

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Conselho Nacional de Saúde

**Seminário de**  
**Comunicação, Informação**  
**e Informática em**  
**Saúde**

2.<sup>a</sup> edição atualizada

Série D. Reuniões e Conferências



Brasília – DF  
2005

© 2005 Ministério da Saúde.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada na íntegra na Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde: <http://www.saude.gov.br/bvs>

O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde pode ser acessado na página: <http://www.saude.gov.br/editora>

Série D. Reuniões e Conferências

Tiragem: 2.ª edição atualizada – 2005 – 500 exemplares

*Elaboração, distribuição e informações:*

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Conselho Nacional de Saúde

Esplanada dos Ministérios, bloco G, Edifício Anexo,

Ala B, 1.º andar, sala 109

70058-900 Brasília – DF

Tels.: (61) 3315-2151/3315-2150

Faxes: (61) 3315-2414/3315-2472

E-mail: [cns@saude.gov.br](mailto:cns@saude.gov.br)

Home page: <http://conselho.saude.gov.br>

*Coordenação:*

Alessandra Ximenes

*Organização:*

Alessandra Ximenes

Verbena Melo

*Colaboração:*

Alessandra Ximenes

Willian de Lima Barreto

Verbena Melo

Janine Miranda Cardoso

Ilara Hämmerli Sozzi de Moraes

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

---

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde.

Seminário de comunicação, informação e informática em saúde / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – 2. ed. atual. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2005.

90 p. – (Série D. Reuniões e Conferências)

ISBN 85-334-1033-6

1. Comunicação. 2. Informática em saúde pública. 3. Disseminação da informação. I. Título. II. Série.

NLM Z 699

---

Catálogo na fonte – Editora MS – OS 2005/1186

*Títulos para indexação:*

Em inglês: Seminar on Health Communication, Information and Informatics

Em espanhol: Seminario de Comunicación, Información e Informática en Salud

EDITORA MS

Documentação e Informação

SIA, trecho 4, lotes 540/610

CEP: 71200-040, Brasília – DF

Tels.: (61) 3233-1774/2020

Fax: (61) 3233-9558

E-mail: [editora.ms@saude.gov.br](mailto:editora.ms@saude.gov.br)

Home page: <http://www.saude.gov.br/editora>

*Equipe Editorial:*

Normalização: Gabriela Leitão

Revisão: Lillian Assunção, Mara Pamplona  
e Paulo Henrique de Castro

Capa, projeto gráfico e diagramação: Denis Gonçalves

# Sumário

Apresentação .....	5
Plano de Trabalho da Comissão Intersetorial de Comunicação e Informação em Saúde do CNS .....	7
O Cadastro Nacional de Conselhos de Saúde como Estratégia de Fortalecimento da Comunicação e Informação .....	13
Comunicação e Saúde: Uma Idéia e Cinco Desafios para Ampliar a Participação e o Controle Social .....	21
Informação em Saúde para o Fortalecimento do Controle Social do SUS .....	33
Política Nacional de Informação e Informática em Saúde .....	45
Propostas Aprovadas na 12. <sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde – Sergio Arouca, Referentes ao Eixo X: Informação e Comunicação em Saúde .....	63
Equipe de Elaboração .....	87



## **Apresentação**

Esta publicação do Conselho Nacional de Saúde (CNS) tem a intenção de subsidiar os participantes do Seminário de Comunicação, Informação e Informática em Saúde, a ser realizado pelo CNS em parceria com o Datasus/MS.

Questões estratégicas ligadas à comunicação, à informação e à informática em saúde estão sendo apresentadas para auxiliar nos trabalhos dos Seminários Regionais, que antecederão o Seminário Nacional, em dezembro de 2005.

Esta publicação está organizada em seis itens, os quais versarão sobre temas a serem discutidos pelos participantes dos seminários. O primeiro tema apresentado é o plano de trabalho da Comissão Intersetorial de Comunicação e Informação em Saúde do Conselho Nacional de Saúde. O segundo é o Cadastro Nacional de Conselhos de Saúde, estratégia que está sendo implementada pelo Conselho Nacional de Saúde, por meio da Secretaria Executiva do CNS. Estamos disponibilizando dois textos, um de comunicação em saúde e o outro de informação em saúde, que foram discutidos em uma oficina de comunicação e informação para o controle social no Congresso da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), em que as autoras colocam a sua contribuição subsidiada pelas propostas aprovadas nas Conferências Nacionais de Saúde.

Apresentaremos a política de informação, formulada pelo Datasus/MS, tendo como referência as proposta, aprovadas da 12.<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde, em 2003. Além disso, trará as deliberações da 12.<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde – Sergio Arouca – referentes à comunicação, à informação e à informática em saúde.

Os temas aqui apresentados foram escolhidos na tentativa de espelhar essa nova fase das discussões de comunicação e informação em saúde em âmbito nacional. Esperamos que esta publicação contribua com os trabalhos dos seminários e seja aliada nessa tarefa de fortalecimento do controle social no País.



# Plano de Trabalho da Comissão Intersectorial de Comunicação e Informação em Saúde do CNS

Geusa Dantas Lelis – Conselheira Nacional /FNE/Fentas  
Maria Thereza Mendonça de Carneiro Rezende – Conselheira Nacional/  
Conselho Federal de Fonoaudiologia/Fentas  
Maria Helena Baumgarten – Conselheira Nacional /Cobap  
Ilara Hämmerli Sozzi – Conass  
Geraldo Adão Santos – Conselheiro Nacional /Cobap  
Alessandra Ximenes da Silva – SE/CNS  
Verbena Melo – Assessoria Técnica da Comissão

# **I. Eixo norteador dos trabalhos da comissão**

Os esforços da comissão estão norteados pelo compromisso com a democratização das informações e com a ampliação da participação da sociedade na definição da Política Nacional de Comunicação, Informação e Informática em Saúde.

## **II. Objetivos**

- Contribuir para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde.
- Fortalecer o exercício do controle social nas políticas públicas de saúde.
- Melhorar a qualidade dos serviços e das ações de saúde, bem como da própria comunicação e informação em saúde existentes.
- Contribuir para ampliar o acesso da população aos serviços e insumos de saúde em seus diferentes níveis de complexidade, à luz do princípio da integralidade da atenção à saúde.

## **III. Prioridades e estratégias de ação**

A comissão propõe uma linha de atuação de curto, médio e longo prazos. Em curto prazo, suas atividades se concentrarão na ampliação das condições materiais consideradas requisitos para se alcançar os objetivos descritos, como, por exemplo, o fortalecimento da interlocução contínua entre o Conselho Nacional de Saúde e os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, priorizando a implementação do Cadastro Nacional de Conselhos de Saúde.

Em médio prazo, a comissão focará seus trabalhos na definição das informações relevantes (o que informar?) e no mecanismo de acesso mais adequado às diferentes situações dos Conselhos de Saúde (como informar?), subsidiando o exercício do controle social

e contribuindo para a apropriação da comunicação e informação pelos conselheiros em seu cotidiano de atuação. Ainda em médio prazo, as ações da comissão estarão voltadas para a ampliação do debate nacional em torno da importância estratégica da comunicação e informação em saúde para os avanços necessários do SUS. Para tanto, serão realizados seminários regionais e nacional.

Em curto, médio e longo prazos serão priorizadas as estratégias voltadas para subsidiar a participação dos Conselhos de Saúde na definição da agenda da Política de Comunicação e Informação em Saúde e fortalecer a *consciência sanitária* na sociedade brasileira.

Cabe destacar que as ações de curto, médio e longo prazos são articuladas e complementares, sendo iniciadas concomitantemente, tão logo esse plano de trabalho seja aprovado pelo Plenário do Conselho Nacional de Saúde. De curto, médio e longo prazos são os resultados esperados das ações implementadas pela comissão.

## Propostas iniciais

- **Subsídio ao exercício do controle social**

Objetivos:

- 1) instrumentalizar o processo de luta dos conselhos e organizar a comunicação e as informações relevantes de saúde de forma adequada à sua vivência;
- 2) estruturar a comunicação e a informação de forma útil e em tempo eficaz para os Conselhos de Saúde, como forma de contribuir não apenas para o acesso, mas, precipuamente, para a apropriação da comunicação e da informação em saúde pelos conselheiros.

- **Processo de apropriação das informações relevantes pelos Conselhos de Saúde**

Objetivos:

- 1) contribuir para a ampliação da apropriação, pelos conselhos, da comunicação e da informação em saúde, de seu significado e sua importância para o exercício do controle social;
- 2) estruturar o processo permanente de discussão em torno do significado estratégico da comunicação e da informação em saúde: oficinas de trabalho junto aos conselheiros de saúde;
- 3) implementação efetiva do cartão SUS.

## **Mecanismos de comunicação e informação**

Analisar e aprimorar os mecanismos existentes de comunicação e informação do CNS:

- informativo eletrônico;
- jornal;
- sítio; e
- carta eletrônica.

Deverá ser criado o *Fique Atento!*, um espaço de democratização da comunicação e informação em saúde que vem acompanhado das explicações necessárias para a melhor compreensão. A proposta é que, a cada mês, seja tratado um problema/dimensão da saúde de relevância nacional, como, por exemplo, mortalidade materna, gravidez na adolescência, infecção hospitalar, dificuldade de acesso a serviços de saúde, etc.

As primeiras discussões apontam para três grandes conjuntos de informações: a) saúde (processo saúde-doença); b) orçamento/finanças/investimento; c) legislação do SUS, incluindo direitos sanitários e deveres institucionais.

- **Seminários Regionais com os Conselhos Estaduais e Municipais**

Tendo por referência o documento base, que consubstancia as propostas do Eixo X da 12.<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde e o documento da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde, os seminários têm por objetivo:

- 1) debater as possíveis mudanças e os aperfeiçoamentos necessários e/ou lacunas porventura existentes, bem como as estratégias para sua implementação visando ao aprimoramento da Política Nacional de Comunicação, Informação e Informática em Saúde em sua expressão nacional, estadual e municipal;
- 2) consolidar o processo de constituição e manutenção do Cadastro Nacional de Conselhos de Saúde; e
- 3) sensibilizar a formação da Comissão de Comunicação e Informação em Saúde no âmbito dos conselhos estaduais e municipais.

- **Seminário Nacional de Comunicação, Informação e Informática em Saúde: Pacto pela Democratização e Qualidade da Comunicação e Informação em Saúde (8 e 9 de dezembro)**

Objetivos:

- 1) debater a Política Nacional de Comunicação, Informação e Informática em Saúde com vistas ao estabelecimento de um pacto nacional pela democratização e qualidade da comunicação e informação em saúde, como subsídio à Conferência Nacional de Comunicação, Informação e Informática em Saúde (CNCIIS);
- 2) alcançar o consenso possível em torno da comunicação e informação em saúde considerado relevante para o exercício do controle social: o que é relevante comunicar e informar?;

- 3) alcançar o consenso possível em torno das estratégias mais adequadas de comunicação em saúde: como comunicar a informação relevante?; e
- 4) consolidar as recomendações dos seminários regionais.

- **Conferência Nacional de Comunicação, Informação e Informática em Saúde**

Objetivo:

Aprovar a Política Nacional de Comunicação, Informação e Informática em Saúde, definindo as formas de financiamento e responsabilidades dos atores do SUS (as três esferas de governo e outros), como parte integrante do pacto de gestão em Saúde.

Cabe à comissão implementar as ações necessárias para a realização da CNCIIS, embasadas no Seminário Nacional de Comunicação, Informação e Informática em Saúde (SNCIIS).

# O Cadastro Nacional de Conselhos de Saúde como Estratégia de Fortalecimento da Comunicação e Informação

Alessandra Ximenes <sup>1</sup>  
Willian de Lima Barreto <sup>2</sup>  
Verbena Melo <sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> Coordenadora da Assessoria de Comunicação e Informação em Saúde do Conselho Nacional de Saúde e gerente do Cadastro Nacional de Conselhos de Saúde.

<sup>2</sup> Assessor técnico do Cadastro Nacional de Conselhos de Saúde.

<sup>3</sup> Jornalista do Conselho Nacional de Saúde e Assessora do Cadastro Nacional de Conselhos de Saúde.

O Cadastro Nacional de Conselhos de Saúde é uma proposta que vem sendo discutida nos fóruns deliberativos da Saúde desde 1996. A 10.<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde, realizada naquele ano, iniciou as primeiras discussões em torno da proposta. A 11.<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde (2000) deu prosseguimento à discussão e a 12.<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde (2003), na temática de comunicação e informação em saúde, aprovou a proposta e apontou a necessidade de construção de um sistema que atendesse aos Conselhos de Saúde na perspectiva de melhorar a comunicação e informação no âmbito dos conselhos. Desta forma, o Conselho Nacional de Saúde aprovou a proposta de implantação de um sistema nacional de Conselhos de Saúde e o mesmo foi apresentado em vários fóruns, entre os quais destacam-se: a Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, o Encontro das Secretarias Executivas dos Conselhos Estaduais de Saúde, a Oficina de Cadastro de Conselhos de Saúde e de Controle Social, no Congresso da Abrasco, em 2005, o Encontro Nacional de Secretários Municipais de Saúde e no Congresso Internacional de Bibliotecas Virtuais e Informação em Saúde.

A providência imediata visando à implementação da proposta aprovada na 12.<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde foi a de avaliar os dados existentes em cadastro de Conselhos de Saúde. Constatou-se a existência de quatro cadastros existentes no âmbito do Ministério da Saúde, os quais apresentaram dados diferenciados em relação aos Conselhos de Saúde. Outra avaliação realizada diz respeito ao fato de que nenhum dos cadastros possui rotina de atualização de dados, o que acarreta uma defasagem nas informações.

Partindo dessas constatações, surgiu a necessidade de construção de um cadastro único capaz de refletir a realidade dos Conselhos de Saúde no Brasil e com endereçamento que permitisse um contato rápido e ágil. A proposta foi construída atendendo à proposição aprovada na 12.<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde, como também com a finalidade de responder às solicitações dos Conselhos de Saúde na criação de um sistema de informação em Saúde voltado para a cidadania e disponível para a população de forma atualizada e contínua. Na perspectiva de fortalecer a interlocução contínua entre o Conselho Nacional de Saúde, os Conselhos Estaduais e Municipais de saúde.

Entendemos que esta alternativa de acesso a informações, aliada a outras, pode contribuir sobremaneira para o aperfeiçoamento do processo de comunicação e conseqüente fortalecimento do controle social, além de permitir o acesso à informação a diversos atores sociais.

O Cadastro Nacional de Conselhos de Saúde é uma estratégia que utiliza a internet para analisar os dados dos Conselhos Estaduais e Municipais, através de um instrumento construído pelo Datasus/MS. O objetivo da proposta é manter um cadastro único, atualizado, com identificação dos Conselhos de Saúde de âmbito estadual, municipal e DF e de seus presidentes. A atualização dos dados será feita mediante conta de acesso (senha) fornecida aos Conselhos de Saúde.

Esses dados serão disponibilizados para todos os órgãos do Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, Conselhos Estaduais, Conselho do Distrito Federal e Conselhos Municipais. Além de estar disponível para consulta por parte da sociedade.

A elaboração da proposta teve a participação de parceiros importantes. As discussões aconteceram em várias etapas. O cadastro mostra-se como um instrumento importante no processo de fortalecimento das relações entre os Conselhos de Saúde e o Conselho Nacional de Saúde.

O acesso ao sistema se dá pelo endereço eletrônico <http://form-sus.datasus.gov.br/cns>, onde existe um link de acesso à consulta de dados do cadastro e acesso ao preenchimento.

Ao implementar o projeto, o Conselho Nacional de Saúde entende que existe a necessidade de estabelecer um sistema de informações com caráter intersetorial, abrangendo os Conselhos de Saúde nas três esferas, garantindo programas de informática compatíveis com a diversidade regional, para que as informações resultantes possam ser democratizadas mais facilmente aos usuários, trabalhadores, prestadores de serviço e gestores. Também dar visibilidade às informações dos Conselhos de Saúde para a sociedade. O Sistema do Cadastro Nacional de Conselhos de Saúde foi criado pelo Datasus/MS, sob a gestão do Conselho Nacional de Saúde.

As informações que constam no cadastro de Conselhos de Saúde são:

#### Tabela

- Identificação (Nome do Conselho – Estadual, Distrito Federal e Municipal); Endereço (bairro/localidade, complemento, ponto de referência, CEP);
- Telefone, fax e endereço eletrônico;
- Dados de funcionamento do conselho (data de criação do conselho, instrumento de criação, data da última recomposição do conselho).
- Outros dados do conselho (periodicidade das reuniões, temas abordados nas reuniões e adequação à Resolução n.º 333/2003 do CNS);
- Composição atual do conselho (quantidade total de conselheiros, quantidade de usuários, quantidade de trabalhadores de saúde, quantidade de prestadores de serviço e quantidade de gestores).
- Dados do presidente (nome completo, sexo, faixa etária, segmento, estado, município, bairro/localidade, endereço, complemento, ponto de referência, cep, telefone, fax, endereço eletrônico e autorização para divulgação dos seus dados).

## Projeto Piloto

A implantação do Cadastro Nacional de Conselhos de Saúde inicialmente se deu com testes pilotos em duas Regiões (Rio Grande do Sul e Amazonas). A equipe técnica do cadastro optou por iniciar os testes em regiões com realidades diferentes, a fim de que esses testes iniciais pudessem detectar ajustes no sistema e subsidiar a implantação no restante do País.

Os testes iniciais apontaram êxitos nos referidos estados. No Rio Grande do Sul e Amazonas, nos meses de abril e maio. No Estado do Amazonas, atingiu-se 100% de implantação; e no Rio Grande do

Sul, 93,76%, que posteriormente atingiu 100%. Agora, a implantação ocorrerá nas demais regiões do País de forma gradativa. O processo de implantação ocorrerá respeitando a escolha por região, sendo que a Região Nordeste, em função do número de Estados, terá dois Estados contemplados por etapa.

O Cadastro foi avaliado pelos Estados como um efetivo instrumento de comunicação e informação entre conselhos. O resultado dos dados foi apontado como facilitador no acesso às informações necessárias para melhorar a atuação dos Conselhos de Saúde. Na 12.<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde, foi avaliado, no cenário Mundial e no Brasil, as políticas e estratégias setoriais de comunicação e informação que se encontram no eixo central das possibilidades de geração de novos processos e de mudanças nos modelos institucionais de gestão. Para tanto, se faz necessário democratizar a comunicação e a informação para o exercício do controle social e garantir a implementação de uma política de comunicação e informação nos Conselhos de Saúde, no sentido de ampliar o diálogo desses com a sociedade.

## **Quadro do Cadastro Nacional de Conselhos de Saúde – estados implantados até novembro de 2005**

<b>Região Norte/Estado</b>	<b>Região Nordeste/Estado</b>	<b>Região Sudeste/Estado</b>	<b>Região Centro-Oeste</b>	<b>Região Sul/Estado</b>
Amazonas	Bahia	Espírito Santo	Goiás	Santa Catarina
Acre	Maranhão	Rio de Janeiro	Mato Grosso do Sul	Rio Grande do Sul
Amapá	Pernambuco			Paraná
Rondônia	Piauí			
Roraima	Rio Grande do Norte			
Tocantins				

Fonte: Conselho Nacional de Saúde/2005

## Quadro do Cadastro Nacional de Conselhos de Saúde – estados a serem implantados até dezembro de 2005

Região	Estado
Norte	Pará
Centro-Oeste	Distrito Federal
Centro-Oeste	Mato Grosso

Fonte: Conselho Nacional de Saúde/2005

## Quadro do Cadastro Nacional de Conselhos de Saúde – estados a serem implantados até fevereiro de 2006

Região	Estado
Sudeste	Minas Gerais
Sudeste	São Paulo
Nordeste	Alagoas
Nordeste	Ceará
Nordeste	Paraíba
Nordeste	Sergipe

Fonte: Conselho Nacional de Saúde/2005

## Referências bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *O CNS e a Construção do SUS: referências estratégicas para melhora do modelo de atenção à saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Legislação do SUS*. Brasília: CONASS, 2003.

ENCONTRO NACIONAL DE CONSELHEIROS DE SAÚDE, 1998, Brasília. [*Anais...*]. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 1998.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 10., 1996, Brasília. [*Anais...*].  
Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 11., 2000, Brasília. [*Anais...*].  
Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2003.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 12., 2004, Brasília. [*Anais...*].  
Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2004.

OFICINA DE TRABALHO INFORMAÇÕES EM SAÚDE PARA O CONTROLE  
SOCIAL, 2003, Brasília. *Relatório final*. Brasília: Editora do Ministério da  
Saúde, 2003.

PLENÁRIA NACIONAL DE CONSELHOS DE SAÚDE, 12., 2004, Brasília.  
*Relatório final...* Brasília: Ministério da Saúde, 2004.



# Comunicação e Saúde: Uma Idéia e Cinco Desafios para Ampliar a Participação e o Controle Social

Janine Miranda Cardoso<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Cientista social, mestre em Comunicação e Cultura. Vice-diretora de Ensino do Centro de Informação Científica e Tecnológica da Fundação Oswaldo Cruz. Membro do Grupo de Trabalho Comunicação e Saúde da Abrasco. Contatos: [janine@cict.fiocruz.br](mailto:janine@cict.fiocruz.br); (21) 3865-3253 e 3865-3235.

## Primeiras palavras

Este texto foi preparado para a Oficina Controle Social e Cadastro Nacional de Conselhos de Saúde, promovida pelo Conselho Nacional de Saúde, em julho de 2005, para ampliar o debate sobre as políticas de comunicação e informação. Naquele encontro, mais uma vez se manifestaram a sensibilidade dos conselheiros para o tema e a urgência de suas demandas de comunicação no dia-a-dia da participação e do controle social no Sistema Único de Saúde. Agradeço mais uma vez o convite do Conselho e da sua comissão de comunicação, acrescentando nessa nova versão um pouco do que aprendi com a rica troca de idéias e experiências durante esse debate.

Nesse curto espaço, vou defender apenas uma idéia central, que imagino seja compartilhada pela maioria de vocês: *o SUS, a participação e o controle social precisam de novas formas de fazer e de entender a comunicação*. No final, destaco alguns desafios, dentre os muitos que vêm sendo discutidos nos encontros, nas plenárias e Conferências de Saúde.

Como acontece com qualquer texto, aqui estão presentes muitas vozes, algumas concordantes e outras convocadas para marcar a diferença. Embora não cite todas, lembro que muito do que aqui é apresentado se deve ao trabalho coletivo com companheiros(as) da Fiocruz, especialmente do Departamento de Comunicação e Saúde e do Grupo de Trabalho Comunicação e Saúde da Abrasco.

O tom informal também é intencional, por querer continuar a conversa e o debate.

### **Uma idéia simples (mas nem tanto)**

Uma primeira questão se coloca logo de saída: se falamos da necessidade de novas formas de entender e praticar comunicação no campo da Saúde, quais são as outras formas que queremos superar e por que?

Podemos dizer que, no Brasil, a associação entre comunicação e saúde existe pelo menos desde a década de 20, quando foi criado o

Serviço de Propaganda e Educação Sanitária, no então Departamento Nacional de Saúde. A partir daí, passou-se a investir na divulgação das medidas de higiene para se evitar a propagação de doenças. Mais convencimento e menos coerção era a fórmula para diminuir a resistência da população às inovações científicas, como as vacinas, que eram eficazes, mas que muitas vezes iam contra sua cultura e dos valores.

Eram, principalmente, ações de comunicação e educação para prevenção, realizadas nas poucas escolas, locais de trabalho, portos, com produção de material informativo, palestras e campanhas, muitas campanhas. Uma comunicação de mão única, de cima para baixo, com muita fala das autoridades e pouca escuta da população, sempre encarada como aquela que não sabe. O objetivo principal era o de que a população adotasse as normas e medidas sanitárias, mudando comportamentos e hábitos. Não se admitia a possibilidade de outras respostas.

Após a Segunda Guerra Mundial, a comunicação foi vista como grande motor para a arrancada para o desenvolvimento, para superar o atraso (o analfabetismo, as superstições, as credences, etc.). Era a comunicação para o desenvolvimento. Mas como as instituições agiam? Estimulavam a participação da população, capacitavam suas lideranças, mas para aprender e seguir as normas e os objetivos que já tinham sido estabelecidos pelas instituições. Era uma participação regulada, com uma agenda já definida. Tutela.

Nessas últimas décadas, o desenvolvimento de tecnologias de informação e comunicação foi impressionante: do telefone, do rádio e da televisão, passamos a contar com vídeo, computador, DVD, celular, internet, e a cada dia surge uma nova possibilidade de uso e de interação entre as mídias, como a TV digital.

Ainda assim, e de maneira bem sucinta, podemos dizer que a idéia predominante na saúde é a da comunicação como mera transferência de informações de um emissor, que seria detentor de conhecimentos e habilidades (os governos, as instituições, as agências de publicidade), para receptores “desprovidos” desses recursos – em

geral, os segmentos mais pobres e vulneráveis da população. Nessa perspectiva, se utilizarmos a linguagem e os veículos adequados, o sucesso da comunicação estaria assegurado. Sucesso definido como o entendimento da mensagem pelo receptor, tal e qual foi pensada pelo emissor.

Essa idéia sobre a comunicação é tão familiar quanto problemática. Por muitas razões, mas principalmente porque se vê a comunicação como um instrumento, um conjunto de meios, veículos e mensagens que levem à informação. Por não se considerar as desigualdades, as diferentes realidades e interesses sociais, esse modelo acaba por transformar qualquer discordância, resistência ou dificuldade em falta de informação, problema ou ruído de comunicação. Essa é uma visão aparentemente neutra, técnica e apolítica, mas que acaba por priorizar os interesses e objetivos do emissor, aqueles que têm o poder de falar e difundir suas idéias – que, em sociedades autoritárias como a nossa, é um poder historicamente excludente e concentrado.

## **Por que mudar? Mudar para quê?**

A nossa idéia é a de que o avanço do SUS vem exigindo um outro modelo de comunicação, que alimente práticas mais coerentes com a visão ampliada da saúde e com as propostas de descentralização, participação e controle social. Veja, não se trata de uma mudança no conteúdo da mensagem: para levar adiante o projeto de mudança que o SUS representa, é preciso mudarmos nossas idéias de comunicação, mudarmos as perguntas e os objetivos que associamos a ela, sob pena de continuarmos praticando a velha comunicação sanitária, ainda que de roupa nova.

O mesmo movimento que deu origem ao SUS começou a demonstrar o quanto as práticas de educação e comunicação sanitárias eram insuficientes e mesmo contraditórias com o novo projeto. Vejamos alguns marcos dessa trajetória.

A 8.<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde celebrou um pacto em torno de uma outra concepção de saúde, um conceito ampliado que

relaciona saúde às condições de vida e não mais como ausência de doença. Vai mais além e afirma saúde como direito de cidadania, na linha que tornou a *saúde* inseparável da democracia. A educação, a participação e a liberdade de expressão (comunicação) tornaram-se requisitos do direito à saúde.

Em decorrência, se ampliaram e se diversificaram os atores que participam, formulam as políticas e têm o direito de falar sobre saúde. Se antes, até bem pouco tempo, apenas o médico ou a autoridade sanitária (secretário, ministro) tinham esse direito, a partir da 8.<sup>a</sup> CNS, esse direito passa a ser compartilhado (ou exigido) também por trabalhadores da saúde e pelos cidadãos, representados por diversas entidades e movimentos. Isso significa reconhecer que os assuntos da saúde envolvem diferentes atores e interesses. Esse processo fortalece e é fortalecido pela municipalização, descentralização e criação dos conselhos, espaço, onde esses diferentes interesses e necessidades devem ser manifestos, negociados e deliberados.

Como então continuar a pensar em apenas um pólo emissor, quando aqueles que eram considerados públicos-alvo, receptores estáticos e desprovidos de saberes, participam e reivindicam seu lugar no debate público?

Não é por acaso que todas as conferências têm se manifestado sobre comunicação, sempre em estreita relação com o tema do controle social, como subsídio e incentivo à participação popular no processo de democratização do Estado. A comunicação fica mais próxima dos diferentes contextos (políticos, culturais, institucionais) em que acontece.

Por outro lado, continuamos falando da necessidade de ampliar as informações preventivas, o conhecimento sobre os riscos e determinantes do processo saúde-doença, de capacitar líderes comunitários, de utilizar a linguagem adequada, etc. Não há menor a dúvida de que essas questões são importantes: há uma agenda não vencida de necessidades centenárias (não só na saúde) a que se somam outras tantas mais recentes. A questão é como iremos enfrentá-las.

## O que dizem as plenárias, os encontros e as conferências de saúde?

Desde a 8.<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde, com todas as idas e vindas do cenário político brasileiro, o SUS avança, as discussões amadurecem, multiplicam-se as demandas comunicativas. É impossível resgatar todas as propostas e deliberações produzidas pelas plenárias e conferências de saúde. Queremos apenas dar uma idéia da riqueza das propostas e da diversidade de temas, atores e contextos que o SUS tem relacionado com a comunicação.

### **Sobre a comunicação com a população**

- Comunicação democrática com a sociedade que garanta maior visibilidade ao direito à saúde, aos princípios do SUS, às políticas e aos orçamentos da saúde, visando a ampliar a participação e o controle social.
- Respeito à diversidade e às características regionais, culturais, étnicas, tecnológicas (possibilidades de acesso), buscando a universalidade, a pluralidade de expressão e a imparcialidade da comunicação.
- Divulgação permanente de informações sobre as ações de promoção, sobre os serviços de prevenção e assistência do SUS, assim como das informações epidemiológicas de interesse para a população.
- Democratizar as informações científicas e epidemiológicas, garantindo ampla divulgação dos conhecimentos, programas e projetos da comunidade científica para a saúde individual e coletiva, estimulando a discussão crítica e pública da ciência, da tecnologia e da saúde.
- Garantia de acesso às informações e aos espaços de discussão nos serviços e nas ações de saúde.
- Utilização de todos os meios de comunicação: a grande imprensa, internet, as rádios AM e FM, rádios comunitárias,

televisão aberta, TVs comunitárias, boletins, jornais de bairro, veículos próprios dos governos, das entidades, dos movimentos sociais e de todos os segmentos envolvidos com o controle social.

- Considerar as necessidades dos portadores de deficiências, desenvolvendo estratégias de comunicação específicas.
- Os planos e as ações de comunicação devem ser aprovados nas instâncias do SUS, com objetivos, orçamentos e formas de avaliação claramente definidas.

## **Sobre a comunicação nos Conselhos de Saúde**

- Garantir permanente comunicação entre os conselhos e conselheiros das esferas municipal, estadual e nacional, o que inclui infra-estrutura – espaço físico e equipamentos –, pessoal e veículos próprios de comunicação.
- Divulgar com antecedência as datas de reunião dos conselhos, esclarecer as suas atribuições e estimular a participação da população.
- Divulgar amplamente as deliberações dos conselhos, das conferências, dos fóruns e das plenárias.
- Informar a população sobre o papel do Ministério Público, Procon e dos órgãos e conselhos fiscalizadores das profissões.

## **Sobre a comunicação nos serviços, nas ações e nas equipes de saúde**

- Todas as unidades de saúde, inclusive as contratadas, devem afixar placas com o logotipo do SUS, em lugar visível e acessível, informando sobre os serviços prestados, as normas e os horários de trabalho dos profissionais, nome do gestor responsável e as formas de contato.
- Desenvolver estratégias de comunicação, integrando profissionais, serviços e usuários, visando à melhoria da qualidade e ao compartilhamento de informações; implementar caixas

de coleta de sugestões, críticas e opiniões que devem ser analisadas e respondidas pelo gestor e pelo conselho.

Várias outras questões importantes foram indicadas, como a regulamentação da propaganda de substâncias e produtos nocivos à saúde (álcool, cigarro, etc.), a capacitação de conselheiros e profissionais de comunicação e saúde, e muitas demandas e estratégias específicas visando a assegurar direitos de grupos mais vulneráveis.

Gostaria, porém, de destacar uma deliberação da 11.<sup>a</sup> e da 12.<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde que reúne e sintetiza uma série de outras propostas, a Rede Nacional e Pública de Comunicação e Saúde. A rede foi pensada para favorecer a articulação entre os Conselhos de Saúde, as comissões intergestoras, as instâncias dos Poderes Executivo e Legislativo, o Ministério Público e todos os segmentos envolvidos com o controle social, por meio da internet e de outros meios de comunicação. A rede teria como compromissos centrais aprofundar a cidadania, o controle social e a mobilização popular em defesa do SUS; fortalecer os movimentos e as redes sociais; democratizar as informações; favorecer a transparência da gestão e a capacitação de conselheiros. Por isso, a rede é vista como a materialização de uma política ampla, horizontal, descentralizada, que reconhece e torna mais visível a pluralidade de atores que constroem o SUS. Relembrando uma afirmação de Áurea Pitta, companheira da Fiocruz e da Abrasco que há muito tempo acompanha as demandas e a discussão da comunicação e da saúde: a rede concretiza uma série de princípios, objetivos e estratégias que sustentam uma nova política de comunicação e uma nova ética comunicacional. De natureza pública e não apenas governamental, elas propõem uma outra relação entre governos e sociedade.

Por isso, mesmo contando com um mapeamento bem completo das necessidades e propostas de comunicação, enfrentamos inúmeros obstáculos para levar à prática uma política que assuma e exercite um conceito de comunicação tão ampliado quanto o conceito de saúde e de participação que fundamentam o SUS.

# Alguns desafios

Termino este texto propondo cinco desafios para a discussão, pois nos parecem centrais para a agenda da comunicação na saúde. Alguns foram sistematizados por Valdir Oliveira, professor da UFMG e companheiro GTCOM/Abrasco, e apresentados em palestra realizada na Fiocruz, em 2004.

## 1. Superar a visão instrumental da comunicação e as práticas campanhistas

Boa parte das propostas e das necessidades do SUS esbarra nas limitações dessa idéia da comunicação como instrumento, como meio de passar as informações, que ainda predomina entre nós. A comunicação, assim, fica presa no esquema emissor ➔ mensagem ➔ canal ➔ receptor.

Essa forma de pensar a comunicação permitiu muitos avanços tecnológicos, mas já vimos que tem sérios problemas para descrever ou explicar a comunicação entre pessoas.

Qualquer modelo é uma simplificação da realidade, mas esse deixa de fora ou dá muito pouca importância a aspectos que são fundamentais em qualquer prática comunicativa: os contextos, as situações concretas em que a comunicação acontece, as pessoas reais que dela participam, com suas histórias de vida, idéias, interesses, preocupações, (in)disposições, aliás, tudo o que o SUS quer considerar em primeiro plano com as propostas de descentralização, municipalização, humanização da atenção. Comunicar não é apenas passar uma informação porque é sempre um processo social mais complexo, que envolve relações entre pessoas e grupos, identidades, projetos, diferenças de saber e poder. Precisamos de outros modelos que lidem com os múltiplos discursos existentes na sociedade e considerem a força dos contextos nos processos de comunicação.

Da mesma forma, precisamos ir além das ações campanhistas, pois, ainda que possam ser necessárias, elas têm resultados limitados, pontuais e episódicos. O SUS aponta para atividades permanentes e o estabelecimento de vínculos entre profissionais, serviços e usuários.

Para isso, é preciso tempo e disponibilidade para conhecer, ouvir e dialogar com necessidades e expectativas da população, em geral muito mais diversificadas do que os serviços e as campanhas oferecem.

## **2. Mais saúde na mídia**

Em todas as discussões, sempre é muito destacada a importância de conquistar mais espaço na mídia, seja para a promoção da saúde, para a prevenção de doenças, seja para divulgar o SUS e o controle social – legislação, formas de organização, instâncias de deliberação, etc. Diante do poder da mídia de agendar os temas que a sociedade discute e considera importantes, argumenta-se que os meios de comunicação devem cumprir sua finalidade de serviço público.

Embora a reivindicação seja mais do que justa, sabemos que essa não é uma questão de simples solução, pois a lógica da mídia é bem diferente da lógica do SUS e muitas vezes são conflitantes. A dificuldade aumenta quando se trata de incluir o controle social nas agendas da mídia e da sociedade. Será preciso desenvolver estratégias diversificadas de aproximação e esclarecimento, tendo claro que muitas vezes será necessário denunciar abusos praticados pelos meios de comunicação. Algumas propostas apresentadas na 10.<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde permanecem válidas para aperfeiçoar a comunicação dos Conselhos de Saúde: a criação de comissões e câmaras técnicas, a parceria com universidades, ONGs, entidades e rádios comunitárias para vencer as limitações técnicas, e a capacitação dos conselheiros de saúde. A luta mais ampla pela democratização dos meios de comunicação também não deve ser esquecida, assim como a maior articulação dos Conselhos de Saúde com o Ministério Público, instâncias de defesa do consumidor e de defesa da cidadania plena. Outra estratégia já indicada é fortalecer as rádios e TVs comunitárias, explorando seu potencial de comunicação mediante parcerias com universidades e entidades.

## **3. Democratizar o acesso às tecnologias de comunicação**

Embora o desenvolvimento tecnológico seja imenso, com a fusão de várias mídias, o acesso às novas e antigas tecnologias de informação e comunicação continua perversamente restrito. A relação dos conselheiros – principalmente aqueles representantes de usuários,

com os grupos que representam com outras instituições e entidades – era e continua sendo dificultada por problemas que vão da falta de dinheiro para locomoção e equipamentos básicos, como telefone, televisão e vídeo, até a aquisição dos mais sofisticados recursos da informática e acesso à internet.

Por tudo o que já foi dito, fica claro que a comunicação não é só tecnologia, mas não há dúvidas de que a democratização dos meios de comunicação é fundamental, aí incluída a luta pela inclusão digital. Sem ela, as desigualdades sociais e da luta política só aumentam.

A proposta da Rede também deve ser lembrada aqui, pois implica a abertura de salas, quiosques, centros de documentação, enfim, espaços que facilitem a circulação de informações e propiciem o debate de idéias e projetos.

#### **4. Descentralizar a comunicação**

As atividades de comunicação talvez sejam as que permanecem mais centralizadas na área da Saúde: as campanhas publicitárias são um exemplo bem evidente. Descentralizar as ações de saúde e ter uma efetiva gestão participativa envolvem compartilhar também o poder de falar – pessoalmente ou por meio de impressos, vídeos, rádios, internet. Por isso, é fundamental implementar as proposições das conferências, principalmente aquelas que envolvem a definição dos planos locais de comunicação, com aprovação e de orçamento, equipes e infra-estrutura.

Na oficina do Conselho, um momento muito rico e um dos mais divertidos também, um conselheiro do Amazonas apresentou várias confusões provocadas pelo desconhecimento das expressões e gírias locais. Esses casos eram exemplos concretos das diferenças regionais e culturais que existem em nosso País. E também da necessidade de usar uma linguagem adequada e clara nos materiais sobre saúde. Quero reforçar que a linguagem sempre se relaciona com a identidade dos grupos e com as diferenças de poder dentre eles – algumas vezes é usada para reforçar a identidade, outras para deixar os que não são entendidos de fora. Mas há muita variação de uma situação para outra, de um local para outro. Essa é mais uma forte razão para descentralizar a produção dos materiais de comunicação.

## 5. Investir em pesquisa e ensino

O projeto de mudança que o SUS representa precisa de respostas e de profissionais que não estão prontos e nem serão formados espontaneamente. As universidades, na melhor das hipóteses, formam profissionais para atender às necessidades do mercado, não às necessidades de saúde da população, e muito menos na perspectiva de uma atenção integral, humanizada e participativa. Por isso, nenhum dos desafios anteriores será vencido sem um amplo investimento em pesquisa e em atividades de formação e capacitação. Esse desafio traz um outro, a ampliação do diálogo com outros campos do conhecimento que estudam processos sociais e simbólicos relacionados com a saúde, como a educação e a antropologia.

### Outros textos sobre o tema

É HORA de implantar a rede pública nacional de comunicação em saúde: proposta do Grupo de Trabalho Comunicação em Saúde da Abrasco para a 12.<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde. [S.l.: s.n.], 2003. Mimeografado.

CARDOSO, Janine Miranda. Comunicação e saúde: notas sobre a trajetória histórica e tendências atuais. In: SILVA, Jacqueline Oliveira; BORDIN, Ronaldo. *Máquinas de sentidos: processos comunicacionais em saúde*. [S.l.]: Da Casa Editora, 2003

OLIVEIRA, Valdir de Castro. *Desafios de comunicação e saúde*. [S.l.: s.n.], 2004. Mimeografado.

PITTA, Áurea Maria da Rocha. *Comunicação e controle social: subsídios para o debate e formulação de uma política pública de (tele)comunicações para a promoção da saúde e da cidadania: sistematização realizada por Áurea Pitta por demanda da Comissão Permanente de Comunicação do Conselho Nacional de Saúde*. Aprovado pelo Conselho em 1999. [S.l.: s.n., 1999].

\_\_\_\_\_. *Comunicação: que políticas para que SUS?*. Disponível em: [www.abrasco.org.br/GTs/GT%20Comunicacao%20e%20Saude%20oc%20Refer.htm](http://www.abrasco.org.br/GTs/GT%20Comunicacao%20e%20Saude%20oc%20Refer.htm).

# Informação em Saúde para o Fortalecimento do Controle Social do SUS<sup>1</sup>

Ilara Hämmerli Sozzi de Moraes<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Este documento é uma síntese da apresentação realizada na Oficina de Trabalho “**Controle Social e Cadastro Nacional de Conselhos de Saúde**”, organizada pela Secretaria Executiva do Conselho Nacional de Saúde, enquanto atividade do III Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde/Abrasco, realizado nos dias 9 e 10 de julho de 2005, em Florianópolis/SC

<sup>2</sup> Membro da Comissão Intersetorial de Comunicação e Informação em Saúde – Conselho Nacional de Saúde

# “Somos como mourões numa cerca, só ficamos de pé porque estamos ligados uns com os outros”

Candido Portinari

Democratizar a *informação em saúde* com melhoria de sua qualidade constitui um dos principais desafios da sociedade brasileira em sua luta por uma Política de Saúde equânime e universal. Nessa luta, o debate em torno da direcionalidade das informações em saúde precisa, necessariamente, contemplar pelo menos três dimensões que se articulam, procurando responder a seguinte questão:

Como as informações em saúde podem, ao mesmo tempo, contribuir para:

- um processo democrático emancipador dos homens e das mulheres brasileiros;
- o exercício do controle social e, ao mesmo tempo;
- a gestão qualificada do SUS?.

Com o objetivo de participar desse debate, mas longe de pretender responder à questão formulada, as reflexões aqui desenvolvidas foram organizadas sob a forma de *dez teses*, que se articulam e se complementam, compondo um todo orgânico, compartilhado com os leitores com o propósito de semear idéias que possam contribuir na luta pela democratização e melhoria da qualidade das informações em saúde.

## Primeira Tese

A informação em saúde pode se constituir tanto em um instrumento a serviço da promoção de um processo emancipador e do exercício do controle social, quanto ser mais um fator sofisticado de exclusão social, política, cultural e econômica.

Não há neutralidade na produção e disseminação das informações! Cada variável coletada e divulgada foi selecionada a partir de visões de mundo, objetivos e interesses em disputas na arena onde é

definido o que “entra ou não” na construção de um sistema de informação, o que “pode ou não” ser divulgado, como vai ser divulgado e para quem.

Ressalta-se o quanto de político existe no cotidiano da gestão da informação em que essas decisões são tomadas.

A informação em saúde possui tanto uma dimensão de “vigilância” e manutenção de um *status quo* de exclusão, quanto uma dimensão criativa e potente quando instrumentaliza o controle social na luta por maior transparência do Estado para a sociedade.

Observa-se que ao longo da história de constituição do Estado Moderno Capitalista, este desenvolveu dispositivos (como as informações em saúde) que permitissem o monitoramento da dinâmica das populações, no exercício de um poder vigilante, na ânsia por uma visibilidade ampla sobre os cidadãos, na busca de maior transparência da sociedade para o Estado. Mas este permanece opaco para a sociedade, que precisa lutar para que seja lançada luz sobre as ações desse Estado, apropriando-se de informações que contribuam para o exercício do controle social.

A informação em saúde vem se constituindo, ao longo de sua construção histórica, como um espaço estratégico de disputa de interesses econômicos, políticos, sociais, científicos e ideológicos, em sua maioria contraditórios, configurando um paradoxo: ser um dispositivo de exclusão social e ao mesmo tempo instrumentalizar processos de promoção da cidadania – uma das contradições do capitalismo contemporâneo.

Essa tensão constante caracteriza a luta atual em torno da informação em saúde. No cenário contemporâneo, a informação e as tecnologias a ela referidas possuem tal centralidade e relevância que sua excelência ou precariedade afeta o desenvolvimento de cada área de atividade social, a obtenção de seus objetivos e dos resultados desejados, bem como o próprio projeto de democracia em construção.

A depender das opções adotadas no processo de gestão da informação, pode-se ou não ampliar a capacidade de intervenção da sociedade nas decisões a serem tomadas, bem como do controle social sobre essas definições. Democratizar a gestão da informação em

saúde forja uma rede complexa de poderes que amplia as arenas e os atores com potência de intervenção na correlação de forças que se articulam em torno da direcionalidade de uma política pública: no caso aqui da Política de Informação e Informática em Saúde.

## Segunda Tese

As informações em saúde são, em sua essência, um espaço de relações de poder e produção de saber, politicamente reduzido a um campo do império da tecnicidade. As sociedades atuais vivem sob o império da competência, do *expert*.

Na prática cotidiana da saúde, observa-se que há uma ênfase em sua dimensão de exclusão social por seu forte viés tecnocrático, em detrimento de sua dimensão de instrumento a serviço da emancipação do homem e da melhoria da sua saúde.

Em geral, os produtores de informação organizam as informações em saúde sob uma lógica tecnicista, burocrática e produtivista, “manipulam” política e economicamente as informações, preocupados em atender a interesses nem sempre relacionados às demandas da população e dos conselheiros de saúde. Essa realidade pode ser identificada tanto na inadequação da linguagem adotada na divulgação das informações, na demora em disponibilizar determinadas informações (principalmente as de cunho orçamentário-financeiro), quanto no próprio conteúdo coletado e disseminado, em que os representantes da sociedade não são chamados a participar.

Decisões políticas que se relacionam com a vida de um povo são transformadas em questões técnicas, a serem definidas por “especialistas”, afastando o cidadão de um processo decisório fundamental para seu presente e seu futuro. Essa concepção atrasa a construção no Brasil de uma *consciência sanitária*, emancipadora e cidadã.

Debater informação e informática em saúde no mundo atual não é apenas discutir os sistemas de informação em saúde ou a distribuição de computadores. Essa visão empobrece e escamoteia a complexidade da luta contemporânea pelo avanço de um projeto de democracia para o País. Projeto comprometido com a apropriação pública das informações e sua relevância na luta pela repartição e pelo

aproveitamento dos recursos e saberes elaborados pelo empreendimento coletivo dos homens, enfrentando a exclusão da maioria da população de seus benefícios.

## Terceira Tese

São nos estreitos e frágeis meandros dessas contradições que vêm sendo construídas as possibilidades emancipatórias de contribuição das informações em saúde, democraticamente organizadas, para conferir maior transparência sobre a gestão pública da saúde e subsidiar o exercício do controle social.

A informação em saúde, ao mesmo tempo em que instrumentaliza várias formas de alienação do homem em sua feição hegemônica, abre novas possibilidades de emancipação individual e coletiva. Nessa tensão constante, a direcionalidade da informação em saúde é definida em função da correlação de forças políticas e econômicas que se formam em seu interior.

Quem participa das decisões sobre a Política de Informação e Informática em Saúde hoje no Brasil? Como essas decisões são tomadas? Quais são os fóruns, as arenas existentes? Quem decide sobre quais os mecanismos de acesso mais adequados da perspectiva dos cidadãos e conselheiros de saúde? Essas e muitas outras questões precisam ser respondidas pelo conjunto da sociedade brasileira em seu esforço de construção da *consciência sanitária*, em um projeto emancipatório.

## Quarta Tese

Lutar pelo acesso às informações em saúde é fundamental e necessário, mas não é suficiente para um processo de promoção da cidadania, em face de seu significado nas sociedades contemporâneas: constituir-se em *bem público* estratégico na promoção da cidadania e da melhoria da saúde.

Propõe-se ir além da reivindicação, legítima, de acesso às informações. Ter acesso à informação é direito de cidadania. Mas é preciso incluir, como dimensão fundamental da cidadania, o direito de participar do processo decisório sobre a produção e disseminação das informações em saúde, ampliando a correlação de forças políticas em

torno desse tema. Esse espaço de participação é estratégico por abrir a possibilidade para que a “visão de mundo” e interesses da população, principalmente dos usuários do SUS, sejam levados em conta na gestão das informações em saúde, passando “a ter voz” nas arenas decisórias, sem intermediários e/ou intérpretes de suas demandas.

Pode-se, assim, afirmar que garantir o acesso às informações não é suficiente para que a sociedade exerça um controle social sobre os próprios mecanismos informacionais, sobre a Política de Informação em Saúde hoje existente nas diferentes esferas de governo.

É, pois, necessário conquistar uma participação social ampliada em mecanismos de gestão colegiada da informação em saúde e em todos os espaços definidores da direção da chamada *sociedade da informação* que se quer no Brasil.

## **Quinta Tese**

A construção de um projeto emancipador para a sociedade brasileira pressupõe que o tema da informação em saúde esteja inscrito tanto na agenda coletiva de luta daqueles que sofrem com a fragilidade de um processo democrático massificador quanto na agenda da saúde dos Conselhos de Saúde e das Comissões Intergestores.

Reivindica-se que os Conselhos de Saúde tornem-se, na prática de gestão do SUS, espaços onde também essas questões sejam debatidas e deliberadas, rompendo com a visão tecnocrática de que apenas os técnicos podem “opinar” sobre informação e a informática em saúde.

Apesar da existência de um discurso que destaca a importância da informação em saúde, esse tema ainda não está plenamente incorporado na Agenda da Saúde como questão estratégica fundamental para o avanço do SUS. Quando aparece, restringe o debate às dificuldades de acesso às bases de dados, sendo incipientes reivindicações sobre a imperiosa necessidade de ampliar a participação da sociedade, em especial dos conselheiros de saúde, nas definições que envolvem a informação e informática em saúde.

## Sexta Tese

Separar a política da técnica desarma o cidadão! Uma questão política é tratada politicamente como sendo “técnica”, alijando atores sociais do processo de formulação de políticas de Estado: Política de Informação, Informática e Comunicação em Saúde.

Ampliam-se os mecanismos de difusão da informação, mas não se democratizam as relações de poder e produção de saber implícitas em sua gestão, que permanecem “nas mãos” dos que “entendem”, dos que “sabem”, dos “técnicos”. O cidadão fica diante de “algo” a que só os “iluminados” têm acesso. Ao homem comum só cabe admirar e respeitar (amedrontado, pois lhe é desconhecido) os avanços tecnológicos e aguardar para usufruir daquela específica tecnologia, a depender de seu poder aquisitivo. É essa concepção, que separa a ciência e a tecnologia do devir da humanidade, que se quer combater, ao se propor um debate democrático em torno da direcionalidade a ser adotada no campo da informação, da informática e da comunicação em saúde.

## Sétima Tese

A informação só se realiza efetivamente quando é apropriada pelo cidadão, contribuindo para ampliar sua capacidade de intervenção no mundo. Tem como esfera de intervenção tanto a consciência subjetiva quanto o interesse prático, enquanto se torna operador de ações clínicas, administrativas, gerenciais, tecno-científicas e político-econômico-sociais.

Tornar a informação um instrumento de transformação significa trabalhá-la enquanto um processo sociotécnico a demandar uma *tecnodemocracia* (LEVY, 1993) em todas as suas dimensões, alimentando e alimentada por uma infinita vontade de saber.

A tecnodemocracia (democratização das tecnologias e saberes) é produto e insumo da esperança presente nas relações de contrapoder e de luta que vão se acumulando nas conquistas diárias por espaços de liberdade, igualdade, solidariedade e melhoria da saúde da população.

É preciso denunciar e romper com a fórmula que ainda preside as relações sociais, descrita por Chauí (1993): “Não é qualquer um que pode dizer qualquer coisa a qualquer outro em qualquer lugar sob qualquer circunstância.”

Daí a ênfase na afirmação de que tornar concreta a democratização das informações em saúde significa ampliar o leque de participação da população e dos conselheiros de saúde nos espaços decisórios sobre a gestão da informação em saúde, superando seu papel de meros “pólos receptores” de uma informação que já vem filtrada pelo “olhar do produtor”.

## Oitava Tese

A informação em saúde pode contribuir para o exercício do controle social na medida em que seja um instrumento a serviço de sujeitos históricos, como os conselheiros de saúde, comprometidos com os interesses da coletividade.

Sua contribuição se faz presente na luta por um projeto emancipador que se trava no cotidiano, na ação local, nos serviços de saúde, em que a informação em saúde apropriada torna-se um arsenal ético que amplia a capacidade de argumentação dos cidadãos e dos conselheiros.

A apropriação da informação pela população (que é mais do que ter acesso) ganha novas possibilidades ao se descortinar um *novo cenário* no SUS, fruto da proposta de se inverter o modelo historicamente construído de gerir institucionalmente as informações em saúde governamentais.

Ainda hoje se observa a manutenção da situação em que o *Estado* tem o *direito* de perguntar aos *cidadãos* tudo que possa ser de interesse para a estruturação dos dispositivos de ação do Estado, voltados para a vigilância da dinâmica das populações, e o *cidadão* tem o *dever* de responder às questões formuladas, inclusive àquelas de sua esfera privada, como por exemplo: “você já fez aborto?”; “Quantos?”; “Qual sua opção sexual?”.

Inverter esse modelo significa: o *Estado* passa a ter o *dever* de responder às demandas da sociedade sobre informações, deixando-se

iluminar pela luz da democratização nas relações Estado-sociedade, e o *cidadão* tem o *direito* de perguntar e de participar do processo de gestão da informação em saúde. É o controle social sobre o controle que o Estado tem da sociedade por meio dos mecanismos de informação.

## Nona Tese

Apesar de não ser suficiente, a informação é necessária para a criação de condições mais plenas para a participação dos cidadãos e conselheiros de saúde nas lutas democráticas emancipatórias.

É importante que seja incorporado, na cultura das instituições de saúde, o princípio de que as informações fornecidas pelo cidadão em seu contato com o sistema de saúde são dele e não da instituição, da equipe ou do médico, comprometendo-se com o mais profundo respeito à privacidade e à confiabilidade dos dados dos cidadãos.

Essas informações, que se referem a momentos da vida tão intensos em termos de alegria e/ou sofrimento (como o nascimento, as doenças e a morte), podem ampliar a capacidade de argumentação no processo de negociação, no longo e contínuo caminho de democratização, em municípios brasileiros, em suas diferentes frentes de luta, como os já citados Conselhos de Saúde, no exercício de sua função político-social.

Nesse processo, o indivíduo se assume como sujeito histórico tanto do ato de conhecer quanto das arenas de políticas públicas. O espaço do indivíduo/cidadão em uma sociedade disciplinar é construído historicamente na mesma medida da própria constituição de um sujeito que se estrutura no interior da história.

A constituição do sujeito é um processo complexo, em que o sujeito supera a percepção da vida como mero processo biológico e constrói a percepção da vida como processo biográfico, histórico e coletivo, como afirmam Freire e Frei Betto (1988). As informações em saúde podem contribuir para um projeto emancipador e para a melhoria da saúde, na medida em que sejam instrumentos a serviço desse sujeito histórico, não de um sujeito universal, mas do sujeito enquanto portador de uma singularidade histórica.

## **Décima Tese**

Os avanços do SUS pressupõem a abertura de perspectivas de uma competência democrática mais alargada, que envolvem:

- emancipação (cidadania com subjetividade);
- democracia participativa (articulada com a democracia representativa); e
- tecnodemocracia (democratização de saberes).

Como forma de contribuir para essas conquistas, propõe-se a adoção de mecanismos de participação democrática sobre as opções tecnológicas a serem adotadas na implementação da Política de Informação, Informática e Comunicação em Saúde enquanto espaço de projetos redistributivos de poder e saber.

Nesse contexto, torna-se estratégica a constituição da Comissão de Comunicação e Informação em Saúde no âmbito dos Conselhos de Saúde dos estados e dos municípios, nos moldes de sua criação no Conselho Nacional de Saúde. Esse espaço traz uma possibilidade de maior participação de representantes da população nos debates sobre informação, informática e comunicação em saúde no contexto do SUS.

Outro marco fundamental em todo esse processo será a realização da I Conferência Nacional de Informação, Informática e Comunicação em Saúde, que propiciará um amplo debate pela sociedade brasileira sobre esse tema, significando mais um passo fundamental na luta pela melhoria do SUS, pela qualidade da saúde e por ampliar o modelo de democracia que se quer construído no Brasil.

## **A Título de Considerações Finais**

Por definição, a informação só adquire valor se utilizada para diminuir o grau de incerteza de uma decisão. Entretanto, observa-se que a mesma informação em saúde pode servir a interesses conflitantes, a depender do modo como é trabalhada e exposta à opinião pública. O coeficiente de mortalidade infantil de uma grande cidade, se apresentado em termos gerais, talvez até tenha diminuído em re-

lação a anos anteriores, mas, também, pode encobrir o acirramento de desníveis intraurbanos. Essas desigualdades, em termos de morte de bebês, só ficam patentes se a informação for trabalhada com outro tipo de agregação que não a de todo o município, por exemplo.

Pretende-se destacar que a informação em saúde tem sido utilizada pela elite política, econômica e tecnológica de forma a instrumentalizar, escamotear e/ou justificar decisões ou não-decisões voltadas para o avanço ou a manutenção dos seus interesses em uma dada conjuntura. Mas, paradoxalmente, essa mesma informação em saúde ao ser apropriada pela população, por exemplo usuária do SUS e seus representantes nos Conselhos de Saúde, pode se transformar em instrumento de um poder confiscado, um vocabulário retomado, construindo o saber que irá interpretá-la segundo essa visão de mundo: a perspectiva da população que se vê reduzida a números sem rostos, que dizem pouco de seus sofrimentos singulares, de sua bravura cotidiana ao enfrentar as filas para ser atendida pelo aparato da saúde.

É compreendendo a complexidade dessa luta, mas também suas contradições e potencialidades que se reafirma a mais profunda convicção de que chegará o dia em que a nação brasileira garantirá uma atenção plena para todos os seus cidadãos independentemente do seu poder aquisitivo, quando de forma equânime, a sociedade irá usufruir os benefícios que o conhecimento humano vem conquistando!

Para se alcançar essa meta, o desafio que se impõe para todos os envolvidos é fortalecer o estabelecimento de um pacto ético calcado na solidariedade como norteadora da prática cotidiana da atenção em saúde, permanecendo como desafio maior: restaurar o *encantamento e a esperança* no SUS!

**“Vamos manter a esperança de que no Brasil todos possam nascer com saúde e viver até cem anos, com alegria e inteligência, em comunhão – isso é democracia!”**

Dom Mauro Morelli

## Referências bibliográficas

CHAUÍ, M. *Cultura e democracia: o discurso competente e outras falas*. São Paulo: Cortez, 1993.

FOUCAULT, M. *O nascimento da clínica*. Rio Janeiro: Editora Forense-Universitária, 1980.

FREIRE, P.; FREI BETTO. *Essa escola chamada vida*. São Paulo: Ática, 1988.

LEVY, P. *As tecnologias da inteligência: o futuro do pensamento na era da informática*. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1993.

MORAES, Ilara H. S. de. *Informação em Saúde: da prática fragmentada ao exercício da cidadania*. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: Abrasco, 1994.

\_\_\_\_\_. *Política, tecnologia e informação em saúde: a utopia da emancipação*. Salvador: ISC/UFBa/Casa da Qualidade Editora, 2002.

VASCONCELLOS, M. M.; MORAES, Ilara H. S. de; CAVALCANTE, Maria Teresa. Política de Saúde e potencialidades de uso das tecnologias de informação. *Revista Saúde em Debate*, n. 61, p. 219-235, 2002.

# Política Nacional de Informação e Informática em Saúde <sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. Política Nacional de Informação e Informática em Saúde: proposta versão 2.0: (inclui deliberações da 12.ª Conferência Nacional de Saúde). Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

## Introdução

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Felizmente, no âmbito do SUS começam a crescer os exemplos de iniciativas locais bem sucedidas de informatização do processo de trabalho em saúde, com ganhos de produtividade e qualidade dos serviços de saúde. Curitiba, Ipatinga, Sobral, Aracaju e Campo Grande são alguns dos municípios em que a informatização alcança a rede básica, trazendo vantagens para a população, os profissionais de saúde e os gestores. Esses exemplos também podem ser observados em

alguns casos do setor privado, também como forma de prestar novos serviços aos usuários, objetivando a ampliação da clientela.

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

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

## **Estratégia da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde**

### **Propósito**

“Promover o uso inovador, criativo e transformador da tecnologia da informação, para melhorar os processos de trabalho em saúde, resultando em um Sistema Nacional de Informação em Saúde articulado, que produza informações para os cidadãos, a gestão, a prática profissional, a geração de conhecimento e o controle social, garantin-

do ganhos de eficiência e qualidade mensuráveis pela ampliação de acesso, equidade, integralidade e humanização dos serviços e, assim, contribuindo para a melhoria da situação de saúde da população”.

Para alcançarmos esse propósito é preciso que a informação e a informática em saúde sejam tratadas como macrofunção estratégica de gestão do SUS. Dessa maneira, será possível romper a visão meramente instrumental desse campo, o que é essencial para o contínuo aperfeiçoamento da política de saúde no País.

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

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

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

Nas ações típicas de saúde coletiva, como as da vigilância sanitária, vigilância ambiental, saúde do trabalhador, dentre outras, quase inteiramente baseadas em registros manuais, a informatização dos processos de trabalho permite ganhos de eficiência e qualidade na realização das atividades e maior fidedignidade nas informações registradas.

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

## **Diretrizes**

1. Fortalecer as áreas de informação e informática nas três esferas de governo, apoiando a sua organização e seu desenvolvimento, por meio de:
  - criação de mecanismos de articulação, com vistas à integração dos sistemas de informação em saúde; e
  - estabelecimento de mecanismos que permitam a manutenção de quadro permanente de profissionais de informação e informática em saúde.
2. Estabelecer o Registro Eletrônico de Saúde que permita recuperar, por meios eletrônicos, as informações de saúde do indivíduo em seus diversos contatos com o sistema de saúde, com o objetivo de melhorar a qualidade dos processos de trabalho, incluindo a disponibilidade local de informações para a atenção à saúde.
3. Estabelecer um sistema de identificação unívoca de usuários, profissionais e estabelecimentos de saúde que seja progressivamente adotado, aprimorando o processo de integração dos sistemas de informação em saúde e viabilizando o registro eletrônico de saúde. O Cartão Nacional de Saúde – que identifica univocamente usuários e profissionais – e o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – que identifica univocamente os estabelecimentos – são o passo inicial na construção deste novo paradigma.
4. Estabelecer, por um processo aberto e participativo, padrões de representação da informação em saúde, abrangendo vocabulários, conteúdos e formatos de mensagens, de maneir-

ra a permitir o intercâmbio de dados entre as instituições, a interoperabilidade entre os sistemas e a correta interpretação das informações.

5. Investir na criação de infra-estrutura de telecomunicação que permita a interoperabilidade entre as aplicações nos diversos serviços de saúde.
6. Estabelecer mecanismos de compartilhamento de dados de interesse para a saúde e ampliar a produção e a disseminação de informações de saúde de forma a atender tanto às necessidades de usuários, profissionais, gestores, prestadores de serviços e do controle social quanto ao intercâmbio com instituições de ensino e pesquisa, outros setores governamentais e da sociedade e instituições internacionais.
7. Dotar a área de Saúde de instrumentos jurídicos, normativos e organizacionais que a capacitem a assegurar a confidencialidade, a privacidade e a disponibilidade dos dados e das informações individualmente identificadas em saúde, garantindo a sua autenticidade e integridade, por meio de certificação digital.
8. Garantir o acesso livre a bases de dados em saúde não-identificados, sujeitando a preceitos éticos o acesso a dados individuais identificados, a fim de respeitar a privacidade e a confidencialidade.
9. Estimular as iniciativas locais de desenvolvimento de sistemas de informação, considerando sua potencialidade de melhor atender a diversidade e complexidade dos serviços de saúde, respeitando as características regionais e fortalecendo o desenvolvimento da cultura de informação e informática em saúde.
10. Fortalecer a competência do Estado de intervir na área de produção de *software* em saúde, por meio:
  - da articulação da capacidade de produção de *softwares* do setor público de saúde, aproveitando

as iniciativas locais do SUS, incluindo as instituições de ensino e pesquisa;

- da adoção de padrões abertos de *softwares*;
  - da criação e manutenção de um repositório nacional de *softwares* em saúde, incluindo componentes e aplicações, de acesso público e irrestrito;
  - da indução da capacidade de produção do mercado de *softwares* em saúde, fomentando o potencial de geração de emprego e exportação;
  - da definição de linhas de financiamento para o desenvolvimento do *software* em saúde, em articulação com agências financiadoras;
  - da atribuição de licença do *software* livre para todo o desenvolvimento financiado com recursos do SUS;
  - do estabelecimento de mecanismos de certificação e avaliação de qualidade de *softwares* e *hardwares* desenvolvidos para a saúde;
  - da promoção de metodologias para o desenvolvimento de sistemas de informação em saúde; e
  - da capacitação de recursos humanos no desenvolvimento de aplicações em saúde.
11. Apoiar a prática profissional para o uso de telecomunicações na assistência à saúde, ensino a distância, sistemas de apoio à decisão, protocolos clínicos e programáticos e ao acesso eletrônico à literatura especializada.
  12. Estimular o uso de pesquisas amostrais e inquéritos periódicos para os casos em que não se justifique a coleta universal e contínua de dados, otimizando custos e o trabalho rotineiro.
  13. Apoiar a disseminação de informação em saúde para a população utilizando diferentes linguagens, mídias e veículos de comunicação, alcançando públicos específicos e facilitando o controle social em saúde.

14. Estimular a universalização do uso de bibliotecas virtuais em saúde para a disseminação de informações técnico-científicas, promovendo a ampliação do acervo e facilitando o acesso dos usuários.
15. Investir na formação e na capacitação permanente de recursos humanos na área de Informação e Informática em Saúde, por meio:
  - da articulação entre os ministérios da Saúde, da Ciência e Tecnologia e da Educação, com vistas à inclusão de conteúdos relacionados à área de informação e informática em saúde em cursos de graduação e pós-graduação de profissionais de saúde e de informática;
  - da inserção na lógica dos Pólos de Educação Permanente, enfatizando o uso da tecnologia da informação na operação do sistema de saúde e na utilização das informações de saúde, atendendo às necessidades específicas do controle social, da melhoria da capacidade de gestão e da geração de conhecimentos em saúde; e
  - do desenvolvimento de programas específicos de capacitação na área, tais como: cursos de extensão, cursos técnicos, pós-graduação *lato sensu e stricto sensu* e outros.
16. Institucionalizar mecanismos que garantam a participação de usuários e profissionais de saúde no processo de desenvolvimento de sistemas de informação em saúde para o SUS.
17. Instituir um Plano Geral de Desenvolvimento de Sistemas de Informação em Saúde para orientar o conjunto de esforços e investimentos, resultando em sistemas articulados e evitando-se o desperdício de recursos humanos, materiais e financeiros.
18. Estabelecer uma rede de centros colaboradores na área de Informação e Informática em Saúde, selecionados por inter-

médio de processos abertos, de forma a melhor aproveitar a capacidade instalada para:

- a formação e capacitação de recursos humanos;
- a análise de situação de saúde;
- a pesquisa e desenvolvimento;
- a produção e disseminação de informações, inclusive científico-tecnológicas; e
- a avaliação de alternativas e controle de qualidade de produtos.

19. Estimular, por meio de editais de fomento, a produção científico-tecnológica de atividades relativas às diretrizes da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde, tais como:

- desenvolvimento, implantação e avaliação de impacto de sistemas de informação;
- padrões para representar a informação;
- *softwares* livres;
- protocolos clínicos;
- avaliação de serviços e necessidades de saúde da população;
- estratégias de disseminação e comunicação em saúde;
- formação e capacitação de recursos humanos.

## **Responsabilidades institucionais**

Os gestores das três esferas de governo, em articulação com seus gestores da área de Informação e Informática em Saúde, deverão congregiar e coordenar os esforços institucionais no sentido de colocar a informação e a informática em saúde a serviço do Sistema

Único de Saúde (SUS). A área de informação e informática em saúde constitui macrofunção estratégica de gestão, tornando-se prioridade política na medida em que o SUS vem se aperfeiçoando e requerendo instrumentos de gestão cada vez mais complexos. Esse movimento é fundamental para a efetivação do propósito da PNIS, considerando a escassa utilização das informações no processo decisório em saúde, apesar da existência de grande número de dados, de indicadores consensualmente definidos e de diversos sistemas de informações em saúde implementados (MORAES, 1994).

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

Mesmo considerando o incremento no acesso a esses dados e indicadores em anos recentes, a preocupação com a questão continua procedente, basicamente por dois motivos. Em primeiro lugar, porque a dificuldade de acesso e tratamento rotineiro dos dados existentes impede que as informações adequadas estejam disponíveis no momento necessário. Em segundo lugar, porque ainda não se efetuou a necessária articulação dos processos de planejamento, de gestão e regulação da saúde com os sistemas de informações e com os indicadores existentes. Portanto, permanecem desarticulados o acompanhamento dos indicadores de saúde, a gerência dos sistemas de informação, as vigilâncias de saúde e ambiental e a monitoria dos processos de planejamento, de gestão e de regulação (VASCONCELLOS et al, 2002).

Portanto, o desenvolvimento de políticas, programas e projetos que fortaleçam a capacidade de formular, implementar, coordenar e avaliar a Política de Saúde destaca-se como um desafio central imposto à área de Informação e Informática em Saúde, nas três esferas de governo. O uso intensivo das informações em saúde e suas tecnologias disponibilizará aos gestores de saúde mecanismos de atuação e monitoria sobre populações, ambiente, sistema e serviços de saúde, ampliando a capacidade de governo em saúde.

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

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

- da democratização das informações e do conhecimento em saúde;
- da transparência da gestão da saúde;
- de um acesso mais equânime aos benefícios propiciados pelo uso das novas tecnologias de informação (TI); e
- de processos que estimulem a apropriação das informações em saúde pelos cidadãos, subsidiando o exercício do controle social do SUS e contribuindo para a inclusão digital de segmentos da população, de conselheiros de saúde e de profissionais de saúde.

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

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

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

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

4) Instrumentalizar processos de mudança na hegemonia do modelo biomédico da doença, com a adoção da promoção da saúde como estratégia, em que a informação em saúde, ao ser apropriada pela população, tem uma contribuição fundamental para a construção da “consciência sanitária”, dos direitos de saúde e do dever do Estado nesse processo.

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

6) Desenvolver ações de informação em saúde que instrumentalizem o salto de qualidade na articulação da gestão da oferta espontânea com a gestão da oferta programada. O uso das TI, por exemplo, propicia de um lado a adoção de mecanismos de identificação do cidadão, do acompanhamento não só do seu caminhar (fluxo) pelo sistema de saúde, mas também da programação (ausências) de consultas pré-agendadas. De outro, permite articular ferramentas em que seja visualizado, antecipadamente, o fluxo mais adequado para riscos determinados.

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

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

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

10) Buscar alternativas para financiamento das ações de informações que permitam aumentar a incorporação da base tecnológica existente no SUS, contemplando recursos de investimento, incentivos e custeio, a serem definidos de forma tripartite. Esses recursos são pré-requisitos para a consolidação de uma política de informação e informática em saúde voltada para o SUS, sob pena deste não conseguir estruturar mecanismos potentes de gestão e regulação, colocados a serviço dos gestores de saúde. Eminentemente intersetorial, envolve diversidade de órgãos além da Saúde, das três esferas de governo, como Planejamento, Comunicações, Educação, Ciência e Tecnologia e de Fundos já constituídos, como por exemplo, o Fundo de Universalização de Serviços de Telecomunicações (FUST).

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

12) Promover estratégias voltadas para a incorporação, na cultura institucional, do princípio de que as informações fornecidas pelo cidadão em seu contato com o sistema de saúde são dele e não da instituição, da equipe ou do médico, comprometendo-se com um pacto ético de profundo respeito à privacidade e confiabilidade dos dados dos cidadãos.

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

14) Cabe destacar que a capacidade da informação e informática em saúde se tornar instrumento de transformação, no sentido de um efetivo salto de qualidade nos padrões de saúde e de consciência sanitária da população brasileira, depende de como fiquem posicionados, nos espaços decisórios de produção, gestão e distribuição da informação, os agentes coletivos que melhor expressem as demandas e condições de um uso social da informação em saúde. É o que pode ser denominado de construção de uma cidadania informacional (MORAES, 2002). Cidadania que ganha materialidade, dentre outros contextos, pela participação na construção de uma política pública que expresse um amplo pacto político e ético, voltado para a defesa da vida e para a responsabilidade com o outro e com a coletividade. Política de Informação e Informática em Saúde que, nesse caso, se pressuponha ser forjada com ele (sujeito informacional) e não para ele.

## Referências bibliográficas

BRENDER, J.; NOHR, C.; MCNAIR, P. Research needs and priorities in health informatics. *International Journal of Medical Informatics*, [s.l.], n. 58, p. 257-289, 2000.

MORAES, Ilara Hämmerli S. de. *Informação em saúde: da prática fragmentada ao exercício da cidadania*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1994.

\_\_\_\_\_. *Política, tecnologia e informação em saúde: a utopia da emancipação*. Salvador: ISC/UFBa, Casa da Qualidade Editora, 2002.

MORRIS, L. et al. Information management in primary care: delivering a strategy to improve patient care in Scotland. *Informatics in Primary Care*, [s.l.], n. 10, p. 85-88, 2002.

RIGBY, M. The management and policy challenges of the globalization effect of informatics and telemedicine. *Health Policy*, [s.l.], v. 46, n. 2, p. 97-103, 1999.

SÁNCHEZ MANSOLO, A. A.; MARTÍN DIAZ, O.; IGLESIAS DIOS, J. Registro electrónico de pacientes. *Rev. Cubana Educ. Méd.*, [s.l.], v. 13, n. 1, p. 46-55, 1999.

VASCONCELLOS, Miguel Murat; MORAES, Ilara Hämmerli S. de; CAVALCANTE, Maria Teresa. Política de Saúde e Potencialidades de Uso das Tecnologias de Informação. *Revista Saúde em Debate*, [s.l.], n. 61, p. 219-235, 2002.



**Propostas  
Aprovadas na  
12.<sup>a</sup> Conferência  
Nacional de Saúde  
– Sergio Arouca,  
Referentes ao Eixo  
X: Informação e  
Comunicação em  
Saúde**

## **Diretrizes em relação ao campo de interfaces da informação, da comunicação e da educação em saúde**

- O Conselho Nacional de Saúde deverá definir estratégias, em conjunto com o Ministério da Saúde, para elaborar e implementar políticas articuladas de informação, comunicação, educação permanente e popular em saúde, para as três esferas de governo, garantindo maior visibilidade para as diretrizes do SUS, a política de saúde, as ações e a utilização de recursos, visando a ampliar a participação e o controle social e atender às demandas e expectativas sociais, permitindo:
  - a) democratizar a informação e a comunicação, em todos os aspectos;
  - b) garantir, nas três esferas de governo, com definição de prazos, a compatibilização, a interface e a modernização dos sistemas de informação do SUS e o aperfeiçoamento da integração e da articulação com sistemas e bases de dados de interesse para a saúde;
  - c) viabilizar a rede de informação em saúde de âmbito nacional;
  - d) investir em projetos educacionais e em campanhas continuadas que favoreçam a participação popular nos processos de formulação e definição de políticas e programas de saúde, utilizando-se todos os meios de comunicação e mídias populares, com linguagem adequada a cada público específico.
- Realizar, até 2005, a 1.<sup>a</sup> Conferência Nacional de Informação, Comunicação e Educação Popular em Saúde.
- Implementar, nas três esferas de governo, as diretrizes de “Informação, Educação e Comunicação”, recomendadas na 11.<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde e reforçadas na 12.<sup>a</sup> incorporando o campo da educação popular.

- Garantir, nas três esferas de governo, financiamento específico para ações e projetos de informação, informatização, educação e comunicação na saúde, incluindo o campo popular, com transferências intergovernamentais na modalidade fundo a fundo. Dentre outras ações, deverá ser elaborado e executado o plano anual de comunicação social e *marketing* do Sistema Único de Saúde, para fortalecer o vínculo e o comprometimento da sociedade organizada e dos atores do SUS com os seus princípios e postulados, com a participação dos Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde.
- Ampliar os investimentos financeiros na contratação de recursos humanos, conforme a Norma Operacional de Recursos Humanos do SUS (NOB-RH/SUS), e na capacitação para atividades associadas à comunicação, produção, análise e garantia de acesso às informações em saúde, de forma a estimular seu uso continuado, principalmente para a avaliação e o planejamento de ações de saúde nas três esferas de governo.
- As iniciativas na área de informação, educação e comunicação em saúde devem respeitar as características regionais, étnicas, culturais e as possibilidades de acesso a tecnologias por parte das entidades e dos movimentos sociais, buscando a universalidade da comunicação, garantindo a pluralidade de expressão e a imparcialidade. As ações e os materiais produzidos devem ter claros os seus objetivos, o âmbito de distribuição e as formas de avaliação dos resultados.
- Desenvolver projetos nas três esferas de governo para garantir a divulgação permanente para a população de informações e decisões dos conselhos, conferências de saúde e na mídia convencional e alternativa, nas instituições públicas e privadas, nas comunidades e também entre os gestores.

- Implantar e implementar um plano permanente de informação, educação e comunicação em saúde na mídia em geral, tendo como referência a educação formal e popular em saúde, com garantia de espaço para a divulgação, distribuindo os custos de produção entre as três esferas de governo.
- Garantir e implementar uma política de educação, informação e comunicação no Conselho Nacional de Saúde (CNS), formulada e articulada com os Regionais, Estaduais, Municipais e Locais, visando a ampliar o diálogo destes com o governo e a sociedade, favorecendo a qualificação da participação popular nos processos de formulação e definição de políticas e programas de saúde. Devem ser garantidas a ampla divulgação dos eventos e as deliberações dos conselhos nas três esferas e a realização de:
  - a) atividades para informar e garantir os direitos à saúde em parceria com o Ministério Público, o Procon, a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), dentre outros órgãos;
  - b) parcerias com instituições de produção do conhecimento (universidades), comunicação (escolas de comunicação e mídia), informática, movimentos sociais e populares, para realizar oficinas, seminários e capacitação acerca dos temas: controle social, informação em saúde, gestão participativa, comunicação e formação de redes de controle social;
  - c) criação nos Conselhos de Saúde de uma comissão de comunicação, informação e educação popular em saúde que garanta permanente espaço de interlocução entre os diversos conselhos e destes com a sociedade, divulgando para a população as informações e decisões dos conselhos, das conferências e das comissões intergestores de saúde, inclusive do conselho gestor local. A comissão deve buscar espaço em todos os meios de comunicação, em especial nas rádios comunitárias, para

- divulgar ações dos Conselhos de Saúde de forma ampla e eficiente;
- d) confecção de calendário anual e de divulgação anual e divulgação antecipada das reuniões dos Conselhos de Saúde Estaduais, Distritais, Regionais e Municipais, contendo pauta, dia, horário e local, bem como sua composição, ações e deliberações, como estratégia de sensibilizar a comunidade para o controle social; com ênfase no convite à participação popular;
  - e) ampla divulgação da aplicação dos recursos na saúde, pela grande mídia, bem como por meio das associações de profissionais de saúde, sindicatos, ONGs, Conselhos de Saúde, Assembléias Legislativas, Câmaras de Vereadores, redes de serviços de atenção à saúde do SUS, visando a garantir sua correta utilização e o cumprimento da EC 29/90;
  - f) divulgação de matérias específicas relacionadas à saúde, em especial as decisões e votações dos três poderes da federação, na mídia convencional e alternativa, nas comunidades étnicas e entre os gestores;
  - g) calendários de reuniões entre os Conselhos de Saúde, as entidades de usuários e trabalhadores para que os conselheiros municipais e estaduais prestem contas de sua atuação;
  - h) criação de órgão objetivando registrar todos os eventos de saúde, evitando, assim, o agendamento de várias programações de saúde no mesmo dia, mês e hora.
- Aplicar recursos do Fundo de Universalização das Telecomunicações (Fust) na efetiva ampliação de recursos para a rede de comunicação, informação e documentação a todos os municípios, como meio de transmissão dos dados e das

informações em saúde, inclusive referentes ao controle social, definindo mecanismos e estratégias que assegurem aos estados e municípios condições técnicas e financeiras para a implantação e o funcionamento dessa rede em todas as instâncias do SUS.

- O Ministério da Saúde deverá promover articulação com o Ministério da Educação para viabilizar a inserção dos temas concernentes à informação, à comunicação e ao controle social no currículo escolar de ensino fundamental, adequando-os às matérias de cunho social já existentes.
- Implementar uma política editorial com a parceria das três esferas de governo, garantindo a produção, o intercâmbio, a disseminação e a avaliação dos produtos informacionais, com suporte em diversos meios e linguagens, para acesso às pessoas com deficiências.
- Divulgar, de forma contínua, as políticas de saúde, os dados epidemiológicos, as atividades e as atribuições das vigilâncias epidemiológica e sanitária, o financiamento, o trabalho em saúde, os programas, as ações e os serviços prestados pelo SUS, por meio de parcerias com as comunidades, a sociedade civil organizada e os meios de comunicação, estimulando a população para a gestão participativa na saúde:
  - a) informando e conscientizando a população sobre os problemas do SUS;
  - b) publicando sistematicamente informações sobre a realidade epidemiológica de cada estado e município;
  - c) criando um espaço físico com infra-estrutura (equipamentos audiovisuais, etc.) para desenvolver ações de educação e comunicação social em saúde, para informar, educar e sensibilizar segmentos sociais e grupos sobre fatores de risco à saúde e sobre hábitos saudáveis;

- d) instalando aparelhos de TV para permitir a audiência de vídeo e reportagens educativas durante o expediente nas unidades de saúde;
- e) divulgando os objetivos dos conselhos e de suas atividades por meio da mídia televisionada, imprensa escrita e boletins periódicos;
- f) possibilitando aos usuários o acesso à informação sobre novas modalidades de promoção, manutenção e recuperação da saúde desenvolvidas no SUS, como medicina natural, fitoterapia, práticas tradicionais indígenas e práticas complementares e alternativas de saúde, priorizando a informação correta sobre indicação e sobre o resultado de pesquisas científicas, inclusive para os profissionais de saúde, como forma de combater a burocracia, facilitando e garantindo o acesso e um atendimento com qualidade e humanizado;
- g) garantindo a abordagem de temas de saúde em seus aspectos locais, utilizando linguagem e instrumentos acessíveis e adequados a cada público específico (rádios e jornais comunitários, informativos, postos de saúde, Conselhos Municipais de Saúde, agentes comunitários de saúde, meios de comunicação);
- h) propiciando o esclarecimento da população sobre os princípios da universalidade, equidade e integralidade e o objetivo e funcionamento de estratégias de implantação do SUS, tais como a de Saúde da Família, dos Agentes Comunitários de Saúde, a Interiorização do Trabalho em Saúde, democratizando o acesso às informações dos sistemas de informações existentes, com a criação e divulgação de fôlderes explicativos, cartilhas, treinamentos e cursos;

- i) garantindo a socialização das informações sobre a gestão da saúde, melhorando sua qualidade, por meio de boletins municipais, regionais, estaduais e nacional, incluindo dados estatísticos de morbimortalidade;
  - j) utilizando datas comemorativas de lutas da saúde como oportunidade de sensibilizar e esclarecer a população em geral para o tema; e
  - k) informar sobre recursos aplicados em saúde, cobrando responsabilidade dos gestores e prestadores de serviços de saúde.
- Promover ampla e adequada divulgação de toda a legislação do SUS e do papel dos Conselhos de Saúde e do Ministério Público para que seja acionado em qualquer situação que represente risco à saúde e afronta à lei.
  - Democratizar as informações científicas e epidemiológicas, garantindo ampla divulgação dos conhecimentos, programas e projetos da comunidade científica em saúde individual e coletiva, ao alcance da sociedade, por meio de veículos populares, estimulando a discussão crítica e pública de aspectos relacionados à ciência, à tecnologia e à saúde.
  - Realizar convênios e parcerias com escolas de ensino médio e fundamental e universidades, nas três esferas de governo, para melhorar a divulgação dos serviços de saúde para a população e os usuários, incluindo a decodificação dos relatórios das Conferências de Saúde, em cartilhas, fitas de vídeo e outros veículos, utilizando linguagem simples e acessível.
  - O Ministério da Saúde deve promover campanhas efetivas de saúde preventiva, oferecendo subsídios (equipamentos de capacitação dos profissionais) aos municípios e estados, não restritos aos materiais de divulgação já elaborados. O conteúdo das campanhas deve ser elaborado em conjunto com as demais esferas de governo, considerando o perfil

epidemiológico, alimentar e nutricional e as realidades locais, inclusive com o uso de meios de comunicação de massa, com a participação dos conselhos locais, distritais de saúde indígena e os Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde em parceria com a sociedade civil organizada.

- Intensificar estratégias de sensibilização, como campanhas e outras, sobre a importância dos agentes comunitários de saúde e demais profissionais de saúde na política de informação e comunicação no SUS.
- Viabilizar, prioritariamente com as instituições públicas de formação, a garantia de cursos técnicos, de extensão e de pós-graduação em informação, educação e comunicação para os profissionais que atuam na área de Saúde, nas três esferas de governo.
- Articular com as instituições de ensino superior, inclusive da área da Saúde, a inclusão, em seus cursos, de disciplinas de informação e informática em saúde e comunicação social.

## **Deliberações sobre Informação e Informática em Saúde**

- Assegurar, agilizar e ampliar, com definição de prazos e sob o controle dos Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde, a informatização do SUS, nas três esferas de governo. Esse processo deve ser orientado por uma política de informação e informática para implantar infra-estrutura de tecnologia da informação, com capacitação profissional e aporte de recursos financeiros, incluindo as unidades básicas de saúde e os demais níveis da rede de serviços. O governo federal deve destinar recursos do Fundo de Universalização das Telecomunicações (Fust) para esse fim, de forma a permitir interligar os serviços de saúde, integrar os sistemas

de informação, disseminar informações, simplificar os processos de marcação de consulta, os resultados de exames, a implantação do Cartão SUS, o prontuário digitalizado e o controle do estoque de medicamentos, insumos e almoxarifados, de forma a prestar um atendimento mais rápido e integral ao usuário. A tecnologia de informação e telecomunicações deve ser empregada para apoiar a prática profissional na assistência à saúde, incluindo o ensino a distância, o acesso eletrônico à literatura e aos sistemas de apoio à decisão, visando a suprir necessidades de usuários, profissionais, gestores, instituições de ensino, pesquisa e controle social, estabelecendo convênios específicos com os municípios, para aquisição dos equipamentos.

- Definir volume de recursos, fontes de financiamento, prazos, cronograma e critérios para implantação do Cartão Nacional de Saúde em todo o País, por meio de amplo debate com gestores estaduais, municipais, Conselhos de Saúde e prestadores de serviços, incluindo os requisitos de informatização das unidades e da infra-estrutura tecnológica, capacitação de gestores e profissionais de saúde, e implantação da rede de informações. Os recursos deverão ser provenientes de financiamento pelas três esferas de governo, por meio de transferência fundo a fundo.
- Reforçar a importância da identificação unívoca (única e inequívoca) de usuários, profissionais de saúde e estabelecimentos para o Sistema de Informação em Saúde.
- Agilizar a implementação do cadastro único e multifinalitário de usuários destinado às diversas políticas sociais, como assistência social, saúde e educação.
- Garantir a celebração de parcerias não onerosas entre os gestores e os conselhos e associações de profissionais da área da Saúde, no sentido de colaborar com a atualização

dos cadastros nacionais de serviços e usuários do SUS e assegurar o controle social no processo de identificação.

- Informatizar as farmácias dos estabelecimentos assistenciais de saúde, estabelecendo interface com o Cartão SUS, visando à regulação dos estoques, ao controle do desperdício e a um melhor controle dos medicamentos oferecidos à população.
- Promover e estimular, com os gestores, o uso analítico das informações dos sistemas de informação do SUS, para o planejamento e a avaliação das ações de saúde nas comunidades, bem como das demais informações e dos indicadores de saúde produzidos nos serviços, tendo como ênfase a avaliação e efetivação dos princípios do SUS, em detrimento da lógica de faturamento e pagamento, garantindo-se a capacitação dos técnicos e gestores, bem como a fiscalização pelos Conselhos de Saúde.
- Estabelecer e facilitar acesso em tempo real dos gestores e Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde aos bancos gerenciais das agências e autarquias do Ministério da Saúde.
- Produzir indicadores de saúde, incluindo a qualidade do atendimento prestado, promovendo a sua ampla divulgação e facilitando o acesso aos sistemas de informação existentes, em linguagem clara e acessível a todos os níveis de conhecimento para facilitar a fiscalização e o controle, por parte dos movimentos populares e sindicais em relação aos riscos sanitários e não apenas às demandas pela assistência.
- Incorporar tecnologia para apoio ao diagnóstico nos serviços de saúde das cidades do interior (videoconferência e outros mecanismos), utilizando a rede Infocus.
- Viabilizar convênios e parcerias entre as três esferas de governo para operacionalizar e implementar os serviços de

informação em saúde, mediante transferências fundo a fundo.

- Desenvolver projetos de informação e informatização da saúde, de forma hierarquizada e regionalizada, prevendo a informatização de todas as unidades de saúde, com recursos adaptados às pessoas com deficiência.
- Implantar no âmbito do SUS, gradativamente, uma política de *software* livre e aberto nas três esferas de governo.
- Empreender amplo processo de divulgação da proposta de criação de uma biblioteca nacional de *softwares*, com vistas à difusão dos fundamentos em *softwares* livres e incorporação de iniciativas de criação de ferramentas para captura de informações (aplicativos) para o SUS.
- Estender o princípio da complementaridade do setor privado, um dos princípios organizacionais do SUS, aos sistemas de informação em saúde, regulando a produção e oferta de soluções de informática para a saúde e recomendando que os gestores utilizem prioritariamente os programas e sistemas disponibilizados pelo Ministério da Saúde, deixando de investir na compra de *softwares* privados, em geral não compatíveis e de difícil adequação às necessidades do SUS. O Ministério da Saúde deve atualizar seus programas periodicamente e desenvolvê-los com características de facilidade de uso e integração (com os sistemas já existentes) e de implementação pelos estados e municípios.
- Garantir o efetivo papel das regionais do Datasus e das Secretarias Estaduais de Saúde na implementação da Política de Informação e Informática em Saúde no seu âmbito de atuação, em parceria com o controle social, tornando-as ponto de apoio em informática e porta de entrada das demandas oriundas das necessidades dos usuários, dos gestores e das entidades do SUS.

- Aperfeiçoar os instrumentos de informação, garantindo a divulgação, nas três esferas de governo, da política de financiamento, do volume de recursos, gastos e investimentos na saúde, incluindo os relatórios de prestação de contas e da Lei de Responsabilidade Fiscal, com linguagem acessível para a população, bem como a divulgação do endereço eletrônico do Sistema de Informação de Orçamentos Públicos em Saúde (Siops), como instrumento de controle social, mantendo todas as informações *on-line*, a fim de permitir ao cidadão a fiscalização dos recursos financeiros da saúde:
  - a) publicando boletins trimestrais dos recursos recebidos, dos investimentos e gastos, garantindo a periodicidade;
  - b) com envio de carta periódica sobre os recursos do SUS para conselheiros, que deverão ter os endereços atualizados; e
  - c) capacitando os conselheiros a utilizar o Siops e informando ao Ministério Público os dados requisitados e divulgados que não contemplem a Emenda Constitucional n.º 29.
- Garantir e implementar capacitação em sistemas de informação em saúde e uso de informações, nas três esferas de governo, e viabilizar, com aporte financeiro, a incorporação de trabalhadores com qualificação na área de informação e informática em saúde, garantindo educação permanente para a atualização dos técnicos que trabalham com os sistemas de informação.
- Estabelecer, efetivar e consolidar fluxos de informação e comunicação entre as unidades de saúde, os serviços do SUS (incluindo o sistema de referência e contra-referência), os Conselhos de Saúde e as demais instâncias gestoras nas esferas federal, estadual e municipal, determinando que as coordenações locais e direções das unidades de saúde apresentem à população de sua área de abrangência, em forma-

to adequado e linguagem acessível, relatório sobre as condições de saúde, os perfis dos atendimentos prestados e os resultados alcançados, conforme apresentado pelo gestor na reunião de audiência pública de prestação de contas ao conselho de saúde.

- Determinar, fomentar e estimular a alimentação e o preenchimento do Sistema de Informação de Orçamento Público em Saúde (Siops) e dos demais sistemas de informação, condicionando as transferências intergovernamentais à sua correta e efetiva alimentação. Disponibilizar ao Ministério Público as informações do Siops para garantir o cumprimento efetivo da Emenda Constitucional 29, com punição do gestor que não cumpri-la.
- Divulgar informações e implantar banco de dados epidemiológicos/estatísticos socioeconômicos, por etnia, tais como moradia, condições de vida e saúde, com identificação do número de pessoas atingidas pelas patologias, utilizando o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), desagregado por sexo e cor, e os índices de exclusão social como parâmetros para monitorar as doenças prevalentes entre as populações negras e indígenas.
- Desencadear uma discussão para a correção geográfica e populacional dos dados do IBGE, aprimorando-se a qualidade e periodicidade do censo populacional, levando-se em conta a flutuação populacional relacionada aos fatores sazonais.
- Implantar e implementar o sistema nacional de vigilância conforme deliberado na 1.ª Conferência Nacional de Vigilância Sanitária, integralizando e divulgando o banco de dados nas três esferas de governo, permitindo assim a participação efetiva do controle social.
- A ANS deverá divulgar, de forma imediata e regular, os dados referentes ao número de beneficiários de planos e se-

guros de saúde por município e estado com o objetivo de subsidiar os gestores na formulação, no acompanhamento e na avaliação das políticas de saúde.

- Utilizar, na formulação de políticas de saúde, os dados dos sistemas de informação do SUS e não apenas os dados do IBGE, que podem apresentar defasagem, especialmente para as metas de imunização.
- Tornar obrigatória a notificação de ocorrência de acidentes, doenças do trabalho e mortes por causas externas, por meio de uma rede de atendimento referencial, informando-a aos conselhos de direitos sociais.
- Otimizar e melhorar o sistema de registro de dados dos atendimentos de urgência para que possam ser utilizados em observatório do sistema e da saúde da população, subsidiando a resolução dos problemas.
- Considerar as necessidades de usuários, profissionais, gestores, prestadores de serviços, instituições de ensino, pesquisa e controle social na produção, na análise e na disseminação de informação em saúde.
- Garantir o retorno das informações dos sistemas de abrangência nacional para os municípios e Conselhos de Saúde, de acordo com o que já foi estabelecido pela 11.ª Conferência Nacional.
- Promover o diálogo entre a comunidade científica, a sociedade e os movimentos sociais, para a democratização, a compreensão crítica e a participação pública em questões relacionadas à ciência, à tecnologia e à saúde, dentre as quais:
  - a) intensificar o intercâmbio técnico-científico nacional e internacional por meio da consolidação e expansão do modelo de biblioteca virtual em saúde, fortalecendo a posição de liderança do Brasil na América Latina e Caribe;

- b) promover o modelo biblioteca virtual em saúde como espaço democrático de acesso eqüitativo e eficiente à informação científica e à técnica atualizada e de convergência de produtores, intermediários e usuários de informação em saúde, com destaque para inserção, de forma descentralizada, da produção do conhecimento gerado no âmbito das instituições integrantes e parceiras do SUS;
  - c) promover ações que favoreçam a sistematização das fontes de informações em saúde para o apoio a processos de decisão baseada em conhecimento técnico-científico; e
  - d) adotar uma política editorial com diretrizes de qualificação, normalização, produção, intercâmbio, disseminação e avaliação da informação em saúde veiculada em qualquer suporte e meio, favorecendo a parceria federal com as esferas estaduais e municipais, a agilidade e o acesso aos produtos informacionais em saúde.
- Garantir que os serviços privados de saúde forneçam dados e informações, com cadastro obrigatório dos prestadores de serviços privados de saúde, para as Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, no sentido de qualificar os estudos estatísticos e epidemiológicos relacionados aos agravos e riscos à saúde. Os dados requisitados devem ser consolidados e divulgados, inclusive via internet.
  - Garantir legalmente que a informação sobre custos da atenção à saúde e dos valores repassados aos gestores do SUS esteja disponível a todos os usuários. Especificamente, deve ser garantido que o usuário receba, após qualquer internação hospitalar, informações sobre os custos do seu atendimento para o SUS, e que usuários dos hospitais contratados sejam notificados quando internados em regime particular, para não alegarem ignorância sobre esse aspecto no momento da alta.

- Divulgar as atribuições da Central de Informações Medicamentosas (CIM), criando uma central telefônica gratuita (0800), operada por pessoas preparadas para dar informações sobre medicamentos (posologia, composição, efeitos colaterais, etc.), possibilitando melhor acesso às pessoas com deficiência visual, idosos e população desfavorecida em geral, e elaborar folhetos de orientação, questionários, palestras, entrevistas e debates na área de Saúde com a população, sobre o uso correto de medicamentos, incluindo fitoterápicos e legislação pertinente. Garantir nos municípios a informação aos usuários e profissionais da saúde sobre o acesso a medicamentos padronizados no SUS e onde encontrá-los.
- Estimular a implantação e implementação, assim como a utilização de centro de informação sobre medicamentos, com financiamento público, vinculado aos Centros Brasileiros de Informação sobre Medicamentos (Cebrim) nos estados e municípios, para possibilitar aos profissionais de saúde o acesso à literatura técnico-científica idônea sobre medicamentos e medicação.
- Manter cadastro de organizações não-governamentais e divulgar grupos descentralizados de Alcoólicos Anônimos, Narcóticos Anônimos, Al-Anon, Amor Exigente e outros grupos de auto-ajuda e de prevenção e assistência à saúde, utilizando como apoio os Conselhos de Saúde e Conselhos Distritais Indígenas.
- Realizar periodicamente por intermédio dos Conselhos de Saúde, pesquisa de opinião pública com os usuários e trabalhadores do SUS sobre o grau de satisfação, acesso a exames de referência, obtenção de medicamentos, qualidade do atendimento prestado, condições de trabalho e impacto dos serviços ofertados, objetivando a reprogramação de planos de saúde, com divulgação dos resultados e acompanhamento pelos Conselhos de Saúde, com premiação que incentive a melhoria do atendimento.

- Implementar, em cada unidade de saúde e hospitais, métodos de avaliação do índice de aprovação dos usuários quanto aos serviços de saúde oferecidos pelo SUS, tais como caixas de coleta de sugestões, críticas e opiniões, a serem recolhidas e sistematizadas por uma comissão ou equipe e avaliadas pelo gestor e pelo respectivo conselho.
- Criar um núcleo de inteligência em vigilância à saúde (vigilância epidemiológica, ambiental, nutricional, saúde do trabalhador, etc.).
- Tornar possível a toda a população o acesso aos sistemas de informação em saúde e aos laboratórios comunitários de informática vinculados aos Conselhos de Saúde, propiciando sua democratização.
- Estabelecer padrões para a disseminação de informações, para as três esferas de governo, a partir do Portal Saúde.
- Estimular e incrementar a criação de novos Registros de Câncer de Base Populacional (RCBP) e Registros Hospitalares de Câncer (RHC), com financiamento federal e integrando-os em rede nacional para permitir avaliação das políticas de prevenção, detecção e tratamento do câncer.

## **Deliberações relativas à Comunicação em Saúde**

- Estabelecer o ano de 2005 como o ano nacional do SUS, com amplitude de cobertura máxima em todos os meios de comunicação e efetivo envolvimento de todas as esferas governamentais na promoção da divulgação do SUS.
- Aprimorar as relações entre as Secretarias e Conselhos de Saúde, os movimentos sociais e populares e as universidades na área de Comunicação Social, para facilitar o acesso amplo

e direto às informações na área de Saúde, com o apoio da rede de educação continuada e a instituição de prêmios jornalísticos, dentre outras iniciativas para reconhecer o trabalho de comunicadores ao divulgar os princípios do SUS e o controle social.

- O Ministério da Saúde deve criar um prêmio de jornalismo Sergio Arouca, para que os comunicadores se motivem a produzir notícias e reportagens sobre os princípios do SUS e o controle social, propiciando à população um maior conhecimento da saúde pública.
- Apoiar e realizar pesquisas com os movimentos e as práticas de educação popular de saúde incluindo a realização e divulgação do mapeamento do patrimônio informacional e cultural da saúde pública e das expressões artísticas populares que se desenvolvem no campo da Saúde, a partir de uma articulação entre os ministérios da Saúde, Cultura, Previdência, Assistência Social e demais entidades interessadas.
- Assegurar recursos orçamentários para viabilizar e implantar a Rede Pública e Nacional de Comunicação, de acordo com a recomendação das 11.<sup>a</sup> e 12.<sup>a</sup> Conferências Nacionais de Saúde, como materialização de uma política de comunicação ampla, plural, horizontal e descentralizada, que fortaleça as redes e aos movimentos sociais. Articulada ao controle social, deve garantir o acesso à informação, à troca de experiências, à capacitação para o controle social e para a gestão democrática do sistema, fornecendo informações em saúde *on-line*, com livre acesso para os usuários do SUS.
- Assegurar participação tripartite nos conselhos de comunicação dos Conselhos de Saúde nas três esferas de governo, criando conselhos de comunicação em todos os municípios, com participação popular.
- Garantir o acesso da população às informações de saúde sobre o SUS, seus princípios e espaços de participação, di-

vulgando obrigatoriamente em todos os meios de comunicação os resultados das conferências em todas as esferas de governo, assim como conteúdos de educação e educação popular em saúde, visando ao cumprimento da Constituição Federal e das Leis Federais n.º 8.080/90 e n.º 8.142/90. O Ministério das Comunicações deve assegurar espaço gratuito em todos os meios de comunicação públicos e privados e na concessão de canais de rádio e televisão, para programas e matérias de promoção e prevenção à saúde, e com linguagem acessível e informações de saúde de relevância pública e interesse local.

- O controle social deve assumir a fiscalização das propagandas referentes aos serviços prestados pelo SUS, criando, nos Conselhos de Saúde, câmaras especiais para análise da propaganda governamental, se possível em parceria com sindicatos e federação de jornalistas, radialistas e publicitários, para evitar a propaganda enganosa e garantir sua finalidade educativa, na forma da lei.
- Fazer cumprir a lei que proíbe a propaganda de cigarros nos meios de comunicação em qualquer evento e criar lei com o mesmo fim para bebidas alcoólicas.
- O Ministério Público deve coibir a veiculação de propaganda enganosa e ou programas de televisão ofensivos ao SUS.
- Proibir a propaganda e comercialização de planos de saúde privados dentro de qualquer órgão público que atenda diretamente à população, bem como de medicamentos não genéricos, sobretudo nos hospitais universitários (HU) e faculdades/universidades públicas na área de Saúde.
- Criar canal de TV aberto em rede nacional para divulgação e informação sobre saúde em todo o País.
- Ampliar o programa Canal Saúde em rede nacional, pela TV Educativa, extensiva às demais concessionárias de canal aberto.

- Reconhecer e implementar as rádios e televisões comunitárias como instrumentos públicos de comunicação e divulgação do interesse da sociedade, do SUS e da saúde, bem como dos direitos dos usuários:
  - a) exigindo que a lei de concessão de rádios comunitárias seja cumprida pela concessionária;
  - b) apoiando a criação de rádio comunitária indígena, respeitando as especificidades etnoculturais;
  - c) aumentando a potência de 25 para 50 *watts*, para que os trabalhos sociais sejam mais abrangentes;
  - d) criando e implementando, em conjunto com Ministério das Comunicações, uma rede de rádios educativas para abranger toda a Amazônia Legal, garantindo informações do SUS a todos usuários dessa região; e
  - e) fazendo o Ministério da Saúde gestão junto ao Ministério das Comunicações, objetivando a criação de uma política de análise diferenciada na concessão de rádios e televisões comunitárias pleiteadas por conselhos em todas as esferas, aplicando assim o princípio da interseccionalidade das ações.
- Articular ações entre a Secretaria de Comunicação Social da Presidência da República, os Ministérios da Saúde, das Comunicações, da Cultura e da Educação para estabelecer uma política de comunicação e informação alternativa para a saúde, orientada para jornais, televisões e rádios comunitárias, levando-se em conta as informações dos Conselhos de Saúde das três esferas de governo.
- Tornar obrigatória e com dotação orçamentária específica a criação de veículos de comunicação, com edição regular e distribuídos à população em locais públicos, rádios comu-

nitárias e pela internet, para divulgar em tempo hábil os objetivos, as atividades e as deliberações dos Conselhos de Saúde nas três esferas de governo, garantindo informação dirigida aos respectivos segmentos, incluindo a divulgação da eleição dos seus representantes. Garantir também a possibilidade de acesso público às atas, com suas deliberações e resoluções.

- Normatizar, com prazo de implantação, a obrigatoriedade de fixar, nas unidades de saúde do SUS e conveniadas, em local visível e acessível, placa padronizada contendo o logotipo do SUS, informações sobre a habilitação do sistema municipal, o nome do gestor responsável pelo serviço, com telefone e local para contato e relação dos serviços ofertados, como forma de garantir aos usuários informações que lhes permitam, *in loco*, fazer sugestões e reclamações sobre a qualidade de serviços ofertados.
- Divulgar entre os estados, municípios e conselhos as experiências e práticas exitosas e inovadoras para a saúde da população.
- Aprovar previamente nos Conselhos de Saúde, nas respectivas esferas de governo, as campanhas institucionais.
- O poder público deve implementar e ampliar campanhas de estímulo à utilização de medicamentos genéricos, manipulados e fitoterápicos, permitindo ampliar o acesso racional aos medicamentos, contrapondo-se aos laboratórios que investem contra a credibilidade dos genéricos.
- Promover, nas três esferas de governo, parcerias com as empresas concessionárias de serviços públicos e com instituições filantrópicas, para veicular nas contas de luz, água, gás e telefone mensagens de promoção à saúde e contra o uso de drogas ilícitas e o abuso de drogas lícitas.

- Criar um sistema de comunicação institucional, integrando profissionais, serviços e usuários, intensificando o compromisso com a qualidade e confiabilidade dos registros, possibilitando o compartilhamento das informações em saúde.
- Articular com as faculdades de comunicação social a implementação de linhas de pesquisa em comunicação e saúde e a criação de cursos de extensão sobre comunicação para profissionais e estudantes da área da Saúde.
- Articular com as faculdades de saúde pública e de ciências da saúde, faculdades de medicina e escolas de enfermagem do Brasil, ao longo dos próximos quatro anos, a criação de cursos de extensão sobre saúde pública para estudantes de comunicação, profissionais da grande imprensa e comunidades populares.

## **Deliberações relativas à Educação e à Educação Popular em Saúde**

- Efetivar e valorizar a educação permanente em saúde, formal e popular, em escolas, igrejas, trabalhos e comunidades em geral, articulando estratégias de educação a uma política de informação e comunicação permanente e continuada.
- Adquirir, com recursos dos fundos de saúde, equipamentos de apoio audiovisual para ações de educação formal e popular em saúde nas três esferas de governo, envolvendo os municípios pequenos e as comunidades rurais; ampliar a produção e a veiculação de material gráfico, como folhetos, boletins, cartazes e informativos; e regularizar as remessas procedentes das esferas estadual e federal para que cheguem em tempo hábil aos municípios. Os municípios, por sua vez, devem produzir materiais próprios de acordo com suas realidades específicas.

- Fortalecer os fóruns permanentes que estão sendo criados pelo movimento de práticas de educação popular em saúde com o apoio da Associação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde (Aneps) e do Ministério da Saúde, inclusive um fórum virtual coordenado pelo Conselho Nacional de Saúde.
- Organizar e fortalecer encontros anuais de educação em saúde, incluindo as práticas e os movimentos de educação popular em saúde, em parceria com usuários e os apoiados pelas esferas governamentais e pelos demais integrantes do SUS, com a participação da Associação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde (Aneps).
- Elaborar instrumentos informativos e desenvolver processos de formação sobre saúde do trabalhador e políticas de saúde para entidades e lideranças sindicais, profissionais, gestores e conselheiros, visando ao fortalecimento de sua atuação no controle social do SUS.

# Equipe de Elaboração

## **Conselho Nacional de Saúde**

### **Comissão de Comunicação e Informação do CNS**

Geusa Dantas Lelis – Conselheira Nacional/ FNE/Fentas

Maria Thereza Mendonça de Carneiro Rezende – Conselheira Nacional/  
Conselho Federal de Fonoaudiologia/Fentas

Maria Helena Baumgarten – Conselheira Nacional/Contag

Ilara Hämmerli Sozzi de Moraes – Conass

Geraldo Adão Santos – Conselheiro Nacional/Cobap

### **Secretaria Executiva do Conselho Nacional de Saúde/Coordenações**

Eliane Cruz – Secretária-Executiva do Conselho Nacional de Saúde

Alessandra Ximenes – SE/CNS – Coordenadora de Comunicação e  
Informação em Saúde

Adalgiza Balsemão de Araújo – SE/CNS – Coordenadora de Relações  
Intersetoriais

Lúcia Maria Costa Figueiredo – SE/CNS – Coordenadora de Equipe  
Técnica Normativa

### **Assessoria de Comunicação e Informação em Saúde do CNS**

Alessandra Ximenes – Coordenação

Alessandro Saturno – Jornalista

Verbena Melo – Jornalista

Silvia Alves – Jornalista

Willian de Lima Barreto – Assessoria Técnica de Informática

Caroline Miranda Coelho – Assessoria Administrativa



A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada na Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde:

<http://www.saude.gov.br/bvs>

O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde pode ser acessado na página:

<http://www.saude.gov.br/editora>



EDITORA MS

Coordenação-Geral de Documentação e Informação/SAA/SE  
MINISTÉRIO DA SAÚDE

(Normalização, revisão, editoração, impressão, acabamento e expedição)

SIA, trecho 4, lotes 540/610 – CEP: 71200-040  
Telefone: (61) 3233-2020 Fax: (61) 3233-9558

*E-mail:* [editora.ms@saude.gov.br](mailto:editora.ms@saude.gov.br)

*Home page:* <http://www.saude.gov.br/editora>  
Brasília – DF, dezembro de 2005

OS 1186/2005