

CIÊNCIA E TECNOLOGIA EM SAÚDE

coleção Para Entender a Gestão do SUS | 2011 volume **11**

ATUALIZAÇÃO
JUNHO/2015

Copyright 2015 – 1ª Edição – Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS

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

A Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011 pode ser acessada, na íntegra, na biblioteca eletrônica do CONASS, www.conass.org.br/biblioteca.



SECRETÁRIOS DE ESTADO DA SAÚDE 2015

AC Francisco Armando Melo

AL Rozangela Wyszomirska

AM Wilson Duarte Alecrim

AP Pedro Rodrigues Gonçalves Leite

BA Fábio Vilas Boas

CE Henrique Jorge Javi de Sousa

DF João Batista de Sousa

ES Ricardo Oliveira

GO Leonardo Vilela

MA Marcos Pacheco

MG Fausto Pereira dos Santos

MS Nelson Barbosa Tavares

MT Marco Aurélio Bertúlio

PA Vítor Manuel Jesus Mateus

PB Roberta Abath

PE José Iran Costa Júnior

PI Francisco Costa

PR Michele Caputo Neto

RJ Felipe Peixoto

RN José Ricardo Lagreca

RO Willames Pimentel

RR Kalil Gibran Linhares Coelho

RS João Gabbardo dos Reis

SC João Paulo Kleinubing

SE José Macêdo Sobral

SP David Uip

TO Samuel Braga Bonilha



DIRETORIA CONASS - GESTÃO 2015/2016

PRESIDENTE

Wilson Duarte Alecrim (AM)

VICE-PRESIDENTES

Região Centro-Oeste

Marco Bertúlio (MT)

Região Nordeste

Fábio Vilas Boas (BA)

Região Norte

Francisco Armando Melo (AC)

Região Sudeste

Fausto Pereira (MG)

Região Sul

João Gabbardo (RS)

COMISSÃO FISCAL

Leonardo Vilela (SES/GO)

José Macedo Sobral (SES/SE)

Marcos Pacheco (SES/MA)

SECRETÁRIO EXECUTIVO

Jurandi Frutuoso


COORDENADORA DE NÚCLEOS

Rita de Cássia Bertão Cataneli

COORDENADOR DE DESENVOLVIMENTO

INSTITUCIONAL

Ricardo F. Scotti



ATUALIZAÇÃO DO LIVRO
Fernando Cupertino
Lore Lamb
Nereu Henrique Mansano

REVISÃO TÉCNICA
René Santos

REVISÃO ORTOGRÁFICA
Sem Fronteira Idiomas

EDIÇÃO
Adriane Cruz
Tatiana Rosa

PROJETO GRÁFICO
Fernanda Goulart

DESIGNER ASSISTENTE
Thales Amorim

DIAGRAMAÇÃO
Marcus Carvalho

SUMÁRIO

- 6 Estudos e pesquisas em saúde no Brasil
- 9 Gestão de tecnologias em saúde
- 13 Complexo econômico-industrial da Saúde
- 17 Tecnologia da informação

CIÊNCIA E TECNOLOGIA EM SAÚDE

A atualização do volume 11 da coleção “CONASS para entender a gestão do SUS 2011”, que trata dos temas Ciência e Tecnologia em Saúde, obedece à mesma estrutura adotada naquela publicação, ou seja, abrange (a) estudos e pesquisas em Saúde no Brasil; (b) a gestão de tecnologias em Saúde; (c) complexo econômico-industrial da Saúde e (d) tecnologias de informação e Informática.

1. ESTUDOS E PESQUISAS EM SAÚDE NO BRASIL

1 – Pesquisa, desenvolvimento e inovação no Brasil

Infelizmente, os números mais atuais disponibilizados no *website* do CNPq referem-se ao ano de 2010. Há uma variedade imensa de dados que podem ser acessados nos *links* mencionados abaixo:

a – distribuição do número de linhas de pesquisa, de pesquisadores e de grupos, segundo a área predominante nas atividades do grupo, 2010.

b – percentual de pesquisadores doutores em relação ao total de pesquisadores segundo a grande área predominante do grupo entre 1993-2010.

c – distribuição dos grupos de pesquisa segundo a área do conhecimento predominante do grupo 1 entre 1993-2010.

d – produção e produtividade C&T no quadriênio 2007-2010 de pesquisadores doutores segundo o tipo de produção e a grande área predominante nas atividades do grupo, Censo 2010.

e – distribuição das linhas de pesquisa segundo o setor de aplicação entre 2002-2010.

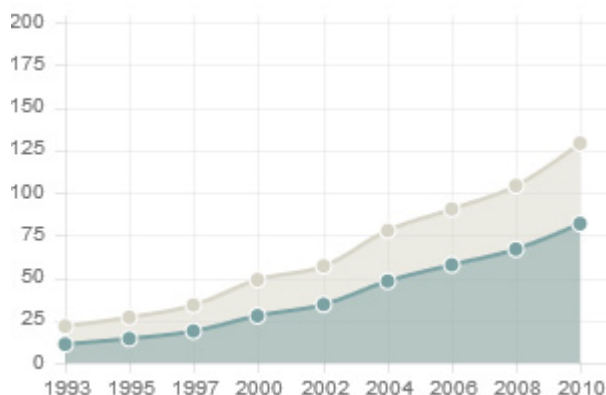
f – grupos de pesquisa no Brasil

Gráfico 1 NÚMERO DE GRUPOS DE PESQUISA NO BRASIL ENTRE 1996–2010.



g – Pesquisadores e Pesquisadores Doutores

Gráfico 2 NÚMERO DE PESQUISADORES E PESQUISADORES DOUTORES ENTRE 1996–2010.



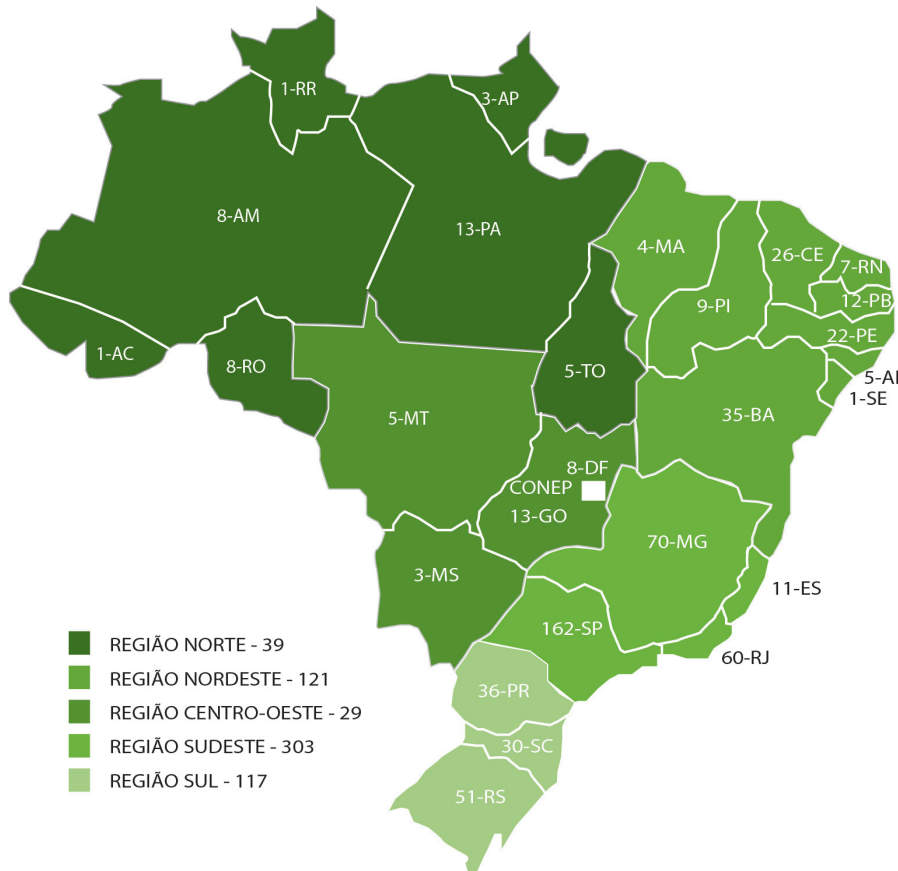
II – Resoluções adotadas pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)

Além das resoluções mencionadas no Quadro 2, foram editadas, após 2009, **três outras Resoluções**, as de números 441/2011, 446/2011 e 466/2012.

Desde janeiro de 2012, a submissão de projetos ao Sistema CEP-CONEP passou a ser feita por meio da Plataforma Brasil.

A **Plataforma Brasil** é uma base nacional e unificada de registros de pesquisas envolvendo seres humanos para todo o sistema CEP-CONEP. Ela permite que as pesquisas sejam acompanhadas em seus diferentes estágios desde sua submissão até a aprovação final pelo CEP e pela CONEP, quando necessário.

O número e a distribuição atual dos Comitês de Ética em Pesquisa no Brasil estão distribuídos no mapa abaixo:



Fonte: CONEP, 2015

III – O PPSUS

No **website do PPSUS** encontram-se os dados mais atuais (até 2012) referentes ao programa em cada um dos estados da federação.

As informações referentes às edições do Prêmio de Incentivo em Ciência e Tecnologia para o SUS, de 2002 a 2012, podem ser encontradas no link <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/ct/premio/>.

2. GESTÃO DE TECNOLOGIAS EM SAÚDE

IV – *EVIPNet Brasil*

A Rede para Políticas Informadas por Evidências Evidence-Informed Policy Network (EVIPNet) promove o uso apropriado de evidências científicas no desenvolvimento e implementação das políticas para a Saúde. Essa iniciativa proporciona o intercâmbio entre gestores, pesquisadores e representantes da sociedade civil, facilitando formulação e a implantação de políticas, e a gestão dos serviços e sistemas de Saúde informados por evidências científicas.

No Brasil, a rede é coordenada pelo Departamento de Ciência e Tecnologia da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde. A EVIPNet Brasil vem implementando e capacitando Núcleos de Evidências (NEv) para contribuir com o uso das melhores evidências científicas na elaboração, implantação e monitoramento de políticas nos diferentes níveis da organização pública. Os profissionais que trabalham nos NEv são capacitados para utilizar a ferramenta SUPPORT para políticas informadas por evidências.

Objetivo geral da rede EVIPNet

Estabelecer mecanismos para facilitar a utilização de produção científica na formulação e implementação de políticas de Saúde.

Objetivos VIPNet Brasil

- Institucionalizar o uso do conhecimento científico nos processos de tomada de decisão no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);
- Desenvolver métodos e estratégias inovadoras na gestão da Saúde;
- Fazer tradução do conhecimento;
- Propiciar cooperação técnica entre os países participantes da rede.

Secretaria executiva

A Secretaria Executiva da EVIPNet Brasil é exercida pela Coordenação-Geral de Gestão do Conhecimento do Decit/SCTIE do Ministério da Saúde e tem

como incumbências a gestão da rede e do seu plano de trabalho; a convocação de reuniões do Conselho Consultivo e a provisão de recursos para o plano de implantação do projeto.

Grupos de trabalho

A EVIPNet Brasil conta com grupos de trabalho compostos por representantes de diferentes instituições e especialistas selecionados e convidados de acordo com o tema a ser desenvolvido. A principal atribuição dos grupos de trabalho é a produção das sínteses de evidências para políticas de acordo com os temas prioritários e subtemas estabelecidos pelo Conselho Consultivo, e seguindo a metodologia definida pela EVIPNet.

A Rede EVIPNet Brasil poderá ter mais de um grupo de trabalho, simultaneamente ou não. Esses grupos são temporários e estabelecidos de acordo com o tema e subtema de trabalho. O Conselho Consultivo e Comitê Executivo são responsáveis pelo estabelecimento dos Grupos de Trabalho.

Núcleos de evidências e estações da biblioteca virtual de Saúde (NEv/EBVS)

A EVIPNet Brasil, em parceria com a OPAS/Bireme, vem implantando núcleos de evidências e estações da biblioteca virtual de Saúde (NEv/EBVS) em municípios com o objetivo de subsidiar as tomadas de decisões dos gestores locais. Até o momento foram implantados NEv em Sobral (CE), Recife (PE), Belo Horizonte (MG) e Brasília (DF).

Sínteses de evidência

As sínteses de evidências para políticas são produtos elaborados pela rede EVIPNet com base nos métodos SUPPORT (Ferramentas para Políticas Informadas por Evidências), desenvolvidos para balizar a elaboração de políticas públicas informadas por evidências, e considerando contextos locais. A partir do uso das Ferramentas SUPPORT as melhores e mais relevantes evidências são extraídas e apresentadas para utilização pelos tomadores de decisão. Os textos produzidos são divulgados com linguagem e formatos adequados de acordo com o público e mídias para fortalecer a capacidade de utilização do conhecimento científico na gestão do SUS.

Conselho consultivo

A Portaria-MS 2363/2009 estabeleceu o Conselho Consultivo da EVIPNet Brasil, sob a responsabilidade do Decit/SCTIE/MS, com a seguinte composição:

- Ministério da Saúde/Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (MS/SCTIE);
- Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde (MS/SAS);
- Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância da Saúde (MS/SVS);
- Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS);
- Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (Bireme/OPAS/OMS);
- Conselho Nacional de Secretários da Saúde (CONASS);
- Conselho Nacional de Secretários Municipais da Saúde (CONASEMS);
- Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO);
- Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

V – A Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias (CONITEC)

Em 2009, o Supremo Tribunal Federal (STF) realizou uma audiência pública sobre saúde, motivada pela crescente demanda por decisões em ações judiciais, destinadas, principalmente, ao fornecimento de medicamentos. Na mesma época, tramitavam no Congresso Nacional os projetos de lei do Senado Federal (PLS n. 219/2007 e PLS n. 338/2007) que tratavam da assistência terapêutica integral, estabelecida na Lei n. 8080, de 1990.

Nesse contexto, discutia-se a necessidade de se adotar medidas para aumentar a transparência no processo de avaliação de tecnologias em saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e conferir maior celeridade na elaboração e atualização dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT). Para alcançar tal propósito, o SUS deveria contar com uma instância permanente, encarregada da avaliação de tecnologias, com participação de representantes da sociedade.

As discussões resultaram na aprovação da Lei n. 12.401, de 28 de abril de 2011¹, que dispõe sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologias em saúde, no âmbito do SUS, e cria a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). Essa Comissão tem a atribuição de asses-

1_ Disponível em http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viw_Identificacao/lei%2012.401-2011?OpenDocument.

sorar o Ministério da Saúde nas incorporações, exclusões ou alterações de tecnologias em saúde pelo SUS, bem como na constituição ou alteração de PCDT.

O Decreto n. 7.646, de 21 de dezembro de 2011, dispõe sobre a composição, as competências, e o funcionamento da CONITEC e trata do processo administrativo para a incorporação, exclusão e alteração de tecnologias no SUS. Estabelece que a estrutura de funcionamento compõe-se de dois fóruns: o Plenário e a Secretaria-Executiva.

O Plenário é integrado por treze membros, com representação das Secretarias do Ministério da Saúde, atualmente em número de sete, pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), Conselho Nacional de Saúde (CNS), Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Esse Plenário é responsável pela emissão de recomendações sobre incorporação, exclusão ou alteração das tecnologias no âmbito do SUS.

A Secretaria-Executiva da CONITEC, responsável pelo seu suporte administrativo, é exercida por uma das unidades da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE) do Ministério da Saúde, a quem cabe coordenar suas atividades. Está a cargo do Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde (DGITS),² vinculado à SCTIE, sendo responsável por dar o suporte técnico e científico para análise das demandas.

A apresentação à CONITEC de propostas para avaliação de tecnologias pode ser feita por instituições privadas, organizações não governamentais, pessoas físicas, instituições públicas da administração direta ou indireta, da União, estados e municípios.

O fluxo adotado pela CONITEC, para a avaliação de tecnologias após o recebimento de pedido de incorporação, prevê uma análise inicial da conformidade documental; a análise dos estudos apresentados sob a responsabilidade da secretaria executiva. Na sequência o relatório é analisado pelo plenário para recomendações e parecer. Submetidas à consulta pública pelo prazo de 20 dias (10 dias em casos de urgência), as contribuições e sugestões advindas dessa consulta são organizadas e analisadas pela secretaria executiva e apresentadas ao plenário que as

2_ Criado pelo Decreto n. 7.797, de 30 de agosto de 2012. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2012/Decreto/D7797.htm.

retifica ou ratifica. As recomendações são inseridas em um relatório final sobre o tema, encaminhado para o secretário da SCTIE para avaliação e tomada de decisão sobre a incorporação ou não da tecnologia, essa decisão é disponibilizada por meio de publicação de Portaria da SCTIE no Diário Oficial da União (DOU).³

Cabe ainda à CONITEC a elaboração e a alteração de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, e a atualização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename), atribuição de subcomitês específicos constituídos na CONITEC para desempenharem essas funções.

A página eletrônica da CONITEC⁴ fornece todas as informações acerca das propostas de incorporação, das tecnologias em avaliação, consultas públicas, relatórios e decisões sobre incorporação.

Desde a primeira reunião, realizada em fevereiro de 2012, até 2014, a CONITEC recebeu mais de 350 demandas de avaliação de tecnologias em saúde, em sua maior parte relacionadas a medicamentos. Após três anos de criação da Comissão, mais de cem tecnologias foram incorporadas.

Das demandas recebidas, metade foi feita por demandantes externos e, as demais, pelo próprio Ministério da Saúde. Entre os demandantes externos estão órgãos do Poder Judiciário. Com a finalidade de contribuir para a tomada de decisão dos magistrados, a CONITEC elabora fichas técnicas com informações diversas sobre os medicamentos, entre elas, se está disponível no SUS, as alternativas terapêuticas disponíveis e a existência de PCDT.⁵

Com a constituição da CONITEC, foram extintas as atividades da Comissão de Incorporação de Tecnologias do MS (CITEC), iniciando-se nova etapa na avaliação de tecnologias no SUS, que se articula com a política de ciência e tecnologia em saúde, com decisões embasadas em conhecimentos técnico-científicos advindos da pesquisa e da inovação.

3. COMPLEXO ECONÔMICO-INDUSTRIAL DA SAÚDE

Os gráficos e tabelas que se encontram no Capítulo 4, volume 11, da coleção CONASS Para entender a gestão do SUS 2011 foram atualizados pela mesma equipe, integrada por Carlos A.G. Gadelha, Sandra Willecke e Laís Costa.

3_ Para saber mais sobre o tema, acesse <http://conitec.gov.br/index.php/decisoes-sobre-incorporacoes>.

4_ Acesso à página da Conitec em <http://conitec.gov.br>.

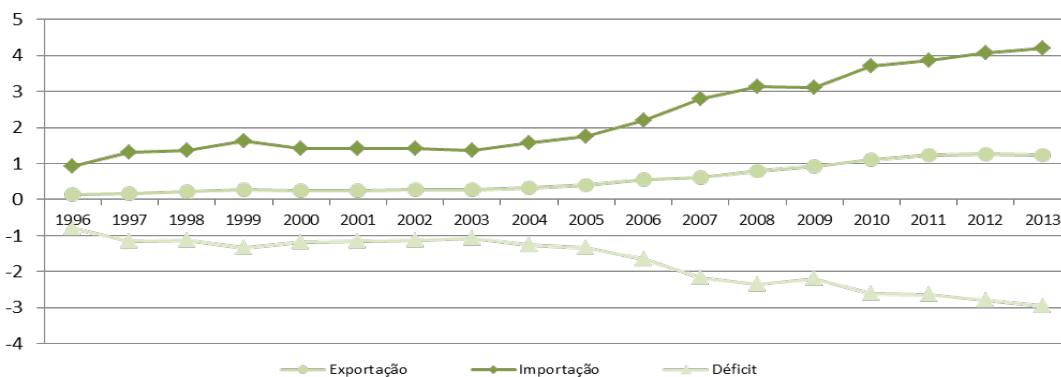
5_ Veja mais em <http://conitec.gov.br/index.php/direito-e-saude>.

Balança comercial da Saúde

Gráfico 3 MEDICAMENTOS – EVOLUÇÃO DO COMÉRCIO EXTERIOR, 1996-2013

CEIS 2013 – Balança comercial de medicamentos

(Valores em US\$ bilhões, atualizados pelo IPC/EUA)



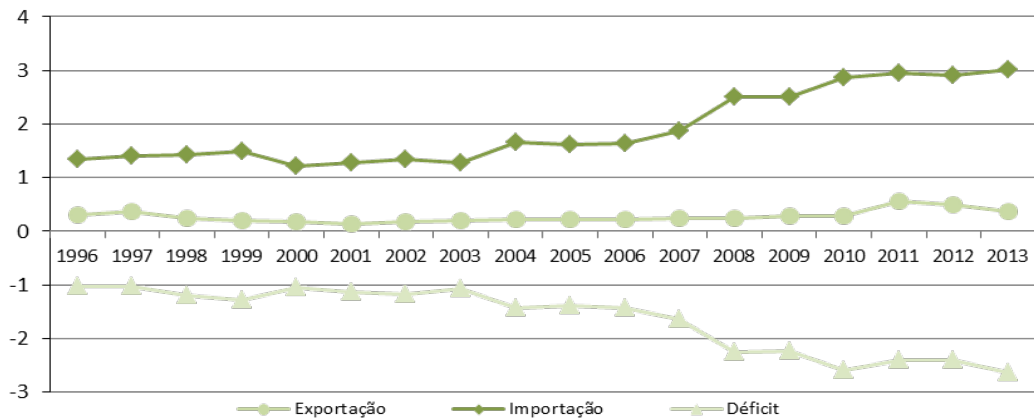
Fonte: elaborado pelo Grupo de Pesquisa de Inovação em Saúde (GIS/FIOCRUZ), com base em dados da Rede Alice / MDIC.

Acesso em janeiro/2014.

Gráfico 4 FÁRMACOS – EVOLUÇÃO DO COMÉRCIO EXTERIOR, 1996-2013

CEIS 2013 – Balança comercial de fármacos

(Valores em US\$ bilhões, atualizados pelo IPC/EUA)

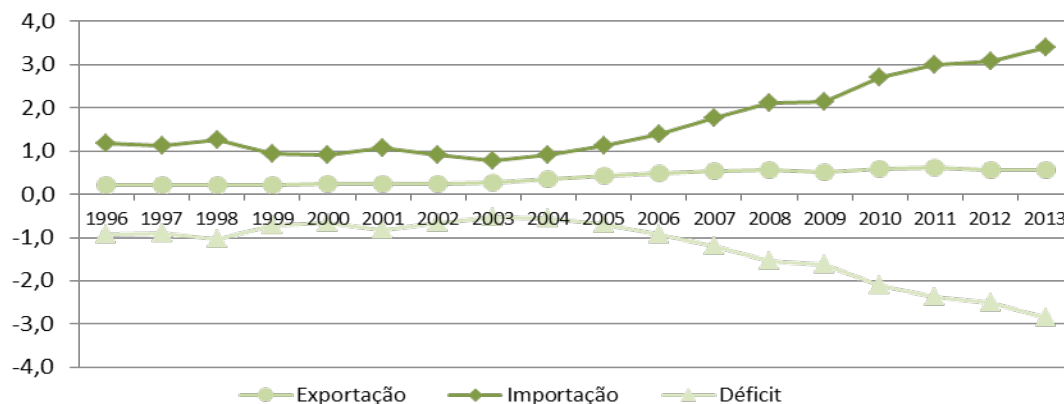


Fonte: elaborado por GIS, com base em dados da Rede Alice / MDIC. Acesso em janeiro/2014

Gráfico 5 EQUIPAMENTOS E MATERIAIS – EVOLUÇÃO DO COMÉRCIO EXTERIOR, 1996-2013

CEIS 2013 – Balança comercial de equipamentos e materiais

(Valores em US\$ bilhões, atualizados pelo IPC/EUA)



Fonte: elaborado por GIS, com base em dados da Rede Alice / MDIC. Acesso em janeiro/2014

Gráfico 6 VACINAS – EVOLUÇÃO DO COMÉRCIO EXTERIOR, 1996-2013

CEIS 2013 – Balança comercial de vacinas

(Valores em US\$ bilhões, atualizados pelo IPC/EUA)

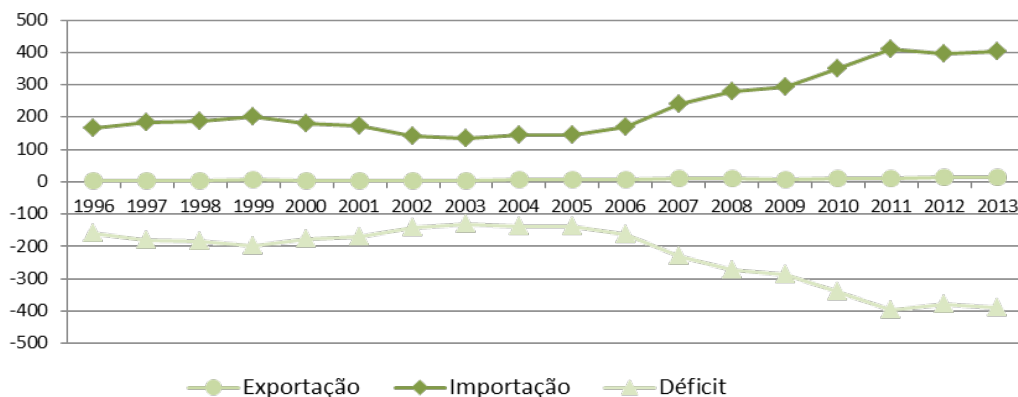


Fonte: elaborado por GIS, com base em dados da Rede Alice / MDIC. Acesso em janeiro/2014

Gráfico 7 REAGENTES PARA DIAGNÓSTICO – EVOLUÇÃO DO COMÉRCIO EXTERIOR, 1996-2013

CEIS 2013 – Balança comercial de reagentes para diagnóstico

(Valores em US\$ bilhões, atualizados pelo IPC/EUA)

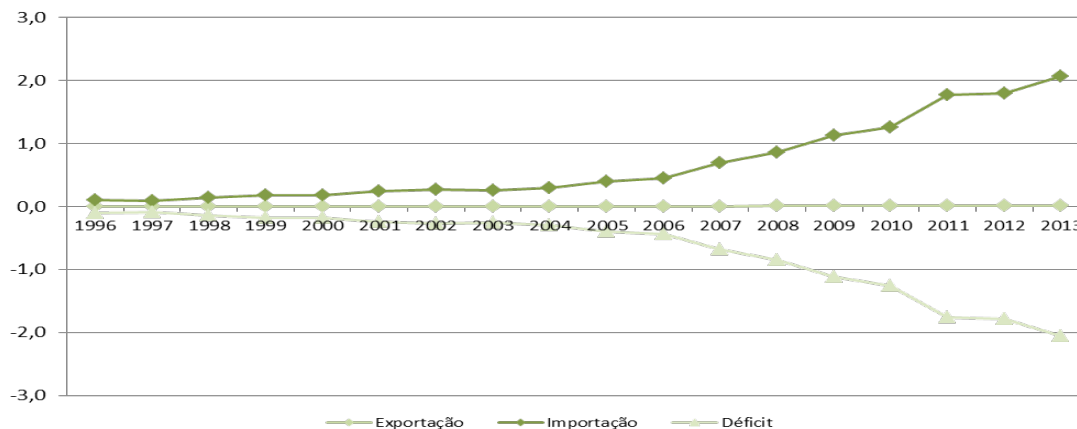


Fonte: elaborado por GIS, com base em dados da Rede Alice / MDIC. Acesso em janeiro/2014

Gráfico 8 HEMODERIVADOS – EVOLUÇÃO DO COMÉRCIO EXTERIOR, 1996-2013

CEIS 2013 – Balança comercial de hemoderivados

(Valores em US\$ bilhões, atualizados pelo IPC/EUA)



Fonte: elaborado por GIS, com base em dados da Rede Alice / MDIC. Acesso em janeiro/2014

Tabela 1 COMPLEXO ECONÔMICO-INDUSTRIAL DA SAÚDE – BALANÇA COMERCIAL CONSOLIDADA

Balança Comercial CEIS - 2012

Valores US\$, atualizados pelo IPC/EUA

	Exportação	Importação	Saldo
Equipamentos/Materiais	562.089.464,00	3.405.955.481,00	-2.843.866.017,00
Aparelhos não eletônicos	376.645,00	77.110.375,00	-76.733.730,00
Aparelhos eletrônicos	124.510.109,00	1.488.937.942,00	-1.364.427.833,00
Próteses e Órteses	144.191.696,00	732.417.480,00	-588.225.784,00
Materiais de consumo	293.011.014,00	1.107.489.684,00	-814.478.670,00
Vacinas	18.909.016,00	672.553.004,00	-653.643.988,00
Reagentes	12.657.768,00	402.187.155,00	-389.529.387,00
Hemoderivados	15.673.072,00	2.064.815.414,00	-2.049.142.342,00
Medicamentos	1.247.008.675,00	4.199.790.606,00	-2.952.781.931,00
Fármacos	371.158.356,00	3.017.281.527,00	-2.646.123.171,00
Soros	7.938.148,00	115.675.331,00	-107.737.183,00
TOTAL	2.235.434.499	13.878.258.518	-11.642.824.019

Fonte: elaborado por GIS/ENSP/FIOCRUZ, a partir de dados da Rede Alice / MDIC. Acesso em janeiro/2013

4. TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO

O uso da tecnologia da informação tem se mostrado cada vez mais indispensável nos processos de trabalho e na gestão do Sistema Único de Saúde. Situação que se traduz especialmente na utilização dos sistemas de informação para a análise de situação de Saúde, monitoramento e avaliação da gestão e na necessidade de desenvolvimento de sistema de Registro Eletrônico em Saúde (RES).

A adequada **gestão e alimentação dos sistemas de informação em Saúde** são fundamentais para **analisar a situação de Saúde** nos territórios, bem como para a avaliação das intervenções realizadas e o monitoramento e regulação das atividades desenvolvidas por prestadores públicos e privados de serviços de Saúde. Desde a implementação do Pacto pela Saúde e em especial a partir da publicação do Decreto n. 7.508, de junho de 2011, esse papel é ainda mais estratégico, uma vez que a avaliação e monitoramento das gestões das 3 esferas de governo ocorrem por meio do aferimento do alcance de metas pactuadas, que depende da alimentação das bases de dados nacionais.

- ✓ Em 28 de fevereiro de 2013 foram pactuadas em reunião da Comissão Intergestores Tripartite as premissas para pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores com vistas ao fortalecimento do Planejamento em Saúde para os anos de 2013-2015, que resultaram na publicação da **Resolução CIT n. 5, de 19 de junho de 2013**. Essa resolução, em seu artigo 3º, estabelece “um rol único de indicadores para pactuação nacional, classificados em universais e específicos, vinculados às diretrizes do Plano Nacional de Saúde, de modo a refletir a implantação das políticas prioritárias no âmbito do SUS, respeitado o § 4º do art. 30 da **Lei Complementar n. 141, de 13 de janeiro de 2012**”.

Segundo Mendes (2012) *“um modelo efetivo e de qualidade de cuidados primários exige sistemas de informações clínicos bem estruturados, com base em prontuários clínicos, utilizados isoladamente, ou como parte de um **Registro Eletrônico em Saúde**”* Os sistemas de informação clínica são essenciais tanto na Atenção Primária à Saúde (APS) (que demanda sistemas informatizados para classificação de risco das pessoas em situação de urgência e prontuários clínicos familiares eletrônicos, essenciais aos cuidados de portadores de condições crônicas), como nos demais pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS), para a continuidade do cuidado, uma vez que *“a introdução de tecnologias de informação viabiliza a implantação da gestão da clínica nas organizações de Saúde e reduz os custos pela eliminação de retrabalhos e de redundâncias no sistema de atenção à Saúde”*.⁶

O autor considera essencial a existência de prontuários clínicos familiares eletrônicos para que a APS *“introduza a gestão de base populacional e exercite as funções de coordenação das RAS”*, e ainda *“não fazer sentido que cada município desenvolva e/ou contrate, isoladamente, uma solução de prontuário eletrônico”* para a APS, *“à exceção, talvez, dos grandes municípios”*. Essa deveria ser uma tarefa típica do apoio do MS e das SES, cuja vantagem seria *“poder operar bases de dados estaduais / nacional alimentadas diretamente pela rede de prontuários clínicos eletrônicos em cada unidade de Saúde da família.”*¹

⁶ Mendes, Eugênio Vilaça: O cuidado das condições crônicas na atenção primária à Saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da Saúde da família. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. Págs. 94 e 119-20. Disponível em: <http://www.conass.org.br/biblioteca/o-cuidado-das-condicoes-cronicas-na-atencao-primaria-a-saude/>. Acesso em março de 2015.

- ✓ Apesar de boas experiências em alguns municípios ainda não foi disponibilizada solução nacional adequada para a instituição do RES.
- ✓ Ferramentas recentemente disponibilizadas, como o “e-SUS Atenção Básica”, “e-SUS Hospitalar” e “e-SUS SAMU” contribuem no sentido de propiciar, por exemplo, que prontuários clínicos ou a regulação dos serviços de urgência e emergência passem a ser alimentados em meio eletrônico. Pecam, porém, por estarem restritos à utilização no âmbito de um determinado serviço (não possibilitando o acesso a dados clínicos em outros pontos de atenção) e por não serem ainda interoperáveis, entre si ou com outros sistemas de informação.
 - A Estratégia “e-SUS Atenção Básica”: e-SUS AB foi implantada a partir da Portaria n. 1.412, de 10 de julho de 2013, que instituiu o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), sem que os testes e ajustes necessários fossem previamente realizados. A estratégia pode ser implantada em duas versões: e-SUS AB CDS, com coleta de dados simplificada, que basicamente passa a alimentar de forma individualizada os dados anteriormente informados por meio do Sistema de Informações da Atenção Básica-SISAB. O módulo “Prontuário Eletrônico do Cidadão” (PEC), ainda não se mostrou estável, sendo restrito à utilização na Unidade Básica de Saúde UBS onde foi implantado.²⁷

A versão pactuada no final de 2013 na Comissão Intergestores Tripartite e aprovada no Conselho Nacional de Saúde para a **Política Nacional de Informação e Informática** (PNIIS) (até o momento não publicada) inclui, entre outras, um conjunto de diretrizes com vistas à implantação no país do Registro Eletrônico em Saúde, por meio da estratégia denominada “e-Saúde”, dentre as quais podemos destacar:

7 Para mais detalhes sugere-se acessar: CONASS: Nota Técnica 08 / 2004: Situação Atual da Estratégia e-SUS Atenção Básica. Disponível em: <http://www.conass.org.br/notas%20tecnicas/NT%2008-2014%20-%20e-SUS%20e%20SISAB.pdf>.

- ✓ fortalecimento da área de informação e informática em Saúde, com apoio à organização, ao desenvolvimento e à integração à atenção à Saúde nas três esferas de governo;
- ✓ estabelecimento e manutenção atualizada de um repositório nacional de “software” em Saúde que inclua componentes e aplicações de acesso público e irrestrito, em conformidade com padrões e protocolos de funcionalidade, interoperabilidade e segurança;
- ✓ promoção de estratégias e mecanismos para a redução do número de sistemas de informação em Saúde existentes ou sua simplificação e para a qualificação da produção e gestão da informação em Saúde;
- ✓ promoção da disseminação e publicização de dados e informação em Saúde de forma a atender tanto às necessidades de usuários, de profissionais, de gestores, de prestadores de serviços e do controle social, quanto às necessidades de intercâmbio com instituições de ensino e pesquisa;
- ✓ criação de mecanismos de articulação institucional com vistas à integração dos sistemas de informação em Saúde;
- ✓ estabelecimento de um padrão para e-Saúde que permita a construção do Registro Eletrônico de Saúde (RES) do cidadão por meio da identificação unívoca de usuários, profissionais e estabelecimentos de Saúde, padrões e protocolos de interoperabilidade eletrônica e/ou digital entre os equipamentos e sistemas;
- ✓ Estabelecimento de infraestrutura de telecomunicação adequada para a implantação do RES do cidadão;
- ✓ Estimulo ao uso de telecomunicação na atenção à Saúde, educação à distância, sistemas de apoio à decisão, protocolos clínicos e programáticos e acesso eletrônico à literatura especializada, visando ampliar o potencial de resolubilidade junto aos processos ligados à atenção à Saúde;
- ✓ Estímulo ao uso de pesquisas amostrais e inquéritos periódicos para os casos em que não se justifique a coleta universal e contínua de dados, a fim de otimizar os custos e o trabalho rotineiro;

- ✓ Divulgação das diversas ações científico-tecnológicas de produção de informação ligadas à atenção à Saúde, utilizando-se diferentes veículos de comunicação em suas mais variadas formas e tecnologias; e
- ✓ Instituição e implementação da estratégia nacional de e-Saúde, com a organização do Sistema Nacional de Informação em Saúde (SNIS), para orientar o conjunto de esforços e investimentos em informação e informática em Saúde.

Muito há que se avançar no sentido de se efetivar essas diretrizes. Para esse fim, destacam-se como fatores dificultadores:

- ✓ a fragmentação ainda presente entre as diversas áreas técnicas da gestão do SUS (especialmente na gestão federal e estadual), que demandam aplicativos informatizados para cada setor específico de atuação. Essa fragmentação se replica na área de desenvolvimento de sistemas (tanto no Datasus como nos setores de Tecnologia da Informação dos estados), gerando inúmeros sistemas e aplicativos sem qualquer integração.
- ✓ infraestrutura (hardware e conectividade) ainda insuficiente para fazer frente às novas tecnologias disponíveis e ao volume e detalhamento de informações geradas ou necessárias. Apesar da maior preocupação inicial com essas questões nos estados e municípios (o que persiste em diversas regiões e em especial na maioria das UBS), também vêm sendo observados problemas ocasionados por deficiências no próprio Datasus. Recentes crises ocorreram por não se adotar procedimentos básicos de segurança como redundância de *link* de conectividade e de equipamentos para armazenamento (“storage”) dos aplicativos e bancos de dados de sistemas com alimentação “on-line”.

Dentre os fatores facilitadores para a efetivação das diretrizes da PNIIS, podemos apontar a ampliação da oferta de conectividade à internet por meio de banda larga no território nacional. Segundo o Ministério das Comunicações,⁸ já existe acesso à banda larga fixa em todos os municípios brasileiros e a banda larga móvel em 3.406 cidades. Como com frequência, conforme já citado, essa disponibilidade nos municípios não se estende à totalidade de seus territórios e

8 Conforme apresentação disponível no “slide share” da Presidência da República: <http://pt.slideshare.net/BlogDoPlanalto/balanco-pnbl21072014>.

a boa parte dos serviços de Saúde, é relevante a perspectiva existente de sua ampliação, a partir da execução do “Plano Nacional de Banda Larga nas UBS”, resultado de parceria entre o Ministério da Saúde e o Ministério das Comunicações, por meio do Programa Governo Eletrônico – Serviço de Atendimento ao Cidadão (GESAC), que pretende levar internet banda larga para mais de 12 mil UBS em sua primeira etapa.⁹

Podemos considerar também como oportunas algumas normas construídas na discussão tripartite e publicadas nos últimos anos, como:

- ✓ a Portaria n. 940, de 28 de abril de 2011, que regulamenta o Sistema Cartão Nacional de Saúde – CNS (Sistema Cartão). Dentre diversas outras disposições relacionadas à implantação do CNS (identificação unívoca dos usuários das ações e serviços de Saúde no território nacional) e do Cadastro Nacional de Usuários do SUS – CADSUS, a Portaria estabelece que os Sistemas de Informação utilizados por Estados, Distrito Federal e Municípios que já preveem o cadastramento de usuários em estabelecimentos de Saúde da rede pública e privada, devem ser adequados aos padrões e à base cadastral do Sistema Cartão (cap. II, art. 9). Deverão também ser disponibilizados mecanismos automatizados de interoperabilidade do Sistema Cartão com os outros sistemas públicos, privados conveniados, privados contratados e de Saúde suplementar, e com aqueles utilizados por estabelecimentos de Saúde e Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e do Distrito Federal (cap. III, art. 17, § 1º, inciso III).
- ✓ a Portaria n. 2.073, de 31 de agosto de 2011, que regulamenta o uso de padrões de interoperabilidade e informação em Saúde para sistemas de informação em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, nos níveis Municipal, Distrital, Estadual e Federal, e para os sistemas privados e do setor de Saúde suplementar.
- ✓ a Portaria n. 2.546, de 27 de outubro de 2011, que amplia e regulamenta o Programa TelesSaúde Brasil, que passa a ser denominado Programa Nacional “TelesSaúde Brasil Redes”, implantando serviços de teleconsultoria, telediagnóstico, segunda opinião formativa e tele-educação aos profissionais e trabalhadores das Redes de Atenção à Saúde no SUS.

⁹ Maiores detalhes podem ser obtidos no site do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/esus.php?conteudo=conectividade>.

Para estimular o desenvolvimento desse programa na APS, o Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde contemplou componente específico, instituído pela Portaria n. 2.554, de 28 de outubro de 2011, que envolve ainda recursos para informatização das UBS, dotando-as de equipamentos de informática, conectividade e o uso de tecnologias de informação dirigidas.

- ✓ a Resolução n. 6 de 6 de novembro de 2013, que dispõe sobre as regras para implantação de novos aplicativos, sistemas de informação em Saúde ou novas versões de sistemas e aplicativos já existentes no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e que envolvam a sua utilização pelo Ministério da Saúde e secretarias de Saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal. Essa resolução define que todos esses sistemas ou suas novas versões tenham seus modelos, regras de negócio e cronograma de implantação apreciados no âmbito da CIT, bem como sua validação e realizadas por equipe técnica composta por representantes indicados pelo Ministério da Saúde, CONASS e CONASEMS.

Cabe destacar ainda a publicação da Lei n. 12.527, de 18 de novembro de 2011 (Lei de Acesso à Informação), que dispõe sobre os procedimentos a serem observados pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, com o fim de garantir o acesso a informações previsto na Constituição Federal (inciso XXXIII do art. 5º, inciso II do § 3º do art. 37 e § 2º do art. 216). A Lei define ainda (na seção III, art. 25), que “é dever do Estado controlar o acesso e a divulgação de informações sigilosas produzidas por seus órgãos e entidades, assegurando a sua proteção”. Porém, “o acesso, a divulgação e o tratamento de informação classificada como sigilosa ficarão restritos a pessoas que tenham necessidade de conhecê-la e que sejam devidamente credenciadas na forma do regulamento, sem prejuízo das atribuições dos agentes públicos autorizados por lei”. É importante registrar, todavia, que esse acesso gera para aquele que o obteve a mesma obrigação de sigilo (§2º desse mesmo artigo).