

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO DE SISTEMAS E
SERVIÇOS DE SAÚDE
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Cartão Nacional de Saúde e Central de Regulação de Ações de Saúde
Tendências nas Tecnologias de Informação em Saúde

MARIA TEREZA LEAL CAVALCANTE

Prof. Dr. Eduardo Mota

Profa. Dra. Maria Eliana Labra

Prof. Dr. Miguel Murat Vasconcellos (orientador)

Rio de Janeiro
2003

RESUMO

Este trabalho é um estudo das tendências do encontro das tecnologias da informação com a complexa gestão do Sistema Único de Saúde, especialmente nos programas Cartão Nacional de Saúde e Central de Regulação de Ações em Saúde. Realizou-se uma pesquisa com especialistas nas áreas de Tecnologia da Informação e Saúde para mapeamento das tendências no tocante à lógica de fragmentação dos sistemas de informações em saúde, à universalização do acesso a informações, à consolidação de estratégias de hierarquização, regionalização e organização de serviços e ao fortalecimento da capacidade de decisão e gestão do Sistema Único de Saúde. A partir da análise dos dados e da caracterização das tendências, discutiu-se a percepção dos especialistas sobre os possíveis encontros entre Tecnologias da Informação e Gestão de Saúde Pública.

Palavras Chaves: Tecnologias de Informação, Gestão em Saúde, Sistemas de Informação em Saúde.

ABSTRACT

This is a study of possible trends on Information Technologies and the complex management of the Public Health System in Brazil, especially in the programs National Health Card and Regulation Central of Health Actions. To accomplish the study purposes, a research was carried through with specialists in the areas of Information Technology and Health, about the following trends: the spalling logic on health information systems, the extension of access to information technologies, the consolidation of brazilian public health principles such as hierarchy and regional distribution strategies, the services organization and the empowerment of decision making and management in brazilian Public Health System. After data analysis and trends characterization, the study presents conclusions on the perception of the specialists about possible meetings between Information Technologies and Public Health Management.

Key Words: National Health Policy, Information Technologies, Health Management, Health Information Systems.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	5
1. INTRODUÇÃO	6
1.1 Políticas em Tecnologia da Informação e Comunicação	7
1.2 Sobre Universalização	12
1.3 Sistemas de Informação em Saúde	18
1.4 O Cartão Nacional de Saúde	20
1.5 As Centrais de Regulação de Ações em Saúde	25
1.6 Estudos em Sistemas de Informação em Saúde	28
1.7 O Objetivo	32
2. MATERIAIS E MÉTODOS	32
2.1 A estrutura do questionário	34
3. RESULTADOS	37
3.1 Análise dos dados e Caracterização de Tendências	63
4. DISCUSSÃO	65
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	70
6. BIBLIOGRAFIA	74
7. ANEXO	78
Questionário	79

APRESENTAÇÃO

Desenvolvida ao longo dos anos de 2001 e 2002, com apoio financeiro da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, esta dissertação referencia as grandes linhas da política governamental em Tecnologia da Informação durante o governo do Presidente Fernando Henrique Cardoso e salienta as diretrizes de universalização do acesso às tecnologias da informação, uma vez que os programas Cartão Nacional de Saúde e Central de Regulação seriam, como inicialmente previsto, beneficiados com recursos do Fundo de Universalização dos Serviços de Telecomunicações – o Fust. Aprofundando o conceito de universalização, discute-se o uso de software livre como uma possível estratégia política.

Em seguida, apresentam-se os órgãos de gestão da informação do Ministério da Saúde durante o período de 1996-2002 e detalham-se os programas Cartão Nacional de Saúde e Central de Regulação, ambos fortemente apoiados por uma infra estrutura de tecnologia da informação.

Feita a descrição dos programas, são evidenciadas as críticas que vem sendo realizadas por pesquisadores e estudiosos sobre Sistemas de Informação em Saúde no Brasil.

Assim, o objetivo do estudo foi identificar as tendências no uso de Tecnologias da Informação nos Programas Cartão Nacional de Saúde e Central de Regulação, em especial no tocante à lógica de fragmentação dos sistemas de informações em saúde, à universalização do acesso a informações, à consolidação de estratégias de hierarquização, regionalização e organização de serviços e ao fortalecimento da capacidade de decisão e gestão do Sistema Único de Saúde.

Tendo como metodologia uma adaptação do método Delphi de consulta a especialistas, o estudo permitiu obter a opinião qualificada de profissionais de diversas instituições da área de Informações em Saúde. Foi utilizado um questionário eletrônico,

desenvolvido em plataforma exclusivamente constituída por *softwares* livres e disponibilizado na Internet.

A partir da análise dos dados e da caracterização das tendências, discutiu-se a percepção dos especialistas sobre os possíveis encontros entre Tecnologias da Informação e Gestão de Saúde Pública.

Contrapondo-se as principais tendências encontradas com as críticas que serviram de base ao questionamento central do trabalho, a pesquisa aponta que é pouco provável a superação da fragmentação dos sistemas de informação em saúde por meio dos programas Cartão Nacional de Saúde e Central de Regulação. Por outro lado, as tendências revelam uma expectativa positiva no cenário nacional no tocante à políticas de universalização do acesso às tecnologias de informação e à adoção de tecnologias livres. Outras perspectivas analisadas indicam a aposta no incremento da capacidade de gestão em saúde pública pelo uso da Internet e a garantia de transparência por meio do uso de Tecnologia da Informação.

A análise dos dados permitiu ainda identificar que para a efetivação das tendências mais promissoras de articulação entre Gestão de Saúde Pública e Tecnologias da Informação nos programas Cartão Nacional de Saúde e Central de Regulação, torna-se necessário transcender a dimensão tecnológica pela incorporação da dimensão política, investindo-se na difusão do conhecimento, no desenvolvimento das habilidades humanas e na mudança de atitudes. Essa conclusão foi possível ao contrapor duas tendências em especial: a primeira revelando grande aposta na Tecnologia da Informação como ferramenta de incremento da capacidade de gestão e a outra tendência, revelando descrédito na capacidade dos gestores de saúde em implementar os programas tecnológicos

Aplicada em dezembro de 2002, na transição do governo do presidente Fernando Henrique Cardoso para o governo do presidente Lula, a pesquisa revela também, as incertezas sobre a gestão do próximo governo e a atmosfera de expectativas sobre mudanças esperadas.

A chamada Nova Economia, de base digital e tecnológica, significou uma radical alteração na economia global proporcionada pela produção acelerada e intensa de Tecnologias da Informação e Comunicação. Em um ritmo de crescimento exponencial a economia digital e suas bolsas de investimento tecnológicas proporcionaram o enriquecimento e a proliferação do comércio de TI até o ano de 2001. Nesse mesmo ano, entretanto, a súbita desvalorização financeira e dos negócios das empresas de tecnologia caracterizou o “estouro da bolha ponto com” e significou um adiamento de gastos corporativos em tecnologia da informação e Internet e um cenário de maior cautela no investimento e absorção de tecnologia. O modelo de negócios e de relacionamento muda de “usar a Internet como negócio” para “usar a Internet para fazer negócios. As empresas de tecnologia da informação garantem que o futuro da informática está nos serviços web, definidos como uso de padrões baseados em Internet para integrar sistemas de informática. Com os serviços web o segmento de TI abandonará o foco em Tecnologias e Produtos e assumirá as características de um Setor de Serviços.

Nuala Moram. Financial Times.

Jornal Valor Econômico em 10 de maio de 2002.

1. INTRODUÇÃO

1.1 Política de Universalização do Acesso às Tecnologias de Informação e Comunicação

Na revista eletrônica Brasil Digital, em 15 de agosto de 2002, Ralphe Manzoni Jr, enumera algumas realizações do Governo Fernando Henrique Cardoso na área de Tecnologia da Informação e Comunicação. MANZONI parte do documento "Proposta de Política de Governo Eletrônico para o Poder Executivo Federal", de setembro de 2000, que estabelece 45 metas de curto, médio e longo prazo e tece comentários sobre o que chamou dos quatro pilares da proposta do governo eletrônico, como a seguir:

- **Rede Br@sil.gov:** busca procedimentos para a contratação de serviços de rede e infra-estrutura. Até então, cada órgão do governo federal tinha um contrato em separado. O governo passa a usar seu poder de compra e barganha para conseguir preços melhores, além de contratar uma infra-estrutura de última tecnologia. De forma geral, tem o objetivo de criar padrões técnicos mínimos de contratação. Não foi concretizado até fins do Governo Fernando Henrique Cardoso, pois houve um impasse com a legislação 8.666, a lei das licitações, e uma grande disputa entre os prestadores de serviços.
- **Universalização:** é a área em que menos se avançou em função das desavenças políticas. Embora os recursos do Fundo de Universalização dos Serviços de Telecomunicações (FUST) possam ser utilizados em projetos desta área, os mesmos foram contingenciados para o cumprimento de metas acordadas com o Fundo Monetário Internacional, o que determinou o bloqueio do FUST pelo Tesouro Nacional para viabilizar o superávit comercial. Agora, há negociações para a liberação do dinheiro. Três projetos são considerados fundamentais. O primeiro é o novo modelo de acesso à internet, que prevê uma tarifa única para o provimento de acesso. A Agência Nacional de Telecomunicações discute o tema desde meados de 2001 e colocou a questão para consulta pública. O segundo é chamado de Governo Eletrônico de Atendimento ao Cidadão, que seriam terminais de acesso à internet para pessoas de baixa renda, uma evolução do PEP (Ponto Eletrônico de Presença). E o terceiro projeto são telecentros, em parceria com governos estaduais e municipais e empresas privadas, voltados para à capacitação e alfabetização digital.
- **Serviços:** a meta do presidente Fernando Henrique Cardoso era terminar seu governo com 100% dos serviços públicos online que não precisam da presença física dos cidadãos. Em junho, 72% deles estavam na Web. A maioria, 49%, era apenas informativos e somente 10%, interativos e 13%, transacionais. Vale a pena destacar o Comprasnet, portal de compras que tem sido citado internacionalmente como um dos mais avançados do mundo.

- **Normatização:** é a parte técnica do governo eletrônico. Desenvolveu normas e padrões, uma necessidade básica para qualquer projeto na área. Ajudou no desenvolvimento da Infra-Estrutura de Chaves Públicas do Brasil, um conjunto de regras que tratam da certificação digital, o que vai garantir a autenticidade das assinaturas na internet.

Acrescentamos aos programas governamentais citados por MANZONI, a análise de ALMEIDA (2001, p. 56-58). Para esse autor, os programas governamentais de promoção e regulação de Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) durante o governo do presidente Fernando Henrique Cardoso atuaram em duas grandes linhas: numa desenhou-se o modelo para o desenvolvimento de TIC público de inserção no mundo globalizado e preservação das características culturais locais por meio do Programa Sociedade da Informação e, na outra linha, estão as iniciativas do Governo Eletrônico.

O Programa Sociedade da Informação (Socinfo) brasileiro foi coordenado pelo Ministério da Ciência e Tecnologia (MCT) e apresentava a seguinte definição: Uma Sociedade da Informação para todos os brasileiros supõe que sejam observados princípios e metas de inclusão e equidade social e econômica, de diversidade e identidade culturais, de sustentabilidade do padrão de desenvolvimento, de respeito às diferenças, de equilíbrio regional, de participação social e de democracia política” (BRASIL 2000, Ministério da Ciência e Tecnologia. Livro Verde).

Para colocar em ação suas propostas, o Socinfo foi incluído no Plano Plurianual do Governo Federal de 2000-2003, com orçamento de cerca de R\$ 3,4 bilhões . No entanto, para o ano de 2002, o MCT conseguiu aprovar no orçamento apenas R\$ 69,818 milhões - ao invés dos R\$ 850 milhões por ano previstos no Plano Plurianual.

Governo Eletrônico, ou e-gov, foi a forma do Governo se preparar para atender aos desafios da Sociedade da Informação. Trata-se de uma estratégia para viabilizar os relacionamentos interativos virtuais entre diferentes atores, seja para provimento de

serviços à sociedade, seja nas relações intragovernamentais entre os diferentes níveis e esferas. Segundo ALMEIDA, o Governo Federal durante a gestão de Fernando Henrique Cardoso decidiu que, ao invés de um aumento nos gastos com investimentos em tecnologias da informação e telecomunicações, seria mais eficiente proceder à definição de diretrizes e políticas de universalização, acesso e qualidade dos serviços públicos, baseadas nas novas formas de interação com a sociedade (Idem, 2001).

Neste trabalho, elegemos para estudo dois programas de Saúde Pública que foram alvo de estratégias da Política de Universalização dos Serviços de Telecomunicações – O Cartão Nacional de Saúde e as Centrais de Regulação de Ações em Saúde. Esses programas deveriam ter sido beneficiados com recursos do Fundo de Universalização dos Serviços de Telecomunicações (FUST), relacionando-se e dependendo financeiramente da Política Nacional de Universalização do Acesso às Tecnologias de Informação e Comunicação.

O FUST

A criação do Fundo de Universalização dos Serviços de Telecomunicações foi uma estratégia de suporte financeiro aos programas de universalização acima referidos, obedecendo diretrizes e ideais preconizados pela Socinfo e criando estruturas de telecomunicações e informática para a operacionalização de propostas de e-governo.

O Fundo de Universalização dos Serviços de Telecomunicações (FUST), instituído pela lei 9.998/2000, surge no bojo da política de universalização dos serviços de telecomunicações do Ministério das Comunicações, como instrumento institucional da Agência Nacional de Telecomunicações (ANATEL) para a sua aplicação e gestão. Incide sobre o mercado da prestação de serviços de telecomunicações, ao ter com uma de suas fontes de receita a contribuição de 1% sobre a receita operacional bruta, decorrente da prestação de serviços de telecomunicações nos regime público e privado. Ao Ministério das Comunicações coube formular políticas e diretrizes gerais para as aplicações do FUST e à ANATEL caberia implementar, acompanhar e fiscalizar os programas, projetos e atividades que receberiam recursos do FUST.

A aplicação dos recursos do FUST destinava-se inicialmente a algumas áreas prioritárias definidas pelo Ministério das Comunicações, em conjunto com os ministérios correspondentes, dentre os quais o da Saúde e Educação. Na Saúde, o *Programa Saúde do FUST* deveria propiciar a modernização dos recursos tecnológicos e a oferta de serviços de telecomunicações em especial em quatro programas: Cartão Nacional de Saúde, Centrais de Regulação, Programa Saúde da Família e Central de Transplantes (2001, Termo de Referência para Definição e Implementação de Programa, Projeto e Atividade com Utilização do FUST).

Variáveis políticas e econômicas alteraram o curso da aplicação desse fundo, que possui recursos superiores a R\$ 1,2 bilhões. O edital de licitação foi contestado na Justiça. As razões pautavam-se sobre o uso federal exclusivo do sistema operacional Windows, defendido pelo MEC.

Com o atraso na implantação do programa e a crise das companhias de Telecomunicações, novas prioridades foram sendo consideradas: o fundo seria utilizado para sanar dificuldades financeiras das empresas de telefonia, as metas de universalização teriam um atraso e mesmo um novo item surgiu na agenda de formulação de políticas: o financiamento de ações de suporte a segurança pública. (PRETTO, 2002). Hoje, contingenciado pelo Tesouro Nacional para cumprimento de metas de superávit comercial, os recursos do FUST aguardam por novas decisões políticas.

Sílvio Meira, diretor presidente do Centro de Estudos e Sistemas Avançados do Recife (C.E.S.A.R.) e professor titular de engenharia de *software* e sistemas de informação da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), em entrevista na revista eletrônica COMciência em 10 de abril de 2002, opina:

O Fust é uma plataforma absolutamente impressionante, qualquer país do mundo queria ter algo assim. É uma grande massa de recursos que temos para fazer o acesso universal aos serviços de

telecomunicações, que, no limite, é o que se precisa para que se tenha uma sociedade da informação, por mais básica que seja. Se as pessoas não conseguem ter acesso à rede não adianta se falar em sociedade em rede. Mas quando se observa a falta de coordenação com que foram levados os esforços do Fust, percebe-se que na prática não há um programa sociedade da informação, mas um projeto. Para se ter um Programa Sociedade da Informação no país, ele deveria ser tratado como tal, com direcionamento de quem que vai coordenar e controlar.

1.2 Sobre Universalização

Nesse cenário destacamos o conceito e a iniciativa de universalização como um dos princípios norteadores das políticas governamentais,.

O Livro Verde, um compêndio das propostas do Grupo de Implantação da Sociedade da Informação, apresenta: *a universalização dos serviços de informação e comunicação é condição fundamental, ainda que não exclusiva, para a inserção dos indivíduos como cidadãos, para se construir uma sociedade da informação para todos. É urgente trabalhar no sentido da busca de soluções efetivas para que as pessoas dos diferentes segmentos sociais e regiões tenham amplo acesso à Internet, evitando assim que se crie uma classe de “info-excluídos.*

O documento segue acrescentando que para uma universalização de fato, há de se procurar soluções para inclusão das populações com baixo poder aquisitivo nas redes digitais e traz uma definição do entendimento de universalização:

O conceito de universalização tem caráter evolutivo, decorrente da velocidade do desenvolvimento das tecnologias de informação e comunicação e das novas oportunidades e assimetrias provocadas por esse desenvolvimento – fontes de novas formas de exclusão, que devem ser continuamente acompanhadas e consideradas.

O conceito de universalização deve abranger também o de democratização, pois não se trata tão somente de tornar disponíveis os meios de acesso e de capacitar os indivíduos para tornarem-se usuários dos serviços da Internet.

Trata-se, sobretudo, de permitir que as pessoas atuem como provedores ativos dos conteúdos que circulam na rede. Fomentar a universalização de serviços significa, portanto, conceber soluções e promover ações que envolvam desde a ampliação e melhoria da infraestrutura de acesso até a formação do cidadão, para que este, informado e consciente, possa utilizar os serviços disponíveis na rede. É papel do Estado dedicar especial atenção à incorporação dos segmentos sociais menos favorecidos e de baixa renda à sociedade da informação.

Apesar das intenções formais da Socinfo, uma reportagem do Caderno de Economia e Internet do Jornal do Brasil, em 19 setembro de 2002, apresentava os seguintes dados: *O Brasil é hoje o país mais informatizado na América Latina e sua indústria de TI considerada promissora. Mas esse crescimento aconteceu de forma excludente: as classes A e B correspondem a mais da metade dos internautas, apenas 12% da população tem computador em casa e 9% tem acesso doméstico à Internet, segundo os últimos números divulgados pelo IBGE. Nos EUA, 61% dos cidadãos acessam a Internet de casa e no México, 25,7%.*

Na Saúde Pública, FAVERET (1990), formula a tese de uma *universalização excludente* e alerta que a responsabilidade de garantir a universalização, atribuída ao Estado, pressupõe o atendimento aos segmentos mais carentes da população. FAVERET faz uma crítica ao processo de universalização vivido na Saúde Pública brasileira que, de forma excludente, vem na sua ineficácia, expulsando segmentos populacionais para os subsistemas privados.

Análoga é a exclusão no caso da política de universalização de TIC. Em artigo à COMciência, Carlos Afonso, secretário do Conselho do IBASE (Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas) e diretor de desenvolvimento da RITS (Rede de Informações para o Terceiro Setor), comenta:

Um papel crucial dos administradores e dos planejadores do desenvolvimento da base tecnológica para a sociedade do conhecimento deve ser o de alavancagem: é preciso garantir a implantação coordenada de infra-estrutura, criar as condições básicas necessárias nas localidades de cada município (por menores que sejam) para que os empreendedores locais possam tomar suas próprias iniciativas, para que o serviço público local possa usufruir dessas novas tecnologias, para que o aprendizado seja mais eficaz e sobretudo mais universal.

Um aspecto essencial dessa infra-estrutura básica é que seja relativamente barato e eficaz ativar um serviço local de troca de dados - enfim, tal como um pequeno agricultor em local remoto precisa de uma estrada vicinal para transportar seus produtos, uma pequena comunidade precisa de um acesso local à espinha dorsal da Internet. Só que o custo de implantação e manutenção desse acesso é muito menor que o da igualmente necessária estrada vicinal.

É através desses acessos locais que os provedores de serviços de rede, as representações locais da administração pública, as escolas e empresas fazem suas conexões locais à Internet. Sem esses acessos, a alternativa é que cada usuário faça sua ligação por linha telefônica interurbana, com qualidade sofrível e alto custo.

AFONSO (idem) enumera outros entraves: *Sem os POPs (pontos de acesso) em cada cidade, seria muito ineficaz ou impossível garantir boa conectividade, por exemplo, de todas as escolas públicas do país à Internet – não é suficiente, além de ser equivocado, começar instalando microcomputadores em cada escola para isso sem antes resolver, entre outros, o problema do acesso local à rede. Nos municípios em que não*

existe acesso local, cada escola pública, cada “quiosque Internet” sendo planejado por algumas entidades governamentais e privadas, cada unidade de saúde, enfim, cada usuário tem que fazer a conexão à Internet individualmente por linhas telefônicas interurbanas ou instalar circuitos dedicados interurbanos - uma situação de ineficácia extrema e custo elevado.

O autor indica janelas de exclusão na política de universalização, de forma semelhante à idéia de *universalização excludente* de FAVERET (1990). AFONSO ainda sentencia: *Do ponto de vista de igualdade de oportunidades, este município estaria em extrema desvantagem em relação aos que já contam com uma rampa comum de acesso às infovias.*

A este depoimento cabe a definição de universalismo de Boaventura de Souza Santos: *o universalismo que queremos hoje é aquele que tenha como fundamento a dignidade humana. A partir daí surgem muitas diferenças que devem ser respeitadas. Temos direitos de ser iguais quando a diferença não inferioriza e direito de ser diferentes quando a igualdade nos descaracteriza* (SANTOS apud VASCONCELLOS, et al 2002 p. 232).

Esta citação “reforça que as políticas universalizantes devem incluir a redução das diferenças que inferiorizam o cidadão como a educação, o acesso aos serviços de saúde, a capacidade crítica de analisar informações e de definir coletivamente que informações são relevantes para decisões pessoais e públicas. Se as políticas públicas não tiverem como foco o enfrentamento das desigualdades, atuando de forma intersetorial, as iniquidades sociais no Brasil se agravarão ainda mais” (VASCONCELLOS, 2002, p 232).

No escopo das discussões sobre Universalização, cabe citar o movimento *Software Livre* e suas diferenças em relação aos chamados *software* proprietários. A diferença fundamental entre *software* livre e o *software* proprietário é a possibilidade que o usuário tem, no caso do primeiro, de usar, estudar, copiar, modificar e redistribuir o programa, ao contrário do segundo, que não permite qualquer alteração e implica,

sempre, em pagamento (WEISSHEIMER, 2002). No entanto, o movimento pelo *software* livre transcende a questão do pagamento ou da gratuidade. Independentemente do pagamento ou não para obtenção de cópias do *software* livre, sempre haverá a liberdade de copiá-lo ou modificá-lo.

Para que a liberdade de fazer modificações e de publicar versões aperfeiçoadas, seja significativa, deve-se ter acesso ao código-fonte do programa. Portanto, acesso ao código-fonte é uma condição necessária ao *software* livre.

Reproduzimos a seguir o texto com a definição de *software* livre da *Free Software Foundation*: "*Software livre*" se refere à liberdade dos usuários executarem, copiarem, distribuírem, estudarem, modificarem e aperfeiçoarem o *software*. Mais precisamente, a definição refere-se a quatro tipos de liberdade, para os usuários do programa:

- A liberdade de executar o programa, para qualquer propósito;
- A liberdade de estudar como o programa funciona, e adaptá-lo para as suas necessidades;
- A liberdade de redistribuir cópias de modo que você possa ajudar ao seu próximo;
- A liberdade de aperfeiçoar o programa, e liberar os seus aperfeiçoamentos, de modo que toda a comunidade se beneficie.

São esses princípios de liberdade que dão feições peculiares ao movimento de defesa do uso do *software* livre, como assinala WEISSHEIMER, correspondente da Agência Carta Maior em Porto Alegre, em artigo no Jornal Eletrônico Carta Maior em 03/05/2002: *Enquanto os liberais de hoje defendem o monopólio e a concentração de conhecimento e da informação, as bandeiras das liberdades individual e criativa foram abraçadas pela esquerda..*

WEISSHEIMER (2002) exemplifica com a adoção do *software* livre, como Política de Estado no Rio Grande do Sul durante as gestões do Partido dos Trabalhadores. O Projeto Software Livre RS é uma parceria do governo do Estado do Rio Grande do Sul com

instituições públicas e privadas do Estado que tem como principal objetivo a promoção do uso de *softwares* livres como alternativa econômica e tecnológica ao mundo proprietário, que tem ditado os parâmetros de custo e de desenvolvimento do setor em todo o mundo. Estima-se que o governo gaúcho já tenha economizado cerca de 3 milhões na substituição de programas da Microsoft por softwares livres.

A perspectiva de adoção de *software* livre é também expressão de universalização de tecnologia, com um viés democrático, criativo e de construção coletiva de saberes e apresenta-se coerente com a já mencionada definição de universalização da Socinfo no Livro Verde que repetimos a seguir:

O conceito de universalização deve abranger também o de democratização, pois não se trata tão somente de tornar disponíveis os meios de acesso e de capacitar os indivíduos para tornarem-se usuários dos serviços da Internet. Trata-se, sobretudo, de permitir que as pessoas atuem como provedores ativos dos conteúdos que circulam na rede. (opus citatum)

Acrescentamos a essa definição, as constatações de MORAES em Política, Tecnologia e Informação em Saúde: A utopia da emancipação (2002, p.152):

... a luta por um projeto emancipador se trava no cotidiano, na ação local, que se expande para o global, difundindo novas possibilidades (...) o mesmo processo que desencadeia a homogeneização provoca a diversificação, a multiplicação, o localismo. Liberdade e a autonomia definem a singularidade de cidadãos que são simultaneamente produtos e agentes de uma situação histórica mutável.

1. 3 Sistemas de Informação em Saúde

No âmbito do Ministério da Saúde, na sua estrutura de 1996-2002, a gestão dos Sistemas de Informação de Saúde foi realizada por uma diversidade de setores, conforme portaria do Ministério da Saúde nº 130/GM. de 12 de fevereiro de 1999. Entre os sistemas referidos estão os vinculados ao Centro Nacional de Epidemiologia (CENEPI) e à Secretaria de Assistência à Saúde (SAS), ambos do Ministério da Saúde. Outro órgão, relacionado aos sistemas de informações em saúde é o Departamento de Informática do SUS - DATASUS.

O CENEPI, vinculado à Fundação Nacional de Saúde, tem por atribuição atuar como um vigilante de eventos epidemiológicos e ambientais que possam afetar a saúde da população e acionar a adoção precoce de medidas visando sua prevenção e controle. O DATASUS tem a responsabilidade de coletar, processar e disseminar informações sobre saúde. A SAS, setor do Ministério da Saúde diretamente subordinado ao Ministro de Estado, foi responsável pela condução e acompanhamento das ações e serviços de assistência à saúde, dentre os quais as Centrais de Regulação de Ações em Saúde.

Com responsabilidades distintas, os órgãos acima reponderam pelos sistemas de informação em saúde disponibilizados pelo DATASUS, já tratados e sistematizados: Sistema de Informações de Mortalidade (SIM); Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC); Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN); Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS); Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), entre outros (VASCONCELLOS, 2001).

Além dessa estrutura, houve uma intensificação de investimentos em tecnologias da informação e comunicação: em 2002, os investimento em tecnologias da informação em saúde foram orçados em R\$ 184,220 milhões. Em 30 de janeiro de 2002, a revista eletrônica Computer World noticiou que o desenvolvimento do Cartão Nacional de Saúde, programa gerido pela Secretaria de Investimentos e Gestão em Saúde, absorveria a maior parte do orçamento de ações de Tecnologia da Informação (TI) em Saúde (40%) com valores de R\$ 75 milhões. Outros R\$ 48, 720 milhões seriam gastos

com processamento de dados (Datusus e Sistema Nacional de Informações em Saúde - SNIS). Esses recursos são oriundos do Fundo Nacional de Saúde, que responde a mais de 69% do total do orçamento. Com esse orçamento, observa-se a incorporação de um aparato de tecnologia da informação por parte do Ministério da Saúde em diversos programas de saúde de Secretarias distintas como o Cartão Nacional de Saúde da Secretaria de Gestão de Investimentos e Gestão em Saúde (SIS) e as Centrais de Regulação de Ações em Saúde da Secretaria de Assistência a Saúde (SAS).

A intensificação desses investimentos é corroborada no discurso de abertura de Arnaldo Souza, então diretor do DATASUS, no Seminário “Padrões para Representar a Informação Saúde” em maio de 2001:

... a demanda pela informação, que passa a ser um dos mais importantes recursos com que conta o Dirigente de saúde, nas três esferas de governo, para o estabelecimento de políticas, diretrizes e planejamento das ações de saúde, determina a implementação mais acelerada do SNIS (Sistema Nacional de Informações em Saúde). Apontam para essa perspectiva, consolidada pela recente promulgação da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), projetos de alcance nacional como o Programa Saúde do FUST - Fundo para a Universalização dos Serviços de Telecomunicações, o Cartão Nacional de Saúde, a regionalização dos serviços de saúde com a criação de Centrais de Regulação em todo o país, além dos programas anteriormente existentes como o Programa de Saúde da Família e outros.

Assim sendo, os Sistemas de Informação em Saúde e os programas Cartão Nacional de Saúde e Central de Regulação são reforçados politicamente, como um valioso subsídio ao “**estabelecimento de políticas, diretrizes e planejamento das ações de saúde**”. Além disso, encontram-se na confluência das políticas de universalização das Tecnologias de Informação e Comunicação e da Política Nacional de Saúde, sendo portanto Sistemas de Informação transdisciplinares.

1.4 O Cartão Nacional de Saúde

O Projeto do Cartão Nacional de Saúde conforme apresentado em livreto do Ministério da Saúde, constitui-se em um sistema informatizado, de base nacional, que possibilita a vinculação dos procedimentos realizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) ao usuário, ao profissional que o realizou e também à unidade de saúde. O sistema é constituído pelo Cartão do usuário com um número único de identificação em âmbito nacional, pelo Terminal de Atendimento do SUS (TAS), instalado para captação de informações em todas as unidades de saúde e pela Rede de Informações em Saúde, programada, segundo o Ministério da Saúde, para ser um instrumento de gerenciamento das unidades de saúde e de gestão do SUS nos níveis municipal, estadual e federal. Previsto para ser implantado desde a Norma Operacional Básica do SUS de 1996, a complexidade do Projeto Cartão Nacional fez com que somente em 1999 ele fosse iniciado (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Cartão Nacional de Saúde: Cadastramento de Usuários do SUS 2001 p.7).

Segundo o mesmo livreto do Ministério da Saúde, o Cartão Nacional de Saúde tem o potencial de contribuir para a identificação de ações de saúde realizadas, a construção de uma base de dados de histórico clínico de usuários, o acompanhamento da referência e contra-referência, o acesso a informações por unidade de saúde (e/ou localidade, cidade, município, região, estado e país) e para a integração de sistemas de informação a partir da numeração única.(ibidem p.8)

Nas informações institucionais do Portal da Saúde do Ministério da Saúde, consta que além dos cadastros, o Cartão Nacional de Saúde é constituído pelo **cartão do usuário**: um cartão magnético, que será lido pelos equipamentos terminais desenvolvidos especificamente para o projeto e no qual está impresso o número nacional de identificação do usuário; **cartão do profissional**: um cartão magnético que permitirá a identificação dos profissionais de saúde perante o sistema; uma **infra-estrutura de informação e telecomunicações**, com funções de captar, armazenar e transmitir as informações sobre os atendimentos realizados; e, **aplicativos** desenvolvidos especificamente para o sistema Cartão Nacional de Saúde.

Dentre as utilidades a curto prazo do Cartão Nacional de Saúde referidas no site do Ministério da Saúde estão:

Individualização de Procedimentos: o gestor municipal ganha meios para analisar o impacto e a cobertura de programas e serviços oferecidos à população, bem como organizar melhor a assistência, definindo serviços de referência intra e intermunicipais, fixando metas e estabelecendo indicadores de acompanhamento e avaliação dos serviços de saúde.

Vigilância em Saúde: potencializa a orientação da intervenção no município a partir do enfoque de vigilância em saúde, à medida que vincula os indivíduos e seus núcleos familiares ao espaço geográfico e social, permitindo o estabelecimento de associações entre danos, riscos e determinantes em saúde.

Atenção Básica: o cadastramento de indivíduos e domicílios, etapa inicial de implantação do Cartão Nacional de Saúde será utilizado pelo SIAB (Sistema de Informação de Atenção Básica) como o cadastro base para a organização dos Programas de Agentes Comunitários de Saúde e de Saúde da Família (PACS/PSF), podendo ser utilizado também para o planejamento e organização de serviços de saúde voltados à atenção básica com outros modelos assistenciais.

Integração dos Sistemas: a universalização do Cartão Nacional de Saúde possibilitará a articulação dos Sistemas de Base Nacional (SIM, SINASC, SIA-SUS, SIH-SUS, SINAN, SISVAN, SIAB, SI-PNI, etc.), para que, por meio do número do PIS/PASEP a ser gerado pela Caixa Econômica Federal (CEF) para cada cadastro de indivíduo, sejam relacionadas as informações, de maneira individualizada. Caso haja disponibilidade de Sistemas Locais, estes também poderão se relacionar com o Cadastro.

O processo de implantação do Cartão Nacional de Saúde (CNS) está em curso por meio de um projeto piloto em 44 municípios brasileiros e atinge todas as regiões do País, alcançando cerca de 13 milhões de usuários do SUS. O projeto é financiado com recursos do Banco Interamericano de Desenvolvimento – BID, por meio do projeto REFORSUS, e foi objeto de uma licitação internacional para contratação da Solução de Informática do Cartão Nacional de Saúde.

Para o Projeto Piloto foram implantados servidores de âmbito federal, estadual e nos 44 municípios atendidos. No quesito treinamento, foram realizadas oficinas de capacitação para gestores e o Ministério previa capacitar cerca de 35 mil pessoas para operar o sistema e as bases de dados dele decorrentes.

A expansão vem sendo discutida com estados e municípios e há expectativas sobre a disponibilização de recursos do Fundo de Universalização dos Serviços de Telecomunicações (FUST) para a efetivação da ampliação do Cartão Nacional de Saúde. Essa expansão prevê: o cadastramento de população em âmbito nacional (processo em curso); (re) cadastramento de profissionais de saúde e de unidades de saúde (processo coordenado pela Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde – SAS/MS e pelas Secretarias Estaduais de Saúde); aquisição de cartões de identificação; aquisição de equipamentos terminais e de conectividade; aquisição de sites municipais/regionais; adequação dos **softwares** desenvolvidos para o Projeto Piloto e treinamento (Informações do *site* do Ministério da Saúde, 20 de outubro de 2002)

Cartão Nacional de Saúde: Cadastramento e Teia de Olhares

Uma das particularidades sobre o Cartão Nacional de Saúde, cujas utilidades a curto prazo foram mencionadas acima, é o processo de Cadastramento, prevendo a realização, pelos municípios do cadastramento de todos os seus habitantes. Cabe ao gestor municipal, mediante adesão, a organização do processo de cadastramento em sua área de atuação,

objetivando a criação do Cadastro Nacional de Usuários do Sistema Único de Saúde, o **CAD-SUS**.

O processo de cadastramento não se resume apenas na identificação dos usuários, mas também inclui a caracterização do domicílio onde estes usuários residem. Segundo o Ministério: *este relacionamento entre o espaço geográfico e social do domicílio e o indivíduo vem ao encontro das diretrizes do próprio Sistema Único de Saúde (SUS), tornando possível a caracterização da demanda de cada serviço de saúde, a definição de áreas de abrangência de cada serviço, a vinculação da clientela, a regionalização da assistência e a organização dos fluxos de referência e contra-referência.* (BRASIL, Ministério da Saúde “Diretrizes para Cadastramento Nacional de Usuários do SUS”, maio de 2001)

As diretrizes formuladas pelo Ministério basearam-se em duas experiências de âmbito nacional na saúde, como o cadastramento da população-alvo do projeto piloto (cerca de 13 milhões de pessoas) e o cadastramento das famílias das áreas de abrangência do Programa de Saúde da Família e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS/PSF), que abrange mais de 10 milhões de famílias cadastradas.

Simultaneamente a essa ação nacional de Cadastramento de Usuários do SUS, o Ministério da Previdência Social, por meio da Secretaria de Assistência Social, constatou que, apesar de ter um mesmo público para seus diversos programas de transferência de renda, cada um destes tinha um cadastro de beneficiários, acarretando aumento de custos. Constatou, também, que muitas vezes os beneficiários deixavam de receber os recursos por problemas específicos de estados e municípios, intermediários no pagamento.

Em 24 de julho de 2001, por intermédio do Decreto nº 3.877, de 24 de julho de 2001, foi instituído o Cadastro Único dos Programas Sociais do Governo Federal. O objetivo é cadastrar as famílias em situação de extrema pobreza de todos os municípios brasileiros para que as políticas públicas cheguem até elas. Os cadastrados são os beneficiários ou não de programas sociais do governo federal e todos os membros de

famílias cuja renda por pessoa seja de até 1/2 salário mínimo. Trata-se do chamado **CAD-ÚNICO**.

Sobre esse duplo esforço de cadastro e as competências de cada processo, cabe citar a posição do Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS em sua Nota Técnica de 27 de março de 2002, anexa ao ofício deste órgão ao então Ministro da Saúde, Dr. Barjas Negri:

O CAD-ÚNICO poderia ser implementado com uma estrutura própria em paralelo, por ter objetivos diferentes dos da Saúde e necessitar de informações (como renda) que servirão de base para concessão (ou não) de recursos para os cidadãos, como a bolsa alimentação. Ao nosso ver, este fato impede que o profissional de saúde seja o coletador desta informação, sob pena de romper o pacto de credibilidade e confiabilidade conquistado pelo setor saúde junto à população, fator fundamental na relação do profissional com sua clientela. Outra preocupação realçada na Assembléia é o fato de ser constitucionalmente responsabilidade do SUS trabalhar com o universo da população brasileira, sem exclusões (como está contemplado no CAD-SUS), enquanto o CAD-ÚNICO trabalha com um corte de renda de R\$ 90,00 per capita.

No entanto, esse esforço abrangente de coleta de informações realizado por meio de amplos cadastros é considerado por MORAES (2002, pp31) *uma utopia contemporânea dos atuais gestores (políticos e técnicos) da informação de constituição de amplos cadastros informacionais, cada vez mais abrangentes, universais, onde toda a população de uma sociedade estará identificada (eficazmente numerada), localizada, caracterizada e portanto, passível de ser monitorada.*

Trata-se de uma “teia de olhares” que apesar do caráter pretensamente único dos cadastros, ainda segmenta e setorializa o corpo social em necessidades e programas

distintos e fragmentados. Em cada um dos cadastros, de acordo com um determinado recorte, caracteriza-se o indivíduo, compondo banco cadastrais que possam servir de base a um mercado crescente de “clientes”potenciais (ibidem).

1. 5 As Centrais de Regulação

Em maio de 2001, o projeto Centrais de Regulação de Ações de Saúde foi apresentado pela Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) em reunião da Comissão Intergestores Tripartite (CIT). Segundo essa apresentação o projeto tem como finalidade: “Apoiar a organização do acesso da população aos serviços de saúde existentes nos Municípios e Estados, de forma mais equânime, obedecendo aos princípios do SUS da regionalização, hierarquização e a integralidade das ações de saúde”. Na reunião, a SAS formalizou o papel das Centrais como uma ferramenta de regulação, que deve gerenciar toda a disponibilidade assistencial. No dizer da SAS, as Centrais de Regulação constituem espaço privilegiado de coleta de informações que deve ter forte interface com o controle/avaliação, além de representar o cidadão/paciente e advogar por ele dentro da complexidade das relações interinstitucionais. As Centrais têm também um papel de apoio ao processo de Descentralização e Regionalização (NOAS) e devem servir de instrumento para implementação da PPI – Programação Pactuada Integrada (BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência a Saúde, 2001)

Para melhor compreensão dessa iniciativa destacamos o conceito de **Regulação** utilizado pela SAS em sua apresentação : *“Compreende a concepção que institui ao poder público o desenvolvimento de sua capacidade sistemática em responder às demandas de saúde em seus diferentes níveis e etapas do processo assistencial, enquanto um instrumento ordenador, orientador e definidor da atenção à saúde, fazendo-o de forma rápida, qualificada e integrada, com base no interesse social e coletivo”*.

Dessa forma, as Centrais de Regulação das Ações de Saúde podem constituir-se em poderoso instrumento de intervenção na realidade sanitária, permitindo às instâncias de gestão (estadual, municipal e federal) regularem o perfil assistencial mais adequado às necessidades de saúde. Com uma concepção flexível, podem permitir sua adequação às peculiaridades municipais respeitando, assim, as especificidades locais, ao mesmo tempo em que subsidia decisões sobre macro-políticas regionais e intersetoriais. Dependendo, ainda, de mais investimentos, trata-se de instrumento de gestão que aponta, de forma sistematizada, pontos de estrangulamento para a consolidação do acesso às tecnologias de saúde existentes de forma mais equitativa e justa para a população (VASCONCELLOS, 2001)

CANTARINO (2001), no entanto, chama atenção para uma *interpretação errônea* que pode embaçar a compreensão deste *instrumento de gestão*. Trata-se justamente idéia da “centralização” da informação. Para Cantarino, os Sistemas de Informação em Saúde têm se caracterizado por uma concepção centralizada, com alto nível de agregação de dados, produzindo estatísticas que visam apoiar o processo de tomada de decisão em nível nacional, com uso limitado para as questões locais (CANTARINO, 2001, p.1).

CANTARINO lembra que, a partir dos anos 80, com a descentralização surgem novas formas de relacionamento, que redefinem inclusive o trato de informações de saúde, seja por exigências de gestão, seja por exigências financeiras.

Assim, a autora identifica dois movimentos distintos: o primeiro, referente ao nível federal que redimensiona políticas, descentraliza o poder decisório, financia estados e municípios, descentraliza o conjunto de informações que até então eram remetidas ao MS e não devolvidas aos outros níveis governamentais. O segundo movimento é dos estados e municípios que passaram a congregam as suas informações e a utilizá-las como instrumento de planejamento e de gestão.

Para CANTARINO, o receio da centralização decorre *por uma questão cultural segundo a qual a ação de centralizar representa controle, ou interesse na obtenção da informação para segurá-la e assim deter um determinado poder*. No entanto, a autora

ressalta a importância dos processos de gestão nos quais *é necessário o conhecimento, a organização, a clareza, a estruturação, a pesquisa e a distribuição da informação como forte instrumento de gerência*. Esse instrumento gerencial pressupõe que devam estar definidos protocolos de distribuição e de uso da informação bem como mecanismos transparentes que assegurem o foco da regulação médica assistencial tenha foco na necessidade e demanda do cidadão e não em amarras tecno-burocráticas que possam cercear o acesso aos serviços de saúde.

Destacamos, por exemplo, no Estado do Rio de Janeiro, as Centrais de Regulação de Ações em Saúde. Segundo o *site* da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, em 17 de maio de 2001, as Centrais vêm sendo implantadas com o objetivo de controlar a oferta de serviços de saúde referente a internações e exames de alta e média complexidade, possibilitando um acesso mais ágil e democrático à população. Na época, o site da SES-RJ informava: as Centrais de Regulação tencionam permitir total transparência na distribuição dos serviços de saúde e no fluxo de pacientes, para todos os gestores municipais do Estado do Rio de Janeiro, evidenciando a situação dos leitos da região em termos de ocupação/especialidades, poupando assim o usuário da peregrinação por diferentes municípios e hospitais, na busca de internação. A Secretaria Estadual do Rio de Janeiro previu inclusive que o sistema de informação das Centrais de Regulação, conhecido por SISREG venha a disponibilizar suas informações em tempo real, via Internet, por meio do SISREG WEB (RIO DE JANEIRO, 2001. Relatório Preliminar da Rede Estadual de Informações em Saúde).

No relatório preliminar da Rede Estadual de Informações em Saúde do Rio de Janeiro, há detalhes sobre o SISREG-WEB:

O SISREG-WEB se configura como uma inovação tecnológica (...). O desenho da Rede levou em consideração a necessidade de garantir autonomia às Regiões, bem como induzir o desenvolvimento tecnológico nos municípios-pólo. Em tempo real, via Internet, os gestores de saúde, além da busca por leitos disponíveis, têm acesso a um conjunto de relatórios gerenciais disponíveis na Central de

Regulação, tais como: cota/dotação (PPI) por município e unidade assistencial, internações por referência, mapa de leitos disponíveis por unidade assistencial, pacientes internados por município de residência e por localização da internação, permanência em excesso, programação de eletivas (Op.cit p.6).

Outro exemplo de Central de Regulação vêm garantido a distribuição de vagas em obstetrícia e pode ser encontrado em funcionamento desde outubro de 2002 em 05 municípios de Alagoas. Segundo informações constantes no *site* da Secretaria de Estado de Saúde de Alagoas e de acordo com o depoimento da técnica Fátima Torres, da Coordenação de Gestão de Políticas de Saúde deste estado, antes mesmo de sair de seu município, a gestante poderá ligar para a Central de Regulação, para se certificar do leito existente na maternidade: a central então fará a consulta às unidades de saúde, verificará a existência da vaga e autorizará a internação. (ALAGOAS, 2002. Secretaria de Estado de Saúde de Alagoas)

A coordenadora da Equipe de Regulação do Ministério da Saúde, Soane Almeida dos Santos destacou o avanço de Alagoas para entrar no SISREG “O Estado se habilitou em gestão plena, fez o Plano Diretor de Regionalização e o Programa Pactuado Integrado (sic), entre outros instrumentos, para que os seus municípios possam fazer esse atendimento”.

1.6 Estudos em Sistemas de Informação em Saúde

Diversos autores (MORAES, 1998, 2002; VASCONCELLOS 2000; VASCONCELLOS et.al 2002; LINS 2001) têm se dedicado a estudar os Sistemas de Informação em Saúde. Suas críticas e observações devem ser consideradas, em especial no momento em que dois novos programas de base tecnológica irão gerar milhares de dados que com recursos de Internet possibilitarão a tomada de decisões em saúde de uma forma imediata, em tempo real. São os chamados dados transacionais, gerados a partir de transações eletrônicas, existentes ao longo do funcionamento de sistemas de

informação automatizados (VASCONCELLOS et al. 2002)

Segundo LÉVY (1993, p.7), as constantes inovações tecnológicas implicam em novas maneiras de pensar e alteram profundamente a apropriação intelectual de material informacional e cognitivo, não sendo possível conceber a pesquisa científica sem essa complexa aparelhagem tecnológica que hoje coloca de forma diferenciada a (re) distribuição de informação e as possibilidades de geração de conhecimento. Em entrevista a revista eletrônica NOVAe, o mesmo autor coloca-se em defesa de uma *inteligência coletiva*, fruto de um processo de aprendizagem potencializado pelas tecnologias da informação e comunicação.

Na saúde pública brasileira a incorporação das tecnologias de informação e comunicação vêm ocorrendo em diversas frentes e programas do Ministério da Saúde. Embora hoje no próprio Ministério da Saúde haja iniciativas que tencionam ir além das possibilidades de disponibilização de dados e oferecer interfaces de apoio a decisão em saúde pública, é ainda bastante comum a dificuldade de acessar e tratar os dados existentes de forma rotineira (VASCONCELLOS et al, 2002). Tem-se, também, *a falta de articulação dos processos de planejamento e de gestão da saúde seja com os sistemas de informações, seja com os indicadores existentes, estando desarticulados a gerência dos sistemas de informação, a monitoria dos processos de planejamento e de gestão, além do acompanhamento dos indicadores de saúde* (Ibidem).

O setor de saúde é responsável por uma produção intensa de informação – seus serviços têm como grande desafio prover informações compreensíveis, confiáveis, relevantes e acessíveis para cada ator do sistema de saúde, incluindo-se gestores, profissionais de todos os níveis de atenção e pacientes ou usuários. MORAES (2002, p.12) discute a apropriação pública da informação e das tecnologias a ela associadas, bem com o seu alcance no que se refere a sociedades democráticas pela repartição e aproveitamento de recursos e saberes: “a informação só se efetiva em processos de interlocuções, constituindo-se em um artefato complexo, representação da complexidade da vida contemporânea, produzido historicamente.”

Em seu livro *Informações em Saúde: da Prática Fragmentada ao Exercício da Cidadania*, MORAES (1994, passim) apresenta importantes críticas aos Sistema de Informações em Saúde e evidencia as incoerências, fragmentações e superposições que os caracterizam. Salienta também, as limitadas possibilidades de interação entre os sistemas de informação da época bem como os recortes da informação que, ao privilegiar determinados agravos e grupos populacionais, reproduzem uma lógica de segmentação dos problemas sociais e daqueles que utilizam os serviços de saúde.

A autora chama atenção sobre a maneira como o Estado brasileiro responde às crises e problemas colocados pela sociedade e que para superá-los é preciso pensar em estratégias que dêem conta de discutir como o Estado e seus aparelhos se movem e decidem (ibidem, p.158). Citando a perspectiva de democracia progressiva de TOGLIATI, MORAES defende a interdisciplinaridade para estruturar propostas operacionáveis e contra-hegemônicas: *discutir informações em saúde é um desafio interdisciplinar e não mais uma nova área do conhecimento, como alguns vêm pretendendo, obedecendo a lógica hegemônica de fragmentação do conhecimento* (TOGLIATI apud MORAES, 2002 p.158)

A fragmentação também foi tema presente nas discussões do I Seminário Nacional de Informação e Saúde: O Setor Saúde no Contexto da Sociedade da Informação, ocorrido em novembro de 2000 na Fundação Oswaldo Cruz, evento que reuniu cerca de 400 participantes.

Na publicação “Eventos Científicos” (FIOCRUZ, 2000) dos debates deste seminário encontramos na síntese das discussões do evento apontamentos como a necessidade de universalizar ou democratizar a saúde e as condições de vida saudáveis, os processos de educação, informação e comunicação e as ferramentas tecnológicas (ibidem, p.117). Nesse mesmo documento são citados os desafios para o amadurecimento das relações entre Informação e Saúde, dentre os quais destacamos: vencer a fragmentação, favorecer a articulação de políticas, serviços e ações, privilegiar metodologias e tecnologias abertas e flexíveis estruturadas a partir de problemáticas específicas e por fim, incorporar a dimensão da escuta e da interlocução e não apenas da

produção e emissão de informações.

Em “Política, Tecnologia e Informação em Saúde: A utopia da emancipação”, MORAES (2002 p.17) parte do princípio *de que a informação em saúde deve ser trabalhada no sentido de reforçar os direitos humanos, de contribuir para a eliminação da miséria e das desigualdades sociais e ao mesmo tempo subsidiar o processo decisório na área da saúde, em prol de uma atenção com efetividade, qualidade e respeito à singularidade de cada indivíduo e ao contexto de cada população.* Com esse posicionamento, a autora circunscreve as discussões em torno da Informação em Saúde nos campos político e técnico-científico e considera ser preciso *enfatizar a necessidade de politizar o campo de relações de poder e produção do saber, que é politicamente, reduzido a um campo no qual impera a tecnicidade* (ibidem p.13). Assim discutir a direcionalidade da chamada Sociedade da Informação que se quer construir no Brasil *é pensar se esta é um instrumento a serviço da promoção da equidade ou mais um fator de exclusão social, política, econômica e social* (MORAES, loc.cit).

Do ponto de vista da interação de tecnologias da informação com os processos de gestão da Saúde Pública é relevante o alerta para a defasagem existente entre o avanço do conhecimento no campo das Tecnologias de Informação e a incorporação destas tecnologias no processo de gestão em saúde no Brasil, realizados por VASCONCELLOS (2002).

A incorporação das tecnologias computacionais e de telecomunicações (*hardware*, redes, conexões via satélite, *softwares*, cartões magnéticos) e os programas que gravitam em torno de Tecnologias de Informação em Saúde como o Cartão Nacional de Saúde e Centrais de Regulação podem revelar-se como um ponto de inflexão na construção e condução de uma política de informações em saúde. A dimensão de inovação poderá ser dada não só pelo incremento da capacidade gerencial de lidar com as informações mas, pela superação da pouca utilização ou da dificuldade de utilização ou da utilização pouco otimizada das informações em saúde no processo decisório na gestão do Sistema Único de Saúde (VASCONCELLOS, 2002)

1.7 Objetivo:

Estudar as tendências do encontro das tecnologias da informação com a complexa gestão do SUS, especialmente nos programas Cartão Nacional de Saúde e Central de Regulação de Ações em Saúde, no tocante à lógica de fragmentação, à universalização do acesso a informações, à consolidação de estratégias de hierarquização, regionalização e organização de serviços e ao fortalecimento da capacidade de decisão e gestão do Sistema Único de Saúde.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

O método utilizado baseou-se numa adaptação daquele usado por PIOLA (2001) no estudo conduzido pelo IPEA sobre as Tendências do Sistema de Saúde no Brasil.

Trata-se portanto, de uma adaptação do Método Delphi cujo objetivo é a obtenção de uma opinião coletiva qualificada sobre determinadas questões a partir de um grupo de pessoas selecionadas (id ibidem p.111)

O grupo de especialistas, também denominado painelistas por Piola, *constitui o elemento principal do método, uma vez que sobre ele recai a responsabilidade de emitir as respostas que, de uma forma consolidada, constituem o resultado da aplicação da técnica* (ibidem p112)

Assim selecionamos um grupo de 80 especialistas, obedecendo aos seguintes critérios de composição:

1. Vinculação a organismos colegiados de discussão do tema Informações em Saúde como Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA), Grupo Técnico de Informações em Saúde e População (GTISP) da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva Trabalho e Sociedade Brasileira de Informações em Saúde (SBIS).

2. Vinculação a um dos programas referidos no estudo: Cartão Nacional de Saúde (Secretaria de Gestão de Investimentos - SIS/Ministério da Saúde) e Central de Regulação de Saúde (Secretaria de Assistência a Saúde – SAS/ Ministério da Saúde)
3. Vinculação a centros de pesquisa, universidades e organismos internacionais : Fundação Oswaldo Cruz e Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade de Campinas (UNICAMP), Universidade de Brasília (UNB), Fundação Getúlio Vargas (FGV- SP), Centro de Estudos Avançados do Refice (CESAR), Organização Pan Americana de Saúde (OPAS).
4. Vinculação a órgãos do Ministério da Saúde: Datasus e Funasa
5. Vinculação a órgãos executivos federais relacionados ao escopo do estudo como Ministério da Previdência e Assistência Social, Ministério da Ciência e Tecnologia, Ministério das Comunicações e Agência Nacional de Telecomunicações.
6. Vinculação a Secretarias Estaduais e Municipais de saúde nos quais os programas Cartão Nacional de Saúde e/ou Central de Regulação estivesse em implantação e/ou operação

Os especialistas foram selecionados por ter ao menos um dos vínculos acima, mas o caráter transdisciplinar dessas instituições muitas vezes resultou em especialistas com múltiplas inserções.

Como material para pesquisa utilizamos um questionário eletrônico, disponibilizado na Internet em uma *home page* dinâmica para acesso dos especialistas mediante *login* e *senha* previamente fornecida. Todo o processo foi realizado por Internet, com convite aos especialistas enviado por *e-mail* e suporte a distância igualmente realizado por correio eletrônico.

O questionário, detalhado no anexo 1, foi desenvolvido em plataforma **FAMP**,

uma plataforma para desenvolvimento *web* de código aberto e constituída por *softwares* livres. A plataforma é composta por um sistema operacional, um servidor web, um sistema gerenciador de banco de dados e uma linguagem de programação script, como abaixo:

- **FreeBSD**: sistema operacional
- **Apache Web Server**: servidor web
- **MYSQL**: Sistema gerenciador de banco de dados (SGBD)
- **PHP**: linguagem script de programação de Internet

2.1 Estrutura do Questionário:

O questionário apresenta 05 módulos e um total de 24 questões fechadas. As respostas correspondem a uma escala sobre a possibilidade de ocorrência de uma dada tendência. Por se tratar se um estudo de tendências é fundamental ressaltar que a opinião dos especialistas expressou em suas respostas o que eles acharam que vai ocorrer, não o que gostariam que ocorresse, como enfatizado por PIOLA (2001, p.112).

Os cinco módulos são:

1. Universalização das Tecnologias da Informação e Comunicação
2. Saúde Pública
3. Cartão Nacional de Saúde
4. Centrais de Regulação de Ações de Saúde
5. Cartão Nacional e Centrais de Regulação

No módulo Universalização das Tecnologias da Informação e Comunicação o objetivo foi aferir a opinião dos especialistas sobre tendências na área de Tecnologia da Informação e Comunicação, bem como nas políticas de universalização. As 6 questões indagaram sobre tendências como:

- A caracterização da área de TI no Brasil como setor de serviços
- As metas de universalização e as prioridades no governo do presidente Lula
- O destino do FUST nesse mesmo governo
- O papel das empresas de telecomunicações no processo de universalização
- A adoção política do uso do *software* livre
- A exigência de um órgão regulador na área de TI.

No segundo módulo as questões conjugaram elementos de TI e a absorção dos mesmos pela Saúde Pública. O objetivo foi ter a opinião dos especialistas sobre as tendências desse processo de incorporação de tecnologia na Saúde Pública. Com 06 perguntas, as tendências pesquisadas foram:

- O uso da Internet para articulação de atores sociais da saúde pública,
- O incremento da capacidade de gestão em saúde pública pelo uso sistemático das tecnologias de informação e comunicação
- Os valores de investimento na área de Tecnologia da Informação na Saúde Pública
- O uso do *site* do Ministério da Saúde como instrumentos de democratização institucional
- A participação dos Conselhos e Conferências na discussão e apropriação pública de informações em saúde
- A equidade na distribuição de serviços sociais e de saúde frente os esforços de cadastramento.

No módulo sobre o Cartão Nacional de Saúde Pública o objetivo foi averiguar a percepção dos especialistas sobre elementos constantes do programa cartão (integração de sistemas, funcionalidades, cadastramento e capacitação) e como estes são percebidos em termos de tendências. Os 4 quesitos buscaram avaliar as seguintes tendências:

- A integração dos sistemas de informação vigentes
- A importância do cadastramento na reorganização da atenção básica
- A eventual diminuição das iniciativas locais de sistemas de informação frente ao programa nacional.
- A capacidade dos gestores em lidar com dificuldades inerentes ao processo de implantação

O quarto módulo consta de 5 questões sobre as Centrais de Regulação de Ações de Saúde. O objetivo foi mencionar a percepção das tendências do programa das Centrais de Regulação, em especial os elementos de regulação, gerenciamento e gestão, transparência e capacitação. As tendências pesquisadas foram:

- O uso das Centrais pelas SES para resgate da função reguladora da instância estadual
- O uso de protocolos clínicos e médicos reguladores com instrumentos de gerenciamento de consumo e contenção de gastos
- O uso de Tecnologia de Informação como garantia de transparência na administração, gestão e processo decisório dos serviços de saúde
- A incorporação do conceito de regulação pelas gerências de estabelecimentos hospitalares
- O uso das informações geradas pelo Sistema de Informações da Central de Regulação do Estado do Rio de Janeiro na PPI do estado.

O último módulo, apresenta 3 questões e tem por objetivo averiguar a percepção sobre eventuais tendências de integração e interdisciplinaridade nos sistemas de informação do Cartão Nacional de Saúde e nas Centrais de Regulação de Saúde. Os itens de cada questão foram:

- O paralelismo dos Sistemas de Informação em Saúde
- A perspectiva de horizontalização de processos de tomada de decisão
- A implantação de interfaces tecnológicas entre Cartão Nacional de Saúde e Centrais de Regulação

3. RESULTADOS

No total, 80 especialistas foram selecionados e convidados a participar da pesquisa, sendo que 27 efetivamente responderam ao questionário, o que corresponde a 33% do total de peritos convidados.

No grupo de 27 especialistas houve representantes do Ministério da Saúde (Secretaria de Gestão de Investimentos, Secretaria de Assistência a Saúde, Datasus e Cenepi/Funasa), das Secretarias Estadual e Municipal, de organismos internacionais, de centros de pesquisa, de órgãos colegiados e de órgãos executivos federais, como a Anatel e o Ministério da Previdência e Assistência Social. Foi expressiva, com mais de 50%, a participação de peritos do Ministério da Saúde, dos centros de pesquisa e dos organismos colegiados de discussão do tema Informações em Saúde, mesmo considerando-se a duplicidade de vínculos institucionais.

O módulo de Saúde Pública foi o único em que todas as questões foram respondidas por 100% dos 27 especialistas que participaram da pesquisa, seguido pelo de Universalização, em que 26 dos participantes responderam a todas as questões.

O módulo com maior abstenção foi o das Centrais de Regulação, com uma média de participação de 22 peritos, seguido do módulo com questões sobre a interação dos dois programas (Cartão Nacional e Central) que apresentou média de 24 participações. No módulo do Cartão Nacional de Saúde, participaram em média 25 especialistas.

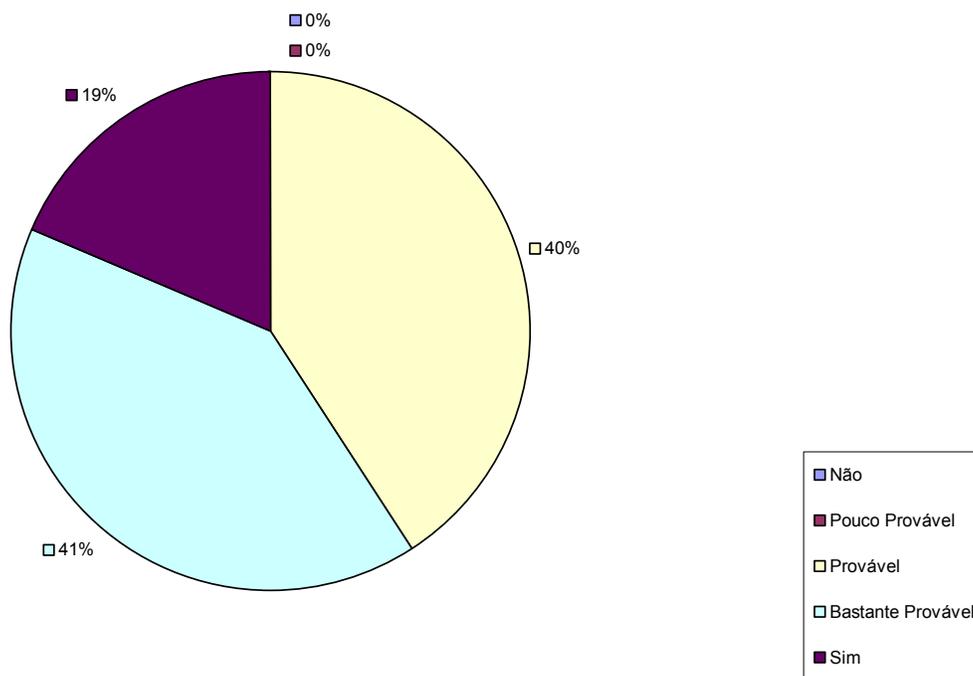
Sobre a caracterização das tendências, consideramos que as respostas ***não*** e ***pouco provável*** caracterizam o descrédito na possibilidade de ocorrência de uma tendência, enquanto as respostas ***bastante provável*** e ***sim*** significam a aposta na possibilidade de sua ocorrência.

A seguir, são apresentados os resultados em cada questão:

Universalização de Tecnologias de Informação e Comunicação

A primeira questão é sobre investimento no uso de padrões, linguagens e gerenciamento de conteúdo pelo mercado brasileiro de TI e indaga se nos próximos dois anos esse mercado caracterizaria-se como uma força produtiva do setor de serviços, frente aos novos modelos para a área de TI após o estouro da chamada “bolha ponto com”. Para 40% dos especialistas é provável o investimento, 41% consideraram bastante provável e 19% estão certos de que ocorrerá.

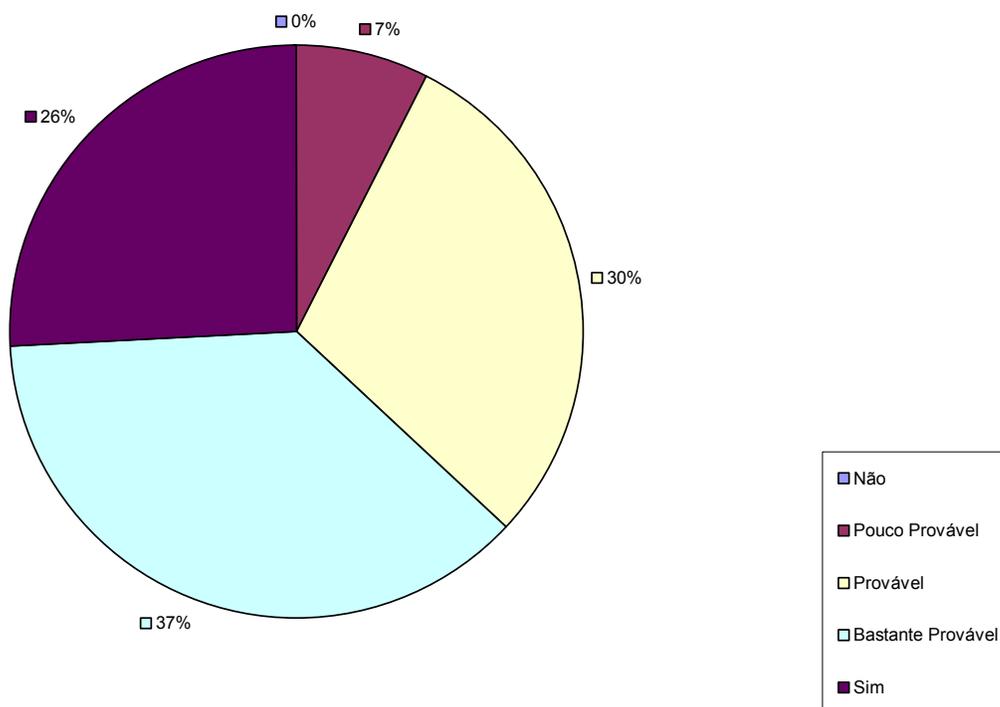
Gráfico 1: Módulo Universalização – questão 1



Universalização de Tecnologias de Informação e Comunicação

Na segunda questão, sobre a tendência das metas de universalização se configurarem como prioridade no próximo governo, os peritos consideraram como provável (30%), bastante provável (37%) e sim (26%), havendo 7% de especialistas que acreditam que seja pouco provável a priorização desses elementos.

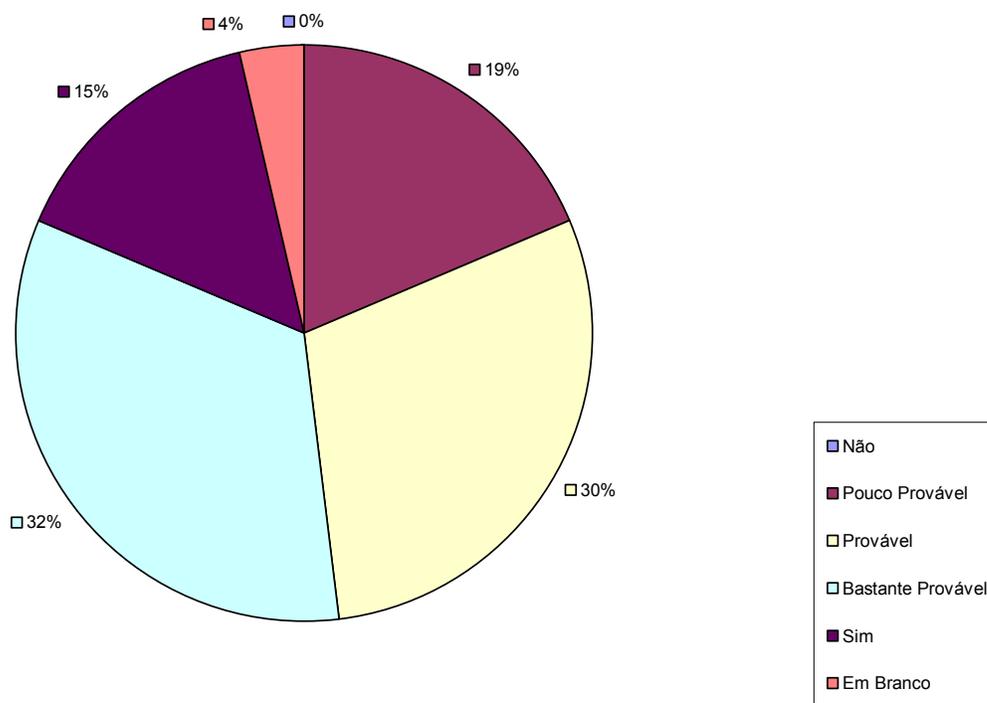
Gráfico 2: Módulo Universalização – questão 2



Universalização de Tecnologias de Informação e Comunicação

No mesmo módulo, a questão 3 é sobre o destino do FUST, se o mesmo poderá ser revertido em favor de metas de universalização na saúde e na educação no próximo governo federal. Para 15% dos participantes, isso ocorrerá. Outros 32% acreditam que será bastante provável, 30 % que será provável. e 19% que será pouco provável. Os menos otimistas a esse respeito foram os representantes do Ministério da Saúde.

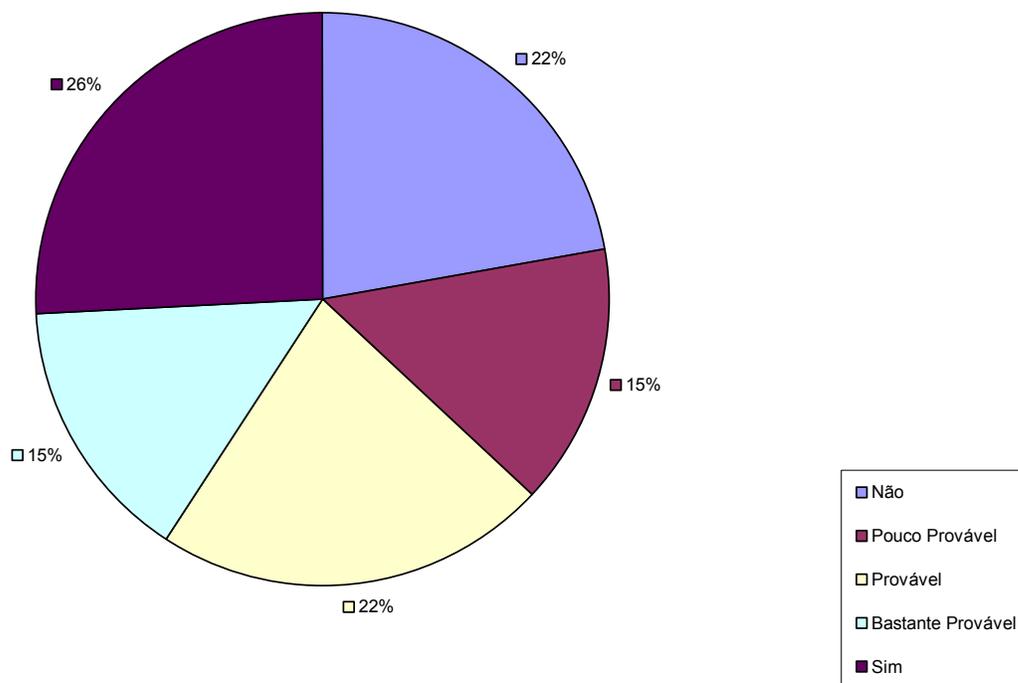
Gráfico 3: Módulo Universalização – questão 3



Universalização de Tecnologias de Informação e Comunicação

A quarta questão sobre Universalização indaga sobre a estratégia de desenvolvimento de infra-estrutura escolar, por meio do programa “Internet nas escolas e bibliotecas”, que implica em remunerar as empresas de telecomunicações por serviços e por manutenção de linhas, computadores, softwares e assistência. Pergunta-se se essa estratégia tende a favorecer às companhias de telecomunicações sob a bandeira de universalização. Para 22% dos especialistas não há essa possibilidade e 15% acreditam ser pouco provável. Os outros 63% emitiram opiniões entre provável (22%), bastante provável (15%) e sim (26%).

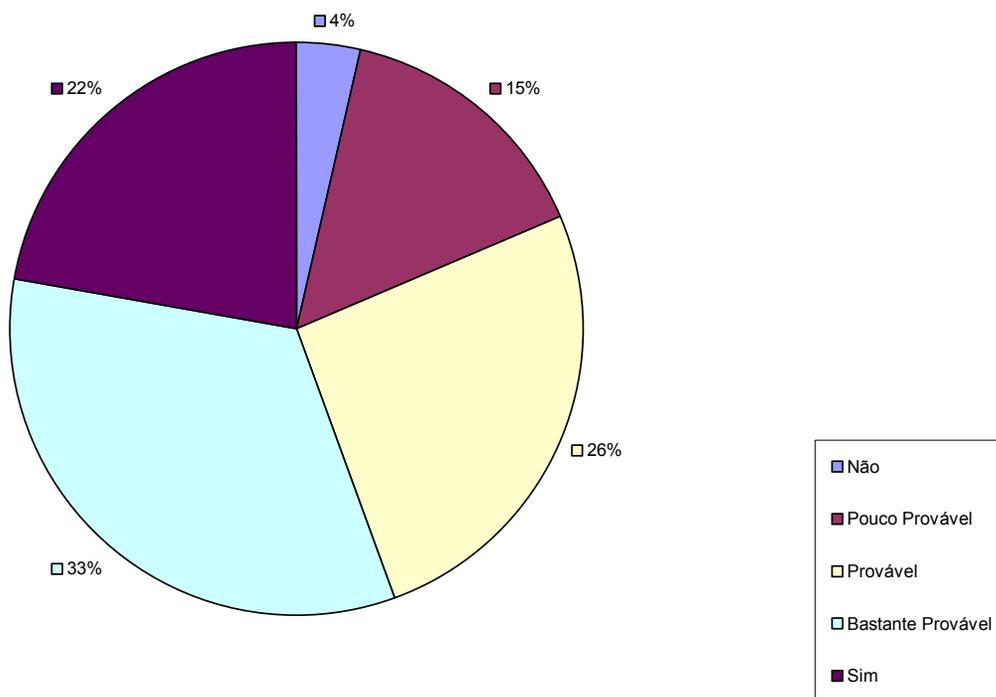
Gráfico 4: Módulo Universalização – questão 4



Universalização de Tecnologias de Informação e Comunicação

Sobre a tendência de proposições e adoções por parte do novo Governo Federal do uso do software livre na quinta questão, 4% acreditam que não ocorreria ou que será pouco provável (15%), mas 55% concentraram suas respostas entre bastante provável e sim.

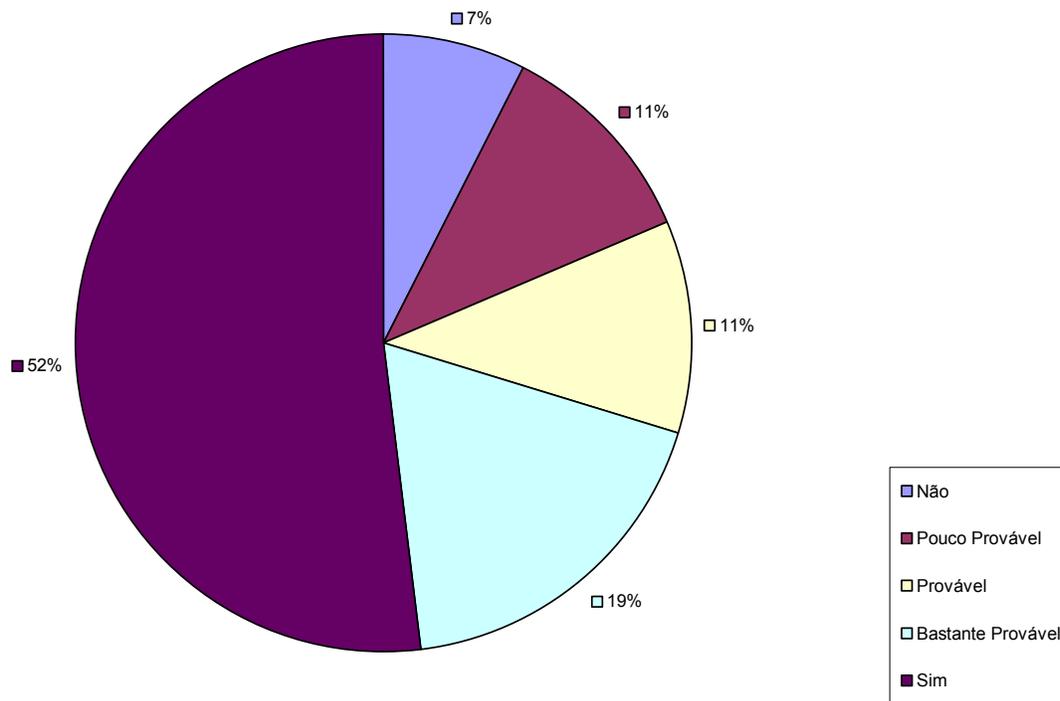
Gráfico 5: Módulo Universalização – questão 5



Universalização de Tecnologias de Informação e Comunicação

Sobre a possibilidade da exigência de um órgão governamental regulador para o mercado de tecnologia da informação, 52% dos especialistas que responderam a sexta questão estão certos sobre essa tendência e outros 19% acreditam ser bastante provável; ou seja, 71% dos especialistas apostam nessa tendência. Apenas 11% a qualificaram como pouco provável.. Em todas as categorias de peritos houve respostas positivas (sim) sobre essa tendência.

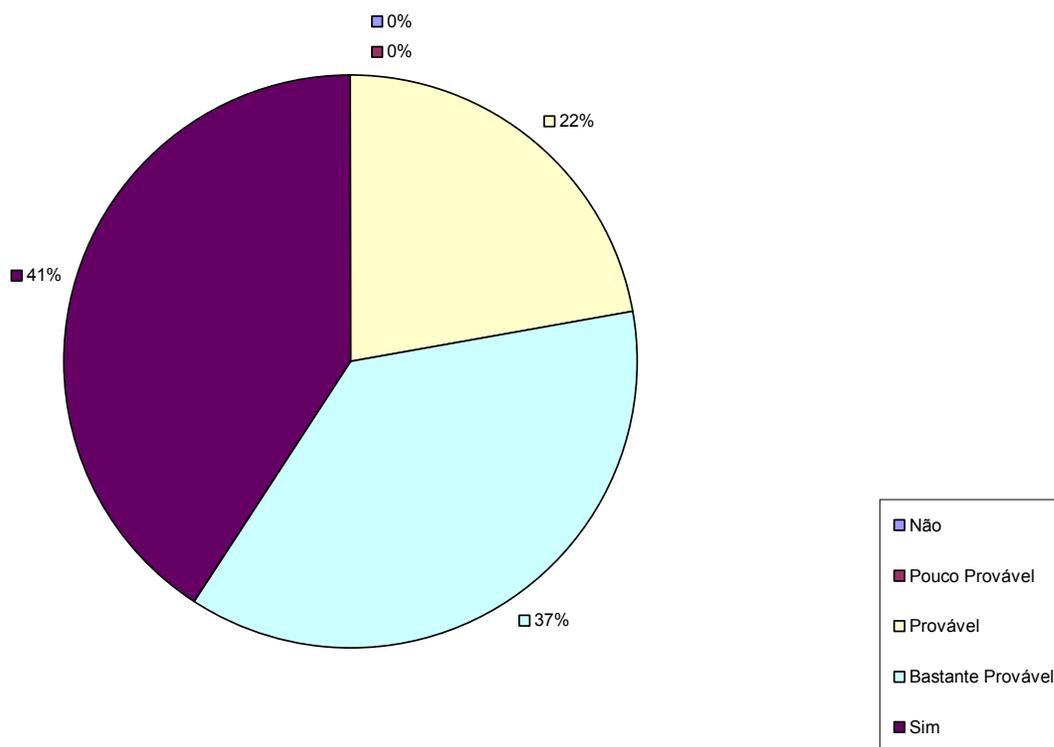
Gráfico 6: Módulo Universalização – questão 6



Saúde Pública

No módulo Saúde Pública, a primeira questão indaga se nos próximos 4 anos, a Internet será uma ferramenta de diálogo e fomento à articulação de grupos de interesse entre agentes sociais da saúde pública brasileira. Para os especialistas isso é certo (41%), bastante provável (37%) e provável (22%).

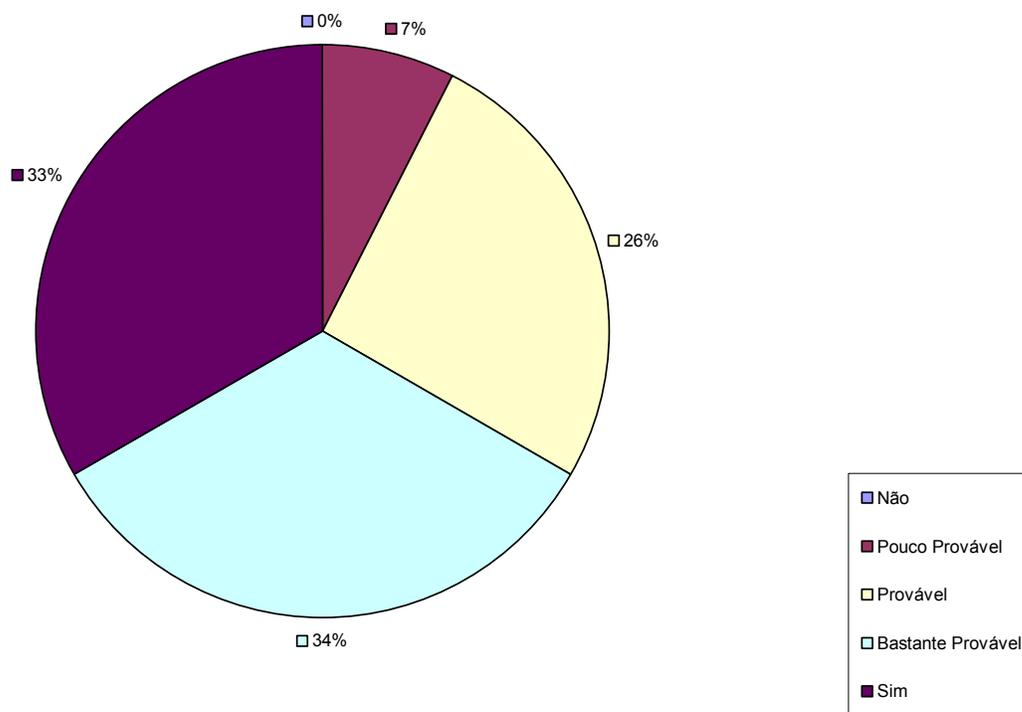
Gráfico 7: Módulo Saúde Pública – questão 1



Saúde Pública

Sobre a tendência de incremento da capacidade dos gestores de saúde pública de articular velocidade, informação, decisão e avaliação pelo uso sistemático das tecnologias de informação e comunicação nos próximos 4 anos, os especialistas diminuem o grau de certeza e respondem sim apenas 33%. No entanto, 34% consideram bastante provável e, 26% provável, sendo em 7% os especialistas que consideram pouco provável.

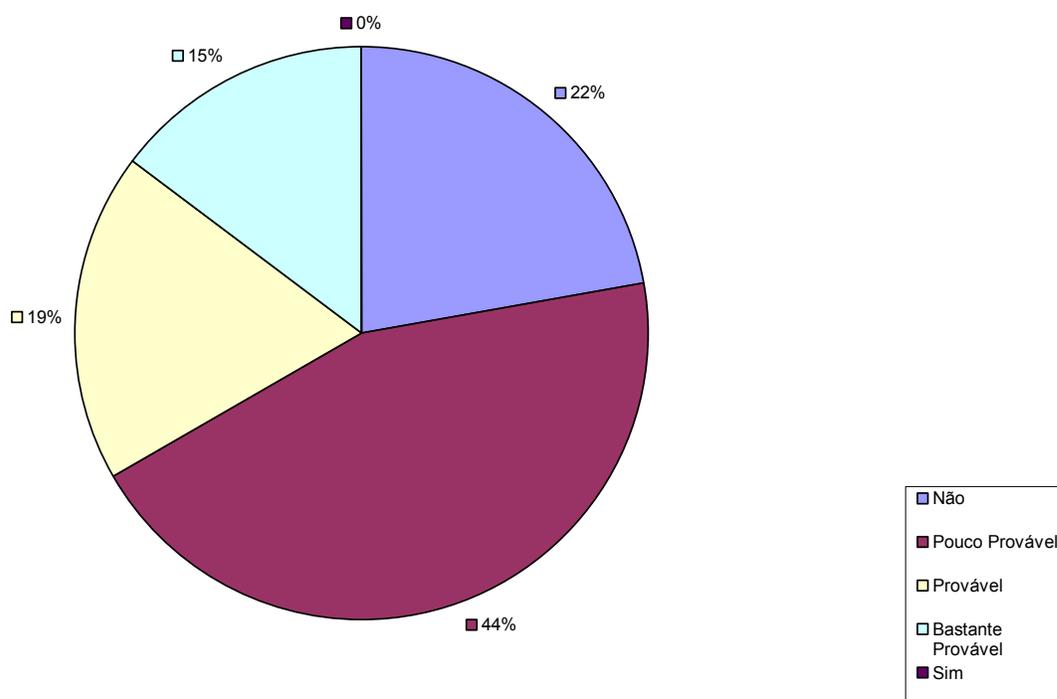
Gráfico 8: Módulo Saúde Pública – questão 2



Saúde Pública

Sobre o investimentos financeiros para a área de Tecnologia da Informação na Saúde Pública, argüidos sobre tendências de redução nos orçamentos públicos no período 2004 à 2006, 22% estão certos de que não ocorrerá redução e 44% acreditam ser pouco provável, enquanto 19% consideram provável e 15% bastante provável. Não houve nenhuma resposta afirmativa para a tendência de redução.

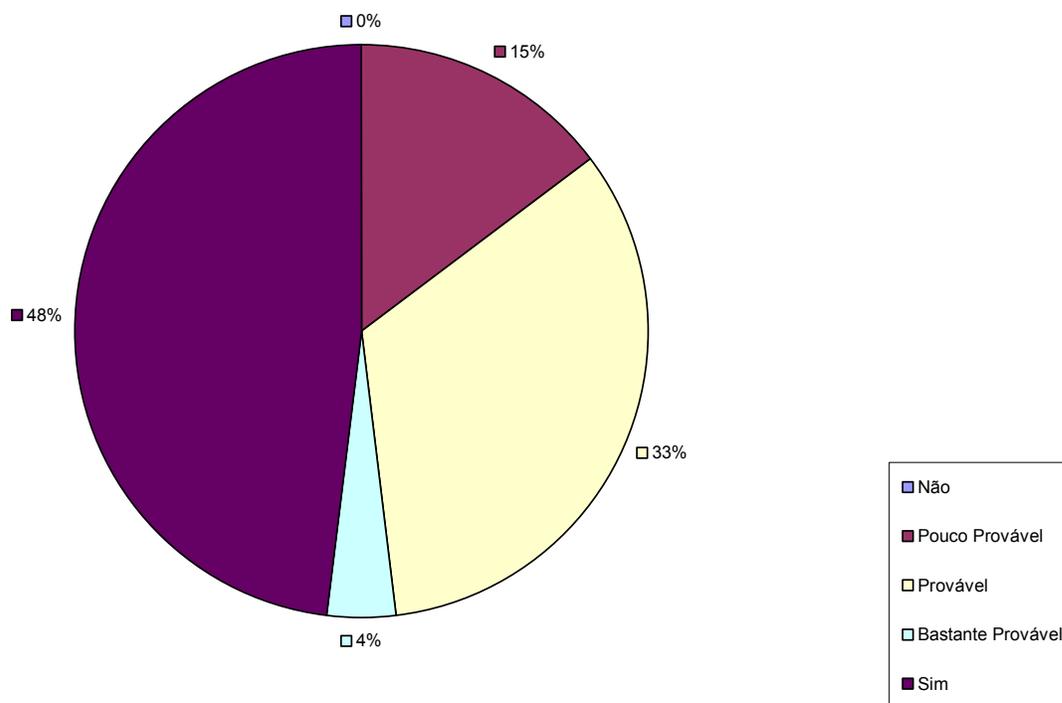
Gráfico 9: Módulo Saúde Pública – questão 3



Saúde Pública

Na quarta questão do módulo de Saúde Pública indaga sobre o “Portal da Saúde”, se o mesmo tende a se configurar como uma elemento de democratização institucional do Ministério da Saúde cuja gestão se inicia. Para 48% dos especialistas, essa é uma tendência certa, para 4% bastante provável e 33% acreditam ser provável. Apenas 15% consideram pouco provável.

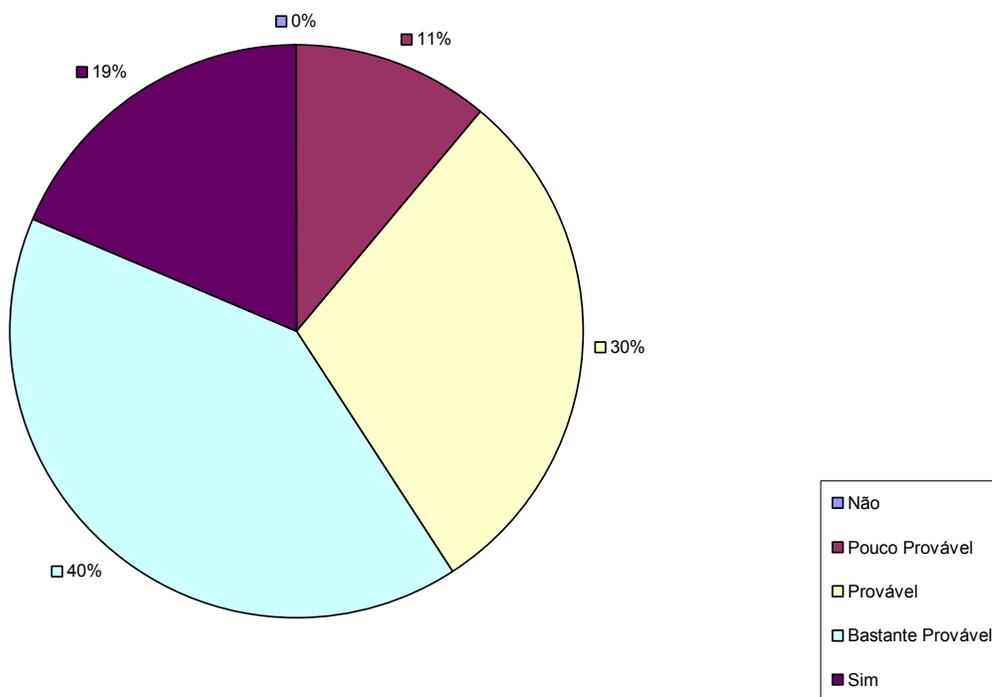
Gráfico 10: Módulo Saúde Pública – questão 4



Saúde Pública

A quinta questão abre o debate sobre a possibilidade, nos próximos 4 anos, dos Conselhos e das Conferências de Saúde se consolidarem como *locus* privilegiados para discussão e avaliação das informações em saúde de um ponto de vista colegiado e democrático. Nas respostas, 59% acreditam que esta é uma tendência, sendo que destes 40% a consideram bastante provável. Apenas 11% pensam ser pouco provável.

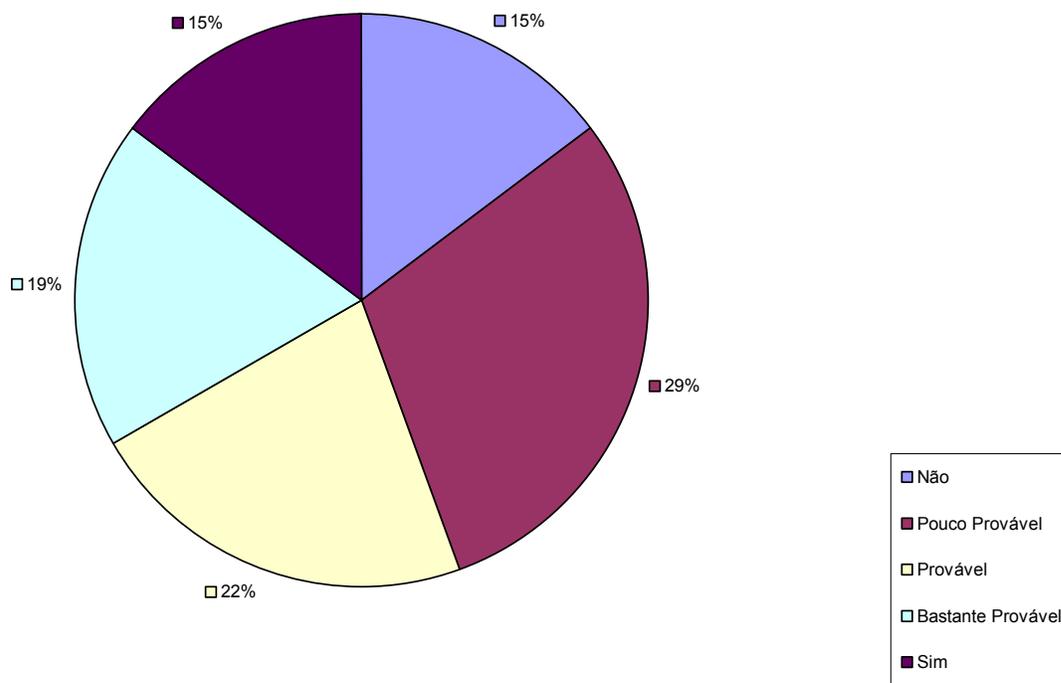
Gráfico 11: Módulo Saúde Pública – questão 5



Saúde Pública

Na questão de número 6, sobre a tendência dos cadastros únicos fornecerem insumos para uma distribuição mais equânime de serviços sociais e de saúde, para 44% dos peritos o entendimento é negativo, com 15% de respostas “não” e 29% de respostas “pouco provável”. Os outros 56% consideraram provável (22%), bastante provável (19%) e sim (15%).

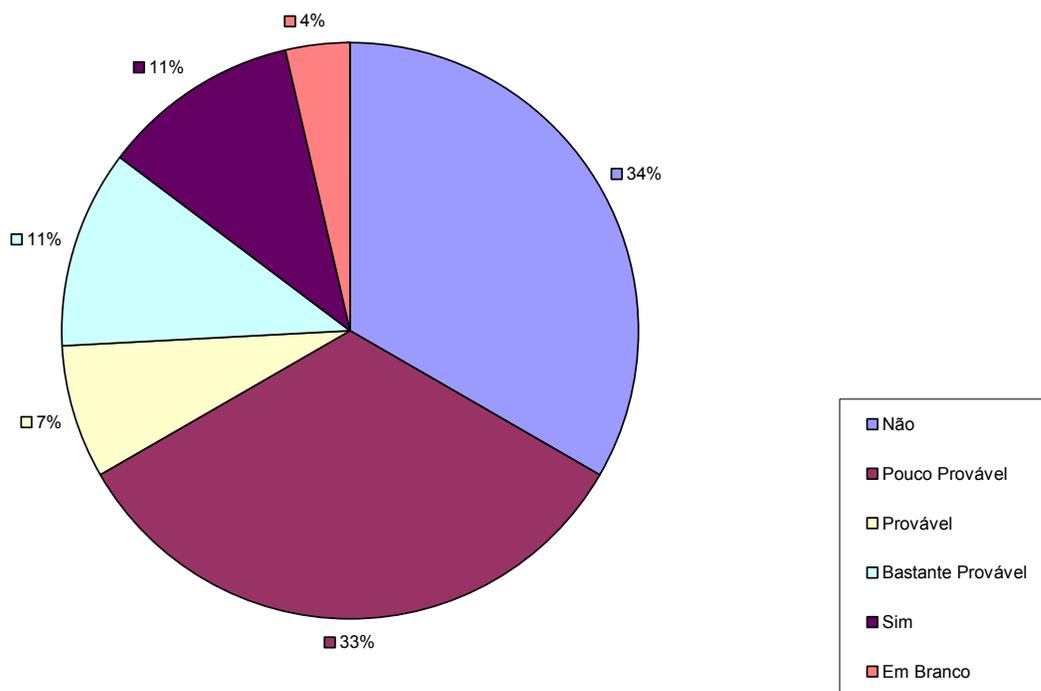
Gráfico 12: Módulo Saúde Pública – questão 6



Cartão Nacional de Saúde

Sobre o Cartão Nacional de Saúde e sua numeração única, pergunta-se se esta será suficiente para garantir a articulação entre sistemas de informações em saúde já existentes. Para 67% dos peritos essa tendência não ocorrerá (34%) ou será pouco provável (33%). No entanto, 11% acreditam que seja uma tendência certa, bastante provável (11%) ou provável (7%). A categoria de peritos mais pessimista a esse respeito é a do Ministério da Saúde, cujas respostas correspondem a 80% das opiniões negativas e pouco prováveis.

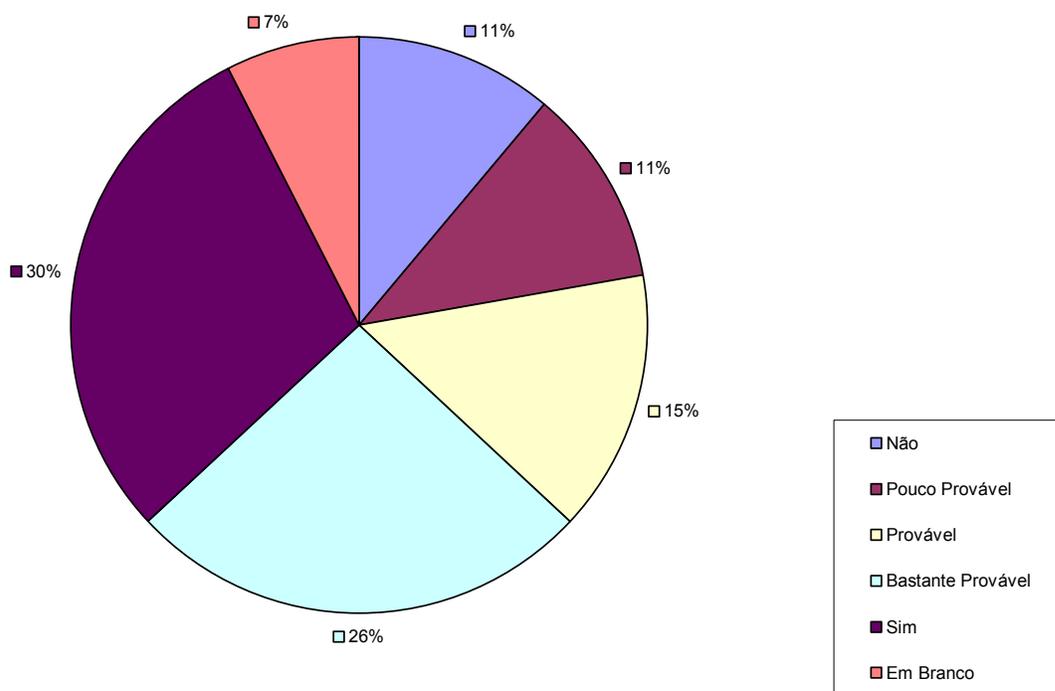
Gráfico 13: Módulo Cartão Nacional de Saúde – questão 1



Cartão Nacional de Saúde

Na segunda questão do módulo do Cartão Nacional, pergunta-se sobre o cadastramento, se este será fundamental para a reorganização da atenção básica nos próximos 2 anos. Para os especialistas, essa é uma tendência certa (30%) ou bastante provável (26%). Apenas 24% a consideram de forma negativa ou pouco provável, enquanto 7% dos especialistas não responderam à questão.

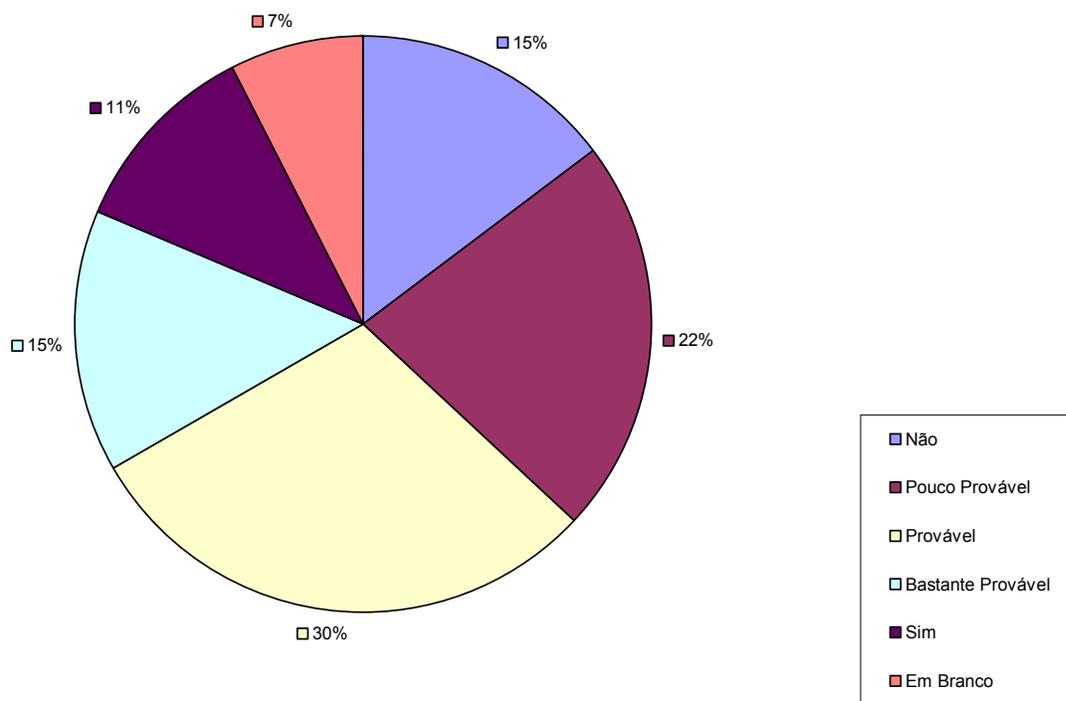
Gráfico 14: Módulo Cartão Nacional de Saúde – questão 2



Cartão Nacional de Saúde

Na terceira questão, indaga-se sobre a tendência do Sistema Cartão Nacional de Saúde minar iniciativas locais de criação de sistemas automatizados de gerenciamento de unidades de saúde, modeladas de acordo com a realidade municipal. Essa é uma tendência certa ou bastante provável para 26%, enquanto 37% refutam a idéia considerando-a de forma negativa ou pouco provável. Dentre os que mais afirmativamente consideram que o SCNS tende a minar as iniciativas locais estão os especialistas do Ministério da Saúde. Dos 11 peritos do MS que responderam a essa questão, 45% consideraram a tendência de forma afirmativa ou bastante provável.

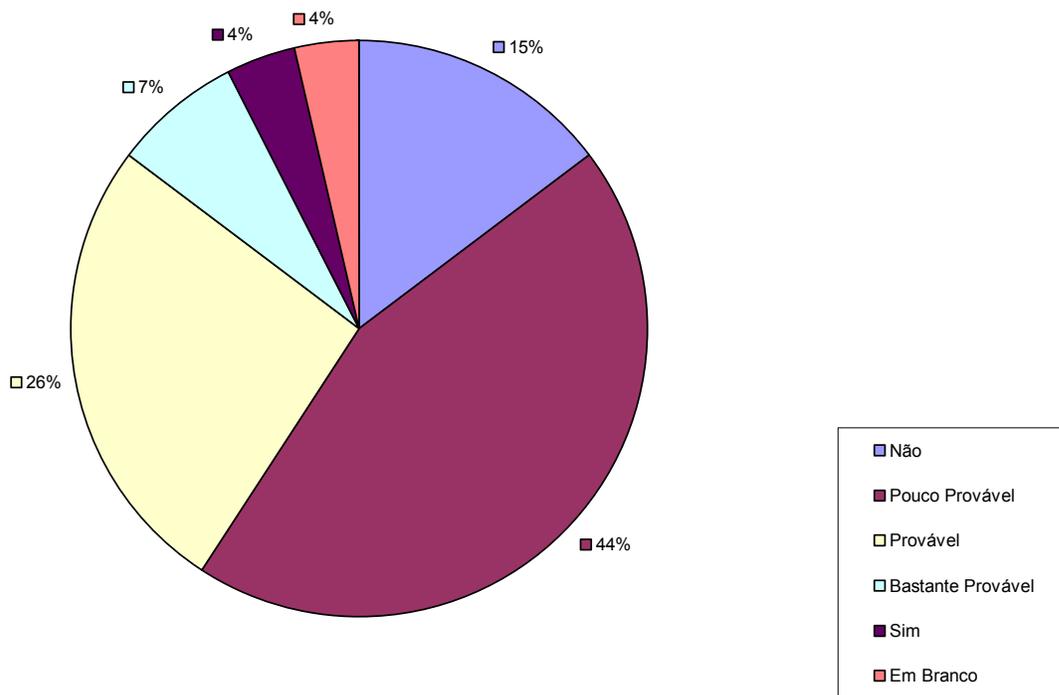
Gráfico 15: Módulo Cartão Nacional de Saúde – questão 3



Cartão Nacional de Saúde

A quarta questão aborda se os gestores e gerentes de estabelecimentos de saúde estarão capacitados a administrar os conflitos, ameaças e expectativas em torno do Cartão Nacional de Saúde que marcarão a implantação desse programa em 2003, sob a égide de um novo Ministério da Saúde. Os especialistas de uma forma geral (59%) consideram que os gerentes ainda não estarão capacitados, com 15% de respostas negativas e 44% de pouco provável.

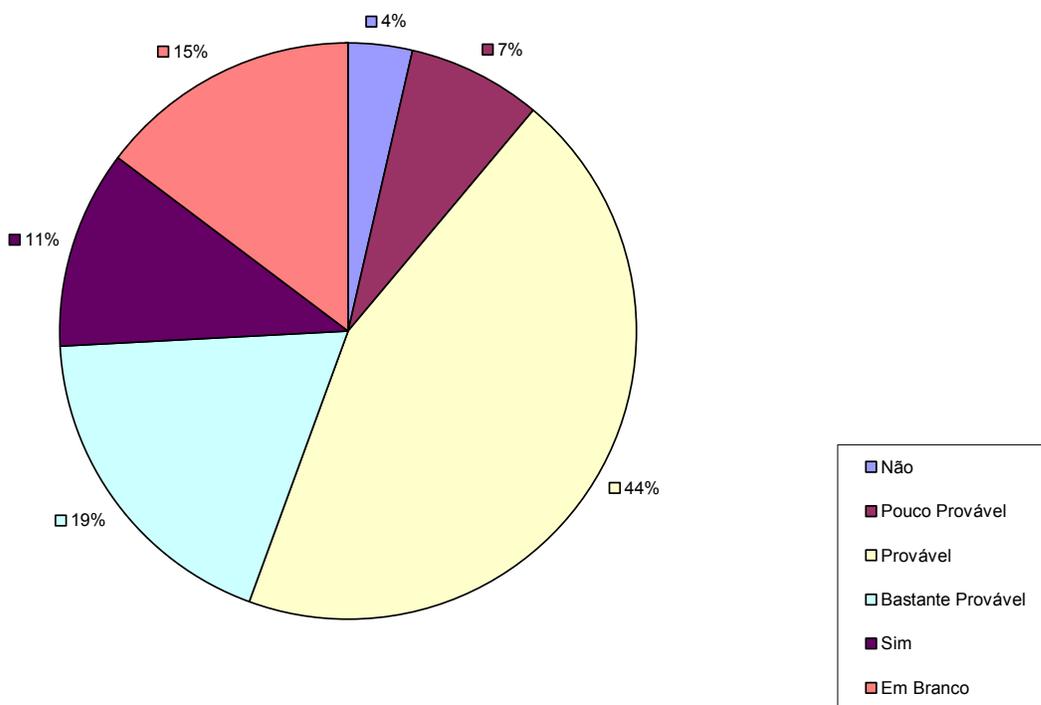
Gráfico 16: Módulo Cartão Nacional de Saúde – questão 4



Central de Regulação

No quarto módulo, a primeira questão é se as Centrais de Regulação e seu sistema de informações serão utilizados estrategicamente pelas Secretarias Estaduais para o resgate da *função reguladora da instância estadual*. Os peritos consideram esta uma tendência, com 19% apostando ser bastante provável e 11% acreditando que sim. No entanto, 40% de especialistas que acreditam ser provável, e 15% não responderam à questão:

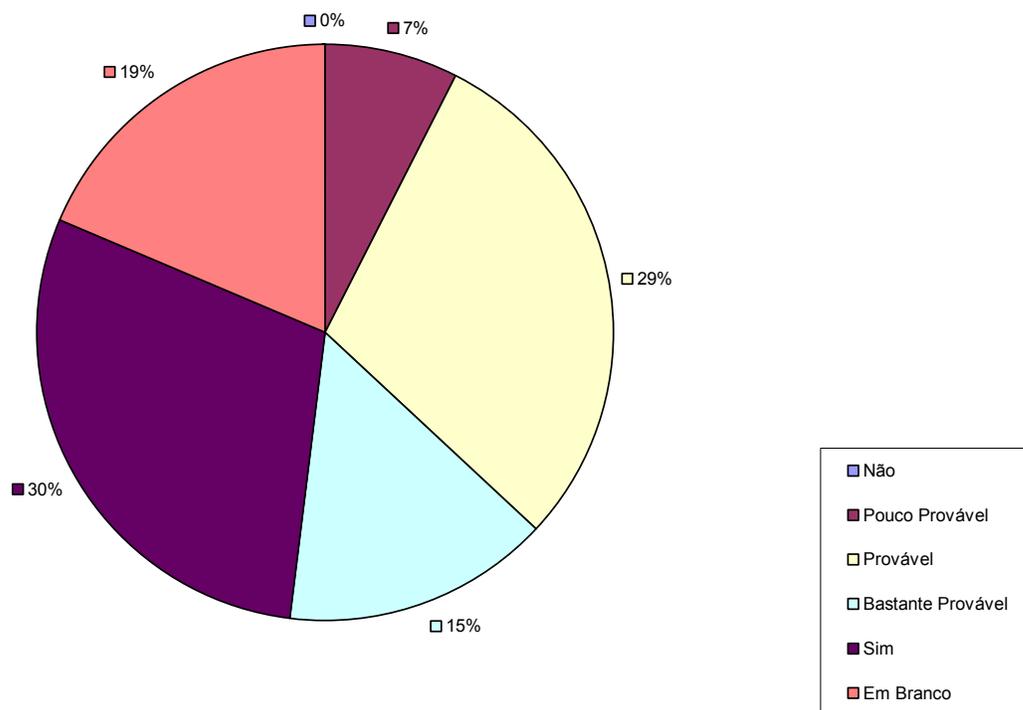
Gráfico 17: Módulo Central de Regulação de Ações em Saúde – questão 1



Central de Regulação

Sobre se o uso dos Protocolos Clínicos e de médico regulador nas Centrais de Regulação tendem a caracterizar uma estratégia de gerenciamento de consumo e contenção de gastos na Saúde Pública, 30% dos especialistas responderam afirmativamente (sim) e 15% com bastante provável. A abstenção totalizou 19%.

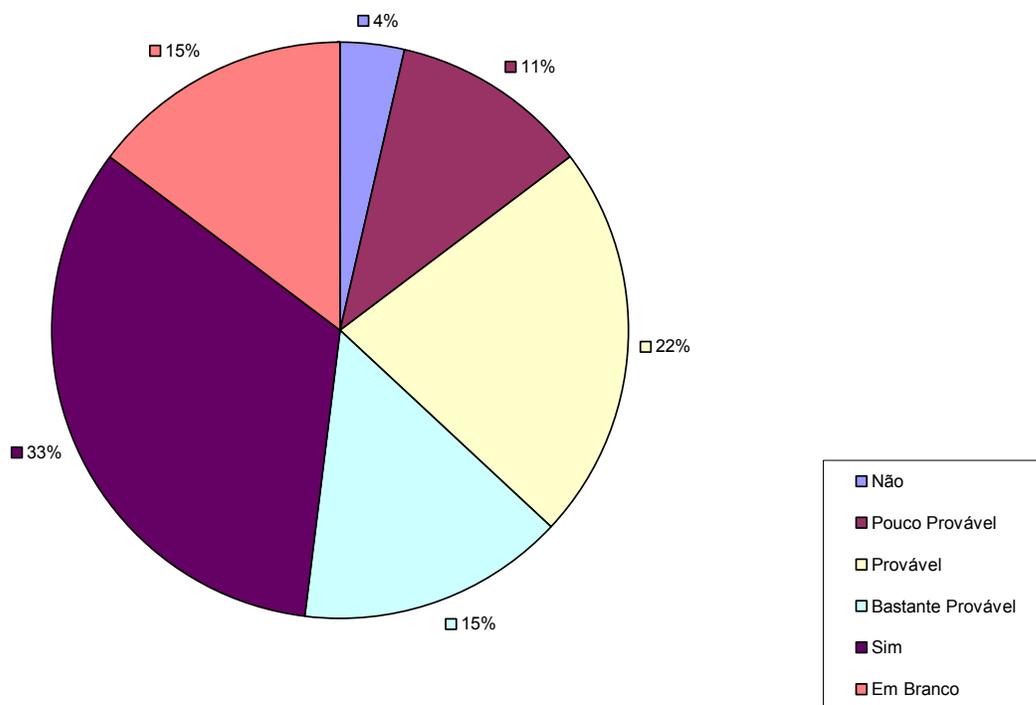
Gráfico 18: Módulo Central de Regulação de Ações em Saúde – questão 2



Central de Regulação

A terceira questão centrou-se no uso de sistemas de informação pelas Centrais de Regulação, a exemplo do sistema utilizado no Rio de Janeiro, com possibilidade de disponibilização de informações em tempo real via Internet. A pergunta indagava se o uso da Tecnologia de Informação pelas Centrais tende a garantir transparência na administração, gestão e processo decisório dos serviços de internação e de média e alta complexidade. Também com um grau de certeza significativo, 33% dos especialistas responderam sim e 15% com bastante provável, indicando ser uma tendência para 48% dos especialistas. As abstenções totalizaram 15%.

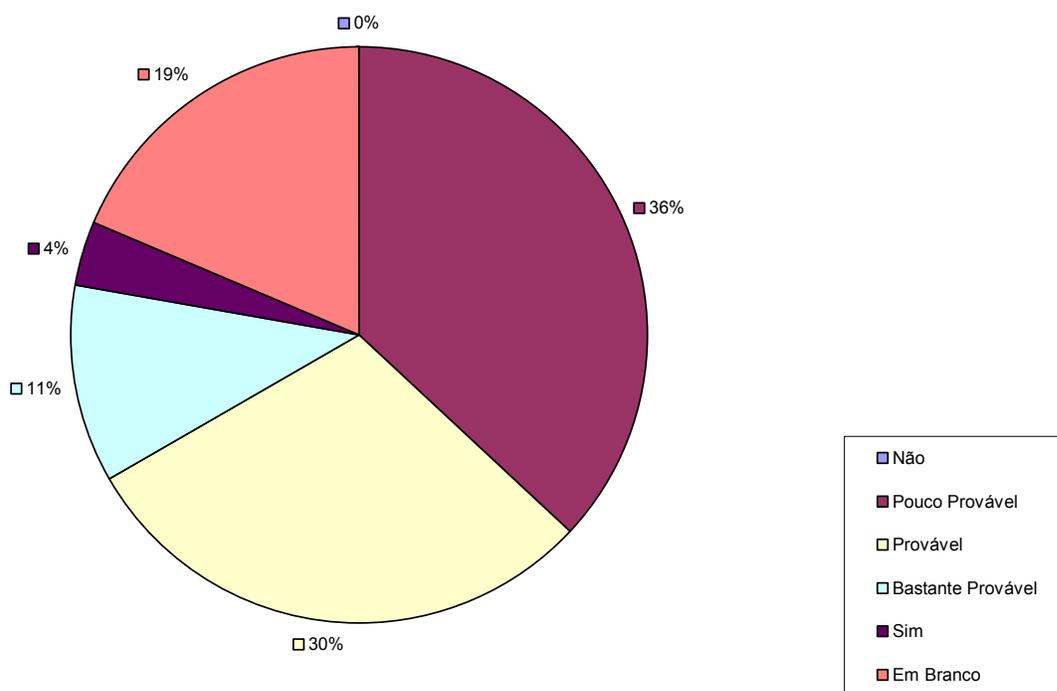
Gráfico 19: Módulo Central de Regulação de Ações em Saúde – questão 3



Central de Regulação

O conceito de regulação foi o mote da questão quatro, questionando a incorporação das dimensões desse conceito (regulação do sistema, do processo assistencial, do ordenamento da assistência, do acesso a terapêutica e como ferramenta de gestão) pelas gerências de estabelecimentos hospitalares nos próximos 2 anos. Apenas para 15% dos peritos esta é uma tendência e 36% a consideraram pouco provável. A abstenção totalizou 19%.

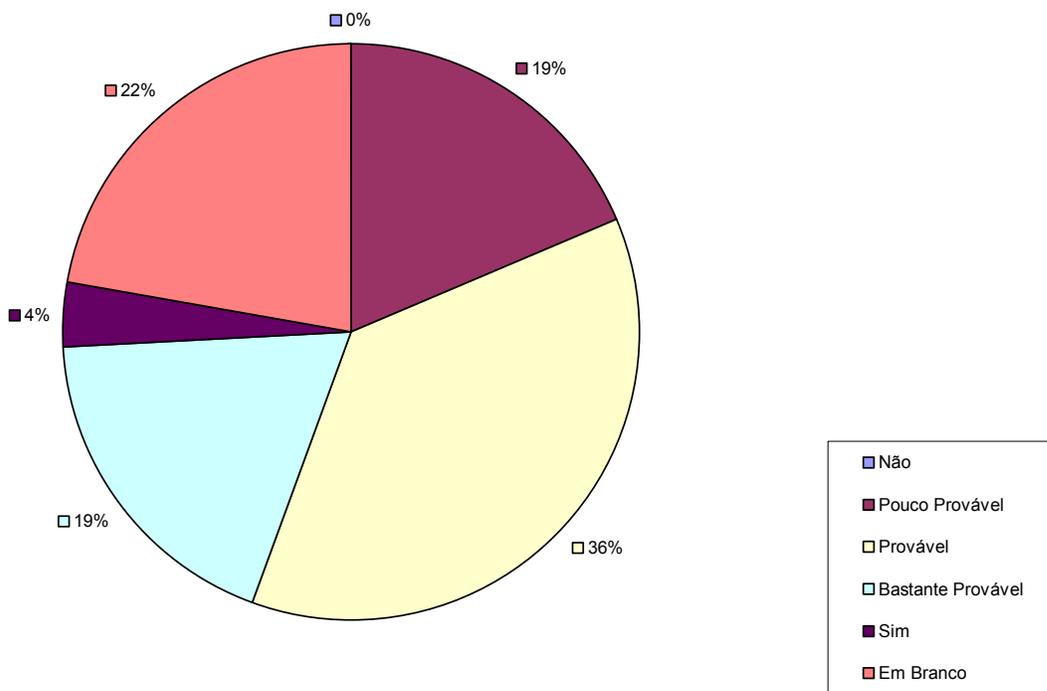
Gráfico 20: Módulo Central de Regulação de Ações em Saúde – questão 4



Centrais de Regulação

Na última questão sobre as Centrais de Regulação, indagados se as informações geradas pelo Sistema de Informações da Central de Regulação do Estado do Rio de Janeiro serão utilizadas nas próximas PPI de forma automatizada, 23% dos especialistas vêm como tendência, sendo significativo o percentual dos que acreditam ser provável (36%). Esta foi a questão com maior abstenção de opiniões: 22%.

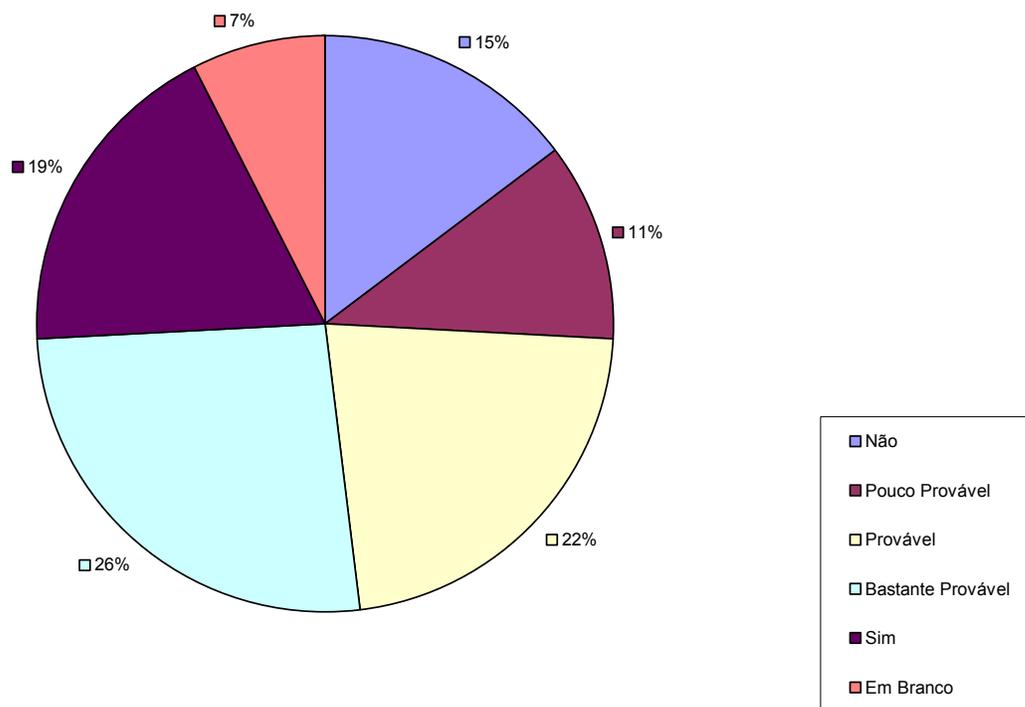
Gráfico 21: Módulo Central de Regulação de Ações em Saúde – questão 5



Cartão Nacional de Saúde e Central de Regulação

Neste último módulo, a primeira questão indaga se as iniciativas de incorporação de Tecnologia da Informação e Comunicação como a Central de Regulação e Cartão Nacional de Saúde tendem a minimizar o paralelismo característico entre sistemas de informação de saúde. Para 15% dos especialistas isso não ocorrerá, para 11% é pouco provável. Para 45% esse paralelismo tende a diminuir, com índices de bastante provável em 26% e sim em 19%.

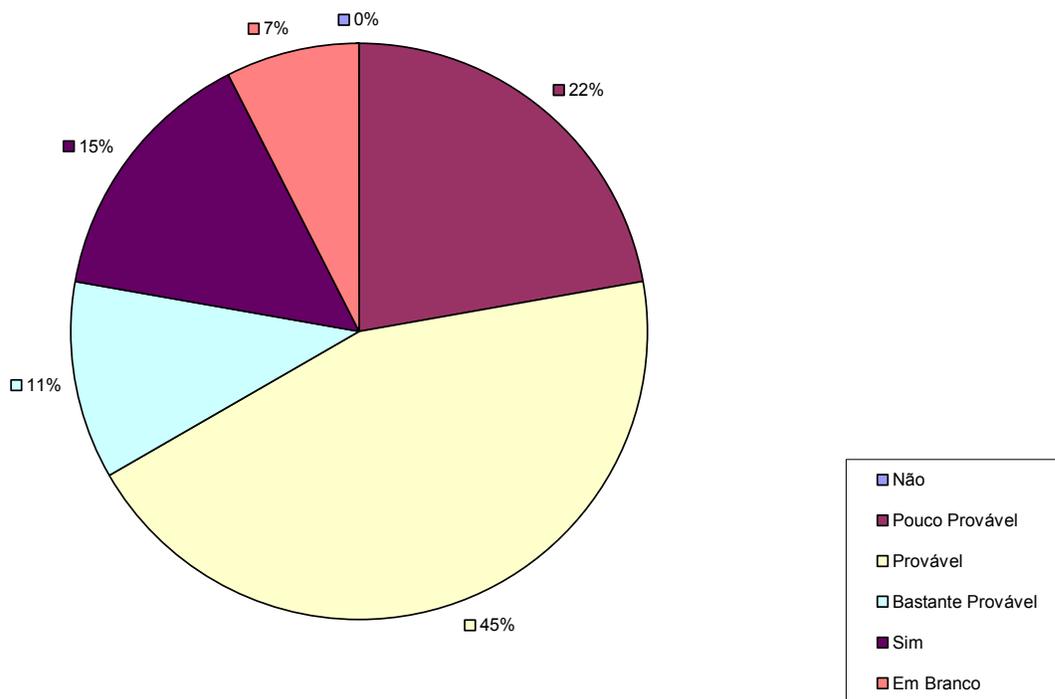
Gráfico 22: Módulo Cartão Nacional e Central de Regulação – questão 1



Cartão Nacional de Saúde e Central de Regulação

A pergunta seguinte, aborda se os fluxos de informação dos Sistemas do Cartão Nacional de Saúde e das Centrais de Regulação em redes de Tecnologia de Informação e Comunicação podem gerar novas prerrogativas de organização dos serviços de saúde, alterando a configuração e garantindo horizontalização nos processos de tomada de decisão nas instâncias municipal, estadual e federal. Para 11% dos peritos é bastante provável que seja promovida a horizontalização nos processos de decisão e 15% acreditam que de fato ocorrerá.

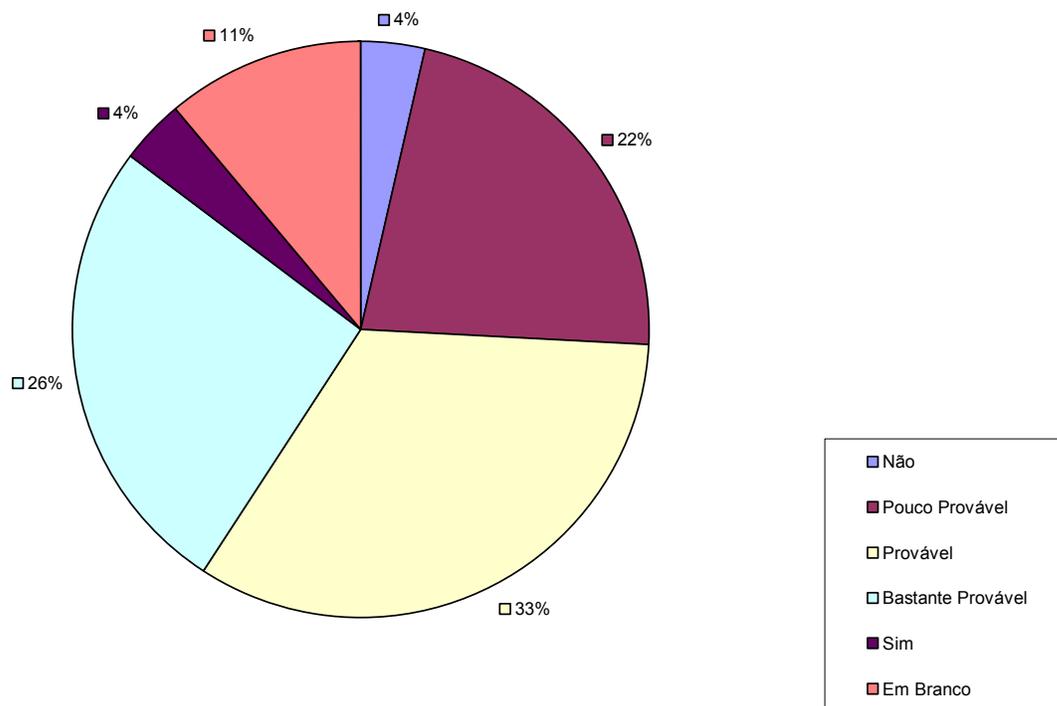
Gráfico 23: Módulo Cartão Nacional e Central de Regulação – questão 2



Cartão Nacional de Saúde e Central de Regulação

A última questão é se a interface do sistema do Cartão Nacional de Saúde com as Centrais de Regulação será implanta na próxima gestão do Ministério da Saúde (2003-2006), evitando que os sistemas permaneçam como iniciativas paralelas de regulação da provisão e consumo de serviços. Apostando que essa não seja uma tendência estão 26% dos peritos que acreditam que seja pouco provável (22%) ou que não ocorrerá (4%). No entanto, 38% acreditam que seja bastante provável (26%) ou que de fato será implantada a interface (4%) nos próximos 4 anos. Houve 11% de abstenções.

Gráfico 24: Módulo Cartão Nacional e Central de Regulação – questão 3



3.1. Análise dos dados e Caracterização de Tendências

A análise dos dados e a caracterização de tendências tiveram por base a questão central do estudo, qual seja:

Quais as tendências no uso das tecnologias de informação e comunicação, em especial no Cartão Nacional de Saúde e nas Centrais de Regulação, no tocante à lógica de fragmentação, à universalização do acesso a informações, à consolidação de estratégias de hierarquização, regionalização e organização de serviços e ao fortalecimento da capacidade de decisão e gestão do Sistema Único de Saúde?

Lógica da Fragmentação:

A questão com maior índice negativo de todo o questionário foi justamente a que indagava sobre a possibilidade de integração dos sistemas de informação por meio do Sistema Cartão Nacional de Saúde, com 67% de respostas sinalizando descrédito nessa possibilidade. No entanto, 45% dos consultados acreditam que serão minimizados os paralelismos atualmente existentes entre os sistemas de informação com o Cartão Nacional e as Centrais de Regulação, enquanto 26% salientam que serão reduzidas as iniciativas locais de criação de sistemas automatizados de gerenciamento de unidades de saúde. Ainda sobre a interação de sistemas, 22% apostam na implantação de interface entre os SCNS e a Central de Regulação nos próximos 4 anos.

Universalização do acesso à informações:

No quesito universalização do acesso à informações, a pesquisa traz opiniões positivas tanto no tocante a políticas nacionais quanto a tendências na saúde pública. Dentre as tendências encontradas mencionamos: o resgate das metas de universalização como prioridade para o atual governo (63%), destino do FUST redirecionado para Saúde e Educação (47%), a adoção de política de software livre (55%), a exigência de um órgão regulador na área de TI (71%). No entanto, os especialistas supõem um favorecimento às companhias telefônicas na estratégia de universalização via Internet escolar (41%). Na saúde especificamente, a pesquisa revelou as tendências a seguir: manutenção dos investimentos em TI na Saúde Pública (66%), participação de conselhos e Conferências na discussão pública de informações de saúde (59%) e o uso da Internet como ferramenta de articulação e diálogo (78%). No entanto, sobre a equidade na distribuição de serviços sociais e de saúde frente aos esforços de cadastramento, apenas 34% dos peritos vêem essa possibilidade como uma tendência.

Consolidação de estratégias de hierarquização, regionalização e organização de serviços:

As Centrais de Regulação de Ações em Saúde, por seus objetivos de regulação da disponibilidade assistencial, seriam potentes instrumentos para a reorganização dos serviços. No entanto, o módulo de perguntas sobre esses sistemas foi o que apresentou maior índice de abstenção nas respostas, bem como uma significativa concentração de respostas prováveis. Esse resultado talvez revele um menor conhecimento de seu potencial por parte dos especialistas. As tendências encontradas revelaram uma tímida aposta no uso das Centrais de Regulação para resgate da função reguladora estadual (26%). Para 23% dos consultados se fará uso de informações geradas pelo Sistema de Informações da Central de Regulação do Estado do Rio de Janeiro na formulação da PPI (programação pactuada e integrada) do Estado. Em outra questão, 56% opinaram que o cadastramento do Cartão constituir-se-á como fundamental para a reorganização da atenção básica. Cabe citar, ainda, a tendência do uso de protocolos clínicos e de médicos reguladores nas Centrais de

Regulação para gerenciamento de consumo e contenção de custos, considerada de forma positiva por 45% dos pesquisados.

Fortalecimento da capacidade de decisão e gestão:

Na Saúde Pública as principais tendências encontradas no tocante ao fortalecimento da capacidade de decisão e gestão são: o incremento da capacidade dos gestores de articular velocidade, informação, decisão e avaliação pelo uso sistemático das tecnologias de informação e comunicação (67%), a garantia de transparência na administração, gestão e processo decisório dos serviços de internação e de média e alta complexidade pelo uso de tecnologia de informação das Centrais de Regulação (48%). Com menor grau de certeza aposta-se na perspectiva de horizontalização de processos de tomada de decisão facilitada pelas redes do Sistema Cartão Nacional de Saúde e Centrais de Regulação (26%).

No entanto, apenas 11% dos especialistas acreditam na incorporação do conceito de regulação pelas gerências hospitalares. Também são reduzidas as possibilidades dos gestores e gerentes de estabelecimentos de saúde estarem capacitados a administrar os conflitos, ameaças e expectativas que marcarão a implantação do Cartão Nacional de Saúde em 2003, tendência refutada por 59% dos especialistas.

4. DISCUSSÃO

Dos estudos sobre sistemas de informação que serviram de fundamento teórico a essa pesquisa e que foram ressaltados anteriormente, destacamos alguns pontos para interpretação da análise dos dados obtidos na pesquisa.

Universalização e democratização do acesso a informação

“a informação só se efetiva em processos de interlocuções, constituindo-se em um artefato complexo, representação da complexidade da vida contemporânea, produzido historicamente..”

(Moraes, 2002, p.12)

A percepção encontrada na pesquisa de que as Conferências e os Conselhos de Saúde possam vir a ser *locus* de apropriação pública de discussão de informações em saúde confere a esses organismos um papel fundamental na efetivação da informação, somando-se ao olhar institucional do SUS, o olhar do corpo social sobre si mesmo, como definido em *Política, Tecnologia e Informação em Saúde – A Utopia da Emancipação*. MORAES (2002) trabalha com a hipótese de que *as atuais bases informacionais constituem o efeito de uma ampliação do olhar do médico sobre o corpo do indivíduo (século XIX) para o olhar das instituições de Estado sobre o corpo social das populações* (ibidem, p.29)

Uma das formas possíveis de ruptura desse olhar unilateral, seria o olhar do corpo social sobre si mesmo e sobre esse Estado, tornando-o mais transparente e participativo na gestão dos programas de informação em saúde. Outra significativa fonte de interlocução é a própria Internet, vista na pesquisa como um instrumento que tende a fortalecer o diálogo entre atores sociais.

Lógica da Fragmentação e estratégias articulação de políticas, serviços e ações

(...) os desafios para o amadurecimento das relações entre Informação e Saúde, dentre os quais destacamos: vencer a fragmentação, favorecer a articulação de políticas, serviços e ações, privilegiar metodologias e tecnologias abertas e flexíveis estruturadas a partir de problemáticas específicas e por fim, incorporar a dimensão da escuta e da interlocução e não apenas da produção e emissão de informações (FIOCRUZ. 2000, p.11)

Sobre os desafios identificados no I Seminário Nacional de Informação em Saúde em 2000, os mesmos permanecem, sendo que a fragmentação, como visto, não parece próxima de estar sendo resolvida mesmo com todo o aparato do Cartão Nacional de Saúde. O desafio do uso de metodologias abertas e flexíveis, por sua vez, pode ser superado pela tendência de adoção de políticas que incentivem o uso de softwares livres e abertos.

A dimensão da escuta e da interlocução, mais uma vez, poderia estar incorporada no papel dos Conselhos e Conferências, no uso da Internet para diálogo e interlocução entre atores da Saúde Pública e nos processos de confecção da PPI, ou seja, em três das tendências encontradas. Esses canais de escuta e interlocução permitem “(re) distribuição de informação e as possibilidades de geração de conhecimento, um processo de constituição de *inteligência coletiva em saúde*, fruto de aprendizagem potencializada pelas tecnologias da informação e comunicação

Já o desafio de articulação de políticas, serviços e ações poderia ser alcançado se algumas tendências se efetivassem, como: o uso das Centrais para resgate da função reguladora Estadual, reorganização da atenção básica facilitada pelo cadastramento, o uso de protocolos clínicos e de médicos reguladores pelas Centrais de Regulação, o uso das informações dos sistemas de informação no planejamento da PPI.

Tecnologias e Processo Decisório

... a informação em saúde deve ser trabalhada no sentido de reforçar os direitos humanos, de contribuir para a eliminação da miséria e das desigualdades sociais e ao mesmo tempo subsidiar o processo decisório na área da saúde, em prol de uma atenção com efetividade, qualidade e respeito à singularidade de cada indivíduo e ao contexto e cada população (MORAES, 2002, p11).

Nesse sentido, a pesquisa apresentou tendências que avaliam de forma positiva o uso das tecnologias de informação no subsídio ao processo decisório em saúde como horizontalização facilitada pelas redes dos sistemas de informação e incremento da capacidade dos gestores de articular velocidade, informação, decisão e avaliação.

Embora a pesquisa não tenha se debruçado especificamente sobre a primeira parte da afirmativa de Moraes, as perspectivas de universalização podem contribuir para o reforço aos direitos humanos, contribuir para a eliminação da miséria e das desigualdades

sociais no caso da confirmação de tendências como: o resgate do uso do FUST nas áreas de Saúde e Educação e a priorização das metas de universalização pelo atual governo.

Equidade

“.. uma utopia contemporânea dos atuais gestores (políticos e técnicos) da informação de constituição de amplos cadastros informacionais, cada vez mais abrangentes, universais, onde toda a população de uma sociedade estará identificada (eficazmente numerada), localizada, caracterizada e portanto, passível de ser monitorada. (MORAES 2002, p31)

A opinião de 44% dos especialistas participantes da pesquisa revela descrédito na possibilidade de distribuição mais equânime de serviços sociais e de saúde em função de esforços de cadastramento. Mesmo não sendo possível deduzir as razões para o percentual de descrédito, a questão permite uma aproximação com a reflexão de Moraes. Se os cadastramentos não tendem a gerar equidade na distribuição de serviços como pretendido em suas finalidades institucionais, sua realização assemelha-se a um esforço utópico.

Tecnologias, projeto político e liberdade

....a luta por um projeto emancipador se trava no cotidiano, na ação local, que se expande para o global, difundindo novas possibilidades (...) o mesmo processo que desencadeia a homogeneização provoca a diversificação, a multiplicação, o localismo. Liberdade e a autonomia definem a singularidade de cidadãos que são simultaneamente produtos e agentes de uma situação histórica mutável. (MORAES 2002, p. 152).

Esse trecho permite comentar duas questões. Uma relacionada à perspectiva de adoção de *software* livre como parte da política do governo atual, contexto no qual a afirmação da autora foi usada neste estudo. Assim, nesse caso o uso de *softwarwe* livre

poderia desencadear processos criativos livres e autônomos, singulares, do local para o global.

A segunda interpretação, conjuga a identificação da tendência segundo a qual o Sistema Cartão Nacional de Saúde tenderia a minar iniciativas locais. Mesmo considerando o aplicativo Agente Cartão, que poderia fazer a articulação com sistemas locais, os especialistas consideram essa redução provável. No entanto, essa redução não necessariamente significa um imobilismo local, pois se a mesma homogeneização provoca diversificação, é provável que cada município encontre a *liberdade* para desenvolver seu localismo, com *singularidades* na gestão dos sistemas de informação em saúde e com posicionamento político *autônomo*.

Tecnologia e capacidade de gestão

...Vasconcellos alerta para a defasagem existente entre o avanço do conhecimento no campo das Tecnologias de Informação e a incorporação destas tecnologias no processo de gestão em saúde no Brasil.(VASCONCELLOS, 2002 p221).

Nesse último recorte, salientamos a percepção de 59% dos especialistas que acreditam que os gestores e gerentes de saúde não estarão capacitados ao longo do próximo ano a administrar os conflitos, ameaças e expectativas em torno do Cartão Nacional de Saúde. Ainda sobre capacidade gerencial, 36% das opiniões indicam que as gerências hospitalares terão dificuldade de incorporar o conceito de regulação. Apesar desse pessimismo sobre a capacidade gerencial no trato da implantação do Cartão e da Regulação, 67% dos especialistas acreditam que essa capacidade gerencial será incrementada pelo uso da tecnologia da informação, como a Internet. A questão indagando sobre conflitos, ameaças e expectativas aborda itens comportamentais para os quais supostamente os gerentes não estarão aptos a lidar. No entanto, outras habilidades como velocidade, informação, decisão e avaliação serão impulsionadas pelo uso tecnologia. Em nossa análise, essa tendência revela uma certa mitificação tecnológica, com valorização da técnica em detrimento de habilidades de gestão.

Em outro item da pesquisa, confirma-se a tendência de manutenção dos patamares de investimentos financeiros em Tecnologia da Informação na Saúde Pública, indicando que a incorporação de tecnologia nos processos de gestão, em programas como o Cartão Nacional de Saúde e as Centrais de Regulação, devem continuar.

No entanto, não basta alcançar a defasagem citada por Vasconcellos. Para que as tendências mais promissoras de articulação entre Gestão de Saúde Pública e Tecnologias da Informação e Comunicação se efetivem, torna-se necessário também o investimento na difusão do conhecimento, no desenvolvimento das habilidades humanas e na mudança de atitudes – algumas potencializadas pela própria tecnologia, outras alvo de capacitações e treinamentos comportamentais e gerenciais.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As tendências que a pesquisa permitiu encontrar, expressam a opinião de um determinado grupo cuja referência é sua expertise no assunto. No entanto, mesmo com todo o fundamento técnico de cada perito, o componente político atual é uma variável na análise que não encontra precedentes na história brasileira. Com o recém iniciado governo alteram-se a configuração das instituições do Estado, as relações entre atores, os jogos de interesses e o projeto político da nação. As bases para pressuposições de tendências são o programa do Governo Lula, a trajetória do Partido dos Trabalhadores e as variáveis econômicas, estas últimas com o protagonismo conferido pela ordem econômica mundial.

Considerando ser este um estudo prospectivo, é pertinente mencionar as perspectivas políticas que se avizinham e mencionar os pontos que no Programa de Governo do PT tangenciam as tendências e observações deste estudo.

Na área da Saúde Pública, as *intenções* do governo atual são:

“Discutir e pactuar formas de monitoramento de metas e resultados a serem alcançados, substituindo as atuais formas de controle centralizado e exclusivamente

administrativo do Ministério da Saúde. Essa pactuação da gestão substituirá as numerosas e fragmentadas iniciativas impostas de cima para baixo, como têm sido as campanhas e os programas do atual governo, que desrespeitam a realidade dos municípios e não atendem às necessidades da população que procura os serviços de saúde.”

“Capacitar estados e municípios para planejar o sistema de saúde no âmbito de suas competências, de forma a identificar corretamente os problemas e prioridades, ordenar e tornar mais eficientes os recursos financeiros e assistenciais existentes, ampliar os serviços nas áreas de carência, avaliar e regular as ações e os serviços oferecidos.”

“Organizar efetivamente um Sistema Nacional de Informações em Saúde para suporte e monitoramento da gestão e da atenção. A informação é uma ferramenta indispensável para gestão, diagnóstico de prioridades, identificação de debilidades, planejamento, acompanhamento da atenção e exercício do controle social. Com isso, será organizada uma política nacional de disseminação de informações, bem como de capacitação de trabalhadores de saúde, gestores e usuários, principalmente os conselheiros de saúde.”

“Reorganizar o Ministério da Saúde, de modo a tornar sua estrutura horizontal e unificar as diversas áreas concorrentes entre si. Deverá ter estrutura enxuta, com forte capacidade de gerir e monitorar o sistema de saúde nacionalmente e cooperar técnica e financeiramente com os estados e municípios.”

“Adotar as Conferências de Saúde como prática regular para a avaliação da situação de saúde, de discussão e deliberação de diretrizes para a formulação das políticas setoriais, respeitando os encaminhamentos das mesmas e adotando medidas para fortalecer os Conselhos de Saúde.”

Na área de Tecnologia da Informação:

“Colocar a Tecnologia da Informação a serviço do desenvolvimento de uma nova consciência cidadã, crítica e participativa. No âmbito de uma administração pública eficaz, o novo governo dará especial atenção aos serviços ao cidadão, com atendimento de qualidade, transparente e informativo.”

“Garantir a plena acessibilidade do cidadão, por meios digitais, à rede de serviços públicos, ampliando e tomando novas iniciativas no sentido de construir o governo eletrônico.”

“Promover a integração horizontal e vertical das estruturas de governo e a coordenação e acompanhamento de suas ações.”

“Estimular a mais ampla prestação de serviços e informações de qualidade para os cidadãos com Governo Eletrônico.”

“Democratizar o acesso às Tecnologias de Informação com mecanismos e políticas que permitam o aprendizado, o acesso e a incorporação maciça das tecnologias de informação e que possibilitem o compartilhamento de soluções entre diferentes níveis de governo.”

Sobre Tecnologia da Informação e Saúde:

“Na saúde, as aplicações de Tecnologia da Informação como suporte às ações governamentais têm caráter de integração, racionalização e fomento às ações necessariamente descentralizadas do poder público em todo o país, através do Sistema Único de Saúde (SUS).”

Em Telecomunicações:

“Fomentar uma ampla discussão para revisão do cálculo de reajuste tarifário do serviço telefônico fixo local, aliviando os serviços mais utilizados pelos segmentos de menor renda.”

Mesmo considerando *o plano intencional*, as proposições do novo governo apresentam pontos em comum com as tendências reveladas pela pesquisa.

Sobre as possibilidades de **efetivação** das tendências que a pesquisa revelou, vale repetir Moraes, quando alerta a *necessidade de politizar o campo de relações de poder e produção do saber, que é politicamente, reduzido a um campo no qual impera a tecnicidade* (2002 p.13) Se por um lado o conhecimento especializado e a consideração de variáveis políticas que estão se conformando permitiram caracterizar as tendências desse estudo, por outro não há como eximir o cidadão, livre e autônomo, produto e *agente de uma situação histórica e mutável* da sua responsabilidades em atuar e fazer-se ator do processo histórico em curso (idem),

Cruzar os braços não nos é mais permitido. Se existe o interesse em pactuar com as idéias do novo governo, com as novas possibilidades e com a nova ordem social, arregacemos as mangas (....)
... Somente assim poderemos legar à toda sociedade civil algo que tanto queremos, a verdadeira liberdade de escolha daquilo que é bom e daquilo que nos faz atuar, e não somente coadjuvar para outrem.

Paulino Michelazzo

“O Software Livre e as Novas Possibilidades” 02/01/2003

<http://www.michelazzo.com.br>

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AFONSO, C.A. Entrevista na Revista Eletrônica Comciência 12 de fevereiro de 2001 <<http://www.comciencia.br> >

ALAGOAS. Secretaria de Estado de Saúde de Alagoas. Relatório sobre SISREG. 07 de janeiro 2005 <<http://www.saude.al.gov.br/Comunica%E7%E3o/2002/10/index10-02.html>>

ALMEIDA, M. O. 2001. *O que é e-governo*. Revista *TEMA*, n. °153 Brasília, DF. Serviço Federal de Processamento de Dados (SERPRO) p.56-58

BRASIL. 2001 Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Apresentação da Central de Regulação. 24 de setembro de 2001. <<http://www.ensp.fiocruz.br/descentralizar/cit/cit-200010621-1.html>>

BRASIL. 2001 Ministério das Comunicações. Lei n. ° 9.998, de 17 de agosto de 2000. 7 de maio de 2001 <<http://www.anatel.gov.br/biblioteca/templates/leis/leis.aspem>>.

BRASIL, 2001 Ministério das Comunicações. Decreto n. ° 3.624 de outubro de 2000. 17 de maio de 2001 <<http://www.anatel.gov.br/biblioteca/Decretos>>

BRASIL, 2001 Ministério da Saúde. Cartão Nacional de Saúde – Cadastramento de Usuários do SUS. Portarias MS/GM n. ° 17, MS/SE/SIS n.º 39 e n.º 57. Série E: Legislação de Saúde n.º 7. Brasília DF.

BRASIL, 2001. Ministério da Saúde - NOAS-SUS 01/2001 - *Norma Operacional da Assistência à Saúde*. Portaria n.º 95 de 26 de janeiro de 2001

BRASIL, 2001 Ministério da Saúde - *Termo de Referência para Definição e Implementação de Programa, Projeto e Atividade com Utilização do FUST* - Janeiro 2001

BRASIL 2000, Ministério da Ciência e Tecnologia. Livro Verde da Sociedade da Informação. 15 de junho de 2001. <http://www.socinfo.org.br/livro_verde/index.htm>

BRASIL, 1999. Ministério da Saúde. Portaria nº 130/GM 12/12/1999

BRASIL, 2001 Ministério da Previdência e Assistência Social. Decreto nº 3.877 em 24 de julho de 2001. Institui o Cadastro Único dos Programas Sociais do Governo Federal.

CANTARINO, As Centrais de Regulação; A importância da Centralização dos dados para a Obtenção de Informações Valiosas no Processo de Gestão. 8 de janeiro de 2003 <<http://www.uvp5.univ-paris5.fr/SAMU/Docum/documPO/Centrais.doc>>

COMPUTERWORLD, 2002 Informações sobre Orçamento Público 2002 em Tecnologia da Informação. 30 de janeiro de 2002 <<http://www.computerworld.com.br>>

CONASS, 2002. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Nota Técnica 04/2002 – Brasília, 27 de março de 2002 anexa ao ofício do CONASS ao Ministério da Saúde em 27 de março de 2002. 08 de janeiro de 2003 <<http://www.conass.com.br/nt/nt4.doc>>

FAVERET, P. & OLIVEIRA, P. J., A Universalização Excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. *Planejamento e Políticas Públicas*, n.º 3, junho. IPEA1990. pp: 139 -

162

FIOCRUZ, Eventos Científicos. Seminário Nacional de Informação e Saúde: O Setor de Saúde no Contexto da Sociedade da Informação: 2000 nov 20-23 . Rio de Janeiro. Fundação Oswaldo Cruz

JORNAL DO BRASIL. Caderno de Economia e Internet de 19 de setembro de 2002

LÉVY, P. 1993. As Tecnologias da Inteligência – O Futuro do Pensamento na Era da Informática. São Paulo. Editora 34

LÉVY, P. Entrevista na Revista Eletrônica Nova-e. 30 de maio de 2001.
<<http://www.novae.inf.br/> em 30 de maio de 2001>

MANZONI, R. Reportagem na Revista Eletrônica Brasil Digital. 15 de agosto de 2002
em <<http://www.brasildigital.com.br/>>

MEIRA, S, 2002. Entrevista. 10 de abril de 2002
<<http://www.comciencia.br/entrevistas/fameentr.htm>>

MORAES, I. H. S., 1994. Informações em Saúde: Da Prática Fragmentada ao Exercício da Cidadania. São Paulo-Rio de Janeiro, Hucitec-Abrasco.

MORAES, I.H.S, 2002. Política, Tecnologia e Informação em Saúde: A utopia da emancipação. Bahia.Editora Casa da Qualidade.

PARTIDO DOS TRABALHADORES, 2002. Programa de Governo, 2002. 10 de janeiro de 2003 <<http://www.pt.otg.br/>>

PIOLA, S.P (coord), 2001. Tendências do Sistema de Saúde Brasileiro: Estudo Delphi. Brasília. IPEA.

PRETTO. N. P. O Profone e a Educação: a caminho da exclusão digital. 24 de Outubro de 2002. <<http://www.rits.org.br> >

RIO DE JANEIRO, 2002 Secretaria de Estado de Saúde. Relatório Preliminar da Fase I. Rede Estadual de Informações em Saúde. Outubro 2002

RIO GRANDE DO SUL, Projeto Software Livre – RS. Informações. 09 de janeiro de 2002 <<http://www.softwarelivre.rs.gov.br/>>

SOARES, A.S. 2001. *Discurso de Abertura do Seminário Padrões para Representar a Informação em Saúde*, 17 de maio de 2001. <<http://www.saude.gov.br/noticias/EventoPadroes/discurso.htm>>

VASCONCELLOS, M.M., 2000. *Ambiente Informacional para Apoio à Decisão em Saúde Pública*. In *Anais do VII Congresso Brasileiro de Informática em Saúde*, São Paulo. 2000

VASCONCELLOS, M.M. 2001. *Ambiente Informacional para Apoio à Decisão em Saúde Pública*. Relatório OPAS. DAPS/ENSP/FIOCRUZ 2001.

VASCONCELLOS. M.M et al. 2002 *Políticas de Saúde e Potencialidades de uso das Tecnologias da Informação* . *Saúde em Debate* v.26 n61 maio/ago 2002 p. 219-235

WEISSHEIMER, M.A. 2002. *Software livre resgata valores liberais clássicos*. *Jornal eletrônico Carta Maior*. 03 de maio de 2002 <<http://www.agenciartamaior.com.br>>

WHITAKER, F. 2001. *Rede: Uma Estrutura Alternativa de Organização Rets* – *Revista Eletrônica do Terceiro Setor*. 05 de outubro de 2001 <<http://www.rits.rets.org>> .

7. ANEXO

Questionário

UNIVERSALIZAÇÃO DE TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO

Nova Economia: uma radical alteração na economia global proporcionada pela produção acelerada e intensa de Tecnologias da Informação e Comunicação.

Em um ritmo de crescimento exponencial a economia digital e suas bolsas de investimento tecnológicas proporcionaram enriquecimento e a proliferação do comércio de TI até o ano de 2001.

O estouro da “bolha ponto com” significou um adiamento de gastos corporativos em tecnologia da informação e Internet e um cenário de maior cautela no investimento e absorção de tecnologia. O modelo de negócios e de relacionamento muda de “usar a Internet como negócio” para “usar a Internet para fazer negócios”.

Assim Nuala Moram, do Financial Times, em reportagem do Jornal Valor Econômico em 10 de maio de 2002 sentencia: “As empresas de tecnologia da informação garantem que o futuro da informática está nos serviços web, definidos como uso de padrões baseados em Internet para integrar sistemas de informática. Com os serviços web o segmento de TI abandonará o foco em Tecnologias e Produtos e assumirá as características de um Setor de Serviços”

1. Nos próximos dois anos o mercado brasileiro de TI investirá no uso de padrões, linguagens e gerenciamento de conteúdo que possam caracterizá-lo como uma força produtiva do setor de serviços?

Não	Pouco Provável	Provável	Bastante Provável	Sim
-----	----------------	----------	-------------------	-----

Pode-se considerar que os programas governamentais de promoção e regulação de Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) atuam hoje em duas grandes linhas: : (a) numa desenha-se o modelo para o desenvolvimento de TIC públicas de inserção no mundo globalizado e preservação das características culturais locais. A iniciativa se denomina Sociedade da Informação, um programa coordenado pelo Ministério da Ciência e Tecnologia (MCT); (b) a outra linha chamada Governo Eletrônico, ou e-gov, é a forma do Governo se preparar para atender aos desafios da Sociedade da Informação. O e-governo é, na esfera pública, uma estratégia para viabilizar os relacionamentos interativos virtuais entre diferentes atores, seja para provimento de serviços à sociedade, seja nas relações intragovernamentais entre os diferentes níveis e esferas. (O que é e-governo. Revista TEMA, n. °153 pp.56-58 Brasília, DF. Serviço Federal de Processamento de Dados - SERPRO)

Segundo esse mesmo documento o Governo Federal decidiu que, ao invés de um aumento nos gastos com investimentos em tecnologias da informação e telecomunicações, seria mais eficiente proceder à definição de diretrizes e políticas de universalização, acesso e qualidade dos serviços públicos, baseadas nas novas formas de interação com a sociedade (Idem, 2001).

2. As metas de universalização, o programa sociedade da informação e as iniciativas de e-gov que integram a Política Nacional de Universalização das Tecnologias de Informação e Comunicação tendem a ser prioridade no próximo governo?

Não	Pouco Provável	Provável	Bastante Provável	Sim
-----	----------------	----------	-------------------	-----

O Fundo de Universalização dos Serviços de Telecomunicações (FUST), instituído pela lei 9.998/2000, surge no bojo da política de universalização dos serviços de telecomunicações do Ministério das Comunicações, como instrumento institucional da Agência Nacional de Telecomunicações (ANATEL) para a sua aplicação e gestão. Incide sobre o mercado da prestação de serviços de telecomunicações, ao ter com uma de suas fontes de receita a contribuição de 1% sobre a receita operacional bruta, decorrente da prestação de serviços

de telecomunicações nos regime público e privado. Ao Ministério das Comunicações cabe formular políticas e diretrizes gerais que orientarão as aplicações do FUST e à ANATEL implementar, acompanhar e fiscalizar os programas, projetos e atividades que receberem recursos do FUST.

A aplicação dos recursos do FUST destinava-se inicialmente a algumas áreas prioritárias definidas pelo Ministério das Comunicações, em conjunto com os ministérios correspondentes, dentre os quais o da Saúde e Educação. Na Saúde, o Programa Saúde do FUST deveria propiciar a modernização dos recursos tecnológicos e a oferta de serviços de telecomunicações em especial em quatro programas: Cartão Nacional de Saúde, Centrais de Regulação, Programa Saúde da Família e Central de Transplantes.

Variáveis políticas e econômicas entretanto tem alterado o curso da aplicação desse fundo, que possui recursos superiores a R\$ 1,2 bilhões. O edital de licitação foi contestado na Justiça. As razões pautavam-se sobre o uso federal exclusivo do sistema operacional Windows, defendido pelo MEC.

Com o atraso na implantação do programa e a crise das companhias de Telecomunicações, novas prioridades estão sendo consideradas: o fundo seria utilizado para sanar dificuldades financeiras das empresas de telefonia, as metas de universalização teriam um atraso e mesmo um novo item surgiu na agenda de formulação de políticas: o financiamento de ações de suporte a segurança pública.

Além disso, o subsídio às companhias de Telecom, que atende pelo nome de ressarcimento de parcela de custo não recuperável, consumirá 75% dos recursos do Fust de 2002, segundo artigo de Tereza Cruvinelo em O Globo de 23 de junho de 2002.

3. O destino do FUST poderá ser revertido em favor de metas de universalização na saúde e na educação no próximo governo federal?

Não	Pouco Provável	Provável	Bastante Provável	Sim
-----	----------------	----------	-------------------	-----

O “Livro Verde”, um compêndio das propostas do Grupo de Implantação da Sociedade da Informação, originado no Ministério da Ciência e da Tecnologia, define: ‘ a universalização dos serviços de informação e comunicação é condição fundamental, ainda que não exclusiva, para a inserção dos indivíduos como cidadãos, para se construir uma sociedade da informação para todos. É urgente trabalhar no sentido da busca de soluções efetivas para que as pessoas dos diferentes segmentos sociais e regiões tenham amplo acesso à Internet, evitando assim que se crie uma classe de “info-excluídos”.

O acesso a internet nessa definição figura como o ponto nevrálgico de combate a info-exclusão. Entretanto, como na saúde, a garantia de acesso universal não necessariamente implica em inclusão. Faveret (1990), formula a tese de uma ‘universalização excludente’ e alerta que a responsabilidade de garantir a universalização, atribuída ao Estado, pressupõe o atendimento aos segmentos mais carentes da população. Assim, o autor faz um paralelo com o caso inglês, que universalizou o acesso aos sistemas de saúde de forma inclusiva, inibindo a ampliação do setor privado, e, contrapõe a esse modelo o caso brasileiro, que de forma excludente, ainda que pretensamente universalizante, vem, na sua ineficácia, expulsando segmentos populacionais para os subsistemas privados.

Dentre as as estratégias governamentais de universalização das TIC está o programa “Internet nas escolas e bibliotecas”, que prevê o uso dos recursos do FUST para a instalação pelas concessionárias dos “acessos e periféricos”, o que significaria remunerar as empresas de telecomunicações por serviços e por manutenção de linhas, computadores, softwares e assistência.

4. Essa estratégia de desenvolvimento de infraestrutura escolar, nas condições acima citadas, tendem a favorecer às companhias de telecomunicações sob a bandeira de universalização?

Não	Pouco Provável	Provável	Bastante Provável	Sim
-----	----------------	----------	-------------------	-----

A diferença fundamental entre software com código aberto e o software com código proprietário é a possibilidade que o usuário tem, no caso do primeiro, de usar, estudar, copiar, modificar e redistribuir o programa, ao contrário do segundo, que não permite qualquer alteração e implica, sempre, em pagamento.

“Enquanto os liberais de hoje defendem o monopólio e a concentração de conhecimento e da informação, as bandeiras das liberdades individual e criativa foram abraçadas pela esquerda”, assim Marco Aurélio Weissheimer, correspondente da Agência Carta Maior em Porto Alegre, em artigo no Jornal Eletrônico Carta Maior em 03/05/2002, define o debate entre software aberto e software proprietário. Exemplifica com a adoção do software aberto, também chamado livre, como Política de Estado no Rio Grande do Sul onde, há três anos consecutivos, realiza-se o Fórum Internacional de Software Livre. As ações encampadas pelo governo do Rio Grande do Sul incluem a Rede Escola Livre, o uso dos softwares livres na Universidade do Rio Grande do Sul, o uso do sistema operacional GNU/Linux nos caixas eletrônicos do Banrisul e o lançamento de um edital da Fapergs para pesquisas no setor no valor de R\$ 700 mil, chamado ProLivre. Estima-se que o governo gaúcho já tenha economizado cerca de 3 milhões na substituição de programas da Microsoft por softwares livres.

Outros governos, notadamente o francês, vêm adotando em suas políticas o uso e o apoio ao software livre como uma estratégia de democratização, universalização e redução de custos.

5. Na sua opinião haveria uma tendência de proposições e adoções por parte do novo Governo Federal do uso do software livre?

Não	Pouco Provável	Provável	Bastante Provável	Sim
-----	----------------	----------	-------------------	-----

6. O mercado de tecnologia da informação na perspectiva de garantia de oportunidades de crescimento e restrição de monopólio tende a exigir a atuação normativa de um órgão governamental regulador?

Não	Pouco Provável	Provável	Bastante Provável	Sim
-----	----------------	----------	-------------------	-----

SAÚDE PÚBLICA

"A única forma que os países latino-americanos têm de fazer parte da sociedade da informação é obtendo uma profunda articulação entre seus diversos agentes sociais, ou seja, a sociedade civil, os governos em todos os seus níveis e o setor privado". Susana Finquelievich, pesquisadora do Conicet (Conselho Nacional de Investigações Científicas e Técnicas da Argentina).

A articulação entre agentes sociais tem figurado como um novo paradigma em processos de formulação de políticas, com construção de redes de políticas, grupos de interesse e de pressão.

As tecnologias de informação potencializam a articulação horizontal e transnacional e atenuam-se fronteiras e limites geográficos.

07. Nos próximos 4 anos, será a Internet uma ferramenta de diálogo e fomento à articulação de grupos de interesse entre agentes sociais da saúde pública brasileira?

Não	Pouco Provável	Provável	Bastante Provável	Sim
-----	----------------	----------	-------------------	-----

A bordo da explosão das tecnologias da informação nesses últimos 10 a 15 anos, estamos tentando responder ao desafio das 4 velocidades para sobrevivência na nova economia: percepção, decisão, execução e aferição.

Velocidade de percepção das mudanças, dos desafios, dos problemas e das soluções ou oportunidades.

Velocidade de decisão daquilo que foi percebido.

Velocidade de execução daquilo que foi decidido.

Velocidade de aferição daquilo que foi executado.

Se nós conseguirmos dominar as quatro, iremos conseguir sobreviver como empresa, como negócio, como mercado, como indivíduo, como profissional, como nação. Joelmir Beting ("Como sobreviver na nova economia"), palestra realizada em 26/7/2001, São Paulo. Uma realização do portal de negócios Mercantil.com.

08. A capacidade dos gestores de saúde pública de articular velocidade, informação, decisão e avaliação será incrementada pelo uso sistemático das tecnologias de informação e comunicação nos próximos 4 anos?

Não	Pouco Provável	Provável	Bastante Provável	Sim
-----	----------------	----------	-------------------	-----

Para 2002, os investimentos em TIC em saúde foram orçados R\$ 184,220 milhões. Em 30 de janeiro de 2002, a revista eletrônica Computer World noticiou que o desenvolvimento do Cartão Nacional de Saúde absorveria a maior parte do orçamento de ações de TI em Saúde (40%) com valores de R\$ 75 milhões. Outros R\$ 48,720 milhões seriam gastos com processamento de dados (Datusus e Sistema Nacional de Informações em Saúde - SNIS). Esses recursos são oriundos do Fundo Nacional de Saúde, que responde a mais de 69% do total do orçamento.

Em termos de execução, o orçamento da área de Tecnologia da Informação da União tem tido média de execução nos últimos três anos em torno de 87,56%.

09. Considerando as alterações no congresso e no governo federal, os valores destinados a investimentos em TIC na Saúde Pública deverão, na sua opinião, sofrer reduções nos orçamentos públicos dos anos de 2004 à 2006?

Não	Pouco Provável	Provável	Bastante Provável	Sim
-----	----------------	----------	-------------------	-----

Uma das formas de utilização de Tecnologia da Informação é o uso da Internet. Inicialmente projetadas para serem grandes sites institucionais, as home pages tornam-se cada vez mais dinâmicas e interativas, ampliando o leque de informações e serviços oferecidos por meio de “portais”. O Ministério da Saúde lançou em junho de 2002 o “Portal da Saúde”, oferecendo uma gama de informações ao cidadão, ao profissional de saúde e ao gestor.

10. O “Portal da Saúde” em termos tecnológicos tende a se configurar como uma elemento de democratização institucional do próximo Ministério da Saúde?

Não	Pouco Provável	Provável	Bastante Provável	Sim
-----	----------------	----------	-------------------	-----

Em Política, Tecnologia e Informação em Saúde – A Utopia da Emancipação, Ilara Moraes (2002) trabalha com a hipótese de que “ as atuais bases informacionais constituem o efeito de uma ampliação do olhar do médico sobre o corpo do indivíduo (século XIX) para o olhar das instituições de Estado sobre o corpo social das populações”. Nesse sentido as bases informacionais constituem-se um biopoder e um biossaber com o objetivo de controlar e vigiar, utilizando dispositivos que permitem observar, registrar, distribuir, avaliar em um continuum de classificações, ordenações, arquivamentos e recuperações com o intuito de gerir a vida do corpo social.

Uma das formas possíveis de ruptura desse olhar unilateral , seria o olhar do corpo social sobre si mesmo e sobre esse Estado, tornando-o mais transparente e participativo na gestão dos programas de informação em saúde.

A inclusão da participação de representantes da sociedade civil como uma diretriz para a organização do sistema público de saúde foi uma das mais importantes inovações da Constituição de 1988. A lei nº 8142/90 ao regulamentar esse dispositivo contitucional, previu duas instâncias colegiadas de participação em cada nível de governo: a Conferência de Saúde e os Conselhos de Saúde (Piola, 2002).

Segundo resultados da Pesquisa Tendências do Sistema de Saúde Brasileiro do IPEA, 51% dos painelistas atribuem pouca ou nenhuma eficácia a esses instrumentos, embora 86% manifestem opinião de que nos próximos 10 anos os Conselhos e Conferências terão seus papéis consolidados.

11. Nos próximos 4 anos, os Conselhos e as Conferências se consolidarão como locus privilegiados para discussão e avaliação das informações em saúde de um ponto de vista colegiado e democrático?

Não	Pouco Provável	Provável	Bastante Provável	Sim
-----	----------------	----------	-------------------	-----

O Ministério da Previdência Social, por meio da Secretaria de Assistência Social, constatou que, apesar de ter um mesmo público, cada um de seus programas de transferência de renda tinha um cadastro de beneficiários, acarretando aumento de custos. Constatou, também, que muitas vezes os beneficiários deixavam de receber os recursos por problemas específicos de estados e municípios, intermediários no pagamento.

Em 24 de julho de 2001, por intermédio do Decreto nº 3.877, de 24 de julho de 2001, foi instituído o Cadastro Único dos Programas Sociais do Governo Federal. O objetivo é cadastrar as famílias em situação de extrema pobreza de todos os municípios brasileiros para que as políticas públicas cheguem até elas. Os cadastrados são os beneficiários ou não de programas sociais do governo federal e todos os membros de famílias cuja renda por pessoa seja de até 1/2 salário mínimo. Os cadastradores são monitores do Programa de Erradicação do Trabalho Infantil, professores da rede municipal de ensino, coordenadores do Programa Agente Jovem, Agentes Comunitários de Saúde, técnicos das secretarias municipais de Assistência Social, Saúde e Educação, organizações não-governamentais parceiras, equipes dos Portais do Alvorada, voluntários, enfim, todos que, de alguma forma, estão envolvidos com projetos sociais nos municípios.

Ilara Moraes (2002), credita essa “teia de olhares” a uma utopia contemporânea dos atuais gestores da informação de constituição de amplos cadastros, cada vez mais abrangentes, universais, onde toda a população da sociedade está identificada, numerada, localizada, caracterizada e no dizer da autora passível de ser monitorada.

No entanto, apesar do caráter único desses cadastros, ainda segmenta-se e setorializa – se o corpo social em necessidades e programas distintos e fragmentados.

12. A realização de cadastros únicos como parte fundamental dos Sistemas de distribuição e gestão de serviços sociais e de saúde, trará a curto prazo (2 anos), insumos para uma distribuição mais equânime desses serviços?

Não	Pouco Provável	Provável	Bastante Provável	Sim
-----	----------------	----------	-------------------	-----

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE

Segundo estudos de Ilara Moraes (1994), Sistemas de Informações são instrumentos colocados a serviço de uma determinada Política, sendo estruturados para dar respostas a determinados interesses e práticas institucionais. Portanto, os sistemas de informação em saúde estão condicionados ao contexto do Estado Brasileiro e a suas políticas públicas.

Com base em Claus Offe (1984), Ilara esclarece que o aparelho estatal de tomada de decisões se compõe de um complexo de burocracias capaz de atrasar exigências, adiá-las, decompô-las, fragmentando-as em uma multidão de setores de competência administrativa, reduzindo a dimensão dos problemas sociais, recortando a realidade social. Os Sistemas de Informação em Saúde espelham esse olhar fragmentado.

No tocante a Integração dos Sistemas, as informações institucionais do Cartão Nacional de Saúde indicam que a universalização do Cartão possibilitará a articulação dos Sistemas de Base Nacional (SIM, SINASC, SIA-SUS, SIH-SUS, SINAN, SISVAN, SIAB¹), permitindo

¹ SIM- Sistema de Informações de Mortalidade; SINASC – Sistema de Informações de Nascidos Vivos; SIA-SUS – Sistema de Informações Ambulatoriais; SIH-SUS - Sistema de Informações Hospitalares; SINAN – Sistema de Informações de Agravos de Notificação; SISVAN- Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional; SIAB – Sistema de Informações da Atenção Básica.

que sejam relacionadas as informações, de maneira individualizada para cada cadastro de indivíduo, por meio do número gerado pela Caixa Econômica Federal (CEF) com base no PIS/PASEP.

13. O Sistema Cartão Nacional de Saúde com sua numeração única será suficiente para garantir a articulação entre sistemas de informações mencionados?

Não	Pouco Provável	Provável	Bastante Provável	Sim
-----	----------------	----------	-------------------	-----

Segundo documento orientador sobre utilidades a curto prazo do Cartão Nacional de Saúde na Atenção Básica, grande importância é dada ao cadastramento de indivíduos e domicílios. Segundo o Ministério da Saúde esse cadastramento será utilizado pelo SIAB (Sistema de Informação de Atenção Básica) como o cadastro base para a organização dos Programas de Agentes Comunitários de Saúde e de Saúde da Família (PACS/PSF).

14. O cadastramento será fundamental para a reorganização da atenção básica nos próximos 2 anos?

Não	Pouco Provável	Provável	Bastante Provável	Sim
-----	----------------	----------	-------------------	-----

O Agente Cartão é um programa de computador desenvolvido para possibilitar a integração do Sistema Cartão Nacional de Saúde com outros sistemas de informações. Seu principal objetivo é possibilitar aos municípios que já disponham de sistema próprio de informação, casos como Curitiba, Santo André, Belo Horizonte, Campo Grande e outros participantes do projeto piloto, integrá-los ao sistema nacional desenvolvido para o Cartão Nacional de Saúde. Ao mesmo tempo, o programa pode ser a interface entre o Cartão e outros sistemas de informação desenvolvidos pelo mercado.

15. Mesmo considerando a existência do Agente Cartão, o Sistema Cartão Nacional de Saúde tende a minar iniciativas locais de criação de sistemas automatizados de gerenciamento de unidades de saúde, modeladas de acordo com a realidade municipal?

Não	Pouco Provável	Provável	Bastante Provável	Sim
-----	----------------	----------	-------------------	-----

Segundo o documento Funcionalidades e Usos do Sistema e do Cartão Nacional de Saúde, versão setembro de 2001, do Ministério da Saúde, a utilização do Cartão Nacional de Saúde envolve alterações na forma de trabalho dos profissionais de saúde e na relação entre o usuário e o atendimento realizado. Isso significa, ainda segundo o documento, que poderão haver modificações organizacionais, administrativas e de conduta dos profissionais envolvidos.

Na Administração estudos indicam (Bowditch, 1990) que inovações na metodologia de trabalho encontram resistências, devido a percepções em termos de ameaças, alteração da “zona de conforto” e desconhecimento técnico, sendo função gerencial minimizar essas resistências.

O Cartão Nacional de Saúde é uma inovação tecnológica, mas que tenciona aproximar a relação entre profissionais de saúde, usuários, estabelecimentos.

Uma das iniciativas de preparo ao novo instrumento são as Oficinas de Capacitação Complementar do Cartão Nacional de Saúde. As oficinas são um circuito nacional de treinamento e sensibilização dirigido a gestores e gerentes de saúde e realizado por uma parceria entre o Ministério da Saúde e a Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz.

16. Gestores e gerentes de estabelecimentos de saúde estarão capacitados a administrar os conflitos, ameaças e expectativas em torno do Cartão Nacional de Saúde que marcarão a implantação desse programa em 2003, sob a égide de um novo Ministério da Saúde?

Não	Pouco Provável	Provável	Bastante Provável	Sim
-----	----------------	----------	-------------------	-----

CENTRAIS DE REGULAÇÃO

O projeto Centrais de Regulação de Assistência à Saúde foi apresentado pela Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde em reunião da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) em junho de 2001. Segundo essa apresentação o projeto tem como finalidade: “Apoiar a organização do acesso da população aos serviços de saúde existentes nos Municípios e Estados, de forma mais equânime, obedecendo aos princípios do SUS da regionalização, hierarquização e a integralidade das ações de saúde”. Na reunião, a SAS formalizou o papel das centrais como uma ferramenta de regulação, que deve gerenciar toda a disponibilidade assistencial.

No dizer da SAS, as Centrais de Regulação constituem espaço privilegiado de coleta de informações que deve ter forte interface com o controle/avaliação, além de representar o cidadão/paciente e advogar por ele dentro da complexidade das relações interinstitucionais.

As Secretarias Estaduais de Saúde, por sua vez, encontram-se em um momento bastante favorável ao seu fortalecimento, que torna-se imperativo com a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS-SUS 01/2001). A instituição do Plano Diretor de Regionalização, como instrumento de ordenamento do projeto de regionalização da assistência em cada estado, e os novos conceitos-chaves para organização da assistência no âmbito estadual exigirão das Secretarias de Estado grande habilidade em gestão, transparência, diálogo e mediação.

17. Nos próximos 4 anos as Centrais de Regulação e seu sistema de informações serão utilizados estrategicamente pelas Secretarias Estaduais para o resgate da função reguladora da instância estadual?

Não	Pouco Provável	Provável	Bastante Provável	Sim
-----	----------------	----------	-------------------	-----

No estudo das principais tendências do sistema de saúde brasileiro conduzido por Piola (2002), no tocante a “Mercado e Regulação”, uma questão abordou a importância dos mecanismos de contenção de custos para o setor privado, objetivando conhecer a tendência de revisão da produção de serviços a partir de protocolos clínicos e utilização de “gatekeeper” (médicos controladores da entrada dos usuários no sistema de saúde), dentre outros mecanismos.

Os painelistas opinaram, em sua maioria, que as operadoras de plano de saúde invistarão na adoção de protocolos clínicos e em médicos de entrada como instrumentos de gerenciamento do consumo de procedimentos, com vistas à contenção de custos para a próxima década.

As Centrais de Regulação em Ações de Saúde apóiam-se no uso de Protocolos Clínicos para que Sistemas de Informação possam traçar caminhos adequados e mais efetivos para a condução de casos clínicos.

18. O uso dos Protocolos Clínicos pelas Centrais de Regulação e mesmo a presença de um médico regulador tendem a caracterizar uma estratégia de gerenciamento de consumo e contenção de custos na Saúde Pública?

Não	Pouco Provável	Provável	Bastante Provável	Sim
-----	----------------	----------	-------------------	-----

As centrais de regulação criadas no Estado do Rio de Janeiro pretendem gerenciar a oferta de serviços de saúde referente a internações tendo como objetivo possibilitar um acesso mais ágil e democrático à população, através de centrais informatizadas e interconectadas. Evidenciam a situação dos leitos da região em termos de ocupação/especialidades, poupando assim o usuário da peregrinação por diferentes municípios e hospitais, na busca de internação.

A possibilidade de Sistemas de Informação de Centrais de Regulação disponibilizarem informações em tempo real redefine não apenas o processo de trabalho de referência e contra-referência como dá transparência pública a administração de leitos e vagas via INTERNET.

19. O uso da Tecnologia de Informação por esse programa tende a garantir essa transparência na administração, gestão e processo decisório dos serviços de internação e de média e alta complexidade?

Não	Pouco Provável	Provável	Bastante Provável	Sim
-----	----------------	----------	-------------------	-----

De acordo com a apresentação do programa Centrais de Regulação pela SAS em reunião da Comissão Intergestores Tripartite em junho de 2001, a visão conceitual de regulação implica em cinco dimensões:

- Regulação de sistema
- Regulação de todo o processo assistencial
- Regulação como instrumento ordenador da assistência
- Regulação como garantia de acesso à alternativa terapêutica do momento, de acordo com a necessidade do paciente
- Regulação como ferramenta de gestão

Se por um lado essas dimensões contém um potencial de ordenamento e reorganização dos serviços, por outro exigem atenção na gestão para que o conceito de regulação não implique em amarras burocráticas e entraves aos serviços.

20. As gerências dos estabelecimentos hospitalares do SUS irão incorporar nos próximos 2 anos as dimensões de regulação acima citadas?

Não	Pouco Provável	Provável	Bastante Provável	Sim
-----	----------------	----------	-------------------	-----

No Estado do Rio de Janeiro, as Centrais de Regulação vêm sendo implantadas desde 1999, quando o primeiro Pólo Regional - região Serrana - foi inaugurado no município de Teresópolis. Sua cobertura vem se expandindo para as regiões Norte Fluminense (Campos), Noroeste Fluminense (Itaperuna), Médio Paraíba (Volta Redonda), Metropolitana I (Nova Iguaçu Consórcio), Baixada Litorânea (Cabo Frio), Centro-Sul (Três Rios) e Metropolitana II (Niterói). Compõe também a Rede de Centrais de

Regulação o Pólo Estadual de Regulação de Leitos de UTI Neonatal e de Assistência Hospitalar de Geração de Alto Risco, que funciona no HEMORIO.

Frente a crescente expansão de cobertura, cresce também o monitoramento da utilização da rede de serviços entre municípios, propiciando subsídios de informação para elaboração e monitoria da Programação Pactuada Integrada (PPI) entre os municípios.

21. As informações geradas pelo Sistema de Informações das Centrais de Regulação do Estado do Rio de Janeiro serão utilizadas nas próximas PPI de forma automatizada?

Não	Pouco Provável	Provável	Bastante Provável	Sim
-----	----------------	----------	-------------------	-----

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE E CENTRAL DE REGULAÇÃO

A multiplicidade de sistemas de informação desenvolvidos e mantidos pelo Estado não necessariamente garante a eficácia na produção, gestão e disponibilização das informações. Um exemplo pode ser dado pelos Sistemas de Informação de Mortalidade e Nascidos Vivos do Ministério da Saúde e o Registro Civil administrado pelo IBGE. Apesar de possuírem fonte de dados em comum (Declaração de Óbito e Declaração de Nascimento) as estatísticas vitais processadas pelo IBGE e os Sistema de Informação de Mortalidade e Sistema de Informação de Nascidos Vivos, gerenciados pelo Ministério da Saúde, constituem-se em sistemas de informações distintos e paralelos. Redundância de dados e desperdício de recursos financeiros e humanos são críticas geralmente apresentadas a esse paralelismo.

22. As iniciativas de incorporação de Tecnologia da Informação e Comunicação como a Central de Regulação e Cartão Nacional de Saúde, na sua opinião, tendem a minimizar esse paralelismo?

Não	Pouco Provável	Provável	Bastante Provável	Sim
-----	----------------	----------	-------------------	-----

No artigo Redes – uma estrutura alternativa de organização, Francisco Whitaker (2001) define que uma estrutura em rede significa que seus integrantes se ligam horizontalmente a todos os demais, diretamente ou através dos que os cercam. O conjunto resultante é como uma malha de múltiplos fios, que pode se espalhar indefinidamente para todos os lados, sem que nenhum dos seus nós possa ser considerado principal ou central, nem representante dos demais. Essa configuração distingue-se da tradicional organização piramidal na qual pessoas ou entidades se organizam em níveis hierárquicos, que se superpõem, cada nível compreendendo menos integrantes do que o nível que lhe é inferior.

O Cartão Nacional de Saúde está configurado, em termos de infraestrutura, para conter uma configuração piramidal de Servidores, com apoio desses no nível Municipal, Estadual e Federal. O fluxo de dados, entretanto, não precisa, tecnicamente, de tal hierarquização. Essa organização espelha a hierarquização de gestão de serviços de saúde. As tecnologias de informação e telecomunicação, em especial a Internet, podem subverter essa lógica e privilegiar redes horizontais, fluxos contínuos e distribuídos no tempo e no espaço.

Na Saúde Pública o conceito de rede torna-se essencial devido a interdependência e a organização dos serviços de forma hierarquizada, em níveis de complexidade tecnológica crescente: atendimento primário, secundário e terciário. Soma-se a essa característica, a necessária regionalização dos serviços de saúde, mediante descentralização na tomada de decisões.

23. Os fluxos de informação dos Sistemas do Cartão Nacional de Saúde e das Centrais de Regulação em redes de Tecnologia de Informação e Comunicação podem gerar novas prerrogativas de organização dos serviços de saúde, alterando a configuração e garantindo horizontalização nos processos de tomada de decisão nas instâncias municipal, estadual e federal?

Não	Pouco Provável	Provável	Bastante Provável	Sim
-----	----------------	----------	-------------------	-----

Segundo o documento Funcionalidades e Usos do Sistema e do Cartão Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (versão setembro de 2001), o Cartão Nacional de Saúde deve contribuir para a manutenção e aperfeiçoamento dos sistemas de informação de base nacional, e para incrementar a utilização dos sistemas gerenciais de estabelecimentos de saúde, de sistemas para a regulação de internações e de procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade.

Ainda que não haja referência clara das possíveis interfaces com as Centrais de Regulação, aparentemente os sistemas estão prevendo esse quesito.

Simultaneamente, embora o Cartão Nacional de Saúde não seja um instrumento de regulação propriamente dito, sua aplicação permite maior rastreamento e controle dos usos dos serviços, além de exigir do gestor (conforme documento citado) a hierarquização das unidades e a definição do fluxo de referência e contra referência.

24. Na sua opinião a interface do sistema do Cartão Nacional de Saúde com as Centrais de Regulação será implanta na próxima gestão do Ministério da Saúde (2003-2006), evitando que os sistemas permaneçam como iniciativas paralelas de regulação da provisão e consumo de serviços?

Não	Pouco Provável	Provável	Bastante Provável	Sim
-----	----------------	----------	-------------------	-----