

3º PlaDITIS

2020-2024

3º PLANO DIRETOR PARA O
DESENVOLVIMENTO DA
INFORMAÇÃO E TECNOLOGIA DE
INFORMAÇÃO EM SAÚDE



www.abrasco.org.br

Av Brasil, 4365, Campus da Fundação Oswaldo
Cruz (Fiocruz) Prédio do CEPI – DSS – Manguinhos
CEP 21040-900 – Rio de Janeiro – RJ



Presidente

Gulnar Azevedo e Silva – Instituto de Medicina Social /UERJ

Vice-presidentes

Antônio Boing – Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)

Bernadete Perez Coelho – Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)

Guilherme Werneck – IESC/UFRJ e IMS/UERJ

José Ivo Pedrosa – Universidade Federal do Piauí (UFPI)

Marcio Florentino Pereira – Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB)

Mario César Scheffer – Faculdade de Medicina/USP

Naomar de Almeida Filho – UFSB e Universidade Federal da Bahia (UFBA)

Reinaldo Guimarães – Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

Rosana Onocko Campos – Faculdade de Ciências Médicas (Unicamp)

Tatiana Engel Gerhardt – Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

Secretaria Executiva

Thiago Barreto – Secretário Executivo

Dayana Rosa – Secretária Executiva Adjunta

Grupo Temático Informação em Saúde e População (GTISP)

Coordenação

Angélica Baptista Silva – Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/Fiocruz)

Alvaro Escrivão Junior – (EAESP/FGV)

Francisco José Aragão Pedroza Cunha – (Instituto de Ciência da Informação/UFBA)

Marcelo Fornazin – Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz e Universidade Federal Fluminense (UFF)

Integrantes

Álvaro Escrivão Junior

Escola de Administração de Empresas de São Paulo – Fundação Getúlio Vargas (EAESP/FGV)

Claudio Miceli de Farias

Núcleo de Computação Eletrônica – Universidade Federal do Rio de Janeiro (NCE/UFRJ)

Dália Elena Romero Montilla

Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde – Fundação Oswaldo Cruz (ICT/Fiocruz)

Eduardo Luiz Andrade Mota

Instituto de Saúde Coletiva – Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA)

Gláucia Regina Motta da Silveira Castro

Hospital Universitário – Universidade Federal do Rio de Janeiro (HU/UFRJ)

Gillian Leandro de Queiroga Lima

Instituto de Ciência da Informação – Universidade Federal da Bahia (ICI/UFBA)

Ilara Hämmerli Sozzi de Moraes

Escola Nacional de Saúde Pública – Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz)

Liliane Silva do Nascimento

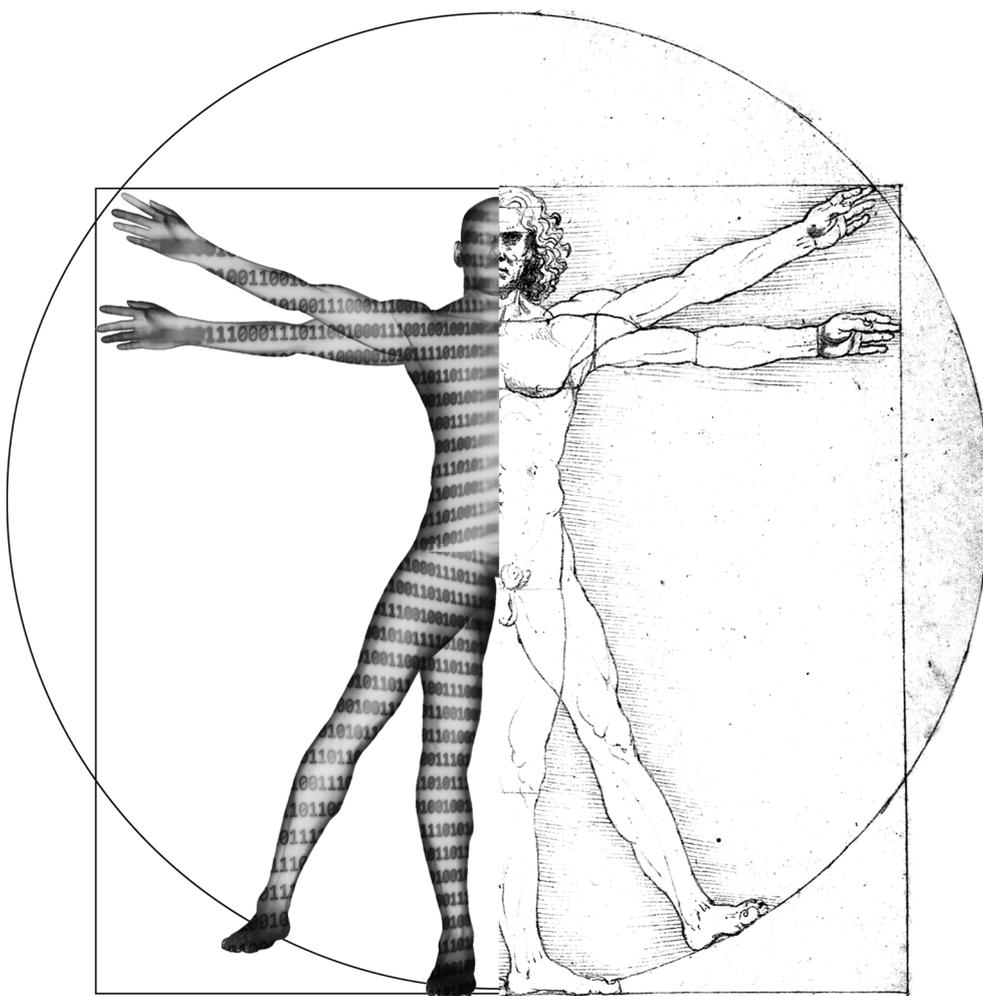
Universidade Federal do Para (UFPA)

Marília Louvison

Faculdade de Saúde Pública /USP

3º PlaDITIS 2020-2024

3º PLANO DIRETOR PARA O
DESENVOLVIMENTO DA
INFORMAÇÃO E TECNOLOGIA DE
INFORMAÇÃO EM SAÚDE



Este documento é licenciado sob a Creative Commons a Atribuição–NãoComercial.

Feito o Depósito Legal.

Grafia atualizada conforme o Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa de 1990, em vigor no Brasil desde 2009.

Capa, projeto gráfico e editoração:

Gilson Rabelo

Revisão:

Angélica Baptista Silva

Francisco José Aragão Pedroza Cunha

Ilara Hammerli Sozzi de Moraes

Marcelo Fornazin

Normalização:

Susane Barros (Departamento de Documentação e Informação da UFBA)

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação – CIP

Associação Brasileira de Saúde Coletiva
A849t 3º Plano Diretor Para o Desenvolvimento da Informação e Tecnologia de
Informação em Saúde : 3º PlaDITIS 2020–2024 / Associação Brasileira de
Saúde Coletiva (ABRASCO); Organização Grupo Temático Informações em
Saúde e População (GTISP). – Rio de Janeiro, RJ: ABRASCO, 2020.

37 f.

DOI: <https://doi.org/10.52582/3PlaDITIS>

1. Informação em saúde. 2. Tecnologia da informação – Saúde pública. 3. Sis-
temas de informação – Saúde pública. 4. Política de saúde. 5. Sistema Único
de Saúde (SUS). 6. Saúde Coletiva. I. Título. II. Associação Brasileira de Saúde
Coletiva (ABRASCO).

CDD 362.1068



APRESENTAÇÃO	06
PREÂMBULO	09
CONTEXTO DE ELABORAÇÃO DO 3º PlaDITIS	11
DIMENSÕES ESTRATÉGICAS	12
PRIMEIRA DIMENSÃO: GOVERNANÇA E GESTÃO DA INFORMAÇÃO E TI EM SAÚDE	12
SEGUNDA DIMENSÃO: PESQUISA, DESENVOLVIMENTO, INOVAÇÃO EM INFORMAÇÃO E TI EM SAÚDE	17
TERCEIRA DIMENSÃO: ENSINO E FORMAÇÃO PERMANENTE DE EQUIPES DE INFORMAÇÃO E TI EM SAÚDE	18
QUARTA DIMENSÃO: ÉTICA, PRIVACIDADE E CONFIDENCIALIDADE	19
QUINTA DIMENSÃO: INFORMAÇÃO E TECNOLOGIA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDEDEMOCRACIA, CONTROLE SOCIAL E JUSTIÇA COGNITIVA	23
REFERÊNCIAS	25
INTEGRANTES DO GTISP/ABRASCO	26
PARTICIPANTES DA OT do 3º PlaDITIS	31
BREVE TRAJETÓRIA DO GTISP-ABRASCO	33



Cada vez mais, a informação e suas tecnologias se inserem em diversas expressões da vida, por conseguinte, estão presentes no debate acadêmico, político e econômico. Nesse sentido, é com satisfação que a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), por meio do Grupo Temático Informação em Saúde e População (Gtisp), publica o 3º Plano Diretor para o Desenvolvimento da Informação e Tecnologia de Informação em Saúde para o quinquênio 2020–2024 (3º PlaDITIS).

É fundamental para o Brasil acompanhar os avanços e recuos em andamento no Sistema Único de Saúde (SUS), em que se insere, como um de seus componentes estratégicos, a política pública de Informação e Tecnologia de Informação em Saúde (ITIS). Portanto, a Abrasco, ao organizar o 3º PlaDITIS, cumpre com sua missão de fomentar o debate crítico e propositivo, integrando-se às forças da sociedade que lutam para a consolidação do ditame constitucional: direito universal à saúde com qualidade.

O atual PlaDITIS, terceiro de uma série que se iniciou em 2008 – 1º PlaDITIS (2008–2012) e 2º PlaDITIS (2013–2017) – reforça o compromisso da Abrasco com a continuidade do debate sobre a produção e uso da informação e de suas tecnologias no âmbito do SUS e da Saúde Coletiva. Nesse período, o Gtisp/Abrasco fomentou o debate teórico e prático a respeito da temática de maneira consistente e responsável.

O 3º PlaDITIS transborda as margens do presente documento, fruto do consenso de dezenas de autores. Sua própria elaboração coletiva suscitou amplo processo de reflexão crítica e propositiva ao envolver entidades de ensino e pesquisa, instituições de serviços de saúde, instâncias produtoras, gestoras e usuárias de ITIS das três esferas de governo, de todas as regiões do país e representações da sociedade.

A trajetória de sua construção tem como ponto de partida a elaboração, pelo Gtisp, de versão preliminar submetida ao crivo dos participantes da Oficina de Trabalho

(OT) denominada "Elaboração do 3º Plano Diretor de Informação e Tecnologia da Informação em Saúde", ocorrida em julho de 2018, durante o 12º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, no Rio de Janeiro. Ainda, dentre os debates para o desenvolvimento deste Plano, destaca-se a mesa temática no Congresso da UFBA, na cidade de Salvador, intitulada "Ética, Privacidade e Confidencialidade das Informações em Saúde" promovida pelo Grupo de Estudos de Políticas de Informação, Comunicações e Conhecimento (Gepicc) registrado no CNPq. Esses espaços de debate foram reconhecidos pelos participantes como um momento ímpar por oportunizar o aprofundamento de reflexões sobre avanços, identificação de problemas e de estratégias para sua superação, na perspectiva do desenvolvimento no Brasil do complexo tema informações em saúde e população.

Ao texto inicial, incorporam-se sugestões, críticas e aprimoramentos surgidos durante e depois da referida OT e dos próprios componentes do Gtisp, a partir da ausculta e debates no transcurso do congresso e, posteriormente, em suas instituições de origem e reuniões do grupo temático. Essa versão foi colocada em consulta pública no site da Abrasco com o objetivo de ampliar, ainda mais, o debate.

O 3º PlaDITIS, ao abranger propostas dos mais diversos segmentos da sociedade, procura garantir que a complexa diversidade de contextos políticos e tecnológicos do país esteja contemplada como a resultante de ciclos de debates, em uma espiral ascendente virtuosa: democrática, participativa e solidária.

Para o alcance de seus objetivos, convida pesquisadores, docentes, estudantes, gestores, profissionais de saúde, representantes da sociedade civil, participantes da reforma sanitária e defensores do SUS a continuarem a debater e, sobretudo, a experimentar, em suas práticas cotidianas, as propostas apresentadas neste documento, no contexto de suas diversas áreas de atuação e campos de saberes, dentro da perspectiva de compromisso com a melhoria das condições de vida da população brasileira.

Gulnar Azevedo e Silva
Presidente da Abrasco

Angélica Baptista Silva
Francisco José Aragão Pedroza Cunha
Marcelo Fornazin

Coordenação do GTISP/Abrasco



AGRADECIMENTOS

O Gtisp/Abrasco agradece a colaboração dos profissionais, instituições de ensino e pesquisa e entidades científicas que, após leitura atenta, participaram com generosidade, diretamente ou respondendo à consulta pública, do processo de elaboração do terceiro plano diretor.

A atitude colaborativa de tantos garante a diversidade de pensamento e legitima a relevância das propostas expressas no 3º PlaDITIS.



Nas sociedades contemporâneas, entende-se que não é possível discutir informação na saúde coletiva de forma desarticulada do debate das tecnologias que lhe dão suporte. Trata-se de complexa área de conhecimento interdisciplinar e transdisciplinar, na qual circulam e se interpenetram, dentre outros, conteúdos das ciências da saúde, da ciência da informação, das ciências da computação, das engenharias e da comunicação.

Temos como premissa que a atuação do Grupo Temático Informação em Saúde e População (Gtisp) articula a saúde, a informação e a tecnologia de informação no campo da saúde coletiva. A depender do desenvolvimento e uso, ocorre ênfase desta ou daquela área de conhecimento, sem que isso signifique que a mesma detenha "a" autoridade epistêmica, política ou tecnológica sobre a área temática denominada Informação e Tecnologia de Informação em Saúde (ITIS), ou seja, não há um único porta-voz deste campo.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza a expressão e-health (e-saúde/saúde eletrônica) para designar todo e qualquer uso de tecnologias de informação em saúde. Outro termo que vem sendo empregado com frequência é saúde digital. Tecnologia da informação em saúde também é designada, a depender da filiação epistêmica dos interlocutores, como informática médica ou informática em saúde.

Adota-se a denominação INFORMAÇÃO E TECNOLOGIA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE (ITIS), ao considerar os saberes e práticas produzidos, desenvolvidos e gerenciados pelo aparato estatal e/ou de empresas privadas com interesse na saúde, das três esferas de governo, em especial para gestão, promoção, prevenção, atenção, vigilâncias, assistência, regulação, programas, redes, serviços e C&T em saúde. Esse entendimento abrangente situa a ITIS como uma das funções estratégicas da saúde e mais adequada ao contexto contemporâneo e da produção do conhecimento brasileiro e internacional.

No Brasil, saúde é um direito universal. Assim, saberes e práticas da área da ITIS, que abrangem também ações de telessaúde, integridade do documento e saúde digital em seu escopo, precisam estar a serviço da sociedade, da justiça social e do exercício do dever do Estado brasileiro em garantir atenção integral à saúde com qualidade equanimemente distribuída. Com este entendimento, a ITIS, produzida, desenvolvida, gerida e disseminada pelo SUS constitui o objeto deste Plano Diretor. A ITIS é um bem público em sua dimensão tangível e intangível, garantida a privacidade do cidadão e a confidencialidade dos dados de seu Registro Eletrônico de Saúde (RES).

O acervo que registra a memória genética, clínica, epidemiológica e cibercultural de um povo é patrimônio da sociedade brasileira. Nesse contexto, é preciso que o interesse público seja o condutor das relações com os grupos do complexo econômico-industrial da saúde e da tecnologia de informação e comunicação.

Saberes e práticas de ITIS são determinados pelo contexto histórico, político, social, econômico e científico em que são gerados e desenvolvidos, constituindo-se em espaços plenos de relações de poder e disputas de interesses. Ao mesmo tempo, subsidiam políticas públicas, articulações federativas, pesquisas e debates que ocorrem na relação entre Estado e sociedade em torno das condições de saúde-

doença e cuidado de indivíduos, populações e seus determinantes. Requerem o cumprimento do dever das três esferas de governo em garantir transparência em suas ações.

A construção no Brasil, ainda que tardia, de um Estado de bem-estar, em que se insere a luta pela saúde universal com o aperfeiçoamento do SUS, implica a ruptura com um sistema de saúde fragmentado e excludente em muitas dimensões da vida cotidiana da população. Esse contexto obriga a sair da lógica fragmentadora da "fábrica de softwares" uma vez que os sistemas de informação compõem a base material essencial para a atenção e a gestão das redes de atenção à saúde.

Esse referencial implica denunciar e romper com o mito da neutralidade instrumental, apresentada como meio de "solução inovadora", revelando o que a ITIS incorpora de disputas de interesses e visões distintas de projeto de país e de saúde. Práticas e saberes do campo constituem instâncias decisivas de complexas formações sociais e transitam, ao mesmo tempo, no terreno das ciências e das tecnologias, da economia e da política, com um grau de imbricação que fica obscurecido por visões utilitaristas e tecnicistas da informática.

Destacamos na história brasileira da ITIS: os estudos sobre as experiências de implantação dos arquivos, repositórios e Sistemas de Informações de Saúde (SIS) de base nacional; a criação da Rede Interagencial de Informações para a Saúde (Ripsa); as diversas iniciativas de desenvolvimento do sistema e de implementação do Cartão Nacional de Saúde, desde 1999; a constituição da Câmara Técnica de Informação e Informática em Saúde no âmbito do Conass; a instituição do Grupo Técnico de Informação e Informática em Saúde da Comissão Intergestores Tripartite (CIT); motivado pelos debates da 12ª Conferência Nacional de Saúde (2003), o Conselho Nacional de Saúde estabeleceu oficialmente a Comissão Intersetorial de Comunicação e Informação em Saúde (CICIS/CNS) em 2005; os trabalhos das extintas Câmaras Técnica de Documentos Eletrônicos (CTDE) e Setorial de Arquivos de Instituições de Saúde (CSAIS) do Conselho Nacional de Arquivos (Conarq); os esforços para o alcance de pactuação em torno de uma Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS) em 2004 e 2015; a constituição pelo Ministério da Saúde do Comitê de Informação e Informática em Saúde (CIINFO), em 2009; a estratégia e-Saúde (2017), dentre outros.

Essas são algumas referências a serem levadas em conta pelas práticas e saberes construídos coletivamente na busca de superação de desafios na ITIS. Avanços substantivos foram alcançados. No entanto, problemas antigos persistem e novas questões surgem que apontam para um cenário emergente que requer atitudes para o direcionamento da ITIS no Brasil com o intuito de reduzir as iniquidades resultantes da distribuição desigual dos determinantes sociais de saúde.

Um plano diretor tem significados variados e aplicabilidades, quer no âmbito empresarial quer na administração pública, a fim de organizar determinados campos de atuação de acordo com a cultura organizacional circunscrita. Ao apresentar planos quinquenais de desenvolvimento para a Informação e Tecnologia de Informação em Saúde (ITIS), o Grupo Temático Informação em Saúde e População (Gtisp) da Abrasco objetiva contribuir para a implementação de avanços nesse campo que impactem positivamente potencializando as Redes de Atenção à Saúde (RAS).

Criado em 1992, o GTISP mantém o compromisso com sua missão de se constituir em espaço plural de reflexão crítica e de construção coletiva de propostas relacionadas a um projeto nacional para a informação em saúde e suas tecnologias.

Nesse sentido, o GTISP vem acompanhado estudos e a normativa brasileira no campo da ITIS, procurando subsidiar a formulação e implementação de uma política nacional que defenda o direito universal à saúde, o dever do Estado em garantir esse direito, a democratização e qualidade das informações em saúde, inserida em um amplo processo de letramento e inclusão digital dos diferentes segmentos da sociedade.

Vale assinalar que os debates promovidos no decorrer de elaboração deste plano diretor vão além de técnicas e aspectos metodológicos, abrangendo o significado, o impacto político, social, ético e econômico que sinalizam a transversalidade da ITIS. Este documento é a terceira edição do plano diretor, estando as primeiras edições 1º PlaDITIS (2008–2012) e 2º PlaDITIS (2013–2017) disponíveis para consulta no website da Abrasco.

O 3º PlaDITIS foi iniciado, confeccionado, por ocasião de Oficina Temática (OT) com especialistas convidados em julho 2018 no Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, ocorrido no Rio de Janeiro, e no decorrer de eventos técnico-científicos promovidos pelo Grupo de Estudos de Políticas de Informação, Comunicações e Conhecimento (Gepicc) da UFBA. Considerando que um plano diretor pressupõe a apresentação de propostas vis à vis a conjuntura política de sua elaboração, optou-se por trabalhar um quinquênio que já considerasse a apresentação de possíveis projetos para a ITIS por parte dos novos governantes.

Nesse sentido, o recorte temporal de abrangência do 3º PlaDITIS inicia em 2020 e se encerra em 2024. Seguindo a tradição dos planos anteriores, foi realizada consulta pública aos associados e interessados no tema, sendo posteriormente apresentado à diretoria da ABRASCO que o aprovou.



O eixo condutor de elaboração do 3º PlaDITIS tem como referência o contexto político, social, econômico e cultural das instituições em saúde e de formação, ciência, tecnologia e inovação. Bem como, se fundamenta no processo de trabalho em saúde, em especial o vinculado à gestão, promoção, prevenção, atenção, vigilância, assistência, regulação, programas, redes e serviços de saúde de acordo com as atribuições das três esferas de governo.

Diante da crescente complexidade e interesses presentes na área temática da ITIS pelo Estado brasileiro, as cinco dimensões estratégicas contempladas no segundo plano diretor continuam a ser enunciadas no 3º PlaDITIS. Essas se mostraram relevantes e potentes ao fornecerem subsídios a gestores, profissionais e conselheiros de saúde com ampla viabilidade e factibilidade em sua implementação no SUS, que inclui o setor público e o privado complementar, com monitoramento da sociedade.

Nesse sentido, o GTISP se concentrou em problematizar as dimensões e elaborar diretrizes e propostas, objetivando efetivo avanço das políticas públicas na área. As dimensões, portanto, estão assim dispostas no plano: 1. Governança e gestão da Informação e Tecnologia de Informação em Saúde (ITIS); 2. Pesquisa, desenvolvimento e inovação na área temática ITIS; 3. Ensino e formação permanente de equipe de Informação e TI em saúde; 4. Ética, privacidade e confidencialidade, e 5. Informação e TI em saúde: democracia, controle social e justiça cognitiva.

PRIMEIRA DIMENSÃO: GOVERNANÇA E GESTÃO DA INFORMAÇÃO E TECNOLOGIA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE

As mudanças necessárias na gestão da ITIS necessitam de clara compreensão do legado histórico e da cultura institucional. O modelo de gestão deve apontar para a convergência em torno da defesa da res pública na superação de disputas entre micropoderes técnicos, políticos (incluindo os político-partidários) no âmbito das estruturas organizacionais e de interesses privados cristalizados nesta ou naquela instância do aparato estatal, para os quais a manutenção do status quo é benéfica. Nessa dimensão estruturante, dezessete propostas são apresentadas:

Propostas

1. O fortalecimento da área de Informação e Tecnologia de Informação em Saúde depende de que os gestores e profissionais da saúde se conscientizem do potencial que ela possui para apoiar a gestão do SUS e de que os meios para isso estejam efetivamente disponíveis. Para tanto, é preciso desenvolver modelos e processos convincentes de aplicação prática no cotidiano da informação clínica, epidemiológica, demográfica, ambiental e de outras áreas do conhecimento técnico-científico que sejam úteis para a compreensão das complexas situações de saúde em seus respectivos territórios, de acordo com as competências das três esferas de governo.

A gestão e a governança de documentos e sistemas de arquivos em saúde devem ser objeto de qualificação permanente. Ainda persistem registros realizados nas redes de atenção à saúde que carecem de acurácia. A produção de evidências sobre a utilidade da informação como instrumento da gestão deve ser estimulada.

Sua potência para subsidiar a tomada de decisão em saúde e nas políticas socioeconômicas pode ser aumentada com estímulos para que gestores e profissionais (que geram informação em saúde) se sintam corresponsáveis pelo registro dos dados, matéria-prima da informação em saúde. Experiências bem-sucedidas devem ser evidenciadas para que os gestores passem a valorizar o uso estratégico da informação em saúde para apoio aos gestores e fortalecimento do cuidado.

2. As instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde (SUS) em suas três esferas (nacional, estadual e municipal) em conjunto com o controle social (conselhos e conferências de saúde) devem aprofundar a articulação interfederativa e entre outros setores da administração pública no sentido de definir prioridades de fomento que atendam às demandas de saúde. Diretrizes claras de governança da ITIS, tais como critérios de autenticidade (identidade e integridade) e uma cadeia de custódia ininterrupta dos registros dos pacientes nos sistemas de informação em saúde, interoperabilidade e dados abertos devem ser consolidadas entre esses sujeitos históricos.

As políticas de fomento à inovação devem ser claras e acessíveis a todos. Recomenda-se o incentivo de mecanismos de monitoramento e fiscalização a fim de rastrear eventuais repasses de recursos do subfinanciado orçamento do SUS a iniciativas de expansão de mercado de empresas de TI e de Telecom, interessadas em vender seus produtos e serviços para o SUS, aprofundando o sucateamento da esfera pública da atenção à saúde.

Faz-se necessário investimento de capital dentro da perspectiva do bem público, ou seja, produtos e serviços que apresentam características de indivisibilidade, de não rivalidade e de não exclusividade em seu uso. A busca de alternativas no capital privado, os investimentos e repasses implementados devem ocorrer somente se estiverem de acordo com documentos pactuados pela gestão da saúde, com o controle social e pelo conjunto de regras que norteiam o tratamento da informação no território.

3. A Abrasco propugna que a expansão do mercado do complexo econômico-industrial da tecnologia de informação e telecomunicações fique consonante com o interesse da res publica, com os documentos pactuados pela gestão da saúde, pelo controle social e pelo arcabouço normativo no âmbito da política de Estado de saúde e seguridade social. Esta deve se manter compromissada com a defesa dos preceitos constitucionais, inclusive no que define o sentido de complementaridade do setor privado na saúde. Há espaço para as empresas crescerem sem que o Estado brasileiro renuncie ao que seja estratégico para a saúde da população, sem drenar recursos do SUS para fomento de empresas de TI em Saúde.

4. O modelo de governança da ITIS precisa se estruturar a fim de fortalecer a excelência pública das três esferas de governo. O modelo requer capacidade política que permita enfrentar os poderosos grupos organizados e com poder

de veto nesse setor da política pública. O fortalecimento das instâncias públicas da ITIS permitirá espaço político e tecnológico de maior autonomia e competências necessárias para inaugurar um processo de regulação das empresas de TI e Telecom que desejem atuar na saúde. Dentre os itens a serem regulados, destaca-se a definição de exigências de responsabilidade social, como, por exemplo, empresas que estimulem a inclusão digital e a redução da desigualdade social.

5. As ações a serem adotadas para superar a fragmentação da ITIS devem ser em formato aberto e público. Interoperabilidade, harmonização das terminologias e padronização da informação em saúde constituem iniciativas essenciais que vêm avançando. Reconhece-se que um dos pontos fortes do campo biomédico é possuir um vocabulário controlado amplamente utilizado. Porém, essas iniciativas necessitam de aprimoramento, pois são escolhas com implicações sociais, políticas e econômicas. É necessário construir mecanismos de participação multissetorial e multidisciplinar nas instâncias técnicas de discussão desses temas para que a ITIS contribua para a construção coletiva de alternativas que atendam aos desafios atuais do SUS. Iniciativa concreta será o estabelecimento da harmonização das linguagens documentais na política de informação. Deve-se levar em conta as formas de padronização da linguagem natural para a linguagem documental, promover uma gestão de documentos qualificada e atentar para a gestão da informação do SUS.

6. Cabe à gestão da ITIS implementar ações que garantam a qualidade da informação em saúde e das tecnologias adotadas. A garantia dessa qualidade – autenticidade e cadeia de custódia ininterrupta – constitui uma das funções indelegáveis do gestor público no âmbito do SUS.

7. É preciso superar a multiplicidade de instâncias coordenadoras e a separação da gestão da informação da gestão da tecnologia de informação em saúde, nas três esferas de governo, estruturando novo modelo de gestão da ITIS, de natureza democrática, com participação e controle social, que incorpore a tendência atual de convergência e circulação de saberes e práticas, respeitando as especificidades epistêmicas, históricas e culturais da ITIS, e que favoreça a criação de sinergias virtuosas de gestão política dos diferentes interesses presentes nesse processo.

8. Quanto às responsabilidades de gestão da ITIS, a Abrasco defende que seja adotado o conceito de bem público para os sistemas de informações, serviços de arquivos, repositórios arquivísticos, plataformas e aplicativos definidos como complexos, relevantes e estratégicos para o SUS, em suas dimensões tangível e intangível. A definição sobre o que é complexo, relevante e estratégico delimita as responsabilidades e atribuições da esfera pública no que se refere ao seu desenvolvimento e pleno domínio do ciclo de conhecimento e tecnologia, responsabilidade compartilhada entre profissionais de saúde, de informática, de informação e gestores. Esse deve ser um dos critérios norteadores de uma nova política de Estado da ITIS, em que esteja explicitado o que precisa ficar “na mão do público” e o que pode e até deve ficar “na mão do privado” e como se dará tal relação.

9. A informação em saúde é direito do cidadão e a gestão da informação deve garantir a qualidade da informação em saúde para a tomada de decisão dos gestores, cumprindo as responsabilidades institucionais atribuídas desde a geração do registro em saúde, cobrindo toda a cadeia de custódia do documento/registo.

10. A política de ITIS deve adotar modelos diversos de desenvolvimento e governança direcionados para sistemas complexos e estratégicos (como por exemplo Sistema do Cartão Nacional de Saúde e Sistema de Informação de Regulação) e outros para sistemas com workflow e sistemas de gerenciamento eletrônico de documentos arquivísticos (GEDA) mais facilmente estruturáveis. Sistemas de Informações complexos incluem, sem esgotar, as seguintes características: i) Maturação para apoiar decisões onde tempo e espaço são variáveis que impactam na vida de pessoas; ii) Missão crítica de operação ininterrupta, integradas a outros sistemas de informações que se alteram continuamente; iii) Aliam-se as demandas de amplo acesso, em um país continental com déficit de telecomunicações, com facilidade de uso que garanta identificação do indivíduo, do profissional e do estabelecimento de saúde no tempo e espaço, com segurança; iv) Capacidade transacional confiável em qualquer plataforma, desde sistemas embarcados até os altamente distribuídos; v) critérios de autenticidade e de manutenção da cadeia de custódia dos registros no e entre os sistemas de informação em saúde.

11. Essa responsabilização da gestão da ITIS pressupõe a produção de inovações estratégicas para a práxis em saúde, com utilização de tecnologias universais de domínio público e aberto em todo o ciclo de seu desenvolvimento, em parceria com instituições públicas nacionais de ensino e pesquisa em um trabalho colaborativo, constituindo uma Rede de Centros Colaboradores.

12. É preciso estabelecer um intenso trabalho de mapeamento e coordenação dos serviços de telecomunicações das diversas operadoras que recebem recursos provenientes do SUS, em parceria com as secretarias de saúde e as respectivas empresas públicas estaduais e municipais, para que sejam identificadas as sobreposições de infraestrutura de conectividade, interrompendo o desperdício de recursos públicos. Inclui-se nesse contexto a banda do satélite nacional destinada à saúde e parceria estratégica com a Rede Nacional de Ensino e Pesquisa (RNP).

13. Questões relacionadas a padrões, normalizações e certificações de Sistemas de Informações em Saúde (SIS) e de saúde digital devem ser definidas no âmbito de um mecanismo decisório que integre a governança da informação e tecnologia de informação em saúde, tendo por referência o arcabouço de governança do SUS – colegiados de gestão nas três esferas de governo e controle social – para as decisões sobre padronização, normalização, regulamentação e certificação de sistemas de informação e suas tecnologias aplicadas à saúde. A gestão da ITIS precisa adotar fluxos que garantam a articulação do conhecimento existente, por exemplo, nas instituições de pesquisa e ensino, com a estrutura do SUS, o que pressupõe

incluir conselheiros de saúde e outros sujeitos da sociedade civil organizada no processo decisório.

14. A governança integrada da ITIS precisa estar estruturada sob a égide da cooperação, do intercâmbio e subsidiada por uma rede colaborativa que atenda às demandas do SUS, fornecendo recomendações e resultados de avaliações necessárias à instância deliberativa. Processos de certificação devem minimizar conflitos de interesse, funcionando no âmbito da esfera pública, sob a coordenação de instância do SUS, com transparência plena.

15. A adoção de quaisquer normas, padrões ou outorga de certificação de SIS/e-saúde e de saúde digital devem ser, obrigatoriamente, precedidas de consistente análise do contexto de sua origem em relação ao determinado contexto de sua aplicação no país. Essa etapa constitui-se como essencial, principalmente se a norma/padrão for originária de países do hemisfério norte, em que os perfis de morbimortalidade, de atenção à saúde e de gestão são diversos dos existentes no Brasil. Torna-se ainda mais imperiosa a realização prévia de rigorosa avaliação transcultural caso a língua de procedência da norma/padrão não seja latina, mas anglo-saxônica, eslava ou mandarim, entre tantas outras. Destaca-se que a adaptação transcultural transcende em muito a tradução e a adaptação linguística, pressupõe contextualização cultural ao processo de trabalho em saúde existente no SUS, com suas peculiaridades regionais. Por exemplo, a atenção em saúde no norte brasileiro possui especificidades distintas do sul e sudeste que devem ser contempladas pelos padrões, normas e critérios de certificação a serem adotados. Caso as diversidades regionais não estejam contempladas no conceito de padrão nacional, o país estará diante de uma grande lacuna que, com certeza, se tornará grave obstáculo para sua efetiva adoção.

16. O ciclo decisório para a adoção de um padrão e/ou norma requer análise sobre a viabilidade e factibilidade de processos de capacitação das equipes de saúde usuárias dos SIS e de serviços de saúde digital, que passarão a utilizar os novos padrões/normas. Nesse caso, parceria com a rede de instituições de ensino em saúde faz-se estratégica e necessária.

17. O Ministério da Saúde deve se articular com outros setores, tais como o IBGE, de modo a efetivar coleta, processamento, tratamento e disseminação progressiva das classificações e variáveis "ocupação" e "atividade econômica" nos SIS, consideradas estratégicas e de interesse para a análise da determinação social do processo saúde-doença-cuidado. Para tal, entre outras estratégias, é importante incluir essas categorias no processo de educação permanente das equipes.

SEGUNDA DIMENSÃO: PESQUISA, DESENVOLVIMENTO, INOVAÇÃO EM INFORMAÇÃO E TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO EM SAÚDE

Diante de desafios complexos, as soluções precisam ser complexas. Essas só surgem a partir de processos de inovação cuja maturidade pressupõe uma política de Estado voltada para a constituição de equipes de excelência em trabalho colaborativo, de forma gradual, nos moldes de desenvolvimentos translacionais e que leve em conta a interdisciplinaridade. Essa segunda dimensão apresenta três propostas:

Propostas

1. Recomenda-se a constituição de uma Rede de Centros Colaboradores de Pesquisa, Ensino e Inovação em Informação e Tecnologia de Informação em Saúde voltada para um intensivo processo de interlocuções e troca de experiências que potencialize os investimentos de fomento em P&D e o financiamento de iniciativas, constituindo massa crítica, criativa, produtora de conhecimento – teórico, conceitual, epistemológico, metodológico, tecnológico e técnico-operacional – nas esferas públicas de C&T em saúde e de serviços de saúde. Esse colegiado deve mobilizar e agregar saberes e práticas em torno das necessidades do SUS. Tal modelo expressa a compreensão sobre a relevância de um tratamento diferenciado para desafios que envolvam ITIS estratégicas e complexas.
2. Diante da necessidade da pesquisa em ITIS delimitar espaço na política nacional de C&T, a Abrasco deve atuar nas instâncias competentes da administração pública no estabelecimento de programas de pesquisa induzida no campo da ITIS, a exemplo do que já se realiza na Agenda Prioritária de Pesquisa para o SUS, ampliando as consultas aos centros de pesquisa em sua formulação e os recursos necessários ao seu financiamento sustentado e suficiente, por meio de editais específicos que contemplem, de maneira prioritária, problemas/lacunas de maior complexidade e de relevância nacional. Faz-se premente maior integração sinérgica entre os programas de pós-graduação vocacionados para o campo da ITIS.
3. Fomentar estudos de avaliação periódica da produção nacional de C&T em ITIS por meio também de chamadas públicas das agências de fomento em pesquisa, tais como CAPES, CNPq e Finep, entre outros.

TERCEIRA DIMENSÃO: ENSINO E FORMAÇÃO PERMANENTE DE EQUIPES DE INFORMAÇÃO E TECNOLOGIA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE

Nesta dimensão, a perspectiva norteadora é que o fomento a processos formativos não fique restrito à técnicas e que seja exigido de docentes e discentes um trabalho de interrogação, de reflexão e de crítica, de tal maneira que o ensino-aprendizagem estabelecido o torne capaz de elevar, ao plano do conceito, de modelo, de inovação, o que foi experimentado como questão, problema, dificuldade. Como em outros campos do conhecimento, a formação dos professores está ligada à questão da pesquisa. Portanto, urge ativar no país uma rede colaborativa de formação de pessoas e influenciar nas diretrizes curriculares de profissões ligadas à área da saúde. É preciso expandir a questão para os departamentos de ensino; promovendo a interdisciplinaridade que a ITIS pressupõe. Apresentam-se a seguir cinco propostas voltadas para a formação de profissionais de nível médio e superior, para além dos graduados:

Propostas

1. A realização de um diagnóstico no decorrer do próximo quinquênio dos cursos de ITIS no Brasil a fim de subsidiar estratégias de incremento do número de cursos ofertados de nível técnico, de pós-graduação de lato e de stricto sensu e de valorização da práxis da ITIS tanto no interior das instituições de ensino de saúde coletiva como nos serviços de saúde, das três esferas de governo, promovendo a interdisciplinaridade inerente ao campo. O diagnóstico deve necessariamente conter uma abrangente e completa análise a respeito dos cursos sobre ITIS existentes no país.
2. A promoção do uso das redes de ensino para a formação de um grupo de Centros de Ensino em ITIS com abrangência nacional, que atue cooperativamente a fim de ampliar uma inteligência coletiva no país, baseado no diagnóstico dos cursos já existentes, conformando programas de formação multi-instituições voltados para a área de saúde.
3. O aprofundamento, em conjunto com os gestores de saúde, de reflexões sobre os perfis dos profissionais componentes das equipes de ITIS, incorporando modalidades de atualização em face do acelerado processo de inovações nesse campo.
4. A construção coletiva de conteúdos curriculares que propiciem novas habilidades e competências aos profissionais das equipes de ITIS e estabelecimento de novas formas de exercício das práticas profissionais e de novos instrumentos de gestão em saúde. Especial atenção deve ser dada à formação de quadros estratégicos responsáveis pela gestão da Informação e TI em saúde.
5. A defesa, junto às instâncias decisórias do SUS, da necessidade de estabelecer a incorporação de profissionais de ITIS com formação específica 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 por meio de concurso público, entre os servidores das unidades constitutivas do sistema de saúde.

QUARTA DIMENSÃO: ÉTICA, PRIVACIDADE E CONFIDENCIALIDADE

Neste Plano, são pontuados aspectos para os usos de três condutas no âmbito da ITIS: ética, garantia da privacidade e preservação da confidencialidade. Um dos desafios das equipes de saúde é desenvolver mecanismos e estruturas de gestão da ITIS considerando a geração dos registros assistenciais/clínicos, epidemiológicos e sociais e do grande fluxo dessas informações e dados com vistas à operacionalização da RAS.

As propostas, desafios, metas e objetivos a serem perseguidos e alcançados relacionados a essas três condutas, no decorrer do período de 2020 a 2024, são identificados a partir de algumas premissas e de alguns questionamentos. As premissas são: 1) o Comitê Gestor da Internet (CGI.br) no Brasil mantém Grupos de Trabalho (GT) e coordena projetos em áreas importantes para o funcionamento e o desenvolvimento da internet no país (e.g. GTsaúde) e desde 1997, mantém o Centro de Estudos, Resposta e Tratamento de Incidentes de Segurança no Brasil (Cert.br); 2) a Agência Nacional de Telecomunicações (Anatel), formalmente, visa promover o desenvolvimento das telecomunicações do país, em obediência ao recém-aprovado marco civil da internet. A Comissão de Normalização de Telecomunicações da Anatel tem como uma das áreas de especialização a segurança das telecomunicações e a gestão de identidades que são requisitos essenciais na preservação da privacidade, a exemplo da implantação do Sistema do Cartão Nacional de Saúde (SCNS), Registro Eletrônico em Saúde (RES) e/ou Prontuário Eletrônico do Paciente PEP); 3) o Conselho Nacional de Arquivos (Conarq) é o órgão colegiado, vinculado ao Arquivo Nacional e ao Ministério da Justiça, que tem por finalidade definir a política nacional de arquivos públicos e privados, bem como exercer orientação normativa visando à gestão documental e à proteção especial aos documentos arquivísticos. De acordo com a legislação em vigor, o prontuário do paciente (eletrônico ou analógico) é um documento arquivístico. Com esse entendimento, constituiu a Câmara Setorial de Arquivos de Instituições de Saúde (CSAIS); 4) A Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) – marco legal que regulamenta o uso, a proteção e a transferência de dados pessoais no Brasil – foi sancionada e publicada com vetos no dia 15 de agosto de 2018 (Lei 13.709/2018). Em tese, o texto da LGPD garante maior controle das informações pessoais dos cidadãos, exigindo consentimento explícito para coleta e uso dos dados e obriga a oferta de opções para o usuário visualizar, corrigir e excluir esses dados.

Assim questiona-se: como o PLaDITIS pode contribuir com a atuação dessas instâncias – CGI.br, Cert.br, a Anatel, o Conarq/Csais e a LGPD – para o avanço de estratégias de saúde digital para o Brasil relacionadas à redução de riscos de invasão de privacidade e da confidencialidade dos registros assistenciais? Quais medidas e metas são necessárias para a implementação e o alcance de mecanismos e estruturas que garantam a privacidade e a confidencialidade das informações em saúde?

Outros questionamentos são pontuados com vistas a listar diretrizes sobre os aspectos relacionados à ética, privacidade e confidencialidade das informações em saúde: 1) As políticas de governo eletrônico (e-gov) estão

subordinadas a quais interesses? 2) Como é possível cotejar a privacidade/ confidencialidade com as políticas de governo eletrônico, considerando o universo de dados já existentes sobre o indivíduo acumulados/armazenados nos serviços, sistemas e repositórios arquivísticos em saúde, tais como: cadastros populacionais, sistema cartão nacional de saúde, registro eletrônico em saúde, sistemas de informações em saúde de base nacional, sistema de informação de regulação assistencial, prontuários analógicos e eletrônicos do paciente, bases de dados de operadoras de planos de saúde? 3) Qual é o posicionamento sobre a viabilidade da adoção, nas unidades assistenciais, do "Termo de Consentimento Informado" em relação às informações fornecidas pelo paciente, como forma do cidadão deter o controle sobre o acesso, formalizando a autorização sobre seu uso? 4) Qual é a deliberação sobre a necessidade de aumento de penalidades para organizações públicas e privadas de informática atuantes na saúde que não garantem a privacidade e confidencialidade das informações em saúde, previstos desde a contratação, desenvolvimento e operacionalização dos softwares para os registros em saúde? E sobre possível revisão do Código do Servidor Público, incluindo de forma mais explícita, com penalidades maiores, a questão do respeito à privacidade e à confidencialidade das informações em saúde?

Nesta dimensão, o diálogo sobre ética, privacidade do indivíduo e confidencialidade das informações em saúde é contextualizado na perspectiva legal, institucional, científica e filosófica. No contexto de uma sociedade telemática, tornam-se imprescindíveis premissas de diferentes áreas do conhecimento para refletir os fenômenos das tecnologias da informação e dos Repositórios de Dados e Cadastros Arquivísticos Digitais Confiáveis (RDCArq) para as RAS. Tais fenômenos implicam na formulação de propostas relacionadas à migração, transferência, compartilhamento e acesso dos registros em saúde e o acúmulo desses nos RDCArq uma vez que os bancos de dados/ informações em saúde se conformam a partir de dados e informações pessoais.

Propostas:

As ITIS venham a ser contempladas, no âmbito das políticas de saúde, como espaço de práticas e saberes que impactam comportamentos e sistemas de valores e crenças dos humanos na geração, na difusão e no uso das informações em saúde; dos registros e dos fluxos destes nos serviços, sistemas e redes de atenção à saúde; das inovações tecnológicas da informação em saúde; das regulamentações, critérios e requisitos sobre os registros, fluxos, acesso, transferência, mediação, recuperação e uso dos registros em saúde para a gestão do SUS e dos conselhos de saúde e na formulação de políticas públicas para a promoção, prevenção e atenção à saúde dos brasileiros;

O desenvolvimento de políticas de informação que assegurem estruturas e mecanismos de condutas dos agentes envolvidos nos registros em saúde; no desenvolvimento das ITIS; e na gestão da informação em saúde no âmbito dos serviços dos três níveis de atenção à saúde, nas esferas de

governos – municipal, estadual e federal –, no DATASUS, nos conselhos de saúde, nas Comissões Intergestoras de Saúde (CIT, CIB) e no Conarq.

O desenvolvimento de mecanismos e estruturas de informações que garantam o direito à reserva das informações pessoais e propiciem minimizar a assimetria de governabilidade entre pessoas e instituições, sobre o que é registrado, por que é registrado e o uso que é realizado dos registros pessoais – assimetria informacional em saúde, entre o individual e o coletivo; entre o privado e o público. Essa ação visa propiciar a cidadania eletrônica, o direito à autodeterminação informativa, consequentemente, os direitos das pessoas no âmbito de conhecer, controlar acessos e compartilhamentos, arquivamento e usos das informações pessoais. Recomenda-se que as organizações de saúde se adaptem e adotem os princípios da Lei de n.º 13.709/2018 (LGPD) que “dispõe sobre o tratamento de dados pessoais, inclusive nos meios digitais, por pessoa natural ou por pessoa jurídica de direito público ou privado, com o objetivo de proteger os direitos fundamentais de liberdade e de privacidade e o livre desenvolvimento da personalidade da pessoa natural” (BRASIL, 2018). Nessa Lei, o Art. 2º evidencia:

A disciplina da proteção de dados pessoais tem como fundamentos:

I – o respeito à privacidade; II – a autodeterminação informativa; III – a liberdade de expressão, de informação, de comunicação e de opinião; IV – a inviolabilidade da intimidade, da honra e da imagem; V – o desenvolvimento econômico e tecnológico e a inovação; VI – a livre iniciativa, a livre concorrência e a defesa do consumidor; e VII – os direitos humanos, o livre desenvolvimento da personalidade, a dignidade e o exercício da cidadania pelas pessoas naturais. (BRASIL, 2018).

Desenvolver mecanismos e estruturas que assegurem a proteção dos dados ou informações definidos como aqueles que não podem ser disponibilizados ou divulgados sem autorização expressa do indivíduo para pessoas, entidades ou processos.

O desenvolvimento de mecanismos e estruturas para a autenticidade dos registros e da manutenção desses registros na cadeia de custódia (por exemplo, do registro dos dados e informações nos metadados de um prontuário do paciente da migração desses até os repositórios – banco de dados do DATASUS).

A instituição de mecanismos e estruturas que garantam a linha contínua de custodiadores dos registros informacionais de saúde – desde o seu produtor (e.g. indivíduo–serviço de saúde), até seu sucessor final (e.g. repositórios do DATASUS – RNDSP?). Tais estruturas devem possibilitar que os registros não sofram processos de alteração e, assim, mantenham sua autenticidade, respeitando os atributos de identidade e integridades dos registros.

A promoção da atuação das Comissões de Revisão de Prontuários do Paciente (CRPP) e das Comissões Permanentes de Avaliação Documental (CPAD) para assegurar os dispositivos de autenticidade e da manutenção da cadeia de custódia dos registros assistenciais. Os registros autênticos são aqueles que não sofrem alteração, corrompimento e adulteração, e, detêm os atributos de identidade e de integridade: a identidade de um registro é o "conjunto dos atributos de um documento arquivístico que o caracterizam como único e o diferenciam de outros documentos arquivísticos". A integridade é a "capacidade de um documento arquivístico transmitir exatamente a mensagem que levou à sua produção (sem sofrer alterações de forma e conteúdo) de maneira a atingir seus objetivos". Esses dois atributos da autenticidade de um registro são constatados a partir dos contextos nos quais são produzidos e usados ao longo do tempo. Esses contextos são: jurídico-administrativo, de proveniência e de procedimentos documental arquivístico, computacional e de comunicação (Conselho Nacional de Arquivos, 2012, p. 2).

O desenvolvimento de mecanismos e estruturas por meio dos critérios e procedimentos da computação para garantir a segurança dos registros nos SIS (e.g. assinatura digital; barramento; blockchain; trilhas de auditoria, dentre outros).

O desenvolvimento da qualificação dos agentes da saúde -público e terceirizados -para a mudança do habitus em relação ao uso dos mecanismos e estruturas para garantir a autenticidade dos registros, da manutenção desses registros na cadeia de custódia e, da segurança desses registros nos sistemas de informações em saúde.

A disseminação entre os agentes de saúde das Diretrizes para a Presunção de Autenticidade de Documentos Arquivísticos Digitais e Diretrizes para a Implementação de Repositórios Arquivísticos Digitais Confiáveis - RDC-Arq (Conselho Nacional de Arquivos, 2012, 2014).

QUINTA DIMENSÃO: INFORMAÇÃO E TECNOLOGIA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE – DEMOCRACIA, CONTROLE SOCIAL E JUSTIÇA COGNITIVA

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 das tecnologias da informação torna-se estratégica e vital para o avanço da democracia e da luta pela melhoria da saúde no país. Porém, observa-se o descompasso do uso da informação e suas tecnologias em benefício da ampliação da potência de controle social sobre as ações da esfera pública.

Trabalha-se com o entendimento que democratizar a informação e Tecnologia da Informação em saúde acontece quando: 1) os cidadãos têm a garantia de acesso às informações sistematizadas, tratadas, organizadas e acumuladas 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 ITIS.

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 produtos e serviços de informação e TI para os gestores, profissionais, conselheiros de saúde, usuários dos serviços e a sociedade brasileira como um todo.

Propostas

A formulação de estratégias de democratização das informações e TI 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.

O fomento 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.

O estímulo do estabelecimento de canais de interlocução dialógica na construção das "destrezas da vida" junto à população em geral, onde ela possa ter acesso e se apropriar da informação sobre sua saúde, seus usos e significados.

A difusão da informação em saúde, fortalecendo a interlocução com as conferências e conselhos de saúde.

A popularização da discussão orçamentária sobre os recursos públicos alocados para o SUS, para o complexo médico-hospitalar privado e o

complexo econômico industrial da Saúde no Brasil por meio das redes sociais e novas formas de interação.

A construção, junto com as instâncias institucionais do controle social da saúde, de mecanismos de verificação da autenticidade das informações em saúde disseminadas por meio de mídia digitais.



BRASIL. Lei n.º 13.709, de 14 de agosto de 2018. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). Brasília, DF: Presidência da República, 2018. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13709.htm

CONSELHO NACIONAL DE ARQUIVOS. Câmara Técnica de documentos eletrônicos. Diretrizes para a presunção de autenticidade de documentos arquivísticos digitais. Rio de Janeiro: Arquivo Nacional, 2012. Disponível em: http://www.conarq.arquivonacional.gov.br/media/Diretrizes_presuncao_autenticidade%20finalizada.doc. Acesso em: 15 maio 2019.

CONSELHO NACIONAL DE ARQUIVOS. Câmara Técnica de documentos eletrônicos. Diretrizes para a implementação de repositórios digitais confiáveis de documentos arquivísticos. Rio de Janeiro: Arquivo Nacional, 2014. Disponível em: http://www.conarq.arquivonacional.gov.br/media/publicacoes/resol_conarq_39_repositorios.pdf. Acesso em: 15 maio 2019.

CAMPOS, G. W. S. Efeito torre de Babel: entre o núcleo e o campo de conhecimentos e de gestão das práticas: entre a identidade cristalizada e a megafusão pós-moderna. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 12, n. 3, p. 550-551, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n3/05.pdf>

CAVALCANTE, M. T. L.; VASCONCELLOS, M. M. Tecnologia de Informação para a educação na saúde: duas revisões e uma proposta. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 13, p. 611-622, jun. 2007.

CHAUÍ, M. Sociedade, Universidade e Estado: autonomia, dependência e compromisso social. In: APPEL, M. A Universidade na encruzilhada: Seminário Universidade – por que e como reformar? Brasília, DF: Unesco, 2003. p. 67-77. Disponível em: <http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001339/133968POR.pdf>

FLEURY, S. Defesa intransigente do interesse público na saúde. In: SIMPÓSIO DE SAÚDE E POLÍTICA, 2., 2011. Brasília, DF. Anais [...]. Brasília, DF: Cebes, 2011. p. 4-6. Disponível em: http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2011/07/CEBES_Teses.pdf

INTERNATIONAL MEDICAL INFORMATICS ASSOCIATION. Imia Knowledge Base (2009). Disponível em: <http://www.imia-medinfo.org/new2/node/8>

MORAES, I. H. S.; GONZÁLEZ DE GÓMEZ, M. N. Informação e informática em saúde caleidoscópio contemporâneo da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 553-565, jun. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n3/02.pdf>

RISI JR, J. B. Rede Interagencial de Informações para a Saúde-Ripsa: dez anos de desenvolvimento. In: BRASIL. Ministério da Saúde; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. p. 129-142.

SCOTT, R.; MARS, M. Here We Go Again – “Digital Health”. *Journal of the International Society for Telemedicine and eHealth*, [Congella], v. 7, p. e1 (1-2), 2019.



Álvaro Escrivão Junior

Possui graduação em Medicina pela Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – Faculdade de Medicina de Botucatu, mestrado em Medicina – 1986 (Medicina Preventiva) e doutorado em Medicina (Medicina Preventiva) pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP). Atualmente é professor do Departamento de Gestão Pública da Escola de Administração de Empresas da Fundação Getúlio Vargas (FGV), São Paulo, pesquisador no Centro de Estudos em Planejamento e Gestão em Saúde (GVsaúde) da Escola de Administração de Empresas de São Paulo (EAESP) e coordenador do Curso de Auditoria em Serviços e Sistemas de Saúde da Fundação Getúlio Vargas (FGV-PEC). Foi médico sanitarista do Governo do Estado de São Paulo, com atuação no Programa de Estudos Avançados em Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde (Proahsa) no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP. É médico da Prefeitura do Município de São Paulo, com atuação no Observatório de Saúde da Região Metropolitana de São Paulo, onde exerce a função de secretário executivo. Tem experiência na área de Saúde Coletiva e de Administração em Saúde, com ênfase em Informação/Indicadores em Saúde e Epidemiologia Gerencial, atuando principalmente nos seguintes temas: avaliação em saúde, indicadores de saúde, auditoria em serviços e sistemas de saúde, epidemiologia em serviços de saúde, saúde suplementar e relação público-privada na saúde. É membro do Grupo Técnico de Informação em Saúde e População.

Angélica Baptista Silva

Possui graduação em Comunicação Social com habilitação em Jornalismo pelas Faculdades Integradas Hélio Alonso (FACHA). Especialista em internet, interface e multimídia pela Universidade Federal Fluminense (UFF) e doutora em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), instituição da qual atualmente é pesquisadora. Tem experiência na área da Saúde Coletiva, atuando principalmente nos seguintes temas: direitos humanos, gênero, telessaúde, telemedicina e informação e Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC) em saúde.

Claudio Miceli de Farias

Possui graduação em Ciência da Computação pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), mestrado em Informática e doutorado em Informática ambos pela UFRJ. As principais áreas de atuação são: redes de sensores sem fio, redes de sensores compartilhadas, fusão de dados, escalonamento, sistemas de detecção de intruso, smart grid e segurança.

Dália Elena Romero Montilla

Possui graduação em Sociologia pela Universidad Católica Andrés Bello de Venezuela (UCAB), mestrado em Demografia pelo El Colegio de México (Colmex) e doutorado em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Atualmente é funcionária da Fiocruz onde atua como pesquisadora, professora e vice-coordenadora do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Informação e Comunicação em Saúde (PPGICS).

Faz parte do corpo docente do Curso de Pós-Graduação em Geriatria e Gerontologia da Universidade Aberta da Terceira Idade, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UnATI.Uerj). Tem experiência na área de Demografia e Saúde Pública, especialmente nos temas de avaliação da qualidade da informação, envelhecimento e saúde do idoso, monitoramento de indicadores de saúde e componentes da dinâmica demográfica. Atualmente na coordenação do GT População e Saúde da Associação Brasileira de Estudos Populacionais (ABEP), tendo coordenado também os biênios 2011-12, 2013-14. Foi membro do Conselho Consultivo nesta mesma instituição. É membro da Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA).

Eduardo Luiz Andrade Mota

Professor Titular do Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). É o atual Pró-Reitor de Planejamento e Orçamento da UFBA (agosto/2014). Foi Vice-Diretor (Gestão 2005-2009) e diretor do ISC/UFBA, (Gestão 2009-2013). Graduado em Medicina pela UFBA, realizou mestrado em Saúde Pública em Harvard University, doutorado em Medicina UFBA e pós-doutorado em Epidemiologia na University of North Carolina-Chapel Hill. Foi secretário de saúde do município de Salvador, Bahia (1993-1996), atuou no Ministério da Saúde (1997-1998) e na Agência Nacional de Saúde Suplementar (2002-2004). Membro da Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA) e desenvolve atividades docentes, de extensão e pesquisa nas áreas de Epidemiologia, Informação em Saúde, Análise de Situação em Saúde e Saúde Materno-Infantil.

Francisco José Aragão Pedroza Cunha

Doutor em Difusão do Conhecimento pelo Programa de Pós-graduação Multi-institucional e Multidisciplinar (DMMDC) da Faculdade de Educação da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Possui graduação em Administração de Empresas pela Universidade Católica do Salvador (UCSal) e mestrado em Ciência da Informação pela UFBA. Professor Associado do Departamento de Documentação e Informação da UFBA. Professor permanente dos Programas de Pós-graduação em Ciência da Informação (PPGCI) da UFBA e do DMMDC da Faculdade de Educação da UFBA. Pesquisa os seguintes temas: arquivística, gestão de documentos, gestão da informação, gestão do conhecimento, gestão cultural, gestão hospitalar, sistemas de informação, ensino e aprendizagem e comunicação organizacional, ciência da informação, saúde coletiva, redes sociais, inovação tecnológica, economia da inovação, sistemas de representação do conhecimento e políticas de informação. Membro do Grupo de Estudos de Políticas de Informação, Comunicações e Conhecimento (GEPICC) registrado no CNPq. Atualmente, coordena a pesquisa sobre "Informação, documentos, arquivos e repositórios em saúde: mecanismos de difusão de conhecimento para as inovações gerenciais nos sistemas de saúde", projeto financiado pelo Programa de Apoio a Jovens Professores Doutores (Propesq); Chamada Universal MCTI/CNPq n.º 01/2016 ; e, PIBIC 2016-2017, 2017-2018; 2018-2019; 2019-2020.

Gillian Leandro de Queiroga Lima

Doutor em Difusão do Conhecimento pelo Programa de Pós-graduação Multi-institucional e Multidisciplinar (DMMDC) da Faculdade de Educação da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Possui Bacharelado em Arquivologia pela UFBA, pós-graduação no MBA em Gestão da Informação da Universidade Salvador (Unifacs) e mestrado em Ciência da Informação pelo Instituto de Ciência da Informação da UFBA. Atualmente é Professor Adjunto da UFBA e chefe do Departamento de Fundamentos e Processos Informacionais (DFPI) do Instituto de Ciência da Informação da UFBA. Possui experiência em pesquisas na área de teorias arquivísticas, informações em saúde, gestão de arquivos e serviços arquivísticos, gestão de documentos e em organização de arquivos.

Glaucia Regina Motta da Silveira Castro

Graduada em Enfermagem pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), mestre em Ciências da Saúde com Ênfase em Saúde, Trabalho e Ambiente pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz). Atualmente é diretora de Desenvolvimento, Inovação e Marketing Institucional da Coordenação de Políticas de Saúde do Trabalhador da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). É responsável pela Coordenação Executiva dos Núcleos de Telemedicina e Telessaúde da UFRJ e pela Coordenação do Núcleo de Telemedicina e Telessaúde do Servidor Público / CPST/PR4/UFRJ. Tem experiência na área de Gestão em Saúde e em Educação com ênfase em Planejamento Estratégico, Saúde do Trabalhador e uso de tecnologias digitais no ensino e na saúde. Possui MBA Executivo pela COPPEAD/UFRJ e especialização nas áreas de Informática em Saúde, Gestão de Recursos Humanos em Saúde e em Enfermagem do Trabalho. Atualmente atua nas áreas de Gestão, Ensino, Pesquisa e Inovação na UFRJ.

Ilara Hämmerli Sozzi de Moraes

Pesquisadora titular da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz). Possui doutorado e mestrado em Saúde Pública pela Fiocruz. Docente do Programa de Pós Graduação de Saúde Pública (stricto sensu) da ENSP (CAPES-6). Compõe o corpo científico do Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Convergência Digital – INCOD/INCT/CNPq. Coordena o Componente III – Gestión de Telesalud do projeto Telessaúde nas Américas: 'Protocolos regionales de Políticas Públicas de Telesalud'. Organizou e coordenou o Mestrado Profissional de Gestão da Informação e Tecnologia de Informação e Comunicação em Saúde/ENSP e ICICT/Fiocruz. É integrante da Rede Interagencial de Informação para a Saúde (RIPSA – OPAS e Ministério da Saúde), onde representa a ENSP desde sua criação. É líder do Grupo de Pesquisa Informação e Saúde/ENSP-CNPq, desde 1996.

Liliane Silva do Nascimento

Docente Associada II da Universidade Federal do Pará (UFPA), Instituto de Ciências da Saúde, Faculdade de Odontologia. Coordenadora e tutora da Residência Multiprofissional de Atenção a Clínica Integrada da UFPA. Tutora do eixo de Odontologia da Residência Multiprofissional em Saúde da família x eixo odontologia Universidade do Estado do Pará (UEPA). Docente do eixo de Odontologia da Residência Multiprofissional em Atenção ao Paciente Crítico do Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUJBB). Membro permanente do Programa de Pós-Graduação em Saúde, Ambiente e Sociedade (PPGSAS). Membro do Núcleo de Estudos Interdisciplinares em Violência na Amazônia (NEIVA). Avaliadora INEP/BaSIS. Consultora em Saúde e desenvolvimento de pessoas em saúde e áreas afins. Atua em campos diversos da Saúde Pública, Educação em saúde e Odontologia em Saúde Coletiva com ênfase na epidemiologia das doenças bucais, gênero, violência e saúde. Desenvolve também estudos de avaliação de políticas e serviços de saúde. Trabalha com avaliação em serviços de saúde. O cuidado e atenção a saúde das pessoas sobre a perspectiva da integralidade em saúde é base de sua atuação, bem como, a criação e desenvolvimento de novas tecnologias, políticas de saúde, formação e educação no ensino superior.

Marcelo Fornazin

Pesquisador da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz) e Professor Adjunto no Instituto de Computação da Universidade Federal Fluminense (UFF). Doutor em Administração pela Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas da Fundação Getúlio Vargas (EBAPE/FGV), possui bacharelado e mestrado em Ciência da Computação pela Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" (Unesp). Integrante da Comissão Especial de Sistemas de Informação da Sociedade Brasileira de Computação (CESI/SBC), atua também no Programa de Pós-Graduação em Informática da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (PPGI-Unirio) e no Programa de Pós-Graduação em Ciência da Informação desenvolvido pelo Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia (IBICT) em associação à Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Trabalhou como professor na área de Tecnologia da Informação da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), como especialista em Gestão de Tecnologia de Informação no Ministério da Saúde (2009–2013), e como gerente de Projetos na empresa MStech Consultoria (2006–2009). Tem experiência na área de Ciência da Computação e Tecnologia da Informação, com ênfase em Gestão de Tecnologia da Informação, Governo Eletrônico e Computação Social. Atua principalmente nos seguintes temas: sistemas de informação em saúde, avaliação e projetos e políticas públicas de tecnologia da informação, informática e sociedade, desenvolvimento de sistemas para saúde e para área social.

Marilia Louvison

Professora Doutora da Faculdade de Saúde Pública da USP, Conselheira da ABRASCO e da Associação Paulista de Saúde Pública. Médica Sanitarista com residência em Medicina Preventiva e Social pela Escola Paulista de Medicina, Mestre e Doutora pela Faculdade de Saúde Pública da USP. Tem experiência na área de gestão de sistemas e serviços de saúde do SUS. Pesquisadora e Professora no campo da Saúde Coletiva, com ênfase em Política, Planejamento e Gestão e Epidemiologia de Serviços, atuando principalmente na área de políticas públicas, envelhecimento e condições crônicas; Regulação e avaliação de sistemas de saúde; e Regionalização e regulação das redes de atenção no SUS.



- Álvaro Escrivão Jr** – Fundação Getulio Vargas (FGV-SP)
- Angélica Baptista Silva** – Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)
- Artur Custodio** – Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase (Morhan) e Conselho Nacional de Saúde
- Claudio Miceli** – Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)
- Dalia Romero** – Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)
- Deise Grigorio** – Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)
- Francisco José Aragão Pedroza Cunha** – Universidade Federal da Bahia (UFBA)
- Glaucia Castro** – Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)
- Ianê Germano de Andrade Filha** – Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)
- Jacques Levin** – Departamento de Informática do SUS (DATASUS)
- José Marcos Gonçalves** – Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES)
- José Mauro da Conceição Pinto** – Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)
- José Muniz da Costa Vargens** – Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)
- Juliana Pereira de Souza Zinader** – UFG
- Leonardo Costa de Castro** – Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)
- Liliane Silva Nascimento** – Universidade Federal do Para (UFPA)
- Livia Antunes** – Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)
- Luciana Portilho** – Centro de Estudos de Tecnologia da Informação e Comunicação (CETIC.Br)
- Mainara Freire** – Universidade Federal da Bahia (UFBA)
- Marcelo Fornazin** – Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e Universidade Federal Fluminense (UFF)
- Marcelo Silva** – Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS)
- Margarete Moraes** – Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)
- Matheus Magalhães** – Secretaria Estadual de Saúde do Distrito Federal (SES-DF)
- Paulo Lopes** – Rede Nacional de Pesquisa (RNP)
- Romário Marques Magalhães** – Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)
- Sandro Luis Freire de Castro Silva** – Instituto Nacional do Câncer (INCA)
- Sergio Munck** – Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)
- Victor Paiva Pimentel** – Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES)

RELATORES:

Beatriz Vieira – FundaçãoOswaldo Cruz (Fiocruz)

Ianê Filha – FundaçãoOswaldo Cruz (Fiocruz)

Mainara Freire – Universidade Federal da Bahia (UFBA)

Romário Magalhães – FundaçãoOswaldo Cruz (Fiocruz)

RELATORIA FINAL:

Angélica Baptista da Silva – FundaçãoOswaldo Cruz (Fiocruz)

Francisco José Aragão Pedroza Cunha – UniversidadeFederal da Bahia (UFBA)

Ilara Hammerli Sozzi de Moraes – Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)

Marcelo Fornazin – Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e Universidade Federal Fluminense (UFF)

O grupo teve origem em recomendação da Oficina de Trabalho (OT) "Utilização de grandes bancos de dados nacionais", realizada em 1992, durante o II Congresso de Epidemiologia, em Belo Horizonte. Inicialmente, o GTISP concentrou seus esforços no sentido de tornar-se um sujeito político nos espaços de debate e disputas em torno da direcionalidade da Informação e Tecnologia de Informação em Saúde (ITIS), a partir de uma agenda de trabalho de curto, médio e longo prazo, na qual foram priorizadas as seguintes questões: a) compatibilização das bases de dados, com a melhoria de sua qualidade; b) definição de estratégias de disseminação das informações; c) necessidade de amplo processo de educação permanente dos profissionais responsáveis pela gestão da informação; e d) elaboração de preceitos éticos sobre o tratamento e uso da informação em saúde que identifica o cidadão.

O GTISP discute suas propostas principalmente por meio de oficinas de trabalho. Como exemplos, citam-se:

- OT "Compatibilização de bases de dados nacionais", realizada no âmbito do V Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, em 1997, em Águas de Lindoia, na qual as principais variáveis dos sistemas de informação de interesse para a saúde foram discutidas em torno de três eixos: o indivíduo, o evento que gera o registro e a unidade assistencial relacionada ao evento. Inserindo-se na vanguarda das reflexões acerca da necessidade da padronização, promoveu no país um amplo processo estruturado de debates sobre essa questão. O relatório final da OT apresentou um conjunto de propostas necessárias ao estabelecimento de padrões para os Sistemas de Informações em Saúde (SIS), dentre as quais se destaca a criação, no âmbito da Rede Interagencial de Informações para a Saúde (Ripsa), do Comitê Temático Interdisciplinar (CTI) de compatibilização dos sistemas e bases de dados nacionais. As recomendações finais desse comitê, publicadas no Informe Epidemiológico do SUS/97, subsidiaram a Portaria GM/MS 3.947/98, que trata dos atributos comuns a serem adotados pelos SIS. Nessa OT, também se propôs a constituição de Comissão de Informação em Saúde (CIS) no âmbito do Conselho Nacional de Saúde (CNS).
- OT "Informações para a gestão do SUS: necessidades e perspectivas" realizada no âmbito do VI Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, em 2000, em Salvador, na qual foram tratados os seguintes temas: a) uso da informação como instrumento de apoio à decisão para gestores e o controle social do SUS; b) tecnologia da informação como fator na busca da integração das informações; c) melhoria da qualidade da informação e do seu uso na saúde; e d) questão ética relacionada ao uso da informação em saúde que identifica o cidadão.
- OT "Informação em saúde: acertos, erros e perspectivas", realizada no âmbito do VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, em 2003, em Brasília, na qual foram tratados temas como: a) reconstrução de agenda que consubstancie uma Política Nacional de Informações em Saúde; b) limites políticos entre a esfera pública e a esfera privada da vida; c) estratégias de uso das tecnologias de informação e comunicação de massa nas sociedades globalizadas; d) preservação da privacidade dos sujeitos; e) interesses a que estão subordinadas as políticas de governo eletrônico (e-gov); e f) necessidade de realização de uma Conferência Nacional de Informação e Tecnologia de Informação em Saúde.
- OT "A integração necessária: a perspectiva da epidemiologia na definição de padrões para as informações em saúde", realizada em 2004, em Recife, durante o VI Congresso de Epidemiologia, debateu o processo de construção de agenda para a possível organização de uma Conferência Nacional de Informação e Tecnologia de Informação em Saúde que contemple os seguintes eixos: a) estrutura e organização da gestão da informação em

saúde; b) utilização de tecnologias de informação com destaque em: padrões, privacidade, confidencialidade, interoperabilidade e qualidade; e c) capacitação e desenvolvimento científico e tecnológico.

• OT "Pacto pela democratização e qualidade da informação e informática em saúde", realizada durante o 11º Congresso Mundial de Saúde Pública e o VIII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, em 2006, no Rio de Janeiro, na qual foram debatidos temas como: a) dificuldades de definição da Política Nacional de Informações e Informática em Saúde; b) forma centralizada, verticalizada, fragmentada e proprietária de desenvolvimento de sistemas de informação no SUS; c) padronização e interoperabilidade; d) necessidade de investimentos em tecnologia da informação, incluindo capacitação; e) questões éticas relacionadas à trocas eletrônicas de informações entre governo, operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços, promovidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS); e f) maneira conservadora e limitada do Pacto pela Saúde 2006 de tratar as informações em saúde e suas tecnologias.

De fato, o GTISP realizou cursos e OTs em todos os congressos de Saúde Coletiva e de Epidemiologia ocorridos a partir de 1992. Os produtos dessas oficinas pautam a agenda da Abrasco e discussões tanto na academia como nos órgãos gestores do SUS, sendo publicados nos anais, no Informe Epidemiológico do SUS (Ministério da Saúde) e na revista Ciência & Saúde Coletiva (Abrasco). Esses produtos estão presentes em vários documentos produzidos pelo GTISP.

Desde sua organização, o GTISP participa dos principais espaços de discussão sobre a ITIS, introduzindo, na agenda do SUS, a necessidade da pactuação de uma Política Nacional de Informação e Tecnologia de Informação em Saúde onde os interesses da população e da res publica prevaleçam.

Algumas de suas propostas têm seus desdobramentos até os dias atuais, como, por exemplo, "fomentar junto ao IBGE e ao Ministério da Saúde a realização de um novo Suplemento Saúde da Pnad", que surge no debate ainda em 1994, no decorrer de sua OT "Informação em saúde: descentralização e coordenação nacional", realizada no IV Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. Essa proposta foi acolhida e ocorreu na Pnad/98, que contou com membros do GTISP em sua elaboração e permitiu a aplicação do suplemento com pequenas modificações em 2003, 2008 e subsequentes.

Em 1996, o GTISP participou da fundação da Rede Interagencial de Informação para a Saúde (Ripsa/Ministério da Saúde e Opas), em que manteve intensa atividade durante todo o período de seu funcionamento, coerente com a defesa de constituição de mecanismos coletivos para gerir a ITIS. Nesse fórum, destacam-se suas contribuições nos comitês temáticos de elaboração dos Indicadores e Dados Básicos para Saúde (IDB) e de capacitação de profissionais de informação e informática em saúde, cujo documento final é referência até hoje no que tange à estruturação de uma proposta nacional de educação permanente em ITIS, em diferentes modalidades de ensino-aprendizagem. Ressalta-se também a atuação na implantação e organização da Ripsa nos Estados, iniciativa estratégica para a melhoria da qualidade das informações em saúde nas unidades federadas.

No âmbito do IV Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde promovido em 2007 pela Abrasco, o GTISP organizou a OT "Construindo o Plano Diretor para o Desenvolvimento da Área de Informação e Informática em Saúde". Nessa oficina, iniciou-se o processo de elaboração do 1º PlaDITIS (2008-2012) incorporando 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. Nesse contexto, o GTISP, em 2007, elabora o primeiro Plano Diretor para o Desenvolvimento da Informação e Tecnologia de Informação em Saúde – 2008–2012 (1ºPlaDITIS).

Dá continuidade a esse processo com a elaboração do 2º PlaDITIS (2013–2017), tendo por referência o contexto da governança da informação e tecnologia de informação em saúde no Brasil, das propostas de implantação do Registro Eletrônico em Saúde (RES), da estratégia de implantação da e-Saúde no bojo de embates de interesses que emergem na relação público-privado, do debate em torno da elaboração de documento sobre a Política Nacional de Informação e Informática em Saúde apresentada pelo Ministério da Saúde, do estágio contemporâneo da produção de conhecimento brasileiro e internacional, disputas de interesses no bojo do SUS no que se refere às relações entre setor público e setor empresarial das tecnologias de informação aplicadas à saúde.

O 3º PlaDITIS (2020–2024) tem como objetivo subsidiar a posição política e acadêmica da Abrasco e fomentar o debate coletivo com seus associados e instituições que têm a responsabilidade de executar as políticas de saúde, em especial aquelas atuantes na área da informação e suas tecnologias bem como com os conselhos de saúde, em suas três esferas de atuação.

O documento consolida o consenso da comunidade abrasquiense que participou de ampla consulta pública. Expressa, portanto, a diversidade de pensamentos, saberes, melhores práticas e experiências de diferentes sujeitos sociais comprometidos com a melhoria da saúde da população brasileira e do SUS, em um contexto de primazia dos interesses públicos.

O compromisso por ampliar interlocuções, tanto no âmbito da saúde como intersetorialmente, impulsionou o GTISP a promover entendimentos com nove outras sociedades científicas (ABE, Abep, Anpec, Anpege, Anpocs, Anpur, SBC, SBEP e SBPC). Essa iniciativa resulta em amplo debate nacional em torno da necessidade de elaboração de uma Política Nacional de Produção e Disseminação de Informações Sociais, Demográficas, Econômicas e Territoriais. Dentre os resultados alcançados, destacam-se: a) organização do I Fórum Nacional de Usuários de Informações Sociais, Demográficas, Econômicas e Territoriais, no âmbito da Conferência Nacional de Estatística e da Conferência Nacional de Geografia, ocorridas em 1996, por convocação do IBGE; e b) elaboração do documento Informações para uma sociedade democrática – Por uma Política Nacional de Produção e Disseminação de Informações Sociais, Demográficas, Econômicas e Territoriais.

Em sua trajetória, o GTISP, além de promover reflexão e debate, apresenta propostas sobre temas relevantes da área de ITIS brasileira, entre os quais podem ser citados: a instituição do número único do registro civil, proposta pelo senador Pedro Simon; a polêmica implantação do Cartão Nacional de Saúde, previsto na NOB 1996 e “implantado” por meio das portarias do Ministério da Saúde n.º 3.951/1998 e n.º 219/1999; e o processo de planejamento dos Censos 2000 e 2010.

Atualmente, várias dessas ideias compõem a agenda de luta e reivindicações para a melhoria do SUS. Segmentos partícipes do controle social as incorporaram, e elas constam de relatórios finais de Conferências Nacionais de Saúde, em ações do Ministério da Saúde, em algumas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Com certeza, essas conquistas são consequência da luta de movimentos que ultrapassam a atuação do GTISP. O grupo participou e participa desse movimento e, em muitos aspectos, esteve na vanguarda de algumas dessas ideias.

Dentre elas, destaca-se a proposta de criação do Comitê de Informação em Saúde no âmbito do Conselho Nacional de Saúde, que consta do relatório final da OT de 1992. As conquistas da sociedade têm seu próprio tempo, decorrente da correlação de forças e de interesses presentes na disputa por sua implementação. Apenas em 2005, após 13 anos de intenso trabalho, o CNS aprovou a constituição do Comitê Intersetorial de Comunicação e Informação em Saúde, hoje não mais existente.

O GTISP mantém-se coerente com sua missão, traçada ainda em sua criação, acolhendo novas propostas e partícipes, em um efervescente processo criativo e crítico. A ética da responsabilidade suscita o desafio por desempenhar papel estruturante em uma área de crescente importância estratégica no âmbito do setor da 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 ITIS torna-se, assim, macrofunção estratégica da gestão do SUS.



www.abrasco.org.br

Av Brasil, 4365, Campus da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) Prédio do CEPI – DSS – Manguinhos
CEP 21040-900 – Rio de Janeiro – RJ