (Ministério da Fazenda, CEF, Secretaria Nacional de Concorrência, Ministério da previdência Social, dentre outros), com os Conselhos de Saúde, os gestores das três esferas e as instituições de ensino e pesquisa. Até 2011.
2. Formalização legal do princípio de que as informações fornecidas pelo cidadão em seu contato com o sistema de saúde são dele e não da instituição, da equipe ou do médico: prontuário estruturado do paciente (PEP). Resgatar o estágio atual de minuta de Portaria Ministerial que se aproxima desse tema – até 2009.
3. Estudos sobre a viabilidade da adoção, nas unidades assistenciais do *consentimento esclarecido formal* em relação às informações fornecidas pelo paciente, como forma do cidadão deter o controle sobre o acesso, formalizando a autorização sobre seu uso – até 2012.

4. Processo contínuo de capacitação, para todos os trabalhadores do SUS, em torno do respeito à privacidade e à confidencialidade dos dados: expressão de um pacto ético de responsabilidade e respeito ao outro. Até 2012.
5. Constituição de códigos de ética para os agentes de saúde e os profissionais / técnicos de informática que atuam na saúde, por exemplo. Não são suficientes, apesar de necessários, mas sua elaboração ampliará o debate político. Até 2012.
6. Aumento de penalidades para as empresas de informática que violarem o princípio da privacidade e confidencialidade das informações em saúde, previstos desde a contratação.
7. Rever o Código do Servidor Público, incluindo de forma mais explícita, com penalidades maiores, a questão do respeito à privacidade e à confidencialidade.
8. Adoção em larga escala na Saúde do uso de certificados digitais emitidos pela Infra-estrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.
9. Adoção de uma Política de Segurança, amplamente debatida, voltada para todo o ciclo de vida da informação. Até 2009.
10. Inclusão do debate em torno dos limites entre a esfera pública e privada da vida desde o ensino fundamental. Até 2012.

4. Estrutura e organização da gestão da informação e tecnologia de informação em saúde

Nas três esferas de governo observa-se uma pulverização das equipes que gerenciam a informação e informática em saúde. Em alguns casos, agravados pela separação da gestão tecnológica da informação, piorando o quadro de fragmentação (tecnológica, de gestão, de sistemas) e desperdício de recursos públicos. De fato, observa-se a ausência de uma coordenação da política institucional da informação e suas tecnologias, o que favorece a manutenção de feudos técnicos estanques, sistemas fragmentados e verticalizados, interesses privados face à possibilidade de vendas de multiplicidade de “soluções de informáticas”.

Por outro lado, é tênue o debate sobre a Informação e suas tecnologias no âmbito dos espaços de gestão tripartite e bipartite do SUS. No cenário contemporâneo, a informação e suas tecnologias possuem tal centralidade e relevância que sua excelência ou precariedade afeta o desenvolvimento de cada área de atividade social, a obtenção de seus objetivos e dos resultados desejados. Entretanto, observa-se que diferentes gestores e profissionais de saúde “abrem mão” desse debate, preferindo tratá-lo como uma ‘caixa preta’ de domínio dos ‘técnicos especialistas’, esvaziando seu conteúdo político e reforçando a “cultura” da fragmentação e do pouco uso da informação no processo decisório em saúde.

Ainda prevalece no SUS uma visão reducionista e tecnicista, de simples “área meio”, o que atende aos interesses econômicos das empresas de tecnologia de informação e aos interesses políticos dos que apostam na opacidade dos processos de gestão pública. Tradicionalmente tratada como infra-estrutura, passível de ser terceirizada como transporte, limpeza e segurança, fica esvaziada em sua potência de contribuir para um salto na capacidade de respostas das instituições de saúde frente aos complexos problemas de saúde, impactando na capacidade de governança enquanto macro-função estratégica da gestão da saúde.

Propostas de Metas / Agenda para o período 2008-2012:

1. Estruturação de instância com a atribuição institucional de coordenar a gestão das informações em saúde e suas tecnologias no âmbito das Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde e do Ministério da Saúde, como resultado da implantação no SUS de um novo modelo de gestão da ‘informação e informática em saúde’ nas três esferas de governo. Até 2010.
2. Empoderamento da coordenação das informações e suas tecnologias em saúde na estrutura institucional das três esferas de governo. Até 2010.
3. Fomento a processos de produção da informação tendo por referência a integralidade da atenção, a interdisciplinaridade e a intersetorialidade. Até 2010.

4. Desenvolvimento de novos e o aprimoramento dos produtos / soluções de informação em saúde já existentes, prioritariamente em software livre, pelo DATASUS, Secretarias Estaduais e/ou Municipais de Saúde a partir da utilização da metodologia / protocolos do Software Público, tornando-os referência de padrão de excelência e qualidade no país. – até 2011.
5. Definição de mecanismos voltados para a incorporação de software livre no SUS. Até 2010.
6. Estabelecimento de mecanismos para a qualificação e adoção de maior transparência em todo o processo de aquisição de software e/ou de serviços de informática. Até dezembro/2008.
7. Retomada do processo de desenvolvimento de sistemas de informação utilizando a 'arquitetura por componentes'. Até dez/2008.

5. Desenvolvimento Científico, Tecnológico e Inovação em Informação e Tecnologia de Informação em Saúde (*)

A Informação em Saúde e suas tecnologias vêm se constituindo em uma área transdisciplinar por excelência. Envolve saberes oriundos, pelo menos, da computação, telecomunicação e das chamadas ciências da saúde. Em função disso, torna-se fundamental a busca por propostas que incentivem a articulação entre essas diversas áreas do conhecimento. É, portanto, imprescindível uma articulação entre o Ministério da Saúde, Ciência e Tecnologia, Ministério da Educação e instâncias colegiadas do SUS na definição de chamadas públicas dedicadas ao desenvolvimento de conhecimento que atenda às demandas do SUS, consubstanciando uma Política de Desenvolvimento Científico e Tecnológico e de Inovação dedicada à Informação e suas Tecnologias em Saúde.

Como todo campo em construção, há desafios históricos a serem enfrentados na construção institucional de espaços portadores de potência e relevância político-epistemológica. Esses sinalizam um

(*)Este item teve como base o artigo: Moraes, IHS et Gómez, MNG. 'Informação e informática em saúde: caleidoscópio contemporâneo da saúde'. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, v.12, n.3, p 553-565, 2007. ⁽²⁾

desafio a ser coletivamente enfrentado: a (re)formulação de matrizes gnosiológicas nos leva a questão da 'governança' da pesquisa e da ciência e tecnologia em *informação e informática em saúde*.

Os estudos e pesquisas relacionadas às ações e meios de informação têm seguido, de modo preferencial, as abordagens funcionalistas e instrumentais, tendo como meta explícita, nem sempre alcançada, a otimização do desempenho dos setores institucionalizados, apenas tangenciando concepções transformadoras e inovadoras das atividades de informação regulares. Como consequência, são incluídas e valorizadas como produtos de serviços auxiliares, restritas a função de meios, ficam invisíveis à problematização e às reflexões epistemológicas que regularmente examinam e reformulam o escopo, a abrangência e as relações das ciências, práticas e políticas em saúde.

A crescente inclusão de temáticas tecnológicas em espaços disciplinares, acadêmicos e de P&D não modifica, de fato, as questões aqui levantadas. Cabe, então, perguntar: Por que são mantidas em uma posição secundária, minimizadas como dimensões subsidiárias, auxiliares e não constitutivas do campo transdisciplinar da Saúde?⁽²⁾

Na busca por respostas e propostas de superação do *status quo* é preciso aprofundar o debate em torno da necessidade de constituição de uma *Rede Nacional de Centros de Ensino e Pesquisa em Informação e Tecnologia da Informação em Saúde* voltada para um intensivo processo de interlocuções e troca de experiências que potencialize os investimentos de fomento em P&D, constituindo massa crítica e criativa, produtora de conhecimento (teórico, conceitual, metodológico, tecnológico e técnico-operacional) nas esferas públicas de C&T em Saúde e dos Serviços de Saúde.

Propostas de Metas / Agenda para o período 2008-2012:

1. Constituição da *Rede Nacional de Centros de Ensino e Pesquisa em Informação e Tecnologia da Informação em Saúde* (inclui as escolas Técnicas existentes no SUS). Até 2009.

2. Estimular a constituição de redes entre grupos de pesquisa consolidados, com vistas ao enfrentamento de questões de investigação complexas ou a realização de projetos de grandes dimensões. Até 2009.
3. Construção de uma Política de Fomento em C & T voltada para a Informação e suas Tecnologias em Saúde, enfatizando a necessidade de programas específicos, nas agências financiadoras nacionais e estaduais. Até 2008.
4. Garantia de continuidade e regularidade de financiamento adequado, a longo e médio prazos, aos grupos consolidados e aos emergentes, por intermédio de canais diferenciados de alocação de recursos. Até 2011.
5. Articulação da ABRASCO, no sentido de reivindicar maior participação organizada da comunidade científica da *Informação em Saúde e suas Tecnologias* nas agências de formulação, deliberação e implementação da política científica em todas as instâncias, com especial ênfase para as Fundações Estaduais de Amparo à Pesquisa. Até 2009.
6. Estímulo ao posicionamento da comunidade científica do campo *Informação e Tecnologia da Informação em Saúde* frente a temas e problemas de interesse nacional, inclusive articulando com outras sociedades científicas, tais como: ANCIB, SBC, ABEP, SBIS, SBPC. Desde 2008.
7. Definição de mecanismos voltados para o desenvolvimento de uma *inteligência informacional pública* no SUS. Até 2012.
8. Estabelecer cronograma de debates junto às afiliadas da ABRASCO, sob coordenação do GTISP, para elaboração de uma Agenda Temática quinquenal a ser priorizada pelas agências de fomento no campo da Informação e Tecnologia de Informação em Saúde. No decorrer de 2008.
9. O GTISP/ABRASCO deve incentivar o estabelecimento de Programas de pesquisa induzida em sua área de interesse, inclusive colaborando na elaboração de editais que contemplem de maneira

prioritária problemas / desafios do campo da Informação e Tecnologia de Informação em Saúde de maior relevância nacional, com consideração especial para a complexidade de algumas dessas temáticas, estimulando a pesquisa inter e transdisciplinar e a formação de redes. Desde 2008.

10. Apoiar a sistematização e divulgação da produção científica e tecnológica em *informação e informática* em saúde junto aos serviços de saúde das três esferas de governo, contribuindo para diminuir a defasagem em sua apropriação e uso no SUS. Até 2009
11. Desenvolver formas de registro de produtos tecnológicos oriundos dos trabalhos de conclusão do mestrado profissional, de produções técnicas e cursos de pós-graduação lato senso e de outras pesquisas, visando dar visibilidade a essa produção e também possibilitar o desenvolvimento de critérios apropriados de avaliação. Até 2010
12. Articulação da ABRASCO, no sentido de reivindicar maior participação organizada da comunidade científica da *Informação em Saúde e suas Tecnologias* nos órgãos competentes da área. No decorrer de 2008.
13. Apoiar a implementação da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde e da Agenda de Prioridades em Pesquisa e Saúde, aprovadas pela 2ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde. Até 2012.
14. Avaliar periodicamente o desenvolvimento da produção nacional de C&T da área de Informação e Tecnologia da Informação em Saúde através de, entre outros, procedimentos bibliométricos, bem como desenvolver novos indicadores não bibliométricos do impacto da pesquisa. Até 2009
15. Manter as grades de classificação dos trabalhos apresentados aos congressos brasileiros promovidos pela ABRASCO (*abracção, epidemiologia, ciências sociais e humanas em saúde, simbravisa*) para permitir o acompanhamento da série histórica da produção.

6. Formação Permanente e Capacitação em Informação e suas Mediações Tecnológicas()**

Vivencia-se hoje, no Sistema Único de Saúde (SUS), uma série de iniciativas voltadas para a Educação na Saúde que colocam na agenda dos centros de formação e das instituições acadêmicas questões como a reorientação do ensino, a reorganização curricular, a revisão de modalidades de oferta de cursos, de práticas pedagógicas e de conteúdos. Podem ser de pronto enumeradas iniciativas em curso ou em proposição, nos termos definidos pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES)⁽⁴⁾, a saber: a Política de Educação Permanente, cujo marco conceitual é o de aceitar que formação e o desenvolvimento devem ser feitos de modo descentralizado, ascendente e transdisciplinar; a Formação de Formadores e de Formuladores de Políticas que visa à superação das concepções tradicionais de educação e que incorpora como estratégia modalidades de educação a distância⁽⁵⁾ e por fim, a Rede de Ensino para a *Gestão Estratégica do SUS* que propõe estabelecer parcerias e apoiar os processos formativos das diversas Escolas de Saúde Pública e Instituições Públicas de Ensino Superior.

Neste sentido, destacam-se três elementos estruturantes para a construção coletiva de uma base tecnológica voltada para a educação na saúde: vontade política, uma liderança institucional e redes de cooperação. Esse processo coletivo bem pode se iniciar com a constituição de comitês interinstitucionais para a discussão dos processos tecnológicos em curso e dos desejados para a Educação na Saúde. Fazer convergir experiências e conhecimento acumulados na aplicação das tecnologias de informação no campo das Informações em Saúde com as da Educação é mister para reunir atores e as pautas que se tangenciam. A proposição de um Ambiente Informacional para a Saúde, realizada por Vasconcellos⁽⁶⁾, ilustra:

“... ampliar as potencialidades de uso das TI na gestão da Saúde implica, dentre outras iniciativas, em uma nova concepção de organização das

(**) Este item teve como base o artigo: Cavalcante, MTL et Vasconcellos, MM. ‘Tecnologia de Informação para a Educação na Saúde: duas revisões e uma proposta’. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, v.12, n.13, pp. 611-622, 2007.⁽⁶⁾

informações em saúde, onde sejam estruturados mecanismos e condições que criem um ambiente propício para o estabelecimento de uma sinergia de competências, recursos e memórias, frutos e matrizes do conhecimento sanitário, coletivamente produzido por seus sujeitos históricos.”

Tal ambiente tem como eixos orientadores a integração e articulação de informações em saúde e a convergência de tecnologias. A abordagem metodológica busca o aprofundamento da circulação inter/transdisciplinar do conhecimento entre campos de saberes e propõe uso intensivo de tecnologias de informação que suscitem modos de cooperação ágeis e transversais, em um compartilhamento coordenado entre centros de decisão.

Destaca-se positivamente que a história do SUS é pródiga em experiências colegiadas e em formatos democráticos para a composição e encaminhamento de agendas. A diversidade de atores como instituições de ensino, redes de serviços, secretarias estaduais e municipais, Ministério da Saúde, comissões, associações profissionais e conselhos favorecem um debate heterogêneo e democrático. Reunir atores chaves para exercitar a definição conjunta de conteúdos essenciais aos processos educativos na saúde contribui para relações mais simétricas no mercado simbólico de produção cultural, no qual, segundo Marteleto ⁽⁷⁾:

“... os sistemas de ensino desempenham um papel instrumental na apropriação da riqueza simbólica que é julgada digna de ser possuída e cultivada (...) e os bens culturais produzidos como matéria informacional não são compartilhados socialmente, e sim distribuídos, isto é, dependem de instâncias de produção, reprodução, transmissão e aquisição.”

Finalmente, a produção de objetos de aprendizagem, o exercício do consenso na padronização de metadados e o compartilhamento de conteúdos em rede (e, portanto, de conhecimento) traz para a rede de escolas e instituições de ensino de saúde o desafio de estabelecer o que Levy ⁽⁸⁾ chama de uma *cooperação competitiva* e uma *competição*

cooperativa em jogos nos quais os vencedores utilizam e aumentam a inteligência disponível e cooperam de forma mais eficiente para uma inteligência coletiva, neste caso, em benefício de uma abrangente e completa Política de Educação na Saúde para o SUS.

Essa perspectiva implica um consistente e organizado debate em torno: da necessidade do desenvolvimento de ambientes educacionais abertos, da constituição de redes de escolas, da identificação dos tipos de cursos mais adequados à demanda, da definição do perfil da equipe de informação e tecnologia de informação em saúde necessárias ao SUS, dos modelos pedagógicos e objetos de aprendizagem a serem priorizados e das estratégias de compartilhamento de conhecimento a serem fomentadas.

Propostas de Metas / Agenda para o período 2008-2012:

1. Realização, no decorrer do próximo quinquênio, de uma abrangente e completa análise sobre a pós-graduação em Informação e Tecnologia em Informação em Saúde existente no país. Até 2012
2. Realização de oficina de trabalho para analisar e propor um perfil básico dos profissionais que compõem as equipes de informação e de tecnologia da informação em saúde nas instâncias do SUS, nas três esferas de governo e no nível assistencial e de gestão. No decorrer de 2008.
3. Fomento ao desenvolvimento de processos de capacitação voltados para a modelagem, análise, gestão e uso da Informação no processo decisório em Saúde. Desde 2008.
4. Constituição de *Rede Nacional de Centros de Ensino e Pesquisa em Informação e Tecnologia da Informação em Saúde*. Até 2009
5. Apoio à formulação, discussão e difusão de novos modelos pedagógicos e de formação em *Informação e Tecnologia em Informação em Saúde*, que enfatizem uma postura reflexiva, crítica, pró-ativa e criativa dos profissionais de saúde, voltada para os problemas reais da saúde coletiva no país, em uma perspectiva de educação permanente e continuada. Desde 2008.

6. Apoio para pesquisas voltadas para o desenvolvimento de novas tecnologias e práticas pedagógicas, objetos de aprendizagem e compartilhamento de conhecimento no campo da informação e tecnologia da informação em saúde. Desde 2008.
7. Atuação da Abrasco junto ao Ministério da Saúde, Conass e Conasems para advogar a necessidade de estabelecer Plano de Carreira que aponte para um lugar definido do profissional de Informação e Tecnologia de Informação em Saúde em todos os níveis da organização dos serviços de saúde, e que reconheça as especificidades de seu conhecimento, competências e habilidades, bem como a premência de incorporação de técnicos de alta qualificação profissional, sempre por meio de concurso público, dentre os servidores públicos das SMS, SES e Ministério da Saúde. Desde 2008.
8. Inclusão, nos cursos de Saúde Pública, Epidemiologia, de Gestão em Saúde conteúdos que evidenciem a importância estratégica e potencialidade dos conhecimentos oriundos do campo da Informação e Tecnologia de Informação em Saúde para o processo decisório, sensibilizando-os quanto à necessidade de apoio à área.
9. Incentivar o uso e a avaliação de métodos de ensino à distância, que tem se mostrado uma ferramenta eficiente para a ampliação da oferta de oportunidades de formação, a custos aceitáveis, e com grande potencial para reduzir desigualdades regionais na distribuição de recursos humanos qualificados. Com a ampliação do uso dessa abordagem, poder-se-á alcançar profissionais em regiões de difícil acesso, permitindo assim os insumos necessários para a ampliação da cobertura e melhoria da qualidade dos serviços de saúde.

7. Democratização da Informação em Saúde

A qualidade da Saúde é a resultante da capacidade cotidiana de indivíduos e coletivos humanos intervirem na atualidade que os cerca. E a capacidade de intervir na realidade está diretamente relacionada aos pactos democráticos conquistados, que por sua vez se consolidam na

mesma proporção em que indivíduos e coletivos humanos ampliam sua capacidade de intervenção.

Nessa espiral a democratização da informação e informática em saúde torna-se estratégica e vital para o avanço da democracia e da luta pela melhoria da Saúde no país. Mas, apesar dessa constatação e do desenvolvimento tecnológico relacionado à Informação e suas tecnologias, observa-se o descompasso de seu uso em benefício da ampliação da potência de intervenção da esfera pública sobre a saúde de indivíduos e de populações.

Ao mesmo tempo, as representações da sociedade brasileira reivindicam o estabelecimento de mecanismos democráticos de acesso à informação relevante e com qualidade e de participação na formulação da Política de Informação e Informática em Saúde. Sabem que a Saúde só viceja no terreno fértil da democracia, na luta por maior transparência do Estado brasileiro para a sociedade, iluminando a opacidade nas relações políticas, sociais e econômicas existentes entre gestores de saúde, prestadores, profissionais e cidadãos.⁽⁹⁾

A cultura política existente alija os representantes da sociedade desse debate sob a alegação de tratar-se de uma questão “técnica”, afeta aos especialistas. Constitui-se uma racionalidade tecnocrática para, politicamente, afastar o cidadão do debate de uma política pública que incide sobre o projeto de democracia e saúde que a sociedade pretende construir no país.

Tradicionalmente, ‘democratização’ vincula-se ao *acesso* à informação. Entretanto, observa-se que ter acesso é necessário, mas não é suficiente, pois não se democratizam as relações de poder e produção de saber implícitas nas decisões da Política de Informação e Informática em Saúde.⁽⁹⁾

Trabalha-se com o entendimento que democratizar a informação em saúde acontece quando: 1) Os cidadãos têm a garantia de acesso às informações coletadas pelo Estado sobre a sociedade; 2) O Estado torna-se transparente para a sociedade, em seus diferentes dispositivos; e 3) São estabelecidos mecanismos de participação direta de representantes da sociedade no próprio processo de definição da política pública relacionada à Informação e Informática em Saúde.

Essa perspectiva impõe que se aprofunde o debate em torno da implementação de mecanismos permanentes voltados para a inclusão digital, a democratização do acesso a recursos de informação para os gestores, profissionais, conselheiros de saúde e a sociedade brasileira como um todo.

Propostas de Metas / Agenda para o período 2008-2012:

1. Elaboração de estratégias de democratização das informações em saúde, que desvendem as relações entre condições de vida e situação de saúde, em linguagem inteligível para o universo da população e dos conselheiros de saúde representantes dos usuários do SUS, trabalhadas enquanto iniciativas voltadas para a construção coletiva de *'consciência sanitária'*. Até 2009.
2. Desenvolvimento e implementação de mecanismos de interlocução entre os resultados de pesquisa para grupos sociais organizados, em especial os Conselhos de Saúde e destes para as instituições de ensino e pesquisa. Até 2010.
3. Desenvolvimento de estratégias que estimulem o estabelecimento de canais de interlocução dialógica na construção das *'destrezas da vida'* junto à população em geral, onde ter acesso à informação é necessário mas não suficiente para processos de apropriação do significado e uso da informação. Até 2010.
4. Implementação de mecanismos de divulgação da informação em saúde tendo como inspiração os meios utilizados pelo IBGE. Até 2008.

8. Informação para o processo decisório em saúde

A área de informação em saúde no Brasil compreende grande variedade de iniciativas institucionais, entre as quais se destaca um conjunto de sistemas nacionais de informação criados e desenvolvidos cumulativamente, durante décadas, para atender a necessidades específicas das áreas técnicas e programáticas do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Em que pesem algumas iniciativas mais recentes para tornar esses sistemas interoperáveis, de

modo a racionalizar fluxos e permitir uma visão integrada da situação de saúde no país, permanece ainda um quadro institucional de dispersão de esforços, de recursos e de processos de trabalho.

Como a produção de dados primários desses sistemas está em grande parte baseada na rede prestadora de ações e serviços de saúde, há inevitável sobreposição de registros e de fluxos de informação nessas instâncias, com sobrecarga adicional de trabalho em unidades de saúde já cronicamente carentes de recursos humanos e de mecanismos gerenciais eficientes. Nesse contexto, cada sistema de informação em saúde se defronta com problemas estruturais de difícil resolução *per se*. Fica igualmente comprometido o uso sistemático, oportuno e regular de dados para subsidiar a gestão do SUS, desde a esfera municipal até a federal.

A dispersão dos sistemas nacionais de informação é uma consequência direta da fragmentação do processo de gestão federal do setor saúde, que tem profundas raízes históricas e é pouco receptivo à incorporação do princípio de integralidade do SUS. O processo tende a se reproduzir nas esferas estadual e municipal, conformando um modelo que estimula cada núcleo de gestão programática a desenvolver individualmente, por iniciativa própria, informações e conhecimentos necessários ao exercício de suas funções. Essa tendência retroalimenta a fragmentação dos sistemas, que por sua vez enfraquece iniciativas de reorganização geral da área de informação em saúde.

Como mudar tal quadro? Uma abordagem mais direta recomenda a mobilização de esforços para promover apoio político ao fortalecimento da gestão da informação. Esse apoio se consubstancia na aprovação de uma política nacional construída coletivamente e pactuada pelos envolvidos, que pressuponha o uso racional de tecnologias de informação, simplificando processos de coleta e possibilitando a interoperabilidade dos sistemas atuais, com acesso aos vários segmentos interessados.

Cabe refletir, porém, sobre a viabilidade prática dessa abordagem. A conhecida instabilidade da gestão da saúde desvia a atenção dos gestores de responsabilidades de médio e longo prazo, que exigem mais investimento

em planejamento e em informação. De fato, a fragmentação dos sistemas de informação não é um tema prioritário para os gestores, que são razoavelmente atendidos pelos sistemas atuais, nas suas demandas mais comuns: financiamento, produção assistencial, suprimento de insumos e epidemias de doenças transmissíveis, entre outras.

A inexistência de uma unidade responsável pelo uso estratégico da informação na estrutura organizacional do Ministério da Saúde – ao nível do Gabinete do Ministro ou da Secretaria Executiva – evidencia que a necessidade de informação estratégica não é sentida pelos gestores. Outra evidência é que os dados dos sistemas de informação do SUS são muito pouco utilizados nas funções de planejamento e avaliação, por serem estas também pouco valorizadas, em consequência da fragmentação gerencial.

Caso houvesse demanda política por informação sistematizada, os gestores se defrontariam com sérias dificuldades para analisar e interpretar os dados disponíveis, em decorrência de limitações e inconsistências próprias a cada um dos sistemas. Também constatariam que os sistemas são incompletos, pois não abrangem vários campos de conhecimento indispensáveis ao planejamento da saúde: informações sobre determinantes da saúde, prevalência de doenças crônicas, acesso e utilização dos serviços, fatores de risco de doenças e agravos, entre vários outros.

De outra parte, caso tentassem suprir algumas dessas lacunas com dados oriundos de inquéritos promovidos pelo SUS, os gestores se surpreenderiam com o seu caráter circunstancial, assistemático e indefinido quanto à abrangência, periodicidade e metodologias utilizadas, que inviabiliza comparações temporais e geográficas. Constatariam também que o isolamento dessas iniciativas causa a sobreposição de atividades de preparação e execução, em geral complexas e dispendiosas, com custos cumulativos elevados e atrasos na divulgação de resultados, que perdem a sua oportunidade de aplicação.

Outras questões semelhantes passam despercebidas dos gestores, por falta de demanda do uso da informação no processo decisório. Por exemplo,

o fato de o Ministério da Saúde financiar várias pesquisas do IBGE, sem que os resultados sejam levados em conta na gestão, por falta de um plano geral de necessidades de informação que embase a definição dessas pesquisas. Outra decorrência é a subutilização do enorme potencial que a literatura de saúde oferece aos gestores, e que está amplamente disponível nos recursos da Biblioteca Virtual em Saúde – que por sinal é financiada, majoritariamente, pelo próprio Ministério da Saúde.

Enfim, sabe-se que os gestores não demandam análises de caráter estratégico para subsidiar o processo de formulação de políticas e a convergência de ações programáticas, tanto intra-setoriais quanto articuladas com outros setores de governo. Assim sendo, não basta reivindicar suporte político à área de informação, porque o gestor pouco sensibilizado tenderá a valorizar os problemas potenciais embutidos nessa reivindicação: falta de resultados rápidos e palpáveis, baixa visibilidade social, maiores gastos com equipamento, software e pessoal, desgaste interno com conflitos entre os responsáveis pelos vários sistemas. Essas questões agravam a percepção da área de informação como simples área meio, desvinculada dos objetivos maiores da gestão em saúde.

O fortalecimento da área de informação em saúde depende de que os gestores se conscientizem do enorme potencial que ela possui para apoiar a gestão do SUS, e de que os meios para isso estão efetivamente disponíveis. Para tanto, é preciso desenvolver modelos e processos convincentes de aplicação prática da informação. Ou seja, inverter a lógica atual, a partir da produção de evidências sobre a utilidade da informação como instrumento da gestão. Experiências bem sucedidas podem servir de demonstração para que os gestores passem a valorizar o uso estratégico da informação, e isso reverta em apoio ao fortalecimento da área.

No entanto, faltam metodologias e processos de trabalho nessa direção, pois o setor saúde nunca aprofundou a discussão do tema, apesar da sua indiscutível relevância para um campo tão complexo como o da saúde pública, que lida com múltiplos setores e com necessidades ilimitadas. Precisam ser desenvolvidos modelos apropriados, com fundamentação

teórica, compreendendo conteúdos temáticos, técnicas de análise, adequação de textos, tratamento do suporte bibliográfico, produção de softwares interativos etc.

Isso envolve um trabalho transdisciplinar, próprio da área de “informação” em seu sentido mais amplo e aplicado à saúde. Ou seja, “informação” como função essencial e estratégica do ‘fazer saúde’, do planejamento, da administração sanitária, da epidemiologia, da produção de serviços, da demografia, da estatística, da biblioteconomia, da ciência da computação e de diferentes outros saberes.

A característica transdisciplinar da área de informação em saúde corresponde exatamente à natureza e à potencialidade da Abrasco, entidade que conquistou reconhecimento nacional e internacional e que tem poder de mobilização da inteligência na área, por sua capilaridade nos segmentos acadêmicos e de serviços de saúde.

Proposta de Metas / Agenda para o período 2008-2012

1. Levantamento de experiências afins na área de saúde, desenvolvidas nas esferas nacional, estadual e municipal do SUS, apresentadas em eventos como os congressos da Abrasco e a ExpoEpi, ou indicadas por outras fontes de consulta.
2. Entre elas, devem ser consideradas: (i) a proposta de “informes de situação e tendências”, da Ripsa; (ii) o projeto “fontes de informação para a decisão (ITD)”, da Bireme; e (iii) a “sala de situação” organizada na Secretaria Executiva do Ministério. Essas iniciativas são complementares entre si e poderiam ser revistas, em uma perspectiva ampla e articulada.
3. Identificação de modelos de informação para a decisão, desenvolvidos para apoiar o planejamento governamental nas esferas nacional, estadual e municipal.
4. Revisão da literatura internacional relativa ao tema, com identificação de modelos utilizados por organizações internacionais e países específicos.

5. Realização de seminários para apresentação de experiências e debates sobre o tema.
6. Formulação de uma proposta de desenvolvimento da área de informação para o processo decisório em saúde, contemplando a elaboração de um modelo conceitual, a definição de produtos aplicados, a sistematização de experiências etc.
7. Implementação de iniciativas baseadas nos modelos que venham a ser desenvolvidos, em áreas de demonstração.
8. Avaliação dessas iniciativas, com vistas à ampliação do seu uso.
9. Divulgação de resultados junto ao Conass, Conasems, Conselho Nacional de Saúde, associações profissionais, outras instâncias de governo, entidades formadoras de opinião, instâncias de controle social.

9. Avaliação da Política Nacional de Informação e Tecnologia de Informação em Saúde

Parece-nos que esta é uma proposta muito próxima da missão do GTISP por constituir-se um Grupo da ABRASCO plural e autônomo. O processo avaliativo de políticas públicas é complexo, em especial da Política de Informação e Informática em Saúde, do Plano Nacional de Saúde e do Pacto pela Saúde, necessitando de diversidade metodológica e amplitude de atuação tendo como objeto tanto as três esferas de governo, quanto as Agências reguladoras.

Propostas de Metas / Agenda para o período 2008-2012

1. Constituição de mecanismos autônomos de avaliação da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde implementados por instituições de pesquisa em saúde vocacionadas para a área de informação e tecnologias de informação. Até 2010.
2. Prioridade na convocação da I Conferência Nacional de Saúde de Informação, Informática e Comunicação em Saúde. 2008 / 2009.

■ PROPOSTAS DE DESDOBRAMENTOS DO PLaDITIS

Propostas de Metas / Agenda para o período 2008-2012 - GERAL:

1. Divulgar publicação do PLaDITIS, após receber contribuições dos afiliados da ABRASCO, de ter permanecido em consulta pública no site da ABRASCO e ser aprovado pela Diretoria da ABRASCO.
2. Inserir na agenda do Ministério da Saúde, Conass, Conasems e Conselho Nacional de Saúde a discussão do I Plano Diretor de Informação e Tecnologia de Informação em Saúde da ABRASCO.
3. Solicitar a divulgação na BVS da RIPSa.
4. Elaborar cronograma para as ações sob responsabilidade direta do GTISP/ABRASCO, trabalhando com o apoio da RIPSa, SVS/MS, CNPq e eventos em parceria com a ABEP, por exemplo.

■ Referências Bibliográficas

- ¹ ABRASCO/ABEP. Grupo Técnico de Informações em Saúde e População (GTISP). Informação em Saúde a Serviço da Sociedade. In: *Uso e Disseminação de Informação em Saúde: Subsídios para a elaboração de uma política de informações para o SUS*. Ministério da Saúde e ABRASCO: Oficina de Trabalho - Relatório Final, anexo 01, pp. 27-44, 1994.
- ² MORAES, I.H.S. de et GÓMEZ, M.N.G. de. Informação e informática em saúde: caleidoscópio contemporâneo da saúde. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, 12(3): 553-566, 2007.
- ³ RISI JÚNIOR, JB. Informação em saúde no Brasil: a contribuição da Ripsa. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 11(4):1049-1053, 2006.
- ⁴ BRASIL. Ministério da Saúde. *Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Informações Institucionais*. <http://portal.saude.gov.br/portal/sgtes/default.cfm> (acessado em 3/mar/2006)
- ⁵ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.*
- ⁶ VASCONCELLOS, MM et al. *Política de Saúde e Potencialidades de Uso das Tecnologias de Informação*. *Revista Saúde em Debate*, 26(61): pp:219-235, 2002.
- ⁷ MARTELETO, RM. Cultura informacional: construindo o objeto informação pelo emprego dos conceitos de imaginário, instituição e campo social. In *Ciência da Informação*, 24(1), IBICT - Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia; 1995.

- ⁸ LÉVY, P. *Collective Intelligence. Development of Culture and Culture Development*. Presentation for the Advisory Comitee on Health Research of the Pan American Health Organization Washington DC. 2002.
- ⁹ MORAES, I.H.S. de. *Política, Tecnologia e Informação em Saúde – a utopia da emancipação*. Salvador: ISC/UFBa e Casa da Qualidade Editora, 2002.

Projeto gráfico: Mara Lemos
Produção gráfica: Serv. de Comunicação Visual
Icict / Fiocruz



Apoio:



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

