

Eixo I - Políticas de informação, comunicação e inovação em serviços de sistema de saúde

Governança e modelo de gestão da informação e inovação em sistemas e serviços de atenção à saúde

Ilara Hämmerli Sozzi de Moraes

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

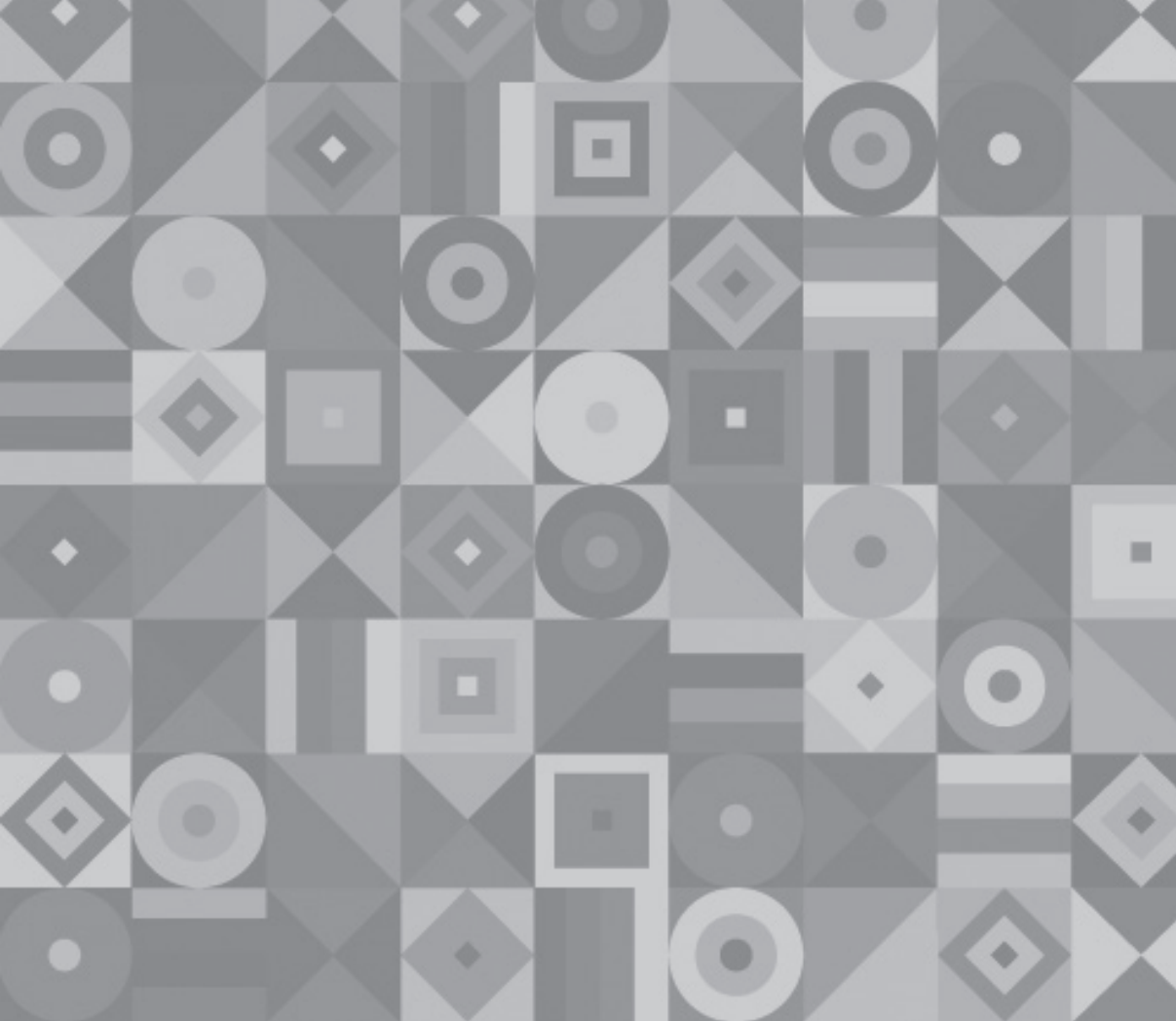
MORAES, IHS. Governança e modelo de gestão da informação e inovação em sistemas e serviços de atenção à saúde. In: CUNHA, FJAP., LÁZARO, CP., and PEREIRA, HBB. orgs. *Conhecimento, inovação e comunicação em serviços de saúde* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2014, pp. 19-41. ISBN: 978-85-7541-556-6. Available from: doi: [10.7476/9788575415566](https://doi.org/10.7476/9788575415566). Also available in ePUB from: <http://books.scielo.org/id/6hks3/epub/cunha-9788575415566.epub>.



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).



EIXO I

***Políticas de informação, comunicação e
inovação em serviços de sistema de saúde***

**GOVERNANÇA E MODELO DE GESTÃO DA
INFORMAÇÃO E INOVAÇÃO EM SISTEMAS
E SERVIÇOS DE ATENÇÃO À SAÚDE**

Ilara Hämmerli Sozzi de Moraes

A solução democrática está na democracia radical,
um movimento constante de socialização da vida
pública, um fortalecimento da condição civil,
humanizadora, solidária, do exercício democrático.

Carlos Fuentes (1928-2012)

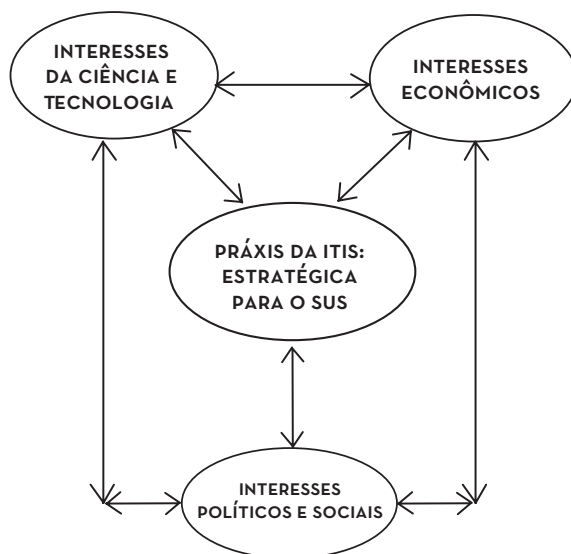
Os atuais modelos de governança e de gestão da Informação e Tecnologias de Informação em Saúde (ITIS) atendem aos desafios contemporâneos decorrentes dos complexos processos de saúde-doença-cuidado? Refletir sobre essa questão constitui o eixo condutor deste estudo desenvolvido com o objetivo de fundamentar proposições de mudanças na governança e na gestão da ITIS vigentes.

O ponto de partida da reflexão ancora-se em análises de diferentes autores, como Vasconcellos e colaboradores (2002), Marteleto (2007), Risi Júnior (2001, 2009), Moraes e Gómez (2007a), Moraes e colaboradores (2009), Silva e Moraes (2012), que fundamentam a seguinte constatação: a atual governança da ITIS constitui um dos principais limitantes à ampliação da capacidade de resposta do Estado brasileiro frente aos problemas contemporâneos a serem superados.

Diante das demandas por melhoria da Saúde, o Ministério da Saúde anuncia, no âmbito da ITIS, iniciativas de implantação de Registro Eletrônico de Saúde/RES, na esfera do debate sobre e-Saúde; mais uma tentativa de implantação do Cartão Nacional de Saúde do Sistema Único de Saúde (Cartão SUS) e a elaboração de novo documento de Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS). Como parte do esforço por compreender esse contexto e fundamentar propostas de mudanças na atual governança e gestão da ITIS, o estudo analisa (i) o papel do Estado e a relação entre o setor público e o privado; e (ii) o modelo atual de gestão da ITIS.

Antes de seguir adiante, cabe ressaltar que os termos “informação” e “tecnologia de informação em saúde” possuem diversas conotações e diferentes significados, mas, em todos, é cada vez mais difícil, na sociedade contemporânea, pensar sobre “informação” de forma desarticulada do debate das tecnologias que lhe dão suporte. Guardam suas especificidades epistêmicas e funcionais, no entanto, avançam celeremente para a confluência de saberes e práticas, constituindo faces da mesma moeda. Daí a opção, neste estudo, por trabalhar com Informação e Tecnologias de Informação em Saúde (ITIS) como um construto da atualidade.

Figura 1.



Todavia, o foco não é toda e qualquer ITIS, mas as Informações e Tecnologias da Informação em Saúde produzidas, desenvolvidas e gerenciadas pelo aparato estatal das três esferas de governo para a gestão, promoção, prevenção, atenção, vigilâncias, assistência, regulação, programas, redes, serviços, ciência e tecnologia em saúde,

bem como para o exercício do controle social e da democracia direta e participativa.

Esses são os referenciais que orientam e fundamentam as reflexões desenvolvidas neste capítulo sobre a atual práxis da Informação e Tecnologias de Informação em Saúde, trabalhada como uma dimensão estratégica em sistemas de saúde universais como o SUS, imersa em um contexto de embates de interesses econômicos, políticos, sociais e da ciência e tecnologia (Figura 1).

O PAPEL DO ESTADO E A RELAÇÃO PÚBLICO-PRIVADO

O denominado setor saúde mobiliza, cada vez mais, um amplo sistema produtivo que responde por 9% do Produto Interno Bruto (PIB), por 10% do emprego formal qualificado e por uma atividade científica que participa com cerca de 25% das publicações nacionais. (GADELHA; COSTA, 2012) Entretanto, esse sistema produtivo não se move exatamente de acordo com os interesses da sociedade para promover, prevenir e ofertar atenção à saúde da população.

No que se refere às ações informacionais em saúde (políticas participativas), as empresas de Tecnologia da Informação (TI) e as de Telecomunicação articulam-se com o Complexo Econômico-Industrial da Saúde (CEIS) em uma tendência à cartelização do mercado brasileiro de Tecnologia da Informação em Saúde (TIS) e à verticalização monopolista da cadeia produtiva nas interseções do mundo digital com o analógico na saúde. O complexo econômico de TI/Telecom avança sobre o SUS vislumbrando promissores negócios, favorecido pelo esvaziamento das instâncias públicas de ITIS, em um contexto de subfinanciamento do SUS. Por isso é essencial a afirmação constante, como Princípio, de que os saberes e práticas do campo da ITIS precisam estar a serviço da sociedade, da justiça social e do exercício do dever do Estado brasileiro em garantir atenção integral à saúde, com qualidade

equanimemente distribuída, com a primazia do interesse público. Neste sentido, vale citar Sonia Fleury (2011, p. 5):

As articulações entre público e privado já não representam enfrentamentos de interesses, representam uma canalização dos interesses privados para o interior de um sistema público que se fragiliza, por isso mesmo, cada vez mais. Hoje, ninguém quer acabar com o SUS, todos querem fortalecê-lo para tirar dele o maior proveito, sejam eles grupos empresariais, industriais, seguros, corporações, políticos, etc.

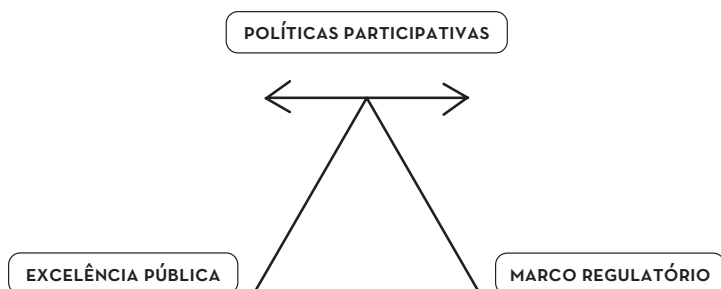
Essa dinâmica econômica *vis-à-vis* interesses políticos, sociais, científicos, tecnológicos, culturais e simbólicos tece a contextura da governança da ITIS, nas três esferas de governo, com o risco da “... subordinação da política pública aos interesses da fração hegemônica do capital em sua reprodução no setor saúde.” (FLEURY, 2011) Tal tendência contribui para a continuidade de aplicação de recursos do SUS prioritariamente em processos de terceirização, de aquisição de equipamentos, tecnologias e importação de padrões proprietários distantes das diversidades culturais, regionais e institucionais brasileiras.

A quem interessa a manutenção desse *status quo* das ações informacionais em saúde? Com certeza não é à população, mas sim ao complexo econômico das tecnologias de informação em saúde formado pelas empresas pontocom, que giram seus capitais na NASDAQ e ao Complexo Econômico-Industrial da Saúde (CEIS).

Diante dos conglomerados empresariais que se formam no âmbito da TI em Saúde, é preciso atenção nas articulações entre público e privado para que não representem uma canalização dos interesses empresariais para o interior da *res publica*, reduzindo a função do SUS a um rico balcão de contratos. Não se trata aqui da superada dicotomia público *versus* privado, estatal *versus* mercado. A questão que se coloca é: qual o papel que se espera do Ministério da Saúde, das Secretarias de Estado e Municipais de Saúde nessa conjuntura?

A história do capitalismo moderno evidencia que um possível caminho virtuoso esteja na adoção, pelos gestores públicos, de políticas voltadas para o fortalecimento da excelência pública, minimizando riscos de dependências de conhecimento e de tecnologias *pari passu* dos avanços na agenda das políticas sociais e participativas. (ALBUQUERQUE, 2007) Ao se optar por esse caminho, emerge a necessidade de um novo marco regulatório que oriente tanto as responsabilidades dos gestores públicos do SUS quanto suas relações com o setor privado da ITIS. Constitui-se, assim, uma tríade (Figura 2) com potência para articular opções políticas estruturantes de um novo modelo de governança da ITIS que amplie a capacidade de resposta do Estado brasileiro nas três esferas de governo compromissadas com os interesses da população.

Figura 2.



Nesse cenário, a participação de atores sociais comprometidos com os interesses públicos em fóruns coletivos de decisão sobre ITIS torna-se estratégica, bem como o acompanhamento das iniciativas e da alocação dos recursos do SUS nas ações informacionais em saúde. No Brasil, com a promulgação pela Presidente Dilma Rouseff da Lei N. 12.527/2011 – Lei de Acesso à Informação (LAI) – ampliam-se as possibilidades de um controle social sobre as ações de governo.

Essa norma legal representa um importante passo na garantia do direito universal de acesso tanto às informações coletadas pelo Estado sobre a sociedade quanto às produzidas pelo funcionamento do aparato institucional. Torna-se uma oportunidade histórica na construção da democracia no Brasil ao representar um marco na direção de um modelo de governança que assume, como obrigação, a transparência do Estado para a sociedade, reduzindo a opacidade sobre suas ações.

Contudo, cabe ressaltar que, em espaços de democracia participativa, a efetividade da LAI pressupõe a compreensão do significado/sentido das informações disponibilizadas e de suas implicações decorrentes das relações políticas e econômicas estabelecidas na governança de sua produção e disseminação, em uma dinâmica na qual não há neutralidade. (MORAES; GÓMEZ, 2007a; MORAES et al., 2009) Esse entendimento articula relações políticas à democratização de saberes, posicionando-as como requisitos para o alcance de uma Justiça Cognitiva (SANTOS, 2010) em espaços participativos de decisão acerca da ITIS e para plena utilização da LAI.

A justiça cognitiva fomenta no indivíduo a vontade de buscar o significado da informação a que tem acesso, em uma atitude de investigação reflexiva e crítica diante da vida, na qual incorpora à vivência o seu processo de liberdade cognitiva. Deixa de ser o objeto de “ações de inclusão”, usuário passivo da informação disponibilizada, e se constrói como sujeito partícipe do processo de inclusão cognitiva.

Para ilustrar, cita-se estudo de Moraes e colaboradores (2009) sobre acesso/apropriação/uso da informação e das TIS no âmbito de Conselhos de Saúde que evidencia a situação desigual entre os segmentos (usuários, gestores, prestadores e trabalhadores da saúde) que os compõem. Traz à tona os limites daí decorrentes para processos deliberativos colegiados que pressupõem simetria de capacidade crítica de análise e argumentação. (MORAES et al., 2009) O enfrentamento efetivo dessa desigualdade torna-se estratégico para uma governança da ITIS que tenha compromisso com os interesses da *res publica* e com o próprio projeto democrático de país que se quer construir.

No senso comum, a ideia de 'democratização da informação' vincula-se ao direito de acesso. Ter acesso é necessário, mas não é suficiente, pois não se democratizam as relações de poder e de produção de saber implícitas nas decisões da Política de Informação e Tecnologia de Informação em Saúde. Este é um dos caminhos para a construção de um país que tenha a coragem de superar as desigualdades existentes, concretizando a utopia da inclusão digital universal realizada, não segundo os ditames de expansão do mercado digital e do ciberespaço, mas sim que atenda a um projeto de democracia participativa e emancipador. (MORAES et al., 2009, p. 90)

A análise sobre a atual governança da ITIS confirma ser condição *sine qua non*, para a construção de um novo modelo, implementar mudanças na correlação das forças políticas prevalentes em seu interior, onde coexistem relações de poder, produção de saberes, competitividade, disputas de interesses privados, ações colaborativas e defesa de interesses públicos e coletivos. Torna-se, pois, estratégica a adoção como princípio de que o fortalecimento da excelência pública na gestão do SUS é um desafio de política de Estado, com potência para introduzir novas variáveis na correlação de forças. Nessa equação, emerge um sujeito histórico fundamental para cooperar na consolidação da *expertise* brasileira sobre ITIS: as instituições de excelência em pesquisa e ensino que optem por um trabalho cooperativo, voltado para o aprimoramento de uma inteligência pública relacionada à ITIS, nas três esferas de governo.

Há diversos exemplos que se aproximam da proposta aqui preconizada: a rede de núcleos cooperativos do Programa Genoma Humano; o Programa de Pesquisa Translacional em Doenças Negligenciadas; o Programa CNPq Institutos Nacionais de Ciência e Tecnologia. A parceria estabelecida da Petrobras com a COPPE/UFRJ, ao longo de 35 anos, que contribuiu para posicionar o Brasil na liderança mundial do domínio da inteligência de prospecção energética em águas profundas. Há também o processo liderado pelo Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais - (INPE/ MCTI), que articula desde 1986 uma rede

de Laboratórios Associados que permitiu ao Brasil autonomia na produção de informações ambientais por sensoriamento remoto, com sua disponibilização gratuita pela internet.

Nessa direção, faz-se urgente a constituição de uma Rede de Instituições de Pesquisa e Ensino em Informação e Tecnologia da Informação em Saúde voltada para um intensivo processo de interlocuções e troca de experiências, que potencialize os investimentos de fomento em Pesquisa e Desenvolvimento (P&D), constituindo massa crítica e criativa, produtora de conhecimento (teórico, conceitual, epistemológico, metodológico, tecnológico e técnico-operacional) posto a serviço do SUS, nos moldes da abordagem de pesquisa translacional. Esta rede abre a possibilidade de mobilizar e agregar saberes e práticas em torno de necessidades complexas do SUS.

Para a saúde coletiva, configura-se como um cenário promissor de maior aproximação aos complexos problemas inerentes às ações informacionais em saúde, contribuindo de forma intensiva ao agregar matrizes de conhecimento da saúde coletiva, como gestão, avaliação, prospecção, transculturalidade de práticas, padrões e protocolos internacionais de ITIS, avaliação de impactos éticos e culturais da incorporação no SUS de ações de e-Saúde.

O marco regulatório existente no Brasil pretende dar conta de diferentes dimensões relacionadas à ITIS. No entanto, a análise dos principais marcos legais referidos a direitos em saúde e ITIS do indivíduo¹ – sujeito do processo de atenção à saúde – evidenciou que se encontram dispersos pela Constituição Federal, leis, decretos, códigos de deontologias profissionais e resoluções, principalmente aqueles sobre confidencialidade, privacidade e sigilo de dados e informações na área de saúde.

1 Constituição Federal; Lei 8080/1994; Código Civil brasileiro, em seus Arts. 20 e 21; Código penal brasileiro (Arts. 153 e 154); Decreto 4.553; Conselho Nacional de Saúde (CNS), Resolução nº 01/88 resultando na resolução 196/96; Código de Ética do Conselho Federal de Medicina (CFM), Arts. 11, 70, 120, 109 e Resolução nº 1.605/2000, Resolução 1.642/2002, Resolução nº 1638/2002; Carta de Direitos e Deveres em Saúde, Portaria nº 1.820/2009 (Art. 4, III, XI, e Art. 5, II, V e VLL); Código de Defesa do Consumidor, Lei nº 8.078.

Corroborando com os resultados encontrados por Passini (2010) em estudo dedicado à Saúde Suplementar, observa-se o predomínio de uma racionalidade de relativa alienação do indivíduo sobre o emaranhado de fluxos percorridos, cruzamentos estabelecidos e usos de seus dados e informações, coletados no momento em que ocorre seu contato com as ações, serviços e profissionais de saúde. O uso intensivo das tecnologias de informação nos processos de saúde-doença-cuidado agudiza a necessidade de novos marcos éticos, políticos, jurídicos, institucionais e administrativos que consubstanciem, em seu conjunto, os limites entre a esfera pública e a esfera privada da vida que a sociedade brasileira quer estabelecer.

Já em 1981, Hannah Arendt alertava que a sociedade de massa foi absorvida por uma sociedade unitária, que uniformizou o privado e o público por meio da categoria do social. Com o avanço da TI, a esfera pessoal é subsumida nos grandes bancos e bases de dados. O indivíduo perde sua condição de sujeito nas ações informacionais desenvolvidas pelo aparato estatal. Na ITIS, ocorre o mesmo, pois não há reconhecimento de sua titularidade nas decisões relacionadas às informações individualizadas sobre sua saúde, utilizadas para atender infinitas demandas sem sua ciência e sem levar em conta sua opinião e consentimento. Considera-se que esta racionalidade prevalece no arcabouço jurídico-legal institucional no qual se insere a ITIS, espaço onde transitam os interesses coletivos de um Estado Democrático e os interesses individuais do Direito Privado. (PASSINI, 2010)

O marco regulatório brasileiro ainda engatinha na adoção do “consentimento esclarecido” sobre o destino das informações em saúde das pessoas. O desafio é consagrá-lo como um direito a ser exercido por cidadãos esclarecidos sobre as implicações do uso de suas informações, fornecidas em confiança à equipe de saúde, em geral em momentos de insegurança e vulnerabilidade, como uma internação, consulta médica ou submetendo-se a exames. A adoção no Brasil do “consentimento esclarecido” sobre a autorização de compartilhamento com o Estado das informações em saúde do indivíduo

constitui um dos principais desafios a ser considerado em um modelo de governança que se defina como democrático, o que pressupõe o direito de negar ou retirar o consentimento anterior.

MODELO DE GESTÃO DA ITIS

Nas sociedades contemporâneas, as ações informacionais em saúde constituem um dos complexos dispositivos de Estado que, segundo Moraes e Gómez (2007a):

1. repercutem nos modos de vida de indivíduos e coletivos, influenciando os sentidos e significados do binômio saúde/doença;
2. se tornam um dos fundamentos essenciais ao próprio processo de gestão em saúde, da vigilância em saúde e da assistência clínica ao indivíduo;
3. se instituem na práxis em saúde, ao mesmo tempo que são um dos instituintes do processo de trabalho, tornando-se o eixo principal para o desenvolvimento e a implementação de novas práticas e conhecimentos informacionais;
4. são espaços de relações de poder e de produção de saber, onde poder e saber coexistem como faces de uma mesma moeda.

Nesse contexto, a atual gestão da Informação e Tecnologias de Informação em Saúde no Brasil ainda se caracteriza pela pulverização de instâncias gerenciais, dispersão de recursos e paralelismo de ações. Este quadro reforça a fragmentação das informações, tanto no que se refere aos Sistemas de Informação em Saúde (SIS) *in per si* quanto às “soluções informáticas” que não interoperam. Ou como descreve José Carvalheiro: “Eliminar a fragmentação em miríade de Sistemas de Informação em Saúde (SIS) amuados, que não

conversam entre si, é sensato”. SIS amuados! Simplesmente preciosa tal afirmação! (MORAES; GÓMEZ, 2007b)

De fato, esta realidade é consequência de uma gestão estruturada a partir da multiplicidade de instâncias “coordenadoras” da ITIS no SUS, que reproduzem a racionalidade fragmentadora da organização do Estado brasileiro. Trata-se de um modelo de gestão que se caracteriza por ser estanque, pontual e redundante entre seus diversos setores, departamentos, coordenadorias, repartições. (MORAES, 1994)

Formalmente, uma das funções essenciais do Estado é realizar a gestão eficaz, eficiente e efetiva de suas ações, serviços e produtos visando ao benefício e melhorias na vida da população e de indivíduos. Entretanto, a análise histórico-estrutural do Estado brasileiro evidencia que este se caracteriza por atuar não de forma integrada, mas sim de forma essencialmente reativa, atomizadora e tópica, em respostas parciais/setoriais. Isso colabora para que as políticas públicas fragmentem e compartimentalizem a realidade e, ao mesmo tempo, promovam cristalizações de interesses dispersos pelos aparelhos de Estado, que se constituem em verdadeiros feudos técnicos. A estruturação do “setor saúde” e, em seu âmbito, a organização das informações em saúde refletem essa racionalidade histórica. (MORAES; GÓMEZ, 2007a)

Esse contexto, prevalente no SUS, determina que a superação da racionalidade fragmentada e fragmentadora em sua gestão transcenda soluções tais como “barramento”, interoperabilidade e padronização. É óbvio que constituem iniciativas essenciais e necessárias, mas não são suficientes. Mudanças na gestão fragmentada da ITIS restritas a tecnicidades e aos especialistas desta área temática são insuficientes para superar a histórica racionalidade de fragmentação dos dispositivos informacionais.

Essa situação é agravada pelo gradual sucateamento das instâncias de gestão da ITIS (MORAES; GÓMEZ, 2007a; RISI JUNIOR, 2006) que, dentre outras consequências, determina uma quase ausência de processos de formação permanente das equipes de ITIS no âmbito do

SUS. Tal fato fragiliza as interlocuções, atrasa a incorporação de inovações, reforça a visão reducionista, tecnicista e meramente instrumental que esvazia a potência e a função estratégica da ITIS e o desenvolvimento de propostas criativas que atendam efetivamente às demandas do SUS e da população.

O esvaziamento estrutural das instâncias de ITIS torna sua gestão vulnerável a pressões de empresas de TI em disputa pelo mercado da saúde. Esta “corrida ao tesouro” é facilitada pela separação da gestão da informação da gestão da TI, em pleno aceleração da convergência digital. A análise de sistemas de informações e “soluções de TI” em saúde evidencia outras divisões como, por exemplo, aquela que distingue as informações ditas epidemiológicas das denominadas informações clínicas, outra falsa dicotomia histórica na Saúde. As informações sobre a saúde de um indivíduo e populações são de interesse tanto da epidemiologia quanto da clínica, o que muda é a abordagem e uso de cada um desses campos de saberes e práticas.

Em relação aos investimentos realizados nas instâncias públicas de ITIS, esses são pontuais, atomizados, planejados e executados de forma estanque, seja entre esferas de governo, seja dentro da mesma esfera. Os recursos de custeio priorizam a terceirização de serviços de TI o que agrava a ocorrência, cada vez mais comum, de *aprisionamento (lock-in)* de instituições públicas às empresas vencedoras das licitações. Há também os casos em que o *software* desenvolvido “passa” para o setor público, mas não os programas-fontes ou o conhecimento intangível que o orienta, obrigando as instâncias do SUS a manterem a empresa desenvolvedora contratada, por termos aditivos sem muita margem de negociação de preços, para treinamento da equipe operadora, manutenção, atualizações ou qualquer mudança que se faça necessária.

Com as justificativas de que o setor público não possui condições e/ou *expertise* e da necessidade de estimular a competitividade de empresas brasileiras (?), ampliando seu *business intelligent* (BI) privado, os recursos do SUS são canalizados para esse setor. Forma-se,

assim, um círculo vicioso com a contraface desta opção política: a ausência sistemática de ações e recursos que promovam a renovação e a qualificação continuada dos servidores que compõem as equipes de ITIS. Este direcionamento dos recursos do SUS obstaculiza o desenvolvimento do BI público, acarretando importantes lacunas de saberes e práticas, principalmente em situações nas quais a dinâmica empresarial não vislumbra como promissoras, por baixa escalabilidade e/ou pouco valor econômico de retorno. Guardadas as devidas proporções, observa-se uma similitude desta racionalidade ao que se observa com as doenças negligenciadas em relação às empresas de medicamentos.

A publicação do IBGE denominada *O Setor de Tecnologia da Informação e Comunicação no Brasil 2003-2006* e o exame dos dados dos exercícios de 2010, 2011 e 2012 tanto da Pesquisa Industrial Anual/IBGE² quanto das despesas realizadas pelo Ministério da Saúde (execução orçamentária, licitações, contratações, convênios), consultadas no Portal da Transparência do Governo Federal³ apontam a tendência do complexo econômico de TI/Telecom preferir estabelecer “parcerias” com o SUS relacionadas às ações assistenciais: ambulatoriais, hospitalares e de exames laboratoriais e de imagens.

Segundo a *Revista Forbes* (Edição online de 25/03/2010), essas são as áreas consideradas como o “filé-mignon” das empresas de ITIS, nas quais os interesses coletivos ou a capacidade de resposta do Estado nem sempre são a prioridade. O modelo assistencial individualista, com ênfase na dimensão curativa da doença, tem concentrado a atenção do setor econômico de TI e Telecom, impulsionando sua articulação com o CEIS, que também se beneficia de políticas de saúde desenvolvidas sob a concepção assistencialista, biomédica.

A breve análise sobre o panorama do mercado de ITI no Brasil suscitou a necessidade de aprofundar a compreensão sobre como a

2 <http://www.ibge.gov.br>

3 <http://www.portaltransparencia.gov.br>

gestão da ITIS está sendo tratada em esferas decisórias do SUS. Para tal, realizaram-se análises documentais de portarias, resoluções e atas de reuniões referidas à esfera federal.⁴

O estudo evidenciou o predomínio de formulações que restringem o debate a tecnicidades computacionais, confinando-o a aspectos pontuais, com baixa capacidade de mudanças na gestão das informações e TI em saúde. Observou-se a ausência de proposições que articulem as iniciativas de ITIS ao seu uso no processo decisório em saúde. Dito de outra forma, a análise documental não encontrou a explicitação do alinhamento estratégico de propostas de ITIS a objetivos primordiais de uma política de saúde.

As instituições necessitam de informações oportunas, com qualidade e no formato adequado para efetivamente auxiliarem os processos decisórios. Na saúde, os gestores e profissionais convivem tanto com rotinas estruturadas e protocolos definidos quanto com situações de risco e alta imprevisibilidade. Nesse contexto, o sucateamento das instâncias de ITIS, poucos investimentos, insuficientes ações de qualificação contínua das equipes e dependência tecnológica de empresas de TI são características que formam um círculo vicioso perverso por aprofundar a distância entre ações informacionais e os objetivos da gestão da saúde.

Esse distanciamento diminui o valor de uso da ITIS nos espaços decisórios do SUS, restringe possibilidades de gerenciamento de riscos às condições de saúde da população e enfraquece a capacidade de intervenção do gestor, dos mecanismos de avaliação e do exercício do controle social. Com baixo valor de uso na percepção dos gestores em saúde, a ITIS é considerada apenas mais um item de gasto, a ser aplicado prioritariamente para automatizar processos administrativos e financeiros, e não investimentos estratégicos com alto impacto na capacidade das estruturas gestoras em resolver problemas. Longe

4 Portarias, resoluções e atas de reuniões da Comissão Intergestores Tripartite (CIT); do Comitê Tripartite de Informação e Informática em Saúde da CIT; da Câmara Técnica de Informação e Informática do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), incluindo suas notas técnicas; e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), no período de 2010-2011-2012.

de reduzir a capacidade de intervenção dos gestores à ITIS, a afirmação anterior pretende tão somente ressaltar que os dispositivos informacionais colocados a serviço da capacidade gestora permanecem frágeis, principalmente levando-se em consideração que o tempo e o espaço são dimensões cruciais para a garantia da equanimidade e qualidade da atenção à saúde.

O resultado das análises permite que se levantem outras questões. Moraes (2002) já havia demonstrado que a tendência é coexistirem superinformação e subinformação, abundância e escassez, em um processo de intensa transparência da sociedade para o Estado, mas de opacidade do Estado para a sociedade. Apesar da Lei de Acesso à Informação (LAI/2011), há interesse dos gestores das três esferas de governo em consolidar dispositivos informacionais voltados para a transparência das “razões e ações do Estado”? Afinal, a quem interessa o uso da informação nos processos decisórios em saúde, com transparência das ações de governo para a sociedade? Mecanismos de gestão transparentes podem ameaçar micropoderes consolidados no interior das instituições, que se sentiriam “vulneráveis” ao exercício do controle social?

Estudo de Moraes e Vasconcellos (2010) conclui que a efetivação de uma rede de sistemas e serviços regionalizada, hierarquizada de atenção integral à saúde pressupõe a incorporação na práxis em saúde da transparência das “razões de Estado” e de seus pactos políticos, bem como da “ética da solidariedade.” (MORIN, 1997) A expectativa é que sejam superadas dinâmicas competitivas de relacionamento inter e intrainstitucional, com o compartilhamento de espaços e mecanismos técnico-operacionais que expressem inovadoras práticas políticas de governança e de capacidade de gestão em saúde. Esse direcionamento suscitará novas demandas para a gestão da ITIS, com variações no compromisso de mudanças em seu modelo, em que se destaque a ligação entre os objetivos presentes (de governo) com os permanentes e futuros (objetivos de Estado). Este é um dos desafios para o SUS.

CONSTATAÇÕES FINAIS

O *status quo* da governança e da gestão da ITIS está imerso em um emaranhado de complexas determinações históricas que precisam ser consideradas em qualquer modelo de gestão da informação e tecnologia de informação em saúde comprometido com os interesses públicos.

A análise da bibliografia citada e dos relatórios técnicos produzidos pelo Centro de Informações em Saúde da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro (CISA/SES-RJ), durante a experiência de informatização da rede hospitalar da SES-RJ no período de 2000-2006 (MORAES; VASCONCELLOS, 2010), evidenciou um conjunto de características recorrentes que devem estar presentes ao se propor alterações na governança e gestão da ITIS. A matriz resultante da análise do material consubstancia o que pode ser considerado como estratégias e mecanismos integrantes das melhores práticas em ITIS. Para o escopo do presente capítulo, são destacadas apenas quatro dessas práticas:

1. Plena compreensão do contexto sobre o qual se quer operar mudanças. Faz-se necessário entender as implicações do legado histórico; da cultura institucional; das disputas de micropoderes técnicos e/ou político-partidários nas estruturas organizacionais; bem como os interesses privados cristalizados nesta ou naquela instância do aparato estatal para os quais a manutenção do *status quo* é benéfica.
2. A ITIS contemporânea é por definição um espaço de confluência de diferentes saberes e práticas. Diante desta constatação, a gestão da ITIS precisa se estruturar de forma a fomentar o diálogo entre áreas de conhecimento e práticas com base em matrizes de pensamento e intervenção que se caracterizem pela inter e transdisciplinaridade. Essa prática é condição *sine qua non* para o desenvolvimento de soluções informacionais para problemas complexos e suscita a necessidade de constituição de redes de

trabalho cooperativo que promovam a troca de experiências e o intercâmbio de práticas, resultados e serviços.

Esse enfoque constitui um desafio crucial para o alcance de uma gestão que se reconheça eficaz, eficiente e efetiva da ITIS: incorporar, no cotidiano das iniciativas, uma sinergia democrática de circulação de saberes e práticas que, respeitando as especificidades epistêmicas, históricas e culturais, rompa com relações concorrenciais sustentadas por uma demanda de autoridade epistêmica sobre as ações informacionais, de caráter excludente, que será sempre parcial e incompleta. (MORAES; GÓMEZ, 2007a)

3. Diante do legado de paralelismo e multiplicidade de instâncias responsáveis pela gerência de SIS e aplicativos em TI, a gestão da ITIS precisa adotar como pilar estruturante de seus processos decisórios o consenso. A ITIS abrange e impacta múltiplas dimensões e diversos setores do processo de atenção à saúde. Sua penetrabilidade no cotidiano da práxis em saúde é de tal ordem que apenas o alcance do consenso cria as condições políticas e materiais para o estabelecimento de parceria com a finalidade do alcance da mudança pretendida.
4. Adoção do conceito de bem público para os sistemas de informações e aplicações em ITIS definidos como complexos e estratégicos para o SUS, em sua dimensão tangível e intangível, garantida a privacidade do cidadão. Destacam-se como sistemas de informações complexos e estratégicos: Cartão Nacional de Saúde (CNS), Registro Eletrônico em Saúde (RES), Sistema de Informação de Regulação Assistencial e Portal do Cidadão.

Afinal, estes sistemas/aplicativos constituem um enorme acervo (*Big Data*) com as principais informações individuais sobre a saúde-doença-cuidado da população. Compõem o patrimônio da sociedade brasileira, registram a memória de trajetória de um povo, em que o interesse público tem de ter primazia. Por isso é tão importante que

seja amplamente discutido pela nação o que precisa ficar na mão do público e o que pode e até deve ficar na mão do privado e como se dará essa relação.

Enfim, os resultados encontrados confirmam a complexidade que envolve a adoção de inovações em ITIS, principalmente quando pressupõem mudanças em processos consolidados de gestão em saúde, com impacto em estruturas de micropoderes. Essa constatação alerta que efetivar as mudanças necessárias no modelo de governança e de gestão em ITIS significa enfrentar limites e desafios cuja matriz explicativa enraíza-se na própria gênese da organização do setor saúde.

A qualidade, grau e velocidade de incorporação de transformações nas ações informacionais em saúde são dependentes tanto da superação de históricos desafios/limites quanto da emergência de novos que, a depender de como serão enfrentados, poderão significar avanços históricos para o SUS ou farão parte da coleção de experiências frustrantes, de fracassos ou, pior, de desperdício de recursos públicos. A história nos dirá.

As reflexões desenvolvidas objetivam contribuir para desvendar caminhos a serem trilhados que se inserem na luta do movimento pela Reforma Sanitária no Brasil, cuja tenacidade desperta esperança ao mesmo tempo em que faz lembrar um ditado turco que diz algo como “As noites estão grávidas e ninguém sabe qual será o dia que nascerá”.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, E. M. Celso Furtado, a polaridade modernização-marginalização e uma agenda para a construção dos sistemas de inovação e de bem-estar social. In: SABOIA, J.; CARVALHO F. J. C. (Org.). *Celso Furtado e o século XXI. Barueri*: Manole/ RJ: Instituto de Economia da UFRJ, 2007. p. 181-203.

ARENDR, H. *A condição humana*. São Paulo: Forense, 1981.

BRASIL. Casa Civil da Presidência da República. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12527.htm>. Acesso em: 1 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde; Organização Pan-Americana da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz. A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2009. 2. v. (Textos básicos de saúde - Série B). (Cap. 1)

FLEURY, S. Defesa intransigente do interesse público na saúde. In: SIMPÓSIO DE POLÍTICA E SAÚDE, 2., 2011. Brasília. *Anais...* Brasília, jul. 2011. Disponível em: <http://www.cebes.org.br/media/File/Blog/CEBES_Teses.pdf>. Acesso em: 1 jun. 2013.

GADELHA, C. A. G.; COSTA, L. S. Saúde e desenvolvimento no Brasil: avanços e desafios. *Revista de Saúde Pública*, 2012, v. 46, p. 13-20, dez. 2012. Suplemento. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46s1/co4193.pdf>>. Acesso em: 1 jun. 2013.

MARTELETO, R. M. Informação, saúde, transdisciplinaridade e a construção de uma epistemologia social. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 576-579, 2007.

MORAES, I. H. S. *Informação em Saúde: da Prática Fragmentada ao Exercício da Cidadania*. São Paulo: HUCITEC, 1994.

_____. *Política, tecnologia e informação em saúde - a utopia da emancipação*. Salvador: ISC/UFBA: Casa da Qualidade, 2002.

MORAES, I. H. S.; GÓMEZ, M. N. G. Informação e informática em saúde: caleidoscópio contemporâneo da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 553-565, 2007a. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n3/o2.pdf>>. Acesso em: 1 jun. 2013.

_____. Informação e informática em saúde: caleidoscópio contemporâneo da saúde. As autoras respondem. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 579-585, 2007b. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-

81232007000300008&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>.

Acesso em: 1 jun. 2013.

MORAES, I. H. S. et al. Inclusão digital e conselheiros de saúde: uma política para a redução da desigualdade social no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, n. 3, p. 879-888, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n3/23.pdf>>. Acesso em: 1 jun. 13.

MORAES, I. H. S.; VASCONCELLOS, M. M. Ambiente de Informação em Saúde na Gestão Estadual do SUS. In: UGÁ, M. A. et al (Org.). *A Gestão do SUS no âmbito estadual. O caso do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

MORIN, E. O método, vol. 4. In: _____. *As ideias, seu habitat, sua vida, seus costumes, sua organização*. Rio Grande do Sul: Sulina, 1997.

PASSINI, R. P. *Implicações Éticas do uso das Informações Individualizadas em Saúde: o Consentimento Esclarecido como instrumento de promoção de princípios bioéticos relacionados à Saúde Suplementar*. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - ENSP/FIOCRUZ, 2010.

RISI JUNIOR, J. B. A experiência Brasileira em Sistemas de informação de Saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana de Saúde; Fundação Oswaldo Cruz. 2. v. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

_____. Informação em saúde no Brasil: a contribuição da Ripsa. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 1049-1053, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n4/32340.pdf>>. Acesso em: 1 jun. 2013.

SANTOS, B. de S. *Descolonizar el Saber, Reinventar el Poder*. Ed Trilce e Ed Extensión Universidad de la República, 2010.

SILVA, A. B.; MORAES, I. H. S. O caso da Rede Universitária de telemedicina: análise da entrada da telessaúde na agenda política brasileira. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 1211-1235, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v22n3/19.pdf>>. Acesso em: 1 jun. 2013.

VASCONCELLOS, M. M.; MORAES, I. H. S.; LEAL M. T. Política de saúde e potencialidades de uso das tecnologias de informação. *Saúde em Debate*, n. 61, p. 219-235, 2002.