

Ministério da Saúde
Secretaria Executiva
Departamento de Informação e Informática do SUS

Política Nacional de
Informação e Informática em Saúde
Proposta Versão 2.0
(Inclui deliberações da
12^a. Conferência Nacional de Saúde)

Brasília, 29 de março de 2004

Histórico das revisões

Versão	Descrição	Data	Distribuição	Disponível para download em:
Versão 1.0	Versão preliminar elaborada por equipe da área de Informação e Informática do SUS para apresentação aos dirigentes do MS	4/07/2003	Restrita: Área de Gestão da Informação, Especialistas convidados, Dirigentes MS	http://politica.datasus.gov.br
Versão 1.1	Versão preliminar com as contribuições recebidas até 8/08, para apresentação ao Fórum Tripartite	11/08/2003	Livre	www.saude.gov.br/politica_informacao
Versão 1.2	Versão preliminar com as contribuições recebidas até 22/10, para apresentação ao II Seminário Nacional de Informação em Saúde, MS-Fiocruz	22/10/2003	Livre	www.saude.gov.br/politica_informacao
Versão 1.3	Versão preliminar com as contribuições recebidas no II Seminário Nacional de Informação em Saúde, MS-Fiocruz e até 25/11 no Fórum de Discussão da PNIIS e na Consulta Pública a PNIIS	27/11/2003	Livre	www.saude.gov.br/politica_informacao
Versão 2.0	Proposta para negociação tripartite e elaboração de planos de ação, segundo deliberações da 12ª. Conferência Nacional de Saúde e PPA do Ministério da Saúde	29/03/2004	Livre	www.saude.gov.br/politica_informacao

Comissão de Sistematização

Luiz Augusto Facchini (coordenação, UFPel, Ministério da Saúde)

Ernani Bento Bandarra (Ministério da Saúde)

Beatriz de Faria Leão (Ministério da Saúde)

Cláudio Giulliano Alves da Costa (Ministério da Saúde)

Beatriz Figueiredo Dobashi (CONASEMS)

Ilara Hämmerli Sozzi de Moraes (CONASS)

Marcus Vinicius da Silva (Ministério da Saúde)

Sumário

1. Introdução	4
2. A Construção da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde.....	8
2.1. O processo até a 12ª. Conferência Nacional de Saúde	8
2.2. Deliberações aprovadas na 12ª. Conferência Nacional de Saúde	10
2.3. A revisão sistemática da literatura sobre o tema.....	12
2.3.1. Experiências internacionais relevantes	13
Relevância para a construção da política brasileira	14
3. Estratégia da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde.....	15
Propósito	15
Diretrizes	16
4. Usos da Informação	21
Usuários	23
Profissionais de saúde	23
Gestores.....	24
5. Responsabilidades Institucionais	25
6. Recomendações e Perspectivas.....	35
Referências	37

1. Introdução

No Brasil, o ano de 2003 foi marcante para o debate e a fundamentação de uma proposta de política nacional de informação e informática em saúde. Integrado à construção da agenda estratégica do Governo Federal, o Ministério da Saúde definiu elaboração da política de informação e informática em saúde como um de seus objetivos setoriais prioritários. Esta definição está em sintonia com o contexto internacional que vem destacando a relevância de políticas e estratégias setoriais de comunicação e informação em saúde, diante de suas possibilidades de geração de novos processos e produtos, e de mudanças nos modelos institucionais de gestão (Brender et al., 2000; Rigby, 1999; Morris et al, 2002).

Em dezembro de 2003, a 12ª. Conferência Nacional de Saúde deliberou em favor da elaboração e implementação de políticas articuladas de informação, comunicação, educação permanente e popular em saúde, para as três esferas de governo, garantindo maior visibilidade das diretrizes do SUS, da política de saúde, ações e utilização de recursos, visando ampliar a participação e o controle social e atender as demandas e expectativas sociais. Estas políticas deverão ser delineadas de modo a reforçar a democratização da informação e da comunicação, em todos os aspectos; e garantir a compatibilização, interface e modernização dos sistemas de informação do SUS e o aperfeiçoamento da integração e articulação com os sistemas e bases de dados de interesse para a saúde.

Esta deliberação reforça as decisões da 11ª Conferência Nacional de Saúde que também havia situado a comunicação, a educação e a informação como componentes essenciais para alcançar a equidade, a qualidade e a humanização dos serviços de saúde e fortalecer o controle social no âmbito do SUS. Suas deliberações indicam a necessidade de identificação, aprimoramento e formação de redes de informação e comunicação entre sociedade e governos.

Os sistemas de informação em saúde brasileiros tiveram um crescimento acelerado nos últimos anos, especialmente com a implementação do SUS. O

trabalho coletivo de construção do Sistema de Informação do SUS, esforço da União, Estados e Municípios ao longo de 25 anos, tem reconhecimento nacional e internacional pelo que já tem produzido de concreto. Experiências inovadoras implementadas nos Estados e Municípios, ou mesmo no caso da iniciativa federal do Cartão Nacional de Saúde, despertam muito interesse e vêm sendo estimuladas.

Mesmo assim, tais experiências ainda são insuficientes para responder às disposições da legislação atual e às crescentes demandas de gestores, trabalhadores e, particularmente, à rede de controle social. Existe uma grande necessidade em avançar, tanto no caminho da integração entre os sistemas de informação, quanto no uso da informática para a melhoria da produtividade e qualidade dos processos de trabalho em saúde, da gestão e do controle social.

Embora os sistemas de informação de abrangência nacional tenham sido criados por mecanismos diferentes, ora pelo Ministério da Saúde ora pelo Ministério da Previdência, como, por exemplo, o Sistema de Informações de Mortalidade e o Sistema de Pagamento das Internações Hospitalares, todos tiveram por objetivo atender a necessidade dos órgãos centrais em obter os dados para efeitos imediatos de gestão ou geração de conhecimento em saúde.

A informatização, como permitiam os recursos de informática existentes à época de implantação de cada um dos sistemas, era restrita ao processamento nos órgãos centrais e voltadas para a emissão de relatórios, sendo o computador usado quase que exclusivamente em sua capacidade de tratar grandes volumes de dados.

Um processo comum aos sistemas de informação em saúde brasileiros é a instituição de um instrumento, impresso em papel, para coleta adicional aos registros profissionais e administrativos, duplicando o trabalho de registro rotineiro de dados. Este re-trabalho e a digitação posterior dos dados aumentam a probabilidade de erros e vieses na informação produzida e utilizada para a tomada de decisão. O uso de coletores eletrônicos, que dispensam a transcrição digital dos dados, não tem solucionado o problema do re-trabalho por que não coletam os dados necessários aos processos de trabalho em saúde, requerendo

a continuidade dos registros manuais.

Via de regra, as necessidades de informatização dos próprios serviços vem sendo negligenciada pelos órgãos da administração central dos três níveis de governo, e a operação da grande parte dos serviços de saúde ainda se baseia em registros manuais, o que consome parte importante da mão de obra disponível. Além disso, o preenchimento dos múltiplos formulários ou acionamento dos coletores de dados específicos, às vezes mais de um para determinado evento, se transforma em pesado encargo adicional, sem fornecer nenhum apoio para a melhoria da operação local.

Sabemos que, muitas vezes, esta forma de coletar dados que não tem interesse para o próprio serviço, apenas para cumprir as determinações administrativas, resulta na má qualidade das informações coletadas.

Apesar da maior disponibilidade de recursos de informática, tanto pela existência de computadores cada vez mais baratos e poderosos quanto pelo aumento da competência nacional em informática, temos visto o antigo modelo de implantar um instrumento de coleta adicional ser multiplicado por um número cada vez maior de sistemas de informação que são implementados como novas obrigações sobre os mesmos serviços.

Entretanto, em outras áreas de governo, temos tido exemplos recentes do uso da informática passando do simples uso no processamento centralizado dos dados para apoiar a realização da própria atividade com surpreendentes ganho de qualidade e produtividade. Um exemplo bem conhecido é o processamento informatizado das eleições no Brasil, onde se passou da transcrição e consolidação dos boletins de urna, antes apurados manualmente ao longo de vários dias, para a urna eletrônica que realiza a própria votação e coloca o boletim disponível logo ao terminar o período de votação.

Felizmente, no âmbito do SUS começam a crescer os exemplos de iniciativas locais bem sucedidas de informatização do processo de trabalho em saúde, com ganhos de produtividade e qualidade dos serviços de saúde. Curitiba, Ipatinga, Sobral, Aracaju e Campo Grande são alguns dos municípios em que a

informatização alcança a rede básica trazendo vantagens para a população, os profissionais de saúde e os gestores. Estes exemplos também podem ser observados em alguns casos do setor privado, também como forma de prestar novos serviços aos usuários, objetivando a ampliação da clientela.

As iniciativas nos serviços, importantes porque atendem às necessidades dos órgãos locais, por estarem desarticuladas, não aproveitam racionalmente os esforços de desenvolvimento de software dos vários órgãos, o que é especialmente crítico em um país com poucos recursos para a saúde. Na falta de padrões estabelecidos de representação da informação em saúde, há um crescente conjunto de tecnologias e aplicativos que não permitem o intercâmbio de dados entre os serviços e nem a alimentação automática dos sistemas de informação de saúde.

Neste contexto, torna-se fundamental, como já vem sendo apontado por instituições de ensino e pesquisa, associações de gestores, instâncias do controle social e associações científicas, que o Ministério da Saúde construa, através de um processo participativo, uma Política de Informação e Informática em Saúde que conduza o processo de informatização do trabalho de saúde, tanto nos cuidados individuais quanto nas ações de saúde coletiva, de forma a obter os ganhos de eficiência e qualidade permitidos pela tecnologia, gerando automaticamente os registros eletrônicos em que serão baseados os sistemas de informação de âmbito nacional, resultando pois em informação de maior confiabilidade para gestão, geração de conhecimento e controle social.

2. A Construção da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde

2.1. O processo até a 12ª. Conferência Nacional de Saúde

O Ministério da Saúde (MS), por força da Lei 8080 de 1990, tem atribuição legal específica para organizar o Sistema Nacional de Informação em Saúde (SNIS). Na atual administração federal, visando o atendimento deste preceito legal, a construção de uma Política de Informação e Informática em Saúde foi consignada em um dos objetivos setoriais do MS. Além disso, com a finalidade de criar as condições para a implementação do SNIS, foi criado o Departamento de Informação e Informática em Saúde no Ministério da Saúde, o que se constitui em marco histórico na consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Para a construção e aprimoramento das políticas de saúde, o Ministério da Saúde está apostando nas vantagens dos processos participativos. Esta iniciativa, além de recolher as contribuições de diferentes atores sociais, valoriza o controle social no sistema de saúde brasileiro, garantindo a participação da sociedade em fóruns de deliberação de políticas de saúde.

Este processo está plenamente caracterizado na agenda de trabalho que resultará na definição da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde. Refletindo a diversidade de experiências e pontos de vista, as contribuições científicas, de instâncias de governo, da sociedade organizada e de instâncias de controle social do SUS são essenciais para a viabilidade e os resultados da política em construção.

Da mesma forma, a revisão sistemática de bibliografia sobre estratégias, diretrizes e experiências de países que enfrentam o desafio de construir Políticas Nacionais de Informação em Saúde estão sendo valiosas para a fundamentação de uma política desta natureza no Brasil.

A versão 1.0 do presente documento, concluída no início de julho de 2003 foi apresentada no mesmo mês ao Fórum de Dirigentes do Ministério da Saúde.

Durante o VII Congresso da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), realizado em Brasília, de 29 de julho a 02 de agosto de 2003, o Ministério da Saúde apresentou os fundamentos da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde. Os debates ocorridos durante a Oficina sobre esta temática foram importantes para o esclarecimento de dúvidas, o recolhimento de críticas e sugestões e o aperfeiçoamento da proposta.

A versão 1.1 do documento foi apresentada à Câmara Técnica da Comissão Intergestores Tripartite, passando a contar com as contribuições e o envolvimento do CONASS e CONASEMS na construção da proposta. Esta versão também foi utilizada para a elaboração do termo de referência e do texto do eixo temático sobre Informação, Informática e Comunicação em Saúde para discussão nas etapas municipal, estadual e nacional da 12^a. Conferência Nacional de Saúde.

A versão 1.2 do documento alimentou os debates do II Seminário Nacional sobre Informação em Saúde da FIOCRUZ, patrocinado pela instituição e pelo Ministério da Saúde e que contou com o apoio da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e da ABRASCO. O evento, realizado no período de 28 a 31 de outubro de 2003, na Escola Nacional de Saúde Pública da FIOCRUZ, no Rio de Janeiro, enfocou suas discussões principalmente para as diretrizes da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde. Esta versão 1.2 do documento também foi disponibilizada para Consulta Pública, cuja realização abrange o período de outubro a dezembro de 2003.

A versão 1.3 do documento, resultado deste processo participativo, que recolheu e sistematizou contribuições, em um tempo relativamente exíguo, foi apresentada para debate na 12^a. Conferência Nacional de Saúde, em Brasília-DF, de 7 a 11 de dezembro de 2003. A plenária final da Conferência aprovou diretrizes que reforçam os fundamentos da proposta apresentada e indicam a pactuação tripartite e a valorização do controle social como estratégias para a implantação da política.

As deliberações da Conferência são apresentadas no item 2.2 deste documento. A agenda, os documentos, as manifestações e as propostas sobre o processo

de discussão e elaboração desta versão estão disponíveis na Internet no endereço http://www.saude.gov.br/politica_informacao.

2.2. Deliberações aprovadas na 12ª. Conferência Nacional de Saúde

A inclusão da Informação e Comunicação em Saúde como eixo temático da 12ª. CNS, com sua discussão nas Conferências Municipais e Estaduais, produziu uma grande contribuição que se materializou em cerca de cem proposições, que foram debatidas nos grupos de trabalho. Embora estas proposições ainda não tenham recebido a aprovação final dos delegados da Conferência, sua relevância tornou-as referência para a revisão do presente documento, sendo especialmente consideradas nos itens estratégia da PNIS, usos da informação em saúde e responsabilidades institucionais.

Por outro lado, a Plenária Final da 12ª. Conferência Nacional de Saúde aprovou um conjunto de deliberações que reiteram os fundamentos da proposta de PNIS e está transcrito abaixo:

“O Conselho Nacional de Saúde deverá definir estratégias, em conjunto com o Ministério da Saúde, para elaborar e implementar políticas articuladas de informação, comunicação, educação permanente e popular em saúde, para as três esferas de governo, garantindo maior visibilidade das diretrizes do SUS, da política de saúde, ações e utilização de recursos, visando ampliar a participação e o controle social e atender as demandas e expectativas sociais, permitindo:

Reforçar a democratização da informação e da comunicação, em todos os aspectos,

Garantir, nas três esferas de governo, com definição de prazos, a compatibilização, interface e modernização dos sistemas de informação do SUS e o aperfeiçoamento da integração e articulação com os sistemas e bases de dados de interesse para a saúde,

Viabilizar a rede de informação em saúde,

Investir em projetos educacionais e em campanhas continuadas, que favoreçam

a participação popular nos processos de formulação e definição de políticas e programas de saúde, utilizando todos os meios de comunicação e mídias populares, com linguagem adequada a cada público específico.

Realizar a I Conferência Nacional de Informação, Comunicação e Educação Popular em Saúde até 2005.

Assegurar recursos orçamentários para viabilizar e implantar a Rede Pública Nacional de Comunicação, de acordo com a recomendação da 11ª. e 12ª. CNS, como materialização de uma política de comunicação ampla, plural, horizontal e descentralizada, que fortaleça as redes e movimentos sociais. Articulada ao controle social, deve garantir o acesso à informação, troca de experiências, capacitação para o controle social e para a gestão democrática do sistema, fornecendo informações em saúde on-line, com livre acesso para os usuários do SUS.

Definir recursos, fontes de financiamento, prazos, cronograma e critérios para a implantação do Cartão Nacional de Saúde em todo o país, por meio de amplo debate com gestores estaduais, municipais, conselhos de saúde e prestadores de serviços, incluindo os pré-requisitos de informatização das unidades e infraestrutura tecnológica, capacitação de gestores e profissionais de saúde, e implantação da rede de informações. Os recursos deverão ser provenientes de financiamento pelas três esferas de governo, por meio de transferência fundo a fundo.”

2.3. A revisão sistemática da literatura sobre o tema

A revisão sistemática da literatura permitiu identificar contribuições relevantes sobre as diretrizes da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde. A bibliografia reunida nesta etapa foi analisada para o conjunto das diretrizes da PNIIIS – apresentadas no item 3 - destacando benefícios e barreiras para a implementação e a melhoria de políticas de informação e informática em saúde, com ênfase para registros eletrônicos, telessaúde e protocolos clínicos (Brender et al., 2000; Gost Garde, 2000; Kaplan, 2001; Morris et al., 2002; Rigby, 1999; Sánchez Mansolo et al., 1999).

De modo geral, há um consenso sobre as vantagens dos registros eletrônicos, que evitariam a deterioração, a perda e a adulteração de histórias clínicas, a duplicação de prescrições terapêuticas e de exames, com evidente redução de custos. Também permitiriam reunir toda a informação sobre o paciente, identificando-o univocamente e preservando sua privacidade, além de armazenar informações de interconsultas (Gost Garde, 2000; Morris et al., 2002; Sánchez Mansolo et al., 1999).

As principais barreiras identificadas referem padrões insuficientemente desenvolvidos (identificação, comunicação e representação de dados clínicos), conflitos de interesses com a medicina privada, escassez de recursos para investimentos e receio de profissionais na exposição de suas condutas clínicas.

Nas mais diversas aplicações de telessaúde encontradas na literatura revisada, desde sistemas e *sites* para cuidado assistido baseadas em serviços de saúde até aplicativos e *sites* para auto-cuidado, destaca-se a oferta de sistemas com informações sobre ampla variedade de especialidades médicas e as controvérsias sobre a eficiência destes sistemas para a melhoria da saúde dos usuários (Brender et al., 2000; Kaplan, 2001; Morris et al., 2002).

Com relação aos protocolos clínicos os benefícios referidos destacam a padronização de planos terapêuticos, a regulação da demanda por atenção secundária e terciária, com conseqüente promoção de equidade na oferta de serviços.

As principais barreiras identificadas foram a grande variedade de sistemas disponíveis, dificuldades na padronização e na integração com outros aplicativos e a ausência de regulação.

Uma preocupação constante em todos os conteúdos revisados diz respeito à formação e capacitação de recursos humanos, de forma a garantir os conhecimentos e as habilidades necessárias aos novos paradigmas da atenção à saúde (Brender et al., 2000; Gost Garde, 2000; Kaplan, 2001; Morris et al., 2002; Rigby, 1999; Sánchez Mansolo et al., 1999).

2.3.1. Experiências internacionais relevantes

A definição de políticas integradas para a área de Informação e Informática em Saúde vêm se difundindo mundialmente. As experiências de países com sistemas públicos de saúde são de especial interesse para a elaboração da política brasileira. Em um esforço inicial, as experiências da Inglaterra, Canadá e Austrália foram revisadas por refletirem propostas atuais em implementação, consolidadas a partir de processo participativo. Além disso, uma revisão sistemática está sendo realizada em bases dados internacionais e páginas governamentais para subsidiar a proposta em elaboração.

Na Inglaterra, a estratégia nacional foi elaborada em setembro de 1998, alinhada com os objetivos do Governo de *“oferecer aos cidadãos ingleses o melhor serviço de saúde do mundo”* (NHS, 1997; NHS, 1998). Maiores detalhes sobre a implantação da estratégia inglesa podem ser obtidos em: www.nhs.uk.

O Governo australiano lançou em setembro de 2001 a estratégia para a área de Informação e Informática em Saúde a ser adotada no país. O projeto denomina-se Saúde on line: Um plano de ação para a Informação em Saúde na Austrália (*“Health Online: A Health Information Action Plan for Australia”*) e encontra-se disponível na URL: www.health.gov.au/healthonline.

A estratégia canadense para a área de Informação em Saúde foi lançada em setembro de 2000 e é denominada *“Infovia da Saúde” (Canada Health Infoway)* e tem por objetivo melhorar a qualidade, o acesso e a continuidade da

assistência para todos os canadenses e pode ser recuperada na URL: (<http://www.infoway-inforoute.ca/home.php?lang=en>)

Relevância para a construção da política brasileira

A premissa de que com o uso adequado da tecnologia da informação é possível melhorar a saúde de um país é uma constante nas três experiências revisadas. O foco no processo de trabalho em saúde, ou seja, no usuário e no registro eletrônico de saúde, possibilitando a visão multi-profissional, multi-institucional e de continuidade da assistência, é também comum nas três iniciativas. Padrões para representar e compartilhar a informação em saúde, a infra-estrutura de conectividade, a capacitação de recursos humanos na área de informação e informática em saúde e, acima de tudo, a garantia de privacidade e confidencialidade da informação identificada em saúde são diretrizes comuns às três propostas.

A diferença entre elas reside na priorização de algumas diretrizes, como, por exemplo, TeleSaúde para a Austrália e capacitação de recursos humanos para a Inglaterra. A forma de gestão do processo é também diferente nas propostas. A Austrália coordena e executa todo o processo a partir do Ministério da Saúde. A Inglaterra constituiu uma agência nacional de informação em saúde para operar todo o processo e o Canadá criou uma ONG especialmente para esta finalidade. Chama a atenção também que as três iniciativas estão alinhadas com o planejamento estratégico da área de saúde, contando desde o início com dotação orçamentária, tanto para a elaboração das propostas como para a implementação dos projetos. Finalmente, a articulação política, o processo participativo e o envolvimento de todos os atores do processo em saúde são fatores determinantes para o sucesso das três propostas de política.

A revisão destas experiências possibilitou a identificação de diretrizes comuns aplicáveis à realidade brasileira. A preocupação do Ministério da Saúde em definir a política de Informação em Saúde para o país, ao tempo em este processo também ocorre em outros países, indica o alinhamento com temas da atualidade e a disposição de enfrentar este desafio.

3. Estratégia da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde

Propósito

"Promover o uso inovador, criativo e transformador da tecnologia da informação, para melhorar os processos de trabalho em saúde, resultando em um Sistema Nacional de Informação em Saúde articulado, que produza informações para os cidadãos, a gestão, a prática profissional, a geração de conhecimento e o controle social, garantindo ganhos de eficiência e qualidade mensuráveis através da ampliação de acesso, equidade, integralidade e humanização dos serviços e, assim, contribuindo para a melhoria da situação de saúde da população".

Para alcançarmos este propósito é preciso que a informação e a informática em saúde sejam tratadas como macro função estratégica de gestão do SUS. Desta maneira, será possível romper a visão meramente instrumental deste campo, o que é essencial para o contínuo aperfeiçoamento da política de saúde no país.

No contexto do novo paradigma o planejamento, a definição, a implantação e a avaliação dos sistemas de informação em saúde serão realizados de forma participativa contemplando as necessidades de usuários, profissionais de saúde, prestadores de serviço e gestores das três esferas de governo.

A PNIS deverá enfrentar o desafio da integração e articulação das informações em saúde, que facilmente subsidiem o conhecimento de ações e serviços de saúde e de seu impacto na situação de saúde da população. Para isso, o registro eletrônico do evento em saúde - em ações individuais e coletivas - é uma estratégia fundamental e deve objetivar a melhoria da qualidade e eficiência dos processos de trabalho, automaticamente alimentando a cadeia de informações e eliminando TODOS os demais instrumentos paralelos de coleta relativos a este evento.

Assim, as atividades que tem foco no indivíduo, independente do seu aspecto preventivo ou curativo, se beneficiam de um registro eletrônico, usualmente chamado de “Prontuário Eletrônico do Paciente”, que permite recuperar de forma integrada toda a informação disponível sobre o mesmo, ao longo do tempo e das várias instituições com que tem contato.

Nas ações típicas de saúde coletiva como as da Vigilância Sanitária, Vigilância Ambiental, Saúde do Trabalhador entre outras, quase inteiramente baseadas em registros manuais, a informatização dos processos de trabalho permite ganhos de eficiência e qualidade na realização das atividades e maior fidedignidade nas informações registradas.

Da mesma forma, no âmbito da intersectorialidade, o processo informatizado de trocas de informações com outros setores da vida nacional permite a integração das bases de dados relativas às atividades que têm grande impacto sobre as condições de saúde como educação, trabalho, previdência social, ambiente e outros.

Diretrizes

1. Fortalecer as áreas de informação e informática nas três esferas de governo, apoiando a sua organização e desenvolvimento, através de:
 - criação de mecanismos de articulação, com vistas à integração dos sistemas de informação em saúde;
 - estabelecimento de mecanismos que permitam a manutenção de quadro permanente de profissionais de informação e informática em saúde.
2. Estabelecer Registro Eletrônico de Saúde que permita recuperar, por meios eletrônicos, as informações de saúde do indivíduo em seus diversos contatos com o sistema de saúde, com o objetivo de melhorar a qualidade dos processos de trabalho em saúde, incluindo a disponibilidade local de informações para a atenção à saúde.

3. Estabelecer sistema de identificação unívoca de usuários, profissionais e estabelecimentos de saúde que seja progressivamente adotado, aprimorando o processo de integração dos sistemas de informação de saúde e viabilizando o registro eletrônico de saúde. O Cartão Nacional de Saúde - que identifica univocamente usuários e profissionais - e o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – que identifica univocamente os estabelecimentos – são o passo inicial na construção deste novo paradigma.
4. Estabelecer, por um processo aberto e participativo, padrões de representação da informação em saúde, abrangendo vocabulários, conteúdos e formatos de mensagens, de maneira a permitir o intercâmbio de dados entre as instituições, a interoperabilidade entre os sistemas e a correta interpretação das informações.
5. Investir na criação de infra-estrutura de telecomunicação que permita a interoperabilidade entre as aplicações nos diversos serviços de saúde.
6. Estabelecer mecanismos de compartilhamento de dados de interesse para a saúde e ampliar a produção e disseminação de informações de saúde de forma a atender tanto às necessidades de usuários, profissionais, gestores, prestadores de serviços e controle social, quanto ao intercâmbio com instituições de ensino e pesquisa, outros setores governamentais e da sociedade e instituições internacionais.
7. Dotar a área de saúde de instrumentos jurídicos, normativos e organizacionais que a capacite a assegurar a confidencialidade, a privacidade e a disponibilidade dos dados e das informações individualmente identificadas em saúde, garantindo a sua autenticidade e integridade, através de certificação digital.
8. Garantir o acesso livre a bases de dados em saúde não-identificados, sujeitando a preceitos éticos o acesso a dados individuais identificados, a fim de respeitar a privacidade e confidencialidade.
9. Estimular as iniciativas locais de desenvolvimento de sistemas de informação, considerando sua potencialidade de melhor atender a diversidade e

complexidade dos serviços de saúde, respeitando as características regionais e fortalecendo o desenvolvimento da cultura de informação e informática em saúde.

10. Fortalecer a competência do Estado de intervir na área de produção de *software* em saúde, através de:

Articulação da capacidade de produção de *software* do setor público de saúde, aproveitando as iniciativas locais do SUS, incluindo as instituições de ensino e pesquisa,

Adoção de padrões abertos de *software*,

Criação e manutenção de um repositório nacional de *software* em saúde, incluindo componentes e aplicações, de acesso público e irrestrito,

Indução da capacidade de produção do mercado de *software* em saúde, fomentando o potencial de geração de emprego e exportação,

Definição de linhas de financiamento para o desenvolvimento de *software* em saúde, em articulação com agências financiadoras,

Atribuição de licença de *software* livre para todo o desenvolvimento financiado com recursos do SUS,

Estabelecimento de mecanismo de certificação e avaliação de qualidade do *software* e *hardware* desenvolvidos para a saúde,

Promoção de metodologias para o desenvolvimento de sistemas de informação em saúde,

Capacitação de recursos humanos no desenvolvimento de aplicações em saúde.

11. Apoiar a prática profissional, através de uso de telecomunicações na assistência à saúde, ensino à distância, sistemas de apoio à decisão, protocolos clínicos e programáticos e acesso eletrônico à literatura especializada.

12. Estimular o uso de pesquisas amostrais e inquéritos periódicos para os casos em que não se justifique a coleta universal e contínua de dados, otimizando custos e o trabalho rotineiro.
13. Apoiar a disseminação de informação em saúde para a população utilizando diferentes linguagens, mídias e veículos de comunicação, alcançando públicos específicos e facilitando o controle social em saúde.
14. Estimular a universalização do uso de bibliotecas virtuais em saúde para a disseminação de informações técnico-científicas, promovendo a ampliação do acervo e facilitando o acesso dos usuários.
15. Investir na formação e na capacitação permanente de recursos humanos na área de informação e informática em saúde, através de:
- articulação entre os Ministérios da Saúde, da Ciência e Tecnologia e da Educação, com vistas a inclusão de conteúdos relacionados à área de informação e informática em saúde em cursos de graduação e pós-graduação de profissionais de saúde e de informática;
 - inserção na lógica dos Pólos de Educação Permanente enfatizando o uso da tecnologia da informação na operação do sistema de saúde e na utilização das informações de saúde, atendendo as necessidades específicas do controle social, da melhoria da capacidade de gestão e da geração de conhecimento em saúde;
 - desenvolvimento de programas específicos de capacitação na área tais como: cursos de extensão, cursos técnicos, pós-graduação senso lato e senso estrito e outros;
16. Institucionalizar mecanismos que garantam a participação de usuários e profissionais de saúde no processo de desenvolvimento de sistemas de informação em saúde para o SUS.

17. Instituir um “Plano Geral de Desenvolvimento de Sistemas de Informação em Saúde” para orientar o conjunto de esforços e investimentos, resultando em sistemas articulados e evitando o desperdício de recursos humanos, materiais e financeiros.
18. Estabelecer rede de centros colaboradores na área de informação e informática em saúde, selecionados através de processos abertos, de forma a melhor aproveitar a capacidade instalada para:
- formação e capacitação de recursos humanos,
 - análise de situação de saúde,
 - pesquisa e desenvolvimento,
 - produção e disseminação de informações, inclusive científico-tecnológicas,
 - avaliação de alternativas e controle de qualidade de produtos.
19. Estimular, através de editais de fomento, a produção científico-tecnológica relativa às diretrizes da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde, tais como:
- desenvolvimento, implantação e avaliação de impacto de sistemas de informação,
 - padrões para representar a informação,
 - software livre,
 - protocolos clínicos,
 - avaliação de serviços e necessidades de saúde da população,
 - estratégias de disseminação e comunicação em saúde,
 - formação e capacitação de recursos humanos.

4. Usos da Informação

Há um consenso sobre a importância central da informação para avaliar o sucesso das políticas de saúde. Este consenso se manifesta não apenas na literatura especializada (Novaes, 1996; Trad et al., 1998; Vianna et al., 1998; Hartz, 1999; Medina et al., 2002; Senna, 2002; Conill, 2002), mas também em relatórios e recomendações de Conferências de Saúde, oficinas de trabalho do SUS e eventos de sociedades científicas. Informações epidemiológicas, financeiras, orçamentárias, legais, normativas, sócio-econômicas, demográficas e sobre recursos físicos e humanos, oriundas de dados de qualidade são capazes de revelar a realidade de serviços e ações de saúde e a situação de saúde da população, evidenciando vantagens e problemas de prioridades e investimentos definidos. A demanda por informações em saúde vem aumentando os desafios inerentes a sua utilização para subsidiar a tomada de decisões. Destaca-se aqui a necessidade de que as avaliações do processo de trabalho em saúde além de permitir correções de trajetória, tenham um papel fundamental na capacitação de recursos humanos e na democratização do conhecimento (Brook, 1996; Villalbi, 2003). Usuários, profissionais e gestores, mas também prestadores de serviços de saúde, instituições de ensino e pesquisa e a sociedade civil organizada são parceiros estratégicos na produção e utilização das informações em saúde.

Em sintonia com este consenso, o estabelecimento de uma política nacional de informação em saúde, capaz de subsidiar os processos de produção e difusão do conhecimento, gestão, organização da atenção à saúde e controle social tornou-se um objetivo setorial do Ministério da Saúde. Este objetivo terá sua viabilidade aumentada com a desconcentração geográfica, a ampliação e o fortalecimento das bases científico-tecnológicas de produtos e processos de trabalho em saúde.

Combinadas de modo criativo e inovador, a tecnologia da informação e a integração do sistema de informações em saúde constituirão uma poderosa ferramenta na promoção da equidade na atenção integral à saúde, efetivando e

qualificando a atenção básica como principal porta de entrada do cidadão no SUS e integrando-a com os demais níveis de atenção. A valorização de características sócio-demográficas, tais como idade, gênero, raça ou etnia, escolaridade, ocupação e classe social, poderão subsidiar os esforços de redução das desigualdades em saúde e de ampliação do acesso da população a ações e serviços de qualidade, oportunos e humanizados. Sua aplicação deverá prever a valorização do trabalho humano e a qualificação dos processos de trabalho em saúde, estimulando a participação dos trabalhadores de saúde do SUS na gestão dos serviços, a educação continuada e a democracia nas relações de trabalho.

Da mesma forma, ambos os recursos serão essenciais para reorganizar a atenção especializada, reestruturar a média e a alta complexidade, redefinir o papel dos hospitais na rede assistencial, facilitar o acesso aos cuidados necessários, inverter a lógica de pagamento por procedimento para a de agravos prioritários, estruturar a rede de atenção às urgências e incrementar o sistema nacional de transplantes.

Além disso, a tecnologia da informação e a integração dos sistemas de informação em saúde contribuirão para aperfeiçoar e consolidar a gestão descentralizada do SUS, fortalecendo o comando único do Sistema em cada esfera de governo, aprimorando a descentralização progressiva dos recursos e contribuindo para a orientação das ações de saúde segundo as necessidades e demandas locais. Informática e informação são recursos basilares para o planejamento e a avaliação de ações de promoção, prevenção e reabilitação, capazes de reduzir a morbimortalidade decorrente das doenças e agravos prevalentes, levando em conta as diversidades locais e regionais, bem como os grupos ou segmentos populacionais mais expostos.

Os recursos tecnológicos e de informação em saúde igualmente apresentam um enorme potencial de fortalecer a gestão democrática do SUS, reforçando as instâncias formais de controle social, ampliando a participação e a capacitação dos diversos segmentos da sociedade e implantando mecanismos de defesa dos direitos dos cidadãos no Sistema.

O uso articulado da informática e das informações em saúde será útil na definição da política nacional de investimentos em saúde, que priorize linhas estratégicas, contribuindo para o uso racional de insumos estratégicos (medicamentos, imunobiológicos e hemoderivados), a ampliação e agilização do acesso e a promoção da qualidade dos serviços do SUS. Este recurso também contribui para a segurança, eficácia e qualidade de produtos, insumos, serviços e ambientes de interesse para a saúde pública e a promoção da saúde. Desta maneira será mais fácil combater adulterações de produtos, concorrências desleais e disfunções técnicas, apoiar medidas voltadas à preservação do meio ambiente, à melhoria da qualidade dos ambientes de trabalho e à prevenção e tratamento de doenças e agravos relacionados ao trabalho.

A seguir identificamos alguns usos potenciais das informações em saúde para usuários, profissionais e gestores do SUS.

Usuários

Os recursos de informática devem facilitar o acesso aos serviços de saúde, agilizando e humanizando o agendamento e acolhimento das demandas de saúde e promovendo a utilização de informações em saúde por iniciativa do usuário, superando o tradicional uso para finalidades administrativas. Os usuários do SUS deverão ter pleno acesso às suas informações de saúde (*habeas data*) (Governo do Brasil, 1997), valorizando a autonomia e o conhecimento do cidadão. A educação em saúde deverá ser privilegiada pela política de informação em saúde, fortalecendo a autonomia e o autocuidado de saúde e orientando como conviver com as doenças e como se manter saudável. A tecnologia e a informação em saúde também deverão ter facilitar aos usuários o conhecimento de a situação de saúde da população e as características de serviços e profissionais.

Profissionais de saúde

Apoiar a prática profissional, facilitando e organizando os registros rotineiros, oportunizando a realização de consultas e relatórios sobre as informações

produzidas, facilitando o agendamento, a referência e a contra-referência de usuários estão entre os usos potenciais mais importantes da informação e a informática em saúde. Recursos como por exemplo, registro eletrônico de saúde, protocolos clínicos e programáticos, alertas, notificações, sistemas de apoio à decisão e consulta assistida à distância (TeleSaúde) aprimoram o trabalho dos profissionais de saúde, beneficiando, em consequência os usuários do SUS. Da mesma forma, a facilidade de acesso e o apoio à produção de conhecimento científico, a capacitação e a educação continuada, ensino à distância, a educação em saúde da população, a avaliação e desempenho de profissionais, equipes e serviços, juntamente com a análise da situação de saúde da população, deverão ser priorizadas pela política de informação para apoiar a prática profissional.

Gestores

O uso da informação em saúde deverá contribuir para o aperfeiçoamento e consolidação da gestão descentralizada do SUS, de modo a efetivar o comando único do sistema em cada esfera de governo e aprimorar o processo de descentralização progressiva de recursos, contribuindo para o atendimento segundo as necessidades e demandas locais de saúde.

A informação em saúde e a informática dinamizam a gestão, ao facilitar o acompanhamento financeiro, administrativo e das políticas de saúde; ao subsidiar o planejamento e programação de ações e o estabelecimento de prioridades; ao monitorar as ações do SUS, avaliando desempenho, processos e impacto dos serviços; ao qualificar as atividades de controle, avaliação, regulação e auditoria; ao agilizar o acesso ao conhecimento; ao possibilitar a realização de consultas e relatórios sobre informações em saúde e ao agilizar a troca de informação com outras esferas do SUS.

5. Responsabilidades Institucionais

Os gestores das três esferas de governo, em articulação com seus gestores da Área de Informação e Informática em Saúde, deverão congrega e coordenar os esforços institucionais no sentido de colocar a Informação e a Informática em Saúde a serviço do Sistema Único de Saúde – SUS. A área de Informação e Informática em Saúde constitui macro-função estratégica de gestão, tornando-se prioridade política na medida em que o SUS vem se aperfeiçoando e requerendo instrumentos de gestão cada vez mais complexos. Este movimento é fundamental para a efetivação do propósito da PNIS, considerando a escassa utilização das informações no processo decisório em Saúde, apesar da existência de grande número de dados, de indicadores consensualmente definidos e de diversos sistemas de informações de saúde implementados (Moraes, 1994).

Ao ampliar o uso da informação no cotidiano do processo decisório da saúde, abrangendo o controle social, a gestão e os processos de trabalho em saúde, será mais fácil enfrentar a desigualdade de acesso de usuários e trabalhadores do SUS aos benefícios dos avanços tecnológicos.

Mesmo considerando o incremento no acesso a esses dados e indicadores em anos recentes, a preocupação com a questão continua procedente, basicamente por dois motivos. Em primeiro lugar, porque a dificuldade de acesso e tratamento rotineiro dos dados existentes impede que as informações adequadas estejam disponíveis no momento necessário. Em segundo lugar, porque ainda não se efetuou a necessária articulação dos processos de planejamento, de gestão e regulação da saúde com os sistemas de informações e com os indicadores existentes. Portanto, permanecem desarticulados o acompanhamento dos indicadores de saúde, a gerência dos sistemas de informação, as vigilâncias de saúde e ambiental e a monitoria dos processos de planejamento, de gestão e de regulação. (Vasconcellos et al, 2003)

Portanto, o desenvolvimento de Políticas, Programas e Projetos que fortaleçam a capacidade de formular, implementar, coordenar e avaliar a Política de Saúde

destaca-se como um desafio central imposto à Área de Informação e Informática em Saúde, nas três esferas de governo. O uso intensivo das informações em saúde e suas tecnologias disponibilizará aos gestores de saúde mecanismos de atuação e monitoria sobre populações, ambiente, sistema e serviços de saúde, ampliando a capacidade de governo em saúde.

Para a efetivação de tal desafio, é fundamental o exercício pleno de um processo democrático em busca dos entendimentos necessários à constituição de um amplo pacto em torno da Política de Informação e Informática em Saúde em seu âmbito de atuação, envolvendo os Conselhos de Saúde, nas três esferas de governo, as Comissões Intergestores Tripartite (CIT) e Bipartite (CIB), bem como as instâncias colegiadas de Gestão da Informação e suas tecnologias, como o Comitê Técnico Tripartite de Informação e Informática em Saúde, já criado no âmbito da CIT. No exercício da função gestora do Estado, a Política de Informação e Informática em Saúde, para ser a expressão da nação brasileira – uma república federativa – e em decorrência disso receber o nome de nacional, precisa ser estabelecida de forma articulada e solidária nas diversas instâncias gestoras do SUS. Essas instâncias, fundamentais na construção do SUS, devem estar envolvidas num processo permanente de formulação, implementação e avaliação da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS).

Neste sentido, a responsabilidade maior do gestor da Área de Informação e Informática em Saúde é coordenar a implementação da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde pactuada, colocando-a a serviço:

da democratização das informações e do conhecimento em saúde;

da transparência da gestão da Saúde,

de um acesso mais equânime aos benefícios propiciados pelo uso das novas Tecnologias de Informação (TI), e

de processos que estimulem a apropriação das informações em saúde pelos cidadãos, subsidiando o exercício do controle social do SUS e contribuindo para a inclusão digital de segmentos da população, de conselheiros de saúde e de

profissionais de saúde.

Como decorrência dessa responsabilidade primeira, a Área de Informação e Informática em Saúde das três esferas de governo tem as seguintes responsabilidades institucionais:

Contribuir para um processo democrático emancipador, para o exercício do controle social e, ao mesmo tempo, desenvolver ações de informação e informática em saúde como macro-função estratégica da gestão do SUS.

Operacionalizar o processo decisório do SUS através da promoção e implementação do uso das Tecnologias de Informação na gestão e regulação da saúde, propiciando a utilização intensiva da informação útil e relevante para os gestores, gerentes e profissionais de saúde e para a população em geral, de forma coordenada, ágil e adequada às suas necessidades.

Exercer em sua plenitude, de acordo com o arcabouço legal-jurídico do SUS, a função gestora da informação e informática em saúde, para além de um papel regulador restrito a certificar e definir padrões de produtos e processos a serem adquiridos no mercado pelos governos, descortinando sua dimensão estratégica para o processo de gestão da Saúde, ao assumir o compromisso de fortalecimento da Área de Informação e Informática em Saúde nas três esferas de governo.

Instrumentalizar processos de mudança na hegemonia do modelo biomédico da doença, com a adoção da Promoção da Saúde como estratégia, onde a Informação em Saúde ao ser apropriada pela população tem uma contribuição fundamental para a construção da “consciência sanitária”, dos direitos de saúde e do dever do Estado neste processo.

Organizar as informações em saúde existentes de forma a ampliar as possibilidades de novos modelos de alocação eqüitativa de recursos.

Desenvolver ações de informação em saúde que instrumentalizem o salto de qualidade na articulação da gestão da oferta espontânea com a gestão da oferta programada. O uso das TI, por exemplo, propicia de um lado a adoção de

mecanismos de identificação do cidadão, do acompanhamento não só do seu caminhar (fluxo) pelo sistema de saúde mas, também, da programação (ausências) de consultas pré-agendadas. De outro, permite articular ferramentas onde seja visualizado, antecipadamente, o fluxo mais adequado para riscos determinados.

Adotar uma organização das informações em saúde que subsidie processos de regionalização e hierarquização, fortalecendo uma rede horizontal de serviços de saúde.

Gerir a informação e informática em saúde de forma a superar o atual sistema fragmentado para um sistema integrado de serviços, ações de saúde e de informações.

Em relação a esse item, para o enfrentamento da histórica fragmentação das informações em saúde (Moraes, 1994), cabe destacar o importante passo, proposto pelo Ministro Humberto Costa e sua equipe, de constituição de uma área que coordene os diferentes setores e órgãos voltados para a questão da Informação e Informática no Ministério da Saúde. A constituição do Departamento de Informação e Informática em Saúde (DATASUS), vinculado à Secretaria Executiva do Ministério, contem um potencial importante de fortalecimento deste campo no interior das estruturas de gestão do SUS. Esta iniciativa deve ser amplamente debatida pelas demais esferas de governo (Secretarias de Estado e de Municípios) como referencial para um novo ordenamento institucional, onde prevaleça a lógica da integração, articulação e coordenação de práticas de informação, tradicionalmente executadas de forma isolada, fragmentada e atomizadora, superando esta etapa por um agir solidário de confluências de interesses e objetivos comuns.

Buscar alternativas para financiamento das ações de informações que permitam aumentar a incorporação da base tecnológica existente no SUS, contemplando recursos de investimento, incentivos e custeio, a serem definidos de forma tripartite. Estes recursos são pré-requisitos para a consolidação de uma política de informação e informática em saúde voltada para o SUS, sob pena deste não conseguir estruturar mecanismos potentes de gestão e regulação, colocados a

serviço dos gestores de saúde. Eminentemente intersetorial, envolve diversidade de órgãos além da Saúde, das 3 esferas de governo, como Planejamento, Comunicações, Educação, Ciência e Tecnologia e de Fundos já constituídos, como por exemplo, o Fundo de Universalização de Serviços de Telecomunicações (FUST).

Promover iniciativas de capacitação do profissional de informação e informática em saúde hoje inserido no SUS, prioritariamente o servidor público. O SUS necessita de profissionais com perfil de qualificação interdisciplinar, com capacidades e habilidades bem definidas. Qualificação esta que precisa atender a diferentes demandas, em um leque que contemple tanto disciplinas nas diversas graduações, quanto cursos de pós-graduação lato sensu e stricto sensu, com opções pedagógicas presenciais e/ou à distância.

Promover estratégias voltadas para a incorporação, na cultura institucional, 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, comprometendo-se com um pacto ético de profundo respeito à privacidade e confiabilidade dos dados dos cidadãos.

Estabelecer em sua esfera de atuação mecanismos coletivos e participativos de gestão da TI, trabalhados como espaços legítimos, estratégicos e relevantes de pactuação das ações de implementação das propostas definidas pela Política de Informação e Informática em Saúde, bem como participar dos fóruns colegiados já constituídos de gestão da informação e informática em saúde.

Cabe destacar que a capacidade da Informação e Informática em Saúde se tornar instrumento de transformação, no sentido de um efetivo salto de qualidade nos padrões de saúde e de consciência sanitária da população brasileira, depende de como fiquem posicionados nos espaços decisórios de produção, gestão e distribuição da informação, os agentes coletivos que melhor expressem as demandas e condições de um uso social da informação em saúde. É o que pode ser denominado da construção de uma cidadania informacional. (Moraes, 2002). Cidadania que ganha materialidade, dentre outros contextos, pela participação na construção de uma Política Pública que

expresse um amplo pacto político e ético, voltado para a defesa da vida e para a responsabilidade com o outro e com a coletividade. Política de Informação e Informática em Saúde que, nesse caso, pressupõe ser forjada com ele (sujeito informacional) e não para ele.

RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS POR ESFERA DE GOVERNO:

ESFERA FEDERAL

Respeitar as decisões emanadas das instâncias colegiadas constituídas.

Estabelecer mecanismo de repasse financeiro voltado para o custeio das ações de informação e informática em saúde para as SES e SMS.

Estabelecer linha de investimento voltada para o fortalecimento da Área de Informação e Informática em Saúde de estados e municípios, a partir de projetos elaborados pelas SES e SMS, aprovados na CIB de cada estado.

Garantir amplo debate e prévia pactuação nas instâncias colegiadas de gestão tanto do SUS quanto da Informação e Informática em Saúde das alterações propostas para os SIS de base nacional.

Atualizar e garantir a manutenção dos sistemas de informações de base nacional.

Implementar estratégias para a integração de sistemas, a interoperabilidade tecnológica, a definição de padrões de representação, conteúdo, segurança da informação e de trocas de dados, a partir de pactuação tripartite, após processo aberto e democrático de construção da proposta a ser submetida às instâncias colegiadas.

Desenvolver, disponibilizar, apoiar estados e municípios na implantação e garantir a atualização tecnológica de sistemas / aplicativos de uso público voltados para a solução de questões prioritárias para o SUS e a melhoria da atenção à saúde, oferecendo essa opção aos gestores, tais como: o Sistema de Informação para Regulação (SISREG), o Sistema de Informação Hospitalar

(HOSPUB) e o Sistema do Cartão Nacional de Saúde. Esse processo deve se dar aproveitando as experiências em andamento tanto nas SES, nas SMS quanto nas instituições de ensino e pesquisa.

Priorizar a alocação dos recursos de investimento e custeio das ações de informação e informática em saúde na área pública, visando fortalecer a capacidade de gestão da informação e informática em saúde do SUS, mantendo-se coerente com o preconizado pela legislação da saúde vigente, que define o caráter complementar de atuação do setor privado.

Garantir a renovação da força de trabalho dos profissionais públicos lotados nas instâncias de informação e informática em saúde, priorizando a contratação por concurso público.

Apoiar os estados e municípios em seus esforços de fortalecimento, coordenação e integração das ações de informação e informática em saúde. Sua atuação junto aos municípios deve se dar em articulação com as instâncias estaduais.

Promover linha continuada de apoio ao desenvolvimento Científico e Tecnológico relacionado ao campo temático da informação e suas tecnologias, bem como à capacitação dos profissionais de informação e informática em saúde. Para atender a esta necessidade, esse processo precisa extrapolar a visão simplificadora de “desenvolvimento de novas habilidades”, ou de “flexibilização de condutas” ou, “preparo para o mundo do trabalho”. Esta visão empobrece a oportunidade implícita de trocas criativas, críticas e do próprio reconhecimento de si mesmo como cidadão partícipe da construção do seu tempo e lugar, contribuindo para elevar o padrão da capacidade pública de gerir a Informação e Informática em Saúde. Esse processo deve se dar em profunda articulação com as instituições de ensino e pesquisa em saúde existentes no país.

ESFERA ESTADUAL

Respeitar as decisões emanadas das instâncias colegiadas constituídas.

Definir linha de investimento e custeio, oriunda de recursos do tesouro estadual, para as ações de fortalecimento da área de informação e informática em saúde.

Garantir que não será implementada nenhuma alteração nos SIS de base estadual sem amplo debate e prévia pactuação nas instâncias colegiadas de gestão do SUS e da Informação e Informática em Saúde.

Manter dos fluxos de informação dos sistemas de base nacional e estadual, bem como apoiar as SMS em seus esforços de manter atualizado esse fluxo.

Participar de instâncias colegiadas existentes no decorrer da definição, com posterior cumprimento das deliberações emanadas em relação às estratégias para a integração de sistemas, a interoperabilidade tecnológica, a definição de padrões de representação, conteúdo, segurança da informação e de trocas de dados, uma vez garantida sua participação tanto no processo de pactuação tripartite, como na etapa de construção aberta e democrática de elaboração da proposta a ser submetida às instâncias colegiadas.

Identificar sistemas e aplicativos que ofereçam economia de recursos financeiros públicos, analisando em primeiro lugar a opção de utilização de produtos / soluções públicos que possam atender às necessidades do SUS identificadas no estado, buscando no mercado privado alternativas em caráter complementar.

Colocar à disposição do SUS os sistemas desenvolvidos com recursos públicos no seu âmbito de governo

Priorizar a alocação dos recursos de investimento e custeio das ações de informação e informática em saúde na área pública, visando fortalecer a capacidade de gestão da informação e informática em saúde do SUS no estado.

Garantir a renovação da força de trabalho dos profissionais públicos lotados nas instâncias de informação e informática em saúde, priorizando a contratação por concurso público.

Apoiar os municípios em seus esforços de fortalecimento, coordenação e integração das ações de informação e informática em saúde.

Promover linha continuada de apoio ao desenvolvimento Científico e Tecnológico relacionado ao campo temático da informação e suas tecnologias, bem como à capacitação dos profissionais de informação e informática em saúde. Mas para atender a esta necessidade, esse processo precisa ser mais do que “desenvolver novas habilidades” e “condutas mais flexíveis”, reduzindo-o a ser apenas um “preparo para o mundo do trabalho”. Esta visão empobrece a oportunidade implícita de trocas criativas, críticas e do próprio reconhecimento de si mesmo como cidadão partícipe da construção do seu tempo e lugar, contribuindo para elevar o padrão da capacidade pública de gerir a Informação e Informática em Saúde. Esse processo deve se dar em profunda articulação com as instituições de ensino e pesquisa em saúde existentes no país.

ESFERA MUNICIPAL

Respeitar às decisões emanadas das instâncias colegiadas constituídas.

Definir linha de investimento e custeio, oriunda de recursos do tesouro municipal, para as ações de fortalecimento da área de informação e informática em saúde.

Garantir que não serão implementadas alterações nos SIS de base estadual sem amplo debate e prévia pactuação nas instâncias colegiadas de gestão do SUS e da Informação e Informática em Saúde.

Manter atualizado o fluxo das informações dos sistemas de informações de base nacional e estadual.

Participar das instâncias colegiadas existentes e cumprir suas deliberações em relação às estratégias para a integração de sistemas, a interoperabilidade tecnológica, a definição de padrões de representação, conteúdo, segurança da informação e de trocas de dados, uma vez garantida sua participação tanto no processo de pactuação tripartite, como na etapa de construção aberta e democrática de elaboração da proposta a ser submetida às instâncias

colegiadas.

Buscar sistemas e aplicativos que ofereçam economia de recursos financeiros públicos, analisando em primeiro lugar a opção de utilização de produtos e soluções públicos que possam atender às necessidades do SUS identificadas no município, buscando no mercado privado alternativas em caráter complementar.

Priorizar a alocação dos recursos de investimento e custeio das ações de informação e informática em saúde na área pública, visando fortalecer a capacidade de gestão da informação e informática em saúde do SUS no município.

Garantir a renovação da força de trabalho dos profissionais públicos lotados nas instâncias de informação e informática em saúde, priorizando a contratação por concurso público.

Envidar esforços no sentido do fortalecimento, coordenação e integração das ações de informação e informática em saúde.

Promover processos de capacitação, para além de meros treinamentos, contribuindo para elevar o padrão da capacidade pública de gerir a Informação e Informática em Saúde, em profunda articulação com as instituições de ensino e pesquisa em saúde existentes no país.

6. Recomendações e Perspectivas

O Sistema Nacional de Informação em Saúde (SNIS) que resultará da política em discussão deverá ser concebido e implementado de modo interdependente e articulado, atendendo não apenas as demandas administrativas e profissionais, mas principalmente os interesses maiores da população.

Da mesma forma, deseja-se que o processo participativo de formulação e implantação da política de informação e informática em saúde, o reconhecimento das experiências locais e internacionais no desenvolvimento de sistemas de informação e o uso criativo e transformador da tecnologia da informação resultem em benefício de toda a sociedade brasileira.

Nesta perspectiva, a 12ª. Conferência Nacional de Saúde foi um espaço privilegiado para o encontro e a discussão das demandas em saúde do país, especialmente daquelas que se relacionam ao SUS e representam até 80% da demanda da população em muitos municípios e regiões. A assembléia final do evento aprovou a reivindicação de delegados e participantes em favor de um projeto criativo de fortalecimento das estruturas públicas de informação e informática em saúde nas Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde do país, particularmente nos serviços de atenção básica, requisito essencial para a implantação da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde.

Esta política deverá estar em sintonia com as necessidades decorrentes de uma heterogeneidade importante, fruto de diversidades e desigualdades de regiões e municípios brasileiros. A política também deverá incorporar novas e relevantes contribuições da comunidade, sejam oriundas do controle social, associações de classe, sindicatos, instituições de ensino e pesquisa, ou de instâncias de governo, resultando em um SNIS que reflita as necessidades do país. Esta estratégia deverá facilitar a operacionalização das diretrizes da PNIS tanto nos principais centros urbanos, quanto nos lugares mais remotos do país.

A operacionalização da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIS) também depende de um amplo processo de divulgação de seus

conceitos, propósito, diretrizes e plano operacional, através dos diversos tipos de mídias. Este processo facilitará a comunicação entre os gestores, os profissionais de saúde e a população, facilitando a tomada de decisões e reforçando os compromissos moral, ético e funcional com a construção do SUS.

Um plano de investimentos, principalmente em informática e em recursos humanos, financiado e coordenado pelas três esferas de governo, deverá viabilizar os fundamentos de conectividade, padronização e compartilhamento de informações da PNIIS. Este processo deverá observar perfeita sintonia com a realidade local, respeitando conceitos, incentivando experiências bem sucedidas e aproveitando seus profissionais de informação e informática em saúde para estabelecer uma extensa rede de cooperação visando inserir as diretrizes da PNIIS no cotidiano das ações institucionais do SUS.

Em síntese, a gestão tripartite, característica muito particular do SUS, situa o pacto entre as três esferas de governo como essencial para o estabelecimento das responsabilidades institucionais de gestão e financiamento da PNIIS.

A efetivação deste pacto no ano de 2004 possibilitará a inclusão dos planos de ação referentes às diretrizes da PNIIS nas propostas programáticas e orçamentárias de 2005, tanto do Ministério da Saúde, quanto das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

Portanto, o pacto tripartite destaca-se como a estratégia mais em sintonia com as deliberações da 12ª. Conferência Nacional de Saúde e com a tradição de comando único na gestão do SUS, para o financiamento da PNIIS e sua operacionalização em todo os país.

Referências

1. Brender J, Nohr C, McNair P. Research needs and priorities in health informatics. *International Journal of Medical Informatics* 2000;58:257-289.
2. BROOK, R. H.; McGLYNN, E. A.; CLEARY, P. D., 1996. Measuring Quality of Care. *The New England Journal of Medicine*, 335(13):966-970. 26 September 1996.
3. CONILL, E. M., 2002. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(Suplemento):191-202.
4. Gost Garde J. Gestión sanitaria y tecnologías de la información. In: Reunión de la Sociedad Española de Informática de la Salud; 2000; Pamplona: SEIS. Disponível em: <http://www.seis.es/informes/2001/default.htm>
5. Government of Canada. Canada Health Infoway. Toronto, Ontario; 2003. Disponível em URL: <http://www.canadahealthinfoway.ca>.
6. Governo do Brasil. Rito Processual do *Habeas Data*. Lei 9507 de 12 de novembro de 1997.
7. HARTZ, Z. M. A. 1999. Institutionalizing the evaluation of health programs and policies in France: cuisine internationale over fast-food and sur measure over ready-made. *Cadernos de Saúde Pública*, 15(2):229-259.
8. Kaplan B. Evaluating informatics applications - clinical decision support systems literature review. *International Journal of Medical Informatics* 2001;64(1):15-37.
9. MEDINA, M. G. & AQUINO, R., 2002. Avaliando o Programa de Saúde da Família. In: *Os sinais vermelhos do PSF* (M. F. Sousa., org.), pp.135-151, São Paulo: Hucitec.
10. MORAES, Ilara Hämmerli S. de, 1994. Informação em Saúde: Da Prática Fragmentada ao Exercício da Cidadania. São Paulo e Rio de Janeiro: Editora Hucitec e ABRASCO.
11. MORAES, Ilara Hämmerli S. de, 2002. Política, Tecnologia e Informação em Saúde - a Utopia da Emancipação. Salvador: ISC/UFBa e Casa da Qualidade Editora.
12. MORRIS, L., TAYLOR, MW., HUNTER, C., CAMPBELL, L.M., 2002. Information management in primary care: delivering a strategy to improve patient care in Scotland. *Informatics in Primary Care*, 10:85-8.
13. National Health System. Information for Health – an information strategy for the modern NHS 1998-2005. Disponível em URL: <http://www.nhs.uk/def/pages/info4health/1.asp>
14. National Health System. The new NHS: Modern/Dependable, Cm3807, December 1997.

15. NHIMAC (National Health Information Management Advisory Council - Australian Department of Health and Ageing). Health Online: a health information action plan for Australia; 2003. Disponível em URL: <http://www.health.gov.au/healthonline>. Accessed april, 2003.
16. NOVAES, H. M. D., 1996. Epidemiologia e avaliação em serviços de atenção médica: novas tendências na pesquisa. *Cadernos de Saúde Pública*, 12(Suplemento 2):7-12.
17. RIGBY, M., 1999. The management and policy challenges of the globalization effect of informatics and telemedicine. *Health Policy*, 46(2):97-103.
18. Sánchez Mansolo AA, Martín Diaz O, Iglesias Dios J. Registro electrónico de pacientes. *Rev Cubana Educ Med* 1999;13(1):46-55.
19. SENNA, M. C. M., 2002. Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(Suplemento):203-211.
20. TRAD, L. A. B. & BASTOS, A. C. S., 1998; O impacto sócio-cultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. *Cadernos de Saúde Pública*, 14(2):429-435.
21. VASCONCELLOS, Miguel Murat; MORAES, Ilara Hämmerli S. de; CAVALCANTE, Maria Teresa, 2002. Política de Saúde e Potencialidades de Uso das Tecnologias de Informação. *Revista Saúde em Debate*, n.61, pp. 219-235.
22. VIANNA, A. L. D. & DAL POZ, M. R., 1998. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva*, 8(2):11-48.
23. VILLALBI, J. R.; PASARIN, M.; MONTANER, I.; CABEZAS, C.; STARFIELD, B., 2003. Evaluación de la atención primaria de salud. *Atención Primaria*, 31(6):382-5.