

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria-Executiva
Área de Informação e Informática do SUS

Oficina de Trabalho Informações em Saúde para o Controle Social

Brasília, 29 e 30 de maio de 2003

Relatório Final

Série D. Reuniões e Conferências



Brasília – DF
2003

©2003. Ministério da Saúde.

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

Série D. Reuniões e Conferências

Tiragem: 10.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria-Executiva

Área de Informação e Informática do SUS

Esplanada dos Ministérios, bloco G, Edifício Anexo, Ala A, 1.º andar, sala 107

CEP: 70058-900, Brasília – DF

E-mail: cginf@datasus.gov.br

Home Page: www.saude.gov.br / www.datasus.gov.br

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Área de Informação e Informática do SUS.

Oficina de Trabalho Informações em Saúde para o Controle Social, Brasília, 29 e 30 de maio de 2003: relatório final / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Área de Informação e Informática do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

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

ISBN 85-334-0680-0

1. Sistemas de Informação. 2. Políticas de Controle Social. 3. Meios de Comunicação. I. Brasil. Ministério da Saúde. II. Brasil. Secretaria-Executiva. Área de Informação e Informática do SUS. III. Título. IV. Série.

NLM Z 699

Catálogo na fonte – Editora MS

Equipe Editorial:

Normalização: Luciana Cerqueira

Revisão: Lilian Alves

Projeto gráfico: Cristiane Carvalho

EDITORAMS

Documentação e Informação

SIA, Trecho 4, Lotes 540/610

CEP: 71200-040, Brasília – DF

Tels.: (61) 233 1774 / 233 2020

Fax: (61) 233 9558

E-mail: editora.ms@saude.gov.br

Home page: www.saude.gov.br/editora

Sumário

Apresentação	5
Introdução	7
Tema 1 - Informações de saúde prioritárias para o exercício do controle social pelos conselhos de saúde, no âmbito municipal, estadual e nacional	13
Tema 2 - O papel do controle social na formulação da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde	21
Tema 3 - Informações para a implementação do controle social	29
Tema 4 - A informação ao alcance dos conselhos de saúde: meios e instrumentos de disseminação e de acesso	35
Capacitação	41
Proposições extratematica da Oficina de Trabalho	45
Conceitos abordados na Oficina de Trabalho	47
Apêndice A - Pesquisa com Conselheiros	49
Apêndice B - Textos e Referências	57
Apêndice C - Comissão Organizadora e Participantes da Oficina	67
Glossários	73

Apresentação

Informação como ferramenta para fortalecer o SUS que queremos

O Ministério da Saúde, por meio da secretaria-executiva, tem como um dos objetivos da atual gestão a formulação de nova Política de Informação e Informática para o Sistema Único de Saúde (SUS). A criação da Área de Informação e Informática do SUS, no início do ano de 2003, busca materializar, no próprio Ministério, esse desafio, que também se estende às demais esferas de gestão do SUS, ao Controle Social e a todos os atores que buscam fortalecer e implementar o sistema de saúde desenhado na Constituição Brasileira de 1988.

A área da saúde no Brasil tem, reconhecida interna e externamente, grande tradição de coletar, tratar, analisar e disseminar informação. No entanto, o contexto médio dessas práticas indica que a informação não tem sido capaz de contribuir com todo o seu potencial para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde. Algumas das características dessas práticas que estão associadas à fragmentação, centralização e formalização das informações além de deficiências nos mecanismos de disseminação, devem ser revistas para que o Controle Social, que têm ficado à margem desse processo, passe a ter com a informação uma imprescindível interface para o seu efetivo desempenho. Paradoxalmente, tanto a legislação (a Constituição Brasileira e as Leis Federais n.º 8.080/90 e 8.142/90), quanto as deliberações registradas nas últimas Conferências Nacionais de Saúde e em outros documentos aprovados pelo Controle Social, definem condições propícias para significativas mudanças na direção de associar à informação todo o potencial que pode ter como ferramenta para fortalecer o SUS, principalmente a gestão descentralizada, a atenção integralizada e o controle social.

A diretriz de pactuar um novo modelo de informações conduziu à idéia e oportunidade de realização desta Oficina de Trabalho na qual os representantes da rede de Controle Social no País – Conselho Nacional de Saúde, conselhos estaduais e municipais, Plenária Nacional de Conselheiros, OPAS, órgãos e estruturas que compõem o Ministério da Saúde e um conjunto de instituições parceiras – pudessem exercer sua co-responsabilidade em relação à incumbência de ouvir e entender as demandas do Controle Social e interferir, decisivamente, com seu conhecimento e experiência para a formulação da Política de Informação e Informática que está sendo desenhada para o Sistema Único de Saúde.

Assim, é com grande satisfação que apresentamos a todos os participantes desta Oficina e a tantos outros interessados este Relatório Final que julgamos ser o profícuo

resultado de um esforço intenso e rigoroso daqueles que puderam acolher o convite para realizar este trabalho. Imaginamos ser este relatório de grande utilidade para o processo de construção da 12.^a Conferência Nacional de Saúde, onde se busca construir novos caminhos para o SUS que queremos. Boa leitura a todos!

Alcindo Antônio Ferla
Diretor da Área de Informação e Informática do SUS

Introdução

A quase totalidade dos atuais sistemas de informação do SUS foi pensada e desenvolvida para o atendimento da gestão nacional dos programas implementados pelo Ministério da Saúde. Como consequência, as informações voltadas para as gestões estaduais e municipais do SUS tiveram tratamento secundário e aquelas necessárias ao Controle Social, exercido pelos Conselhos de Saúde, praticamente inexistem na arquitetura desses sistemas. A formulação de uma proposta de informações em saúde para o Controle Social, mais do que preencher essa lacuna, significa incorporar aos atuais e futuros sistemas a verdadeira concepção do SUS.

A Oficina de Trabalho “Informações em Saúde para o Controle Social”, aprovada na 128.^a Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde e realizada nos dias 29 e 30 de maio de 2003 na sede da OPAS, em Brasília, constituiu-se no primeiro passo para a construção do componente Controle Social da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde, com a participação efetiva das três esferas do controle social do SUS.

A Oficina teve por objetivo definir estratégias para produção, disseminação, acesso e uso das informações em saúde, a partir de demandas do controle social do SUS.

Preparação e Organização

A idéia e oportunidade da realização desta Oficina de Trabalho estão associadas a um dos objetivos da atual gestão do Ministério da Saúde que, através da Secretaria Executiva e de sua Área de Informação e Informática do SUS, busca formular uma nova Política de Informação e Informática do SUS.

Em março de 2003, a proposta de formulação da nova política, com ênfase na construção do componente Controle Social, foi apresentada e apreciada em reunião do Conselho Nacional de Saúde. O Conselho decidiu-se pela realização da oficina de trabalho Informações em Saúde para o Controle Social. Para subsidiar a definição da temática da oficina, foi também aprovada a aplicação de um questionário dirigido aos representantes do CNS, contemplando também uma pequena amostra de conselheiros estaduais e municipais, e de membros da Plenária Nacional de Conselheiros.

Todos os assuntos relativos à organização e realização da Oficina ficaram a cargo de uma comissão integrada por representantes da Secretaria Executiva do CNS, da Plenária de Conselheiros, da RIPSA/OPAS, da Secretaria de Gestão Participativa e da Secretaria Executiva, através da Área de Informação e Informática do SUS, do DATASUS e da Coordenação -Geral de Documentação e Informação.

Entidades participantes

Participaram da Oficina 72 representantes dos dois segmentos públicos-alvos:

Pelo Controle Social: 25

Representantes do Conselho Nacional de Saúde (15, sendo 3 de Secretarias Estaduais), da Plenária Nacional de Conselheiros (9), e do Conselho Estadual de Saúde do Piauí (1).

Entidades produtoras, gestoras, e de análise de informações em saúde: 47

ANS (1), ANVISA (2), DATASUS (12), FIOCRUZ (5), FUNASA (2), Ministério da Saúde (5), SAS (1), SCTIE (2), Secretaria de Gestão Participativa – SGP (10), Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – SEGETES (1), Secretaria de Políticas de Saúde – SPS (1), OPAS(4), Fundação SEADE (1).

Metodologia

A Oficina transcorreu durante dois dias de trabalho, tendo os participantes sido distribuídos, aleatoriamente, em quatro grupos. Estava previsto que cada grupo abordasse os quatro temas propostos. Esta sistemática foi garantida por cartões de cores diferenciadas recebidos pelos participantes no primeiro dia de trabalho. Embora a distribuição dos participantes tenha sido aleatória, utilizou-se, no entanto, o critério de composição equilibrada dos grupos entre representantes do Controle Social e representantes de entidades produtoras e gestoras de informação em saúde.

Os quatro temas foram distribuídos em ordem diversa para cada grupo, de forma a garantir que cada grupo, sucessivamente, aprofundasse as discussões de um determinado tema já ocorridas em outro grupo. Cada grupo de trabalho escolheu um coordenador e um relator auxiliar, tendo sido definidos relatores e facilitadores fixos por tema, que se dirigiam a cada grupo com um resumo dos grupos que o antecederam na discussão. Esse processo permitiu que cada grupo acompanhasse a discussão já realizada nos grupos, e avançasse na discussão e na elaboração de proposições, além de ter proporcionado maior agilidade na elaboração do relatório preliminar.

Um outro aspecto a ser destacado, na dinâmica da Oficina, foi a prioridade e valorização das experiências e contribuições dos conselhos municipal, estadual e nacional.

Temática da oficina

A temática da Oficina foi definida a partir de contribuições da pesquisa realizada com 59 conselheiros e da sistematização das propostas publicadas em documentos de plenárias e conferências de saúde, além de ter sido discutida amplamente com a secretaria-executiva do CNS, com representantes do CNS e da Plenária de Conselheiros.

Para cada um dos temas, os grupos foram estimulados a sugerir ações, e, quando cabível, avaliar suas implicações em relação à capacitação, à forma e ao meio de acesso às informações. Foram os seguintes temas discutidos:

TEMA 1

Informações de saúde prioritárias para o exercício do controle social pelos conselhos de saúde, no âmbito municipal, estadual e nacional

Aspectos considerados:

- a) Quais as informações que atualmente não existem e que necessitam ser produzidas?
- b) Dentre as informações existentes quais as que não chegam aos conselhos?
- c) Dentre as informações existentes quais as que necessitam de linguagem e apresentação mais adequadas?
- d) Sugestões para seleção e agrupamento de informações para o controle social?

TEMA 2

O papel do controle social na formulação de uma Política Nacional de Informação e Informática em Saúde

Aspectos considerados:

- a) Que diretrizes podem ser sugeridas para que o controle social se constitua num real componente de uma Política Nacional de Informação e Informática em Saúde?
- b) Além da Oficina de Trabalho, que próximos passos devem ser dados para que o componente controle social entre de fato na agenda política de gestores do SUS, órgãos e entidades produtoras e disseminadoras de informação, CONASS, CONASEMS e conselhos de saúde?

TEMA 3

Informações para a implementação do Sistema de Controle Social

Aspectos considerados:

- a) Interatividade entre os conselhos.
- b) Interatividade dos conselhos com a sociedade.
- c) Interatividade dos conselhos com os gestores.
- d) Monitoramento e efetividade das ações dos conselhos.

TEMA 4

A informação ao alcance dos conselhos de saúde: meios e instrumentos de disseminação e de acesso

Alguns aspectos a serem considerados:

- a) Meios de comunicação: jornais, revistas, rádio, TV e páginas na internet.
- b) Instrumentos de informação: relatórios, atas, publicações, etc.
Infra-estrutura: equipamentos, acesso à internet, telefone e fax.

Programa da Oficina

Dia 29 de maio		
9h-10h	Recepção	Recepção dos participantes e distribuição dos grupos de trabalho
10h-11h	Abertura	OPAS Conselho Nacional de Saúde Secretaria-Executiva Secretaria de Gestão Participativa <i>Coordenação</i> Representante da Plenária de Conselheiros
11h-12h30	Painel	Informações e em Saúde para o Controle Social: diagnóstico e desafios <i>Alcindo Ferla</i> Área de Informação e Informática do SUS <i>Eliane A. Cruz</i> Secretaria-Executiva do Conselho Nacional de Saúde
12h30-14h	Almoço	
14h-16h	Grupos de trabalho	Discussão dos temas da oficina
16h-16h30	Intervalo	
16h30-18h	Grupos de trabalho	Discussão dos temas da oficina
Dia 29 de maio		
9h-11h	Grupos de trabalho	Discussão dos temas da oficina
11h-12h30	Grupos de trabalho	Relatório e conclusão dos grupos de trabalho

12h30-14h	Almoço	
14h-15h30	Plenária	Apresentação dos relatórios dos grupos de trabalho
15h30-16h	Intervalo	
16h-18h	Plenária	Apresentação dos relatórios dos grupos de trabalho

Elaboração do Relatório Final

Este relatório foi elaborado pela equipe técnica da Coordenação -Geral de Informações em Saúde do DATASUS, atendo-se ao conteúdo e propostas dos relatórios dos grupos de trabalho e das intervenções na plenária final da Oficina.

Para a estrutura e organização do relatório, foram adotados os títulos e ordem de apresentação dos temas da Oficina. As proposições foram reclassificadas e categorizadas, tendo-se o cuidado, no entanto, de respeitar, na sua quase totalidade, os textos originais produzidos pelos grupos de trabalho. Em algumas situações, a redação de determinadas proposições foi complementada com outras a elas diretamente relacionadas.

Uma versão preliminar do relatório foi submetida à apreciação e aprovação dos relatores e coordenadores dos grupos de trabalho.

A tiragem desta publicação destina-se, especialmente, aos participantes da Oficina, aos conselhos municipais, estaduais e nacional de saúde e às entidades produtoras, gestoras e de análise de informações em saúde.

Pedidos de exemplares desta publicação

Biblioteca do Ministério da Saúde
 Esplanada dos Ministérios – Bloco G – Térreo
 CEP: 70058-900 Brasília – DF
 Telefones: (61) 315-2071/2410
 Fax: (61) 315-2563
E-mail: biblioteca@saude.gov.br

Tema 1

Informações de saúde prioritárias para o exercício do controle social pelos conselhos de saúde, no âmbito municipal, estadual e nacional

Princípios básicos

1. O controle social não deve se restringir a limitações geográficas.
2. As informações do CNS devem ser de âmbito nacional. Dados locais devem ser discutidos no âmbito local. No entanto, é importante trazer para a discussão do CNS situações de saúde que geram impacto no coletivo.
3. Nem todas as informações relevantes estão sendo divulgadas para o controle social, como, por exemplo, a pressão recebida pela Organização Mundial do Comércio referente à quebra de patentes.
4. Os meios de comunicação de massa têm espaço para divulgação de denúncias, mas o mesmo não acontece em relação à agenda positiva das ações de saúde.
5. As informações disponíveis devem ser selecionadas e organizadas de forma a atender também o controle social.
6. Informações qualitativas demandam interpretações que podem requerer um saber especializado.
7. A produção de informações para o controle social deve ser realizada sob demandas programadas e estruturadas pelos conselhos de saúde.
8. Deve haver um retorno dos resultados para quem produz informação.

A

QUAIS AS INFORMAÇÕES QUE ATUALMENTE NÃO EXISTEM E QUE NECESSITAM SER PRODUZIDAS

Informação em saúde e abrangência

9. Criar um inquérito nacional de saúde periódico.
10. A avaliação da situação de saúde não deve se restringir aos atendimentos realizados pelo SUS. Não temos qualquer informação sobre os sistemas carcerário e da polícia militar, por exemplo.
11. Atualmente existe um “SUS paralelo”, representado por agências e Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), sobre o qual não existem informações disponíveis.

Dados qualitativos

12. Os sistemas existentes atendem às necessidades de pesquisas epidemiológicas, mas não há disponibilidade de dados qualitativos necessários para o controle social.

Avaliação de desempenho do sistema de saúde

13. Na construção de informações para o controle social, considerar a proposta da ABRASCO: a matriz de dimensões de avaliação do desempenho do sistema de saúde.

Problemas agudos

14. Criar eventos marcadores para alerta de problemas agudos.

Eixos estruturantes do SUS

15. Não existem informações que permitam acompanhar o cumprimento dos eixos estruturantes do SUS, fundamentais para a construção da cidadania.

Informações ambientais

16. Criar informações sobre *resíduos tóxicos*.

Informações financeiras

17. Informações financeiras devem ter desagregações para cada unidade político-administrativa, em nível micro.
18. Os municípios e os estados devem proporcionar o acesso às informações relativas ao orçamento e à sua execução, compatibilizando-as com as leis, pois se entende que tais informações fortalecem o exercício das responsabilidades do controle social.

Acordos internacionais

19. Divulgar informações sobre compromissos internacionais do Brasil, como convenções, produção de armas, transgênicos.

Legislação

20. Desconhecimento da legislação de saúde pelos conselheiros.
21. Implementar a base nacional de legislação em saúde.
22. A legislação básica da saúde (inclusive lei n.º 8.080 etc, portarias) deve ser amplamente disseminada entre os conselheiros e acompanhada de comentários.
23. Recomenda-se que os comentários contemplem as diferentes visões, identificando sua aplicação e impacto nos contextos municipal, estadual e nacional.
24. Avaliar a experiência da Fundação SEADE, que dissemina por correio eletrônico um resumo diário da legislação, com possibilidade de se verificar a legislação na íntegra.
25. Avaliar possibilidade de distribuição de leis básicas para os CMS, por meio de CD e disquetes, a exemplo do estado do Rio de Janeiro.
26. Produzir informações que permitam o acompanhamento de projetos afins sobre questão da saúde e que tramitam no Legislativo (congresso, câmaras municipais).

B

DENTRE AS INFORMAÇÕES EXISTENTES, QUAIS AS QUE NÃO CHEGAM AOS CONSELHOS

Oportunidade da informação

27. Tempo é fundamental para o exercício do controle social. As informações provisórias devem estar disponíveis para o controle social para que os conselhos possam exercer as suas funções de avaliação e de fiscalização.

Anuário e indicadores

28. Reavaliar a distribuição e divulgação dos instrumentos Anuário Estatístico de Saúde, IDB e outras fontes, que não têm alcançado os conselheiros.

Eventos e ações do CNS e MS

29. Eventos do CNS e do Ministério da Saúde, bem como seus encaminhamentos básicos, podem ser divulgados através do jornal do CNS.
30. É necessário divulgar as ações do governo para os CMS e os CES.

C

DENTRE AS INFORMAÇÕES EXISTENTES, QUAIS AS QUE NECESSITAM DE LINGUAGEM E APRESENTAÇÃO MAIS ADEQUADAS

Princípios básicos

31. As informações destinadas aos conselhos não devem conter siglas que não sejam de amplo domínio.
32. Há necessidade da tradução da linguagem técnica para uma mais próxima do universo do conselheiro, proporcionando visibilidade, legibilidade e inteligibilidade.

Conformidade com o público-alvo

33. O DATASUS deve continuar a disseminar informações básicas, que possibilitem ao público-alvo especializado tratar as informações conforme suas necessidades.
34. É necessário possibilitar aos conselheiros formas diferenciadas de apropriação do conteúdo disseminado.
35. Linguagens distintas conforme o público. A imagem é um mecanismo forte, e a TV deve ser utilizada.
36. Realizar um encontro, oficina ou seminário sobre a questão da linguagem e sociedade.

Informações básicas

37. Informações sobre orçamento, financiamento, planejamento e planos de gestão devem ser repassadas aos conselheiros de uma forma mais acessível e inteligível.
38. A maior parte da demanda é sobre financiamento, orçamento e gestão. A lógica de construção dos sistemas de informação deve ser repensada contemplando o controle social.

Informações hospitalares

39. Informações sobre como o hospital está funcionando, recursos que recebeu, o que gastou, o que produziu.
40. As informações sobre produção de unidades e valores pagos não estão chegando aos CMSS.

Dados primários

41. Possibilitar a apropriação dos dados primários pelos conselhos, com apoio técnico.

Indicadores epidemiológicos

42. Produzir, em nível nacional, estadual e municipal, análises periódicas de indicadores epidemiológicos para orientação das ações de controle social.

D

SUGESTÕES PARA SELEÇÃO E AGRUPAMENTO DE INFORMAÇÕES PARA O CONTROLE SOCIAL

Princípios básicos

43. As informações devem estar agregadas, visando ao seu uso e à promoção da defesa e fortalecimento do SUS.
44. A moldura teórica existente não atende às necessidades do controle social. Devem ser criados mecanismos que permitam uma avaliação constante e possibilidades de se criar novas molduras, e que envolvam o controle social no acompanhamento e avaliação.
45. Existe uma grande fragmentação das informações, o que acarreta análises compartmentadas. Há necessidade de organizar uma nova forma de olhar o processo saúde/doença, e de identificar que eixos de organização de informação devem ser construídos.

Proposta de agregação

46. Proposta de informações para exercício do controle social:
 - (a) Sobre o controle social.
 - (b) Sobre o SUS e o seu funcionamento.
 - (c) Sobre saúde.

Contribuições: 46

Quadro I: Informações sobre o Controle Social

Informações prioritárias	Indicador			
	CNS	CES	CMS	Cidadão
Estrutura e composição dos conselhos	x	x	x	x
Regimento do Conselho	x	x	x	
Papel e responsabilidades das esferas de conselhos	x	x	x	x
Funcionamento (atas, resoluções, deliberações)	x	x	x	x
Constância de reuniões (quorum), agenda dos temas discutidos	x	x	x	x
Leis e portarias relativas ao controle social	x	x	x	
Pesquisa sobre o funcionamento do controle social	x	x	x	
Auto-avaliação dos conselhos (como exemplo, auto-avaliação do CNS, qualitativo)	x	x	x	
Experiências exitosas em controle social				
Situações de estrangulamento para o exercício do Controle Social	x	x	x	
Como preparar uma Conferência de Saúde	x	x	x	
Modo de financiamento	x	x	x	x
Eventos do CNS	x	x	x	
Indicadores de controle social	x	x	x	
Cadastro dos conselhos	x	x	x	
Cadastro nacional de conselheiros	x	x	x	
Cadastro de entidades que participam dos conselhos	x	x	x	
Banco de Currículos dos conselheiros	x	x	x	x

Quadro II: Informações sobre o SUS

Informações prioritárias	Indicador		
	CNS	CES	CMS
Financiamento	x	x	x
Rede (quais serviços que estão disponíveis)	x	x	x
Informações mensais sobre novas diretrizes, questões práticas	x	x	x
Informações sobre as Comissões Intergestores Bipartites – CIBSs (deliberações)		x	
Informações sobre as Comissões Intergestores Tripartites – CITSS (deliberações)	x		
Planos Plurianuais – PPAs (dos municípios, estados e governo federal), desde sua concepção	x	x	x
Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público – OSCIP (impacto da ação na saúde)	x	x	x
Informações hospitalares	x	x	x
Acesso a serviços	x	x	x
Avaliação de desempenho do sistema de saúde	x	x	x
Eixos estruturantes do SUS	x	x	x
Legislação em saúde	x	x	x
Informações sobre projetos relacionados à saúde no legislativo	x	x	x
Eventos e ações do Ministério da Saúde	x	x	x
Compromissos internacionais do Brasil	x	x	x
Planejamento em saúde	x	x	x
Gestão do sistema	x	x	x
Recursos humanos	x	x	x

Quadro III: Informações sobre Saúde

Informações prioritárias	Indicador		
	CNS	CES	CMS
Mortalidade (materna, infantil)	x	x	x
Morbidade	x	x	x
Indicadores epidemiológicos	x	x	x
Pesquisa em saúde, que tenham maior impacto para controle social	x	x	x
Dados de agravos específicos	x	x	x
Saúde suplementar	x	x	x
Problemas agudos	x		
Informação nacional de saúde	x	x	x
Resíduos tóxicos	x	x	x

Tema 2

O papel do controle social na formulação da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde

A

DIRETRIZES

Princípios básicos

1. Pensar a informação em nível local, nacional e mundial.
2. Ter como perspectiva o controle social continental, sem fronteiras delimitadas nos estados ou no País.
3. Considerar o conceito amplo de controle social, aquele exercido pela cidadania, Ministério Público, câmaras e não apenas por conselheiros.
4. Desenvolver a política de informação voltada para o cidadão.
5. A comunicação pressupõe interação entre o sujeito e o comunicado, portanto é mais do que informação.
6. A comunicação deve compor um trinômio: informação, educação para a cidadania e organização política.

É preciso chamar atenção para alguns mitos:

Mito 1:

os diferentes segmentos que compõem os conselhos defendem projetos de SUS lineares.

Fato: cada segmento tem um projeto.

Mito 2:

dificuldade de infra-estrutura é sinônimo de dificuldade de informação.

Fato: tecnologias mais complexas restringem o acesso.

Mito 3:

ao gestor não interessa a informação.

Fato: a informação não é neutra e o gestor trabalha a informação que lhe interessa.

7. Reconhecer as deliberações do 2.º Encontro Nacional de Conselheiros, realizado em 1998, que revitalizou um conjunto de princípios e estratégias para garantir o exercício dos direitos à Informação e à Comunicação.

8. Que se debata, amplamente, os conceitos de informação, informática e comunicação no contexto da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde, e se reveja a sua denominação.

Contraposição 1:

Excluir o termo “informática” e acrescentar “comunicação”.

Contraposição 2:

Acrescentar o termo “informática” sempre que se falar em “informação e comunicação”.

Proposta acordada na Plenária Final:

Entender o conceito de “informação” de forma ampla, incluindo suas interfaces com a comunicação, a documentação, a educação, a informática, assumindo-se o desafio de articular com as outras áreas do Ministério, sem que se substitua as políticas específicas dessas áreas. Por conseguinte, denominar a *Política de Informação para o Sistema Único de Saúde*.

Ver discussão conceitual resultante da plenária em *Conceitos Abordados na Oficina*

A Construção da Política de Informação e Informática em Saúde

9. Conselheiros e sociedade devem ser atores críticos da realidade. O conteúdo e a metodologia de difusão das informações para o controle social não podem ver a população apenas como consumidora de um produto.
10. As necessidades e finalidades dos diversos atores do controle social devem estar presentes nos diversos momentos da construção da Política Nacional de Informação em Saúde.
11. Garantir a participação do controle social como sujeito definidor em todas as etapas da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde, conferindo o acesso, a dignidade e a ética.
12. Garantir a participação dos conselhos como sujeito em todas as etapas da formulação, implementação, acompanhamento, avaliação e atualização da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde.
13. A Política Nacional de Informação e Informática em Saúde deve ser indutora da articulação entre os diversos atores.
14. Que a Política Nacional de Informação e Informática em Saúde seja articulada entre os órgãos públicos da área social para a otimização de recursos de comunicação, veículos, estrutura e tecnologias.
15. A Política Nacional de Informação e Informática em Saúde deve ser construída em parceria com as instâncias de Controle Social através da criação e implementação de fóruns permanentes no que diz respeito a conteúdo, disseminação, avaliação, investigação e solução de problemas.
16. O avanço de uma política voltada para o Controle Social não pode deixar de

levar em consideração que a informação voltada para a gestão, para o profissional de saúde, e para o público em geral são deficientes, enfrentando as mesmas dificuldades de compatibilizar e interpretar os dados e entender o que eles significam. Por conseguinte, cada segmento exige um tratamento diferenciado da informação para que possam se servir dela e utilizarem-na no seu dia-a-dia.

17. A Política Nacional de Informação e Informática em Saúde deve considerar prioritária a questão da info-inclusão e, em particular, a inclusão digital. (ver explicação sobre 'info-inclusão' e 'inclusão digital' na seção *Conceitos Abordados na Oficina*.)
18. Integrar o saber popular e o saber técnico que possibilitem um novo referencial teórico para pensar a saúde.
19. Existe uma participação incipiente dos conselhos na formulação da política de saúde que, em geral, se restringe à fiscalização da execução algo que não ajudaram a construir. Muitas vezes nem o conselho estadual sabe o que está acontecendo.
20. Desenvolver uma política de comunicação.
21. Desenvolver uma política de comunicação entre os conselhos que contemple etapas regionalizadas para sua transmissão.

Acompanhamento da Política de Informação e Informática em Saúde

22. Sistematizar a Política Nacional de Informação e Informática em Saúde, pensando em mecanismos dinâmicos de acompanhamento.
23. Constituir um grupo piloto composto de alguns conselhos estaduais e municipais para avaliar e acompanhar a implementação da Política, utilizando-se instrumentos de pesquisa e visitas locais.
24. Que os instrumentos de pesquisa de prospecção junto aos Conselhos Estaduais e Municipais sejam desenvolvidos por profissionais deste campo específico de conhecimento.
25. As comissões que tenham por objeto o controle social sobre a Política Nacional de Informação e Informática em Saúde, sobre a rede, sobre o sistema, devem estar dentro do Conselho e ser uma prerrogativa do Conselho. Outras comissões para o acompanhamento de questões pontuais poderiam estar acontecendo em qualquer lugar da sociedade, particularmente dentro da gestão.

Acesso à informação e infra-estrutura

26. Garantir a institucionalização do acesso à informação.
27. Promover uma ação articulada com o Ministério das Comunicações para disseminação e ampliação dos pontos de contato com a rede.
28. Promover uma revisão da RNIS (Rede Nacional de Informação em Saúde), atualizando seus conceitos, sua representação e, sobretudo, aumentar a capacidade e capacitação dos usuários visando a um maior acesso.

29. Estabelecer que os gestores em cada nível de governo sejam responsáveis por prover e manter os meios de acesso à RNIS, tais como telefone, computador e acesso à Internet, a despeito da criação de um fundo no âmbito do SUS para financiar esse processo.
30. Buscar a racionalização da aplicação dos recursos na expansão da rede, por meio de utilização de espaços físicos existentes (postos de saúde, escolas, etc.).
31. Incentivar a pactuação dos gestores para garantia de estrutura que possibilite o acesso às informações (alguns conselhos não dispõem de estrutura de funcionamento, tais como recursos humanos e equipamentos).
32. Ampliar a RNIS para incluir os conselhos e todas as entidades que fazem parte dos conselhos.
33. Promover captação de recursos, no sentido de ampliar a inclusão digital e universalizar o acesso, tais como do Fundo de Universalização dos Serviços de Comunicação – FUST, Rede 0700, Tarifação Plana (ver “Glossário de Termos”), entre outros.
34. Fortalecer a participação do Ministério da Saúde nas discussões com o Ministério das Comunicações sobre os recursos do FUST, no sentido de priorizar os espaços dos conselhos e das unidades de saúde como pontos de acesso eletrônicos.
35. Utilizar também o FUST para o conjunto das ações e serviços disponíveis no SUS (controle social, gestão descentralizada) e não apenas para a assistência à saúde.

Construção de uma Rede de Informação

36. Aplicar o conceito de redes na Política Nacional de Informação e Informática em Saúde, que permite interatividade, participação e avaliação por pares.
37. Deve existir uma articulação permanente intergestores e interconselhos para soluções relativas a informações.
38. Estabelecer uma Política Nacional de Informação e Informática em Saúde constituindo uma Rede entre as três esferas, coordenada e *dirigida* pelo controle social (conselhos), com financiamento próprio dos fundos de saúde, tendo como objetivo fomentar a utilização desse sistema para o efetivo controle social.

Contraposição 1:

Rede de Informação *coordenada pelos* respectivos conselhos em cada esfera de governo

Contraposição 2:

Integrar e estruturar a rede de informação e comunicação, com *gestão compartilhada* entre produtores de informação (MS, SES, SMS, outros) e controle social, que tenha como objetivo a disseminação do conhecimento necessário ao efetivo controle social.

39. Na estruturação da rede considerar a importância do uso dos meios de comunicação, como TV, rádio, correio, telefone e Internet, procurando integrá-los na difusão de informações. Dar relevância aos meios públicos, como TVs comunitárias e horário oficial em rádio, a exemplo da *Hora do Brasil*.
40. Prever dotação orçamentária específica dentro do Fundo de Saúde para sistema de informação no controle social.
41. Conceber a Rede de Informação, com financiamento público, como um espaço público, onde toda a sociedade possa estar acessando.

Capacitação

42. Capacitar e conscientizar os técnicos (MS, SES, SMS) que trabalham com a informação e que a torna disponível ao público, invertendo a lógica, no sentido dos técnicos sentirem-se parte do controle social ampliado.
43. Os diversos atores devem estar capacitados e instrumentalizados para o uso da informação.
44. A definição das informações necessárias para o exercício do controle social não é consensual. É importante entendê-la como um processo em construção.
45. É necessário desenvolver mecanismos que contribuam para a construção do saber crítico do conselheiro, ampliando sua contribuição e o fortalecimento de sua ação.
46. Desenvolver projetos de educação permanente, na perspectiva de uma capacitação vertical que qualifique o exercício do controle social por conselheiros e lideranças (sujeitos sociais populares) de setores populares e democráticos que vêm no SUS um projeto político de sociedade.
47. Elaborar uma proposta de alfabetização dirigida para os conselheiros excluídos do mundo letrado.
48. Fomentar estratégias de capacitação de conselheiros sobre informação em saúde: quais informações, como usar, formulação de indicadores para avaliação.
49. Atender às necessidades de formação, capacitação e atualização continuadas *dos gestores, trabalhadores, conselheiros, usuários e instituições de controle social*.
Contraoposição:
Atender às necessidades de formação, capacitação e atualização continuadas *dos conselheiros (gestores, trabalhadores, usuários), instituições de controle social e movimentos sociais*.
50. Os cursos devem ser pensados numa perspectiva de multiplicar agentes formadores ampliando as bases sociais dos diversos segmentos que compõem os conselhos de saúde.
51. Articular os agentes formadores em torno de uma política nacional de capacitação unificada, respeitando as diversidades locais.
52. Transformar dados em informação: requer capacidades, pré-requisitos para que

- o indivíduo possa ser autor desse processo. Requisito elementar: conscientizar o conselheiro do seu direito de acesso aos dados.
53. Conhecer a experiência do Rio de Janeiro, na qual os participantes gostaram do curso face às alterações realizadas em relação à proposta oficial. Embora a avaliação geral no resto do País não tenha sido positiva.
 54. É necessário que exista uma política de capacitação dos conselheiros continuada, com metodologia adequada aos diferentes segmentos e realidades regionais do País.
 55. No programa de capacitação deve-se utilizar os próprios conselheiros como instrutores, sua capacidade e conhecimentos, articulando as iniciativas locais.
 56. A lei básica do SUS deve ser um dos elementos fundamentais da capacitação.
 57. Realizar avaliação periódica com o objetivo de aprimorar o processo de capacitação.
 58. Devem ser realizadas oficinas para capacitação utilizando textos de fácil acesso, bem como a Internet.
 59. Garantir a capacitação sobre a temática do controle social aos profissionais que atuam na área da saúde e incorporar esse tema como conteúdo programático nas graduações, ensino médio e fundamental.

Produção e gestão de informação e estratégias editoriais

60. Tem que existir conselho editorial no MS e demais instituições com participação do controle social.
61. Criar conselhos editoriais paritários, com a participação do controle social, no âmbito do SUS.
62. É preciso que se defina um projeto editorial que trabalhe a informação instrumental, na perspectiva da educação para a cidadania:
 - (a) Experiências exitosas em controle social;
 - (b) Situações de estrangulamento para o exercício do controle social;
 - (c) Informações sobre os eixos estruturantes do SUS;
 - (d) Financiamento;
 - (e) Planejamento em Saúde e Gestão do Sistema;
 - (f) Recursos Humanos;
 - (g) Controle social.
63. Propõe-se que o Ministério da Saúde e o CNS articulem um grupo específico, para consolidação e análise de informações, com produção de textos que interpretem os dados, com ampla divulgação nacional.
64. Criar um canal para que o controle social decida junto com as esferas de gestão do SUS, quais informações são necessárias e como devem ser organizadas.
65. Estabelecer linhas de financiamento para criação de centros de referência nas

universidades e nos centros de pesquisa, para produção e análise de dados necessários ao controle social.

66. A gestão da informação não pode ser separada da comunicação. Grande parte das críticas é em relação à comunicação da informação.
67. Fluxo Proposto:
 - (1) Mapeamento das necessidades e dos perfis de usuários;
 - (2) Produção da informação;
 - (3) Adequação da informação conforme o público-alvo (indicadores, etc.);
 - (4) Comunicação das informações aos conselhos;
 - (5) Avaliação das informações pelo conselho (que precisa ser qualificado para tal).*Os próximos passos* para consolidação do controle social na política de informação em saúde passam pela discussão dos tópicos acima.
68. As informações epidemiológicas e sanitárias devem ser disseminadas também pela mídia. É o espaço adequado para essas informações, mas devem chegar aos conselhos de forma diferenciada, antecipada, e discutida com eles.
69. As informações em saúde devem ser compreensíveis e disponíveis para a população de forma contínua e atualizada de maneira a comunicar a situação epidemiológica, sanitária e ambiental, a situação dos serviços, os direitos e deveres dos usuários e competências dos conselhos.
70. As informações devem municiar os conselheiros para fixarem os objetivos para o planejamento, execução e avaliação dos resultados.

Disseminação e comunicação

71. Criar rotinas que definam os processos de comunicação.
72. Buscar experiências exitosas para a transmissão de informação, uma vez que muitos exemplos podem surgir em âmbito municipal e estadual.
73. Reconhecer e dar visibilidade às práticas populares de saúde desenvolvidas na sociedade.
74. Garantir maior interatividade no processo de formação, informação e comunicação.
75. Empreender ações de gestão documental, garantindo a integração de complementariedade de suportes, meios e tecnologias possibilitando o registro, a segurança, a preservação e o acesso público à informação.
76. Sistematizar e aperfeiçoar o processo de disseminação e distribuição das informações geradas pelo MS, garantindo o acesso público através de uma rede de bibliotecas e instituições afins.

A democratização da informação: adequação às diferenças regionais, locais e aos seus atores

77. As informações em saúde devem estar voltadas para a cidadania, ou seja, devem ser compreensíveis e estarem disponíveis para a população de forma contínua e atualizada de maneira a comunicar a situação epidemiológica, a situação dos serviços, os direitos dos usuários e competências dos conselhos.
78. Usar as várias mídias (rádio, TV, jornais, etc) para disseminar informações sobre o SUS e sobre o controle social, como dos direitos e deveres dos usuários, e dos serviços existentes.
79. A divulgação da informação deve alcançar a população como um todo, no sentido de consolidar as ações do controle social de forma ampliada.
80. A relação da informação com o controle social deve assegurar a capacidade de gerar e trocar conhecimento que fundamentem a saúde e a informação como bem público e a comunicação como processo democrático.
81. Ao construir e disseminar a informação, respeitar a diversidade e multiculturalidade para que o conselheiro possa ter maior facilidade em seu uso.
82. Deve-se buscar acessibilidade aos meios de difusão da informação usando outros recursos além da Internet, dada a realidade do País.

Os sistemas de informação atuais

83. Propor mudança da lógica dos sistemas atuais, de forma a atender as necessidades do Controle Social.

B

PRÓXIMOS PASSOS

84. Inclusão na RIPSa de representantes do controle social.
85. Seminário para a sensibilização do tema com outros atores: CONASS, CONASEMS, Ministério Público, Tribunais de Contas.
86. Elaborar, a partir dessa oficina, uma proposta da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde e encaminhá-la ao CNS e Conselhos Estaduais para posterior deliberação do CNS.
87. Que se inicie de imediato o redimensionamento ou sistematização de produtos de informações, bem como a articulação e otimização dos meios de comunicação.
88. Realizar em 2004 uma Conferência Nacional de Informação em Saúde.

Contribuições: 88

Tema 3

Informações para a implementação do controle social

Princípios básicos

1. O SUS é um sistema único, mas respeita a hierarquia nas esferas de governo e dos conselhos. A comunicação entre esferas deve seguir o mesmo princípio do SUS, de respeito à hierarquia.

A

INTERATIVIDADE ENTRE OS CONSELHOS

Dificuldades de disseminação

2. Muitas das informações necessárias existem, mas demoram a chegar aos conselhos municipais e estaduais, ou nem sempre chegam. A divulgação por correio eletrônico ou *Web* não é suficiente para alcançar todos os conselheiros.

Responsabilidade sobre disseminação

3. Os conselhos em suas diversas esferas devem produzir e disseminar informações sobre a sua atuação.

Estratégias de comunicação para o CNS

4. Desenvolver uma política de comunicação entre os conselhos que contemple etapas regionalizadas para sua transmissão.
5. Utilizar na comunicação entre os conselhos meios acessíveis, em especial o correio, sem desconsiderar a difusão das novas tecnologias de conectividade.
6. Reativar a Comissão de Comunicação do CNS, incentivando a criação de comissões congêneres no âmbito dos CMS e CES.
7. O setor de comunicação do CNS está sendo reestruturado. Informações sobre atas, textos e resoluções estão disponíveis na página do CNS, mas em formato inadequado.
8. Reestruturar a página do CNS na Internet, tornando-a mais interativa, atualizada, dinâmica e com informações em formato mais adequado à diversidade de conselheiros.

Estratégias de comunicação para os conselhos

9. Identificar parceiros para a difusão de informações, buscando a mídia local (TV, rádio, rádios comunitárias, jornais, Câmara de Vereadores), reuniões públicas, enfim, usando os meios já disponíveis na sociedade e de fácil acesso.
10. Cabe à assessoria de imprensa dos conselhos buscar espaço para a divulgação de informações de interesse da população em programas de maior alcance, nos diversos meios de comunicação.

Meios de disseminação de informações

11. Utilizar as conferências, plenárias, boletins, informativos como meio de disseminação de informações entre os conselhos.
12. Os conselhos devem participar de conferências de saúde, divulgando sua atuação e informações relevantes.
13. Utilizar a rede de conferências e de conselhos do SUS para divulgar a estrutura do controle social.

Informações a serem disseminadas

14. Estrutura e composição dos conselhos.
15. Regimento dos conselhos.
16. Papel e responsabilidades das esferas de conselhos.
17. Como preparar uma conferência de saúde.
18. Atas e deliberações.

Atas e deliberações

19. Considerar as atas e deliberações dos conselhos como documentos essenciais, possibilitando maior e melhor manejo das mesmas pelos conselheiros.
20. As atas do CNS são documentos muito importantes do SUS. Recomenda-se que todos os conselheiros municipais e estaduais tomem conhecimento do teor e conteúdo dessas atas.
21. Os conselhos das três esferas devem divulgar as atas de suas reuniões plenárias.
22. Divulgação das atas é importante, mas é necessária uma metodologia para divulgação das deliberações. Categorias sugeridas: normativa ou conceitual, e subgrupos estrutural e conjuntural.
23. Ata não deve ter interpretação colocada na Internet.

B

INTERATIVIDADE DOS CONSELHOS COM A SOCIEDADE

Interação com o Cidadão

24. Apesar de existir informação sobre saúde em jornais e TV, não há referências sobre o controle social. É provável que a população não saiba da existência dos conselhos.
25. Sensibilizar a sociedade e governos locais sobre o papel do controle social no SUS.
26. O SUS deve divulgar bastante o papel dos conselhos, a estrutura destes, modo de financiamento e resultados.
27. Institucionalizar a comunicação sobre o SUS e o controle social através de órgãos públicos, privados e comunitários, incluindo bancos, correios, bibliotecas, aeroportos, rodoviárias.
28. Utilizar espaços públicos e de fácil acesso para afixação de resoluções, deliberações, convocações, atas, enfim, todos os atos dos conselhos.
29. Considerando que o poder dos conselhos é dado pela sociedade, cabe ao conselho divulgar as informações.
30. As informações disseminadas para a população devem permitir que esta exerça o controle sobre o conselho.
31. Os conselhos devem estabelecer maior interação com o cidadão, identificando assim suas necessidades de informação.
32. O controle social deve disseminar informações para o cidadão, inclusive sobre seus direitos e representação no SUS.
33. Descentralizar a reunião dos conselhos, levando-as para perto da população, por bairro e região.
34. Divulgar as deliberações, resoluções para a sociedade em forma de boletins, artigos, etc.
35. Fomentar a comunicação direta com usuários via Internet, usando lista de discussão, autocadastro em malas diretas, etc.
36. Cabe à assessoria de imprensa dos conselhos buscar espaço para a divulgação de informações de interesse da população em programas de maior alcance, nos diversos meios de comunicação.

Interação com a Academia

37. Há um afastamento da produção intelectual da sociedade científica de saúde das necessidades e realidade do controle social. A produção científica em saúde deve ter como um dos focos de interesse o controle social.

38. Os conselhos devem interagir com os técnicos, os profissionais de saúde e a academia para transformar a qualidade da informação e a comunicação no processo de controle social, além de aproximar a academia da realidade do usuário do sistema.

C

INTERATIVIDADE DOS CONSELHOS COM OS GESTORES

Dificuldades na interação

39. As informações chegam às secretarias municipais de saúde, mas não são repassadas aos CMS. Problemas de apropriação e aprisionamento da informação por feudos políticos. É importante desenvolver ações para democratizar as informações.
40. Em grande parte dos municípios, a representação dos usuários se dá por pessoas com baixa escolaridade, o que facilita a retenção de informações pelos gestores. Isso ocorre nas esferas de conselhos estaduais e, sobretudo, municipais.
41. Apesar das informações chegarem aos conselhos, os gestores não dão respostas às questões por eles levantadas.

Melhoria da interação

42. Sensibilizar a sociedade e governos locais sobre o papel do controle social no SUS.
43. Os gestores deveriam fortalecer o controle social no acompanhamento da política e na interação com a Rede, e apoiá-lo no uso da informação para a produção de conhecimento.
44. Propor indicadores para avaliar a gestão local e suas interfaces com o controle social.

D

MONITORAMENTO E EFETIVIDADE DAS AÇÕES DOS CONSELHOS

Sistema nacional de informações sobre o controle social

45. Criar um Sistema Nacional de Informações sobre controle social.
46. O sistema deve permitir a avaliação qualitativa do controle social nas três esferas do governo e deve proporcionar a efetivação do controle social e do próprio SUS.

Informações e indicadores sobre o controle social

47. É necessário disseminar a estrutura dos conselhos, resultados, periodicidade de reuniões, etc.
48. Criar indicadores de controle social simples que possam ser atualizados mensalmente.
49. Indicadores sugeridos: número de reuniões realizadas; número de participantes nas reuniões; reuniões de representantes com suas entidades.
50. *Contraproposta*: que sejam criados indicadores de qualidade, que demonstrem a efetividade da atuação do conselho, e não de fiscalização das entidades representadas.
51. Construir meios de informação que permitam acompanhar e avaliar a realização das plenárias de conselhos, conforme deliberação 004 /2001 do CNS.

Banco de currículos

52. Criar um banco de currículos dos conselheiros, que possibilite a identificação de especialistas por assuntos temáticos.

Cadastro

53. Criar um sistema de cadastramento continuado de conselheiros, com informações sobre escolaridade.

Audiências públicas

54. Transformar as audiências públicas em uma das formas de avaliação e monitoramento da efetividade das ações dos conselhos.
55. Promover audiências públicas do conselho, com temas específicos, envolvendo outros atores sociais não participantes diretamente no controle social.

Fóruns de entidades

56. Criar fóruns de entidades participantes dos conselhos possibilitando uma visibilidade maior da sociedade com relação aos conselhos.

E

INTERATIVIDADE DOS CONSELHOS COM SUAS ENTIDADES

Melhoria da interação

57. Divulgar a atuação social no âmbito da saúde das entidades representadas nos conselhos.
58. Disseminar nas entidades de base as resoluções e atuações dos conselhos.
59. Estimular maior integração e participação da entidade representada no conselho, para que as ações do conselheiro reflitam o conjunto de discussões advindas da mesma e retorne às discussões e deliberações do conselho.

Cadastro

60. Criar um cadastro de entidades que comumente participam dos conselhos nos municípios, estabelecendo lista de prováveis participantes.

F

INTERATIVIDADE DOS CONSELHOS COM ÓRGÃOS DE FISCALIZAÇÃO, TAIS COMO MINISTÉRIO PÚBLICO, CORREGEDORIA, JUDICIÁRIO DE FORMA EM GERAL, ALÉM DO LEGISLATIVO

Desenvolvimento da interação

61. Não existe sistema de controle sobre acompanhamento de projetos afins sobre a questão da saúde no Legislativo (Congresso, câmaras municipais).
62. É necessário que os conselhos se mantenham informados e acompanhem os projetos relacionados à saúde, no Legislativo.
63. É necessário desenvolver a interatividade com outros órgãos governamentais e não-governamentais: a Promotoria de Saúde do Ministério Público, Procuradoria do Cidadão – MPF, Comissão de Saúde dos Legislativos Estaduais e Municipais, Procuradoria do Consumidor, e com outros Ministérios.

Contribuições: 63

Tema 4

A informação ao alcance dos conselhos de saúde: meios e instrumentos de disseminação e de acesso

Princípios básicos

1. Na maior parte da sociedade ainda não existe uma cultura de uso da informática como forma de recepção e difusão de informações, fazendo com que apenas a existência da máquina não se constitua na real possibilidade de acesso.

A

MEIOS DE COMUNICAÇÃO

Fatores que interferem no processo de comunicação

2. Quem elabora o teor das informações.
3. Independentemente do meio escolhido para disseminação da informação, existem as dificuldades para o seu uso e também questões de poder que interferem no fluxo das informações.
4. Garantir acesso às informações, assim como resposta às demandas provenientes de conselheiros.
5. O problema maior é de acesso às informações. Cada região tem suas características, e estas devem ser consideradas na disseminação.

Máximo de alternativas de acesso à informação

6. Quanto mais alternativas de acesso à informação, melhor o processo de comunicação.
7. Deve-se considerar na criação de novos instrumentos a sua efetividade e durabilidade. Instrumentos que não passem do primeiro número, ou que tenham muitas informações de baixa compreensividade para os conselheiros, terão pouco efeito e ajuda terão para as práticas de controle social dos conselhos municipais e estaduais.
8. Potencializar os meios de comunicação para a divulgação das informações relativas ao SUS e ao controle social.
9. Aproveitar a rede SUS nos municípios e estados para disseminação de informações importantes para o controle social.

10. Institucionalizar a comunicação sobre o SUS e o controle social através de órgãos públicos, privados e comunitários, incluindo bancos, correios, bibliotecas, aeroportos, rodoviárias.
11. Utilizar na comunicação entre os conselhos meios acessíveis, em especial o Correio, sem desconsiderar a difusão das novas tecnologias de conectividade.
12. A importância da integração e multiplicação das mídias. Por exemplo, utilizar estrutura de mídia já existente na educação para transmitir informação de saúde.
13. Utilizar ferramentas como a transmissão de debates, reunião do CNS e conferências (informação bruta), por meios televisivos (TV a cabo, *Canal Saúde*, e outros) e Internet.
14. Buscar integrar as diversas formas utilizadas pela mídia (jornais e informativos produzidos podem ser disseminados através da Internet, rádios e TV).
15. Identificar parceiros para a difusão de informações, buscando a mídia local (TV, rádio, rádios comunitárias, jornais, Câmara de Vereadores), reuniões públicas, enfim, usando os meios já disponíveis na sociedade e de fácil acesso.
16. As tecnologias mais complexas restringem o acesso – não foi a Internet que inventou a informação e a comunicação. Considerando que o acesso à Internet é um direito do cidadão, deve-se promover o acesso como instrumento para a participação.
17. Utilizar conferências, plenárias, boletins, informativos como meio de disseminação de informações entre os conselhos.

Especificidades locais

18. Compete a cada articulação (municipal, estadual) escolher os meios mais apropriados para disseminação e acesso à informação: desde o cordel até a Internet.

Jornais

19. Criar um jornal nacional, produzido pelo CNS e MS, em linguagem popular, que permita a troca de experiências dos municípios e estados, e incentive a contribuição dos conselheiros, da academia.
20. A câmara técnica do CNS é quem deve produzir e definir textos para a publicação.
21. A publicação deve ser amplamente distribuída para todos os conselheiros, através de mala direta.
22. Existem vários jornais, que devem ser aproveitados, redirecionados.
23. Utilizar veículos de comunicação existentes (exemplo revista *Radis*), que devem ter a participação do controle social no conselho editorial.

Disque Saúde

24. Construir o componente controle social no âmbito do *Disque Saúde*.

Programas de rádio

25. Não existem programas de rádio para controle social.
26. Desenvolver programas de rádio de cerca de 15 minutos por mês, com versões diferenciadas por regiões (Nordeste e Norte e outra para o Sul, Centro-Oeste e Sudeste), que envolvam conteúdos orientados para o controle social e que sejam apresentados em rádios locais e mais próximos aos conselheiros. (perspectiva regional)
27. Demandar alguns minutos no programa *A Hora do Brasil*. (perspectiva nacional). Esclareceu-se que há um acordo de utilizar horários do *A Hora do Brasil* para as informações do Conselho Nacional de Saúde, que é um programa permanente, o que garante a continuidade.
28. Utilizar as rádios AM, FM e comunitárias.

Televisão

29. Utilizar veículos de comunicação existentes (exemplo *Canal Saúde*), que devem ter a participação do controle social no conselho editorial.
30. O controle social deve pautar o *Canal Saúde* como instrumento de divulgação e disseminação de informações. O *Canal Saúde*, embora de concessão da FIOCRUZ, deve transformar-se num canal aberto, interagindo com outros canais, para informação, comunicação e formação em saúde.
31. Utilizar a TV comunitária, pois esse é um mecanismo assegurado por lei na legislação de TV a cabo, como ferramenta para a comunicação de abrangência local.

Campanhas de mídias

32. Direcionar melhor o conteúdo para o público-alvo, em especial nas campanhas de mídias.

Internet

33. A maioria dos conselheiros não trabalha com a Internet ou porque não tem acesso ou porque não sabe usar esse recurso.
34. Utilização de site na Internet para divulgação e acesso de informações, notícias e dados importantes para os conselhos de saúde. Não somente através da Internet, mas também de outros instrumentos de acesso.

35. Construir meios para alimentação e consulta dos *sites* pelos conselheiros, em todas as instâncias do controle social.

B

INSTRUMENTOS DE INFORMAÇÃO

Atas

36. As atas, relatórios e outros documentos devem ser entendidos como fontes básicas de informação de natureza qualitativa, e subsídios para a política nacional de informação e comunicação.
37. As atas não devem ter interpretação colocada na Internet.
38. Divulgação das atas é importante, mas é necessária uma metodologia para divulgação das deliberações. Categorias sugeridas: normativa ou conceitual, e subgrupos estrutural e conjuntural.
39. Divulgar as deliberações e resoluções para a sociedade em forma de boletins, artigos, etc.

Cartilha de Saúde

40. A *Cartilha da Saúde* é um exemplo de um instrumento útil para divulgação de direitos e deveres em saúde.

C

INFRA-ESTRUTURA

41. Um dos problemas primordiais é a ausência de estrutura para os conselhos – sala, acesso à Internet, transporte (Conselho Estadual). Mas, além disso, é necessário que os conselheiros tenham autonomia para o exercício de suas funções, através de capacitação e recursos financeiros, e, se possível, orçamento próprio. (Que os conselheiros exerçam a sua autonomia).
42. Existência de sala equipada com biblioteca, acervo sobre saúde em nível nacional, estadual e municipal, com visão internacional sobre saúde (inclusive com ponto de Internet). Utilizar a infra-estrutura já existente na área educacional, ou criar onde não existe. Expansão da rede de bibliotecas virtuais para as demais esferas de governo, ampliando a capacidade de coleta, registro, acesso e disseminação de conhecimento gerado nos municípios.

43. Buscar projetos de financiamento para estruturação dos conselhos, por exemplo, junto à Rede Nacional de Informações em Saúde (RNIS).

Contribuições: 43

Capacitação

Diretrizes

1. É necessário desenvolver mecanismos que contribuam para a construção do saber crítico do conselheiro, ampliando sua contribuição e o fortalecimento de sua ação.
2. A definição das informações necessárias para o exercício do controle social não é consenso. É importante entendê-la como um processo em construção.
3. Articular os agentes formadores em torno de uma política nacional de capacitação unificada, respeitando as diversidades locais.

Público-alvo da capacitação

4. É necessário que exista uma política de capacitação dos conselheiros continuada, com metodologia adequada aos diferentes segmentos e realidades regionais do País.
5. Desenvolver projetos de educação permanente, na perspectiva de uma capacitação vertical que qualifique o exercício do controle social por conselheiros e lideranças (sujeitos sociais populares) de setores populares e democráticos que vêem no SUS um projeto político de sociedade.
6. Propor capacitação para as secretarias-executivas dos conselhos, que inclua aspectos técnicos-políticos e operacionais, a fim de definir limites, competências e instâncias de subordinação
7. Capacitar e conscientizar os técnicos (MS, SES, SMS) que trabalham com a informação e que a torna disponível ao público, invertendo a lógica, no sentido dos técnicos sentirem-se parte do controle social ampliado.
8. Atender às necessidades de formação, capacitação e atualização continuadas *dos gestores, trabalhadores, conselheiros, usuários e instituições de controle social.*

Contraposição:

- Atender às necessidades de formação, capacitação e atualização continuadas *dos conselheiros (gestores, trabalhadores, usuários), instituições de controle social e movimentos sociais.*
9. Garantir a capacitação sobre a temática do controle social aos profissionais que atuam na área da Saúde e incorporar esse tema como conteúdo programático nas graduações, ensino médio e fundamental.

Instrutores

10. No programa de capacitação devem ser utilizados os próprios conselheiros

como instrutores, sua capacidade e conhecimentos, articulando as iniciativas locais.

11. Os cursos devem ser pensados numa perspectiva de multiplicar agentes formadores, ampliando as bases sociais dos diversos segmentos que compõem os conselhos de saúde.

Acesso à informação

12. A maioria dos conselheiros não trabalha com a Internet ou porque não tem acesso ou porque não sabem usar esse recurso.
13. Transformar dados em informação: requer capacidades, pré-requisitos para que o indivíduo possa ser autor desse processo. Requisito elementar: conscientizar o conselheiro do seu direito de acesso aos dados.

Propostas de assuntos

14. Os programas de capacitação de conselheiros não podem ficar restritos a questões de financiamento, planejamento e orçamento.
15. Atas. Capacitar os conselhos em todas as suas instâncias para aperfeiçoar a elaboração das atas, facilitando sua comunicação
16. Considerar nas propostas de educação permanente de conselheiros, que os municípios e estados devem proporcionar o acesso às informações relativas ao orçamento e à sua execução, compatibilizando-as com as leis.
17. Legislação em saúde. A lei básica do SUS deve ser um dos elementos fundamentais da capacitação.
18. Consulta a dados. Pode haver uma dificuldade em relação às consultas sobre as informações/dados disponíveis. Seria importante que os cursos de capacitação levassem isso em consideração.
19. Alfabetização. Deve ser elaborada uma proposta de alfabetização dirigida para os conselheiros excluídos do mundo letrado.
20. Informação em saúde. Fomentar estratégias de capacitação de conselheiros sobre informação em saúde: quais informações, como usar, formulação de indicadores para avaliação.
21. Os diversos atores devem estar capacitados e instrumentalizados para o uso da informação.

Metodologia e avaliação

22. Avaliar a experiência do Rio de Janeiro, na qual os participantes gostaram do curso face às alterações realizadas em relação à proposta oficial. Embora a avaliação geral no resto do País não tenha sido positiva.

23. Deve ser realizada avaliação periódica com o objetivo de aprimorar o processo de capacitação.
24. Oficinas para capacitação utilizando textos de fácil acesso, bem como a Internet.

Contribuições: 24

Proposições extratemática da Oficina de Trabalho

As seguintes proposições dos grupos de trabalho foram destacadas por estarem relacionadas com a política de controle social e de gestão do Ministério da Saúde, e não especificamente com a Política Nacional de Informação e Informática em Saúde.

POLÍTICA DE CONTROLE SOCIAL

Níveis de Controle social

1. O controle social deve ser exercido também dentro da unidade de saúde, em outro plano de representação diferente do CNS.

Composição dos Conselhos de Saúde

2. É necessário discutir a recomposição do CNS, que não é paritária. O CNS existe através de decreto, e não de lei.

Papel dos Conselhos de Saúde

3. Os conselhos têm papel duplo: prospectivo e de fiscalização da execução. Os conselhos não podem funcionar de forma apenas burocrática.

Fóruns dos Conselhos de Saúde

4. Estabelecer plenárias de conselhos em todas as instâncias.
5. Verificar a questão da RIPSA ser comissão do CNS

MINISTÉRIO DA SAÚDE E POLÍTICAS DE GESTÃO

Direção colegiada

6. Atualmente o Ministério da Saúde tem exercido uma direção colegiada, com maior interação, não competitiva, com o CNS.

Conselhos deliberativos

7. O conselho deliberativo das instituições deveria ter participação do controle social.
8. Propor a criação de conselhos gestores *paritários* nas instituições do governo – DATASUS, FIOCRUZ, SEGTES, FUNASA, etc. – (*ver questão de representação do conselho fora do seu ambiente deliberativo*).

Conceitos abordados na Oficina de Trabalho

As opiniões apresentadas a seguir não representam uma posição final ou consenso sobre esses conceitos

Controle social

“Por *controle social* entendemos todo esse processo de formulação, avaliação e fiscalização.”

“*Controle social* é do cidadão e não apenas das instâncias representativas da cidadania.”

“Não devemos restringir o *controle social* ao usuário. Todo cidadão tem o direito de ser ou não usuário do Serviço de Saúde.”

“*Controle social* não é apenas a estrutura de conselhos e conferências, mas sim onde a sociedade exerce o controle social pelo Ministério Público, pelas Câmaras Legislativas, pela cidadania, pelas ouvidorias, pelas passeatas, pelas concentrações, pelos acampamentos, pelas invasões. Enfim, há várias maneiras de se exercer o controle social, e nós, enquanto Conselheiros, devemos ter a humildade de reconhecer que não somos instância exclusiva de expressão do controle social.”

Info-inclusão e inclusão social

“*Info-inclusão* significa a possibilidade do conjunto da população ter acesso à informação. Info-inclusão no caso de um analfabeto, pode ser, por exemplo, ensiná-lo a ler”.

“*Inclusão digital* refere-se ao acesso à Internet pelo conjunto da população. A sua importância reside no fato de ser a Internet hoje a mídia mais poderosa na disseminação e intercâmbio de informações.”

Informação, Informática e Comunicação: questionamentos sobre a denominação da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde

“A *informática* é uma ferramenta de comunicação e não um eixo que se constitui enquanto ‘informática, informação, comunicação’. É um instrumento como tantos outros: jornal, correio, telégrafos, rádio, etc. A informática é um *meio* e não o *fim* da política, por conseguinte não deve compor o nome da política.”

“A questão da *informática* não se restringe à informação e à comunicação. Esta se aplica à medicina, a telemedicina, bem como a outros recursos em que é utilizada de maneira crescente na medicina e na assistência à saúde. É claro que a política de informação e comunicação a usa crescentemente. Não estamos discutindo aqui *todos* os usos da

informática, mas nos concentramos na informação e comunicação. Portanto o eixo central para a política é informação e comunicação.”

“A *informática* enquanto *tecnologia da informação*, e nesse sentido, é um meio, não o fim da política.”

“Não devemos desvincular a questão da *informação*, que é conteúdo, com os processos de *comunicação*, que é a transmissão desses conteúdos, portanto uma Política de Informação e Comunicação.”

“Entender o conceito de *informação* de forma ampla, incluindo suas interfaces com a comunicação, a documentação, a educação, e a informática, assumindo-se o desafio de se articular com as outras áreas do Ministério, sem que se substitua as políticas específicas dessas áreas.” (proposta acordada na Plenária)

Denominações sugeridas pelos grupos de trabalho e plenárias:

Política Nacional de Informação e Informática em Saúde

Política Nacional de Informação e Informática do SUS

Política Nacional de Informação, Informática e Comunicação (PNIIC)

Política de Informação e Comunicação em Saúde

Política de Informação para o Sistema Único de Saúde

Apêndices

A. Pesquisa com Conselheiros

B. Texto e Referências

C. Comissão Organizadora e Participantes da Oficina

Apêndice A

Pesquisa com Conselheiros

Março a maio de 2003

OBJETIVO

Buscando obter subsídios para a elaboração da temática da “Oficina de Trabalho Informações em Saúde para o Controle Social”, esta pesquisa foi realizada de 12 a 26 de março de 2003 com a participação de membros do Conselho Nacional de Saúde, da Plenária Nacional dos Conselhos de Saúde, e de uma pequena amostra selecionada de conselheiros municipais e estaduais (tendo sido esta parcela de questionários inserida em meados de maio). O questionário da pesquisa foi aplicado em formato impresso, e aborda os seguintes aspectos:

Identificação

- A esfera de representação de conselheiras e conselheiros: municipal, estadual e nacional.
- Segmento que representa: Governo/Gestor, Prestadores de Serviços de Saúde;
- Trabalhadores de saúde (profissionais de saúde); Usuários.
- Município de residência e unidade da federação.
- Escolaridade.
- Faixa etária.

Informações para o Controle Social

- Tipo de Informações que o conselho necessita para exercer o controle social.
- Exemplos de sucesso do uso de informação em saúde para o controle social.
- Proposta de assuntos para a agenda de discussão da oficina de trabalho.

Avaliação de Instrumentos Utilizados em Suas Atividades de Conselheiro

- Grau de utilização de meios de comunicação e nomes de meios de comunicação utilizados.
- Importância das páginas da Internet para as atividades de conselheiro.
- Grau de utilidade de vários serviços e produtos para as atividades de conselheiro.
- Grau de facilidade de uso de vários serviços e produtos oferecidos para as atividades de conselheiro

Uso de Tecnologia e Condições de Acesso

- Conexão à Internet pelo conselho municipal.
- Local de acesso à Internet.
- Frequência que o conselheiro utiliza a Internet: *e-mail*, pesquisa, consulta a dados, transferência de arquivos e sistemas, discussão *on-line*, educação a distância.
- Problemas e uso de informações na Internet.

VISÃO GERAL

As informações demográficas e as avaliações dos conselheiros participantes da pesquisa auxiliam na contextualização das contribuições recebidas para a construção da temática da Oficina. Por outro lado, a pesquisa representa uma amostra representativa dos participantes do CNS, e permite identificar suas características, avaliação de instrumentos e contexto de uso de Internet. Desde a sua origem, a pesquisa não foi construída para representar o universo dos conselheiros estaduais e municipais de saúde, tendo sido recomendada a elaboração de uma pesquisa específica, inclusive com amostragem controlada. Por conseguinte, os dados não são suficientes para representar as características demográficas e contextos dos CMS e CES, e, portanto, não devem ser generalizados para caracterizar seus membros.

A seguir, apresentaremos uma visão geral dos resultados da pesquisa:

Período de realização da pesquisa	12 a 26/03 de 2003, tendo sido incluídos mais 20 questionários em 15/05.
Total de participantes	59 conselheiros
IDENTIFICAÇÃO	
Tipo de representação	Participaram da pesquisa: 15 conselheiros com atuação em CMS (25%) 24 com atuação em CES (41%) 29 com atuação em CNS (49%) sendo que 10 conselheiros são representantes de duas esferas de conselhos.
Segmento de representação	44% Usuários 24% Trabalhadores de Saúde 17% Gestor 12% Prestadores de serviços de saúde
Assuntos propostos para serem discutidos na Oficina de Trabalho	46 conselheiros contribuíram com sugestões de assuntos. Destacando-se Informações em Saúde e temas relacionados com Planejamento e Organização, e Meios e Instrumentos de Acesso.
Exemplos de sucesso do uso de informação em saúde para o Controle Social	52 conselheiros contribuíram com exemplos, destacando-se instrumentos ou experiências sobre recursos financeiros, de mobilizações sociais, e de uso de veículos de comunicação.

AVALIAÇÃO DE INSTRUMENTOS	Os conselheiros usavam uma faixa de pontuação de 1 a 5 na avaliação dos instrumentos
Grau de utilização de meios de comunicação nas atividades de conselheiro	<p>Maior grau de utilização</p> <p>A pesquisa indica que Páginas da Internet (64%), Anais e atas (64%), Boletins e Jornais (59%), Cadernos e Revistas (56%), Sistemas de Informação (52%) e Manuais e Livros (46%) são os meios com maior índice de utilização nas atividades dos conselheiros, considerando apenas os que utilizam a ferramenta. Ou seja, maior percentual de conselheiros que classificaram 4 ou 5 para o grau de utilização dos meios de comunicação em suas atividades (numa escala de 1 a 5, sendo 1 = Pouco Utilizado e 5 = Muito Utilizado). No entanto, em relação à esfera de representação CMS, há uma tendência à baixa utilização de Páginas da Internet, com 58% dos respondentes classificando o grau de utilização abaixo ou igual a 3.</p>

	<p>Menor grau de utilização</p> <p>A pesquisa indica que Anuários (35%), Programas de rádio (33%), Programas de televisão (24%), CD (0%) são menos utilizados pelos conselheiros em suas atividades. Ou seja, percentual baixo daqueles que declararam 4 ou 5 para o grau de utilização (escala de 1 a 5, sendo 1 = Pouco Utilizado e 5 = Muito Utilizado), sendo alto o índice daqueles que declararam não utilizar: Anuários (26%); Programas de rádio (31%); Programas de televisão (18%), CD (18%)</p>
<p>Exemplos de meios utilizados nas atividades (resposta espontânea)</p>	<p>Em geral, as respostas foram variadas, destacando-se em número de citações:</p> <p>Atas: do CNS (10), Conferência Nacional de saúde (4), atas de conselhos (4).</p> <p>Boletins: do CNS (10) , CCNASS (5) e CONASEMS (3).</p> <p>Páginas da internet: Datasus (5), MS e seus órgãos (5), CSN, IBGE, TSE, TSU, FNS (2).</p> <p>Sistemas de informação: Datasus (5), MS (4), SIOPS (2).</p> <p>Anuários: Assistência à Saúde no SUS (3).</p>

<p>Grau de importância de cada página de Internet para as atividades de conselheiro</p>	<p>Considerando apenas a avaliação daqueles que conhecem a página, destacam-se entre as mais importantes as páginas do CNS (89%), Datasus (79%), SES (75%), Portal da Saúde (73%), CMS/CES (73%) , IBGE (72%), e Conferência Nacional de Saúde <i>On-line</i> (71%), ou seja, maior percentual de respondentes que classificaram as páginas como importantes (4 e 5 na escala) para as suas atividades.</p>
<p>Grau de utilidade de serviços e produtos para as atividades de conselheiro</p>	<p>Considerando apenas a avaliação daqueles que conhecem o instrumento, destacam-se entre os instrumentos com maior grau de utilidade aqueles de acompanhamento financeiro – SIOPS – (75%), Transferências Financeiras a Estados e Municípios (72%), SIA (69%), BVS (62%) e o IDB (62%).</p>

<p>Grau de facilidade de uso de vários serviços e produtos oferecidos as atividades de conselheiro</p>	<p>Considerando a avaliação apenas daqueles que usam o instrumento, nenhum dos instrumentos se destaca como fácil de usar para este segmento de conselheiros, no entanto o Caderno Saúde (66%), Anuário da Saúde (57%) e IDB (55%) foram considerados com maior grau de facilidade entre os apresentados. O SIOPS, Transferências Financeiras a Municípios e Estados apesar de considerados muito úteis foram considerados difíceis de usar. A Sala de Situação além de ser pouco conhecida, é um instrumento difícil de usar.</p>
<p>USO DE TECNOLOGIA E CONDIÇÕES DE ACESSO</p>	
<p>Conexão à Internet (apenas para <i>conselhos municipais</i>)</p>	<p>61% dos conselheiros municipais que participaram da pesquisa declararam que o CMS, ao qual estavam vinculados, não possui acesso à Internet. No entanto, o número de CMS na pesquisa não é representativo, e, por conseguinte, esse dado não tem valor estatístico, apenas contextualiza as avaliações dos conselheiros.</p>

<p>Onde acessam a Internet para suas atividades</p>	<p>Em geral, os conselheiros acessam a Internet com freqüência no local de trabalho (65%) e/ou em casa (59%), sendo que 61% dos conselheiros afirmaram que nunca ou raramente acessam por meio de seus conselhos.</p>
<p>Freqüência que utiliza a Internet</p>	<p>Os conselheiros usam freqüentemente <i>e-mail</i> (79%), Internet para pesquisa de notícias de saúde (58%), e consulta a dados (53%). A transferência de arquivos e sistemas é usada com freqüência por 35% dos conselheiros, enquanto educação a distância e discussão <i>on-line</i> não fazem parte de suas atividades cotidianas (85% e 83% respectivamente raramente ou nunca usaram esses recursos) .</p>
<p>Problemas e uso de informações na Internet</p>	<p>A pesquisa indica entre os obstáculos mais importantes ao uso de informação de saúde na Internet pelos conselhos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Não existir um computador disponível (69%); 2. Não ter acesso à Internet (67%); 3. Problemas de conexão (59%); e 4. Não ter linha telefônica (59%).

Apêndice B

Textos e Referências

OBJETIVO

Subsidiar os debates dos integrantes dos Grupos de Trabalho, enfocando conclusões, recomendações e decisões sobre Informações e Controle Social adotadas em fóruns anteriormente realizados.

FONTES UTILIZADAS

Carta da XI Conferência Nacional de Saúde
Relatório Final da XI Conferência Nacional de Saúde
I Congresso Nacional de Conselhos de Saúde – Salvador, 24 e 25 de abril de 1995.
II Plenária Nacional dos Conselhos de Saúde – 16 de abril de 1997.
Relatório do II Encontro Nacional de Conselheiros de Saúde – 2 a 4 de junho de 1998.
Relatório de Oficina de Trabalho da ABRASCO ocorrida em 1994.

ORGANIZAÇÃO

De acordo com os temas da Oficina.

TEMA 1

INFORMAÇÕES DE SAÚDE PRIORITÁRIAS PARA O EXERCÍCIO DO CONTROLE SOCIAL PELOS CONSELHOS DE SAÚDE, NO NÍVEL MUNICIPAL, ESTADUAL E NACIONAL

Informações a serem fornecidas por Gestores do SUS

Remeter periodicamente, no mínimo trimestralmente, aos Conselhos de Saúde cópias dos relatórios de auditorias e inspeções realizadas pelos setores competentes do SUS nas Unidades de Saúde vinculadas ao SUS, dados de acompanhamento do trabalho realizado pelas respectivas secretarias, indicadores de saúde disponíveis e resultados das ações realizadas diretamente pelo poder público e através de contratos e convênios, para que sejam avaliados (*Fonte*: “Relatório do II Encontro Nacional de Conselheiros de Saúde” – 2 a 4 de junho de 1998).

O Conselho Nacional de Saúde e o Ministério da Saúde devem elaborar, para divulgação e distribuição entre os Conselheiros de Saúde Municipais e Estaduais e sociedade em geral, cartilha com informações sobre os papéis e a atuação do Ministério Público, PROCON, Tribunal de Contas, Procuradorias de Justiça, Promotorias, OAB, Ouvidorias, Disque Saúde e outras instâncias legalmente constituídas que podem ajudar na garantia dos direitos ligados à saúde e as quais deverão recorrer em caso de descumprimento das deliberações do Conselho de Saúde e/ou legislação em vigor. Paralelamente deverão conter informações sobre operacionalização e funcionamento dos Conselhos de Saúde de forma a possibilitar aos Conselheiros e à população um melhor entendimento de suas funções públicas (*Fonte*: “Relatório do II Encontro Nacional de Conselheiros de Saúde” – 2 a 4 de junho de 1998).

Disponibilizar às Comissões de Acompanhamento Orçamentário e Financeiro dos Conselhos de Saúde toda a documentação referente às receitas e às despesas, dados referentes à aplicação de recursos por programa, convênios e contratos efetivados pelo Órgão (extrato de contas bancárias e cópias dos cheques emitidos), com periodicidade mensal (*Fonte*: “Relatório do II Encontro Nacional de Conselheiros de Saúde” – 2 a 4 de junho de 1998).

Reeditar e distribuir para todos os Conselhos de Saúde as publicações do Ministério da Saúde sobre legislação do SUS, controle social, orçamento, financiamento, recursos legais, entre outras (*Fonte*: “Relatório do II Encontro Nacional de Conselheiros de Saúde” – 2 a 4 de junho de 1998).

O Ministério da Saúde deve divulgar mensalmente, através do Diário Oficial da União e através da Internet, a execução financeira (especificando receitas e despesas) e todos os demais recursos, inclusive os de investimento, como por exemplo do REFORSUS, e as atividades do Fundo Nacional de Saúde, encaminhando cópia previamente aos membros do Conselho Nacional de Saúde. Deve também propor ao Conselho Nacional de Saúde a reestruturação do Fundo Nacional de Saúde, conforme Resoluções da 10.^a Conferência Nacional de Saúde (*Fonte*: “Relatório do II Encontro Nacional de Conselheiros de Saúde” – 2 a 4 de junho de 1998).

Dentre as principais dificuldades para mobilizar e/ou potencializar a participação ativa, informada e propositiva dos principais agentes sociais na formulação e na fiscalização das políticas de saúde, destaca-se como problema central, a falta ou o pouco conhecimento/informação a respeito do SUS, em seus aspectos legais e operacionais. Este cenário atinge não só os conselheiros, mas também a população usuária do SUS e os seus recursos humanos (*Fonte*: “Relatório Final da XI Conferência Nacional de Saúde – Desafios”).

Qualidade de serviços e produtos de informação

A participação ativa, informada e propositiva tem encontrado obstáculos: as informações acumuladas no SUS (financiamento, dados epidemiológicos, recursos humanos, programas, experiências bem sucedidas, etc.) não são democratizadas em linguagem acessível e adequada aos diferentes públicos; falta transparência nas ações governamentais; há desconhecimento, pelos usuários, da legislação do SUS (*Fonte*: “Relatório Final da XI Conferência Nacional de Saúde – Políticas de Informação, Educação e Comunicação [IEC]”).

Recursos financeiros

Os Conselhos deverão empenhar-se muito nesse processo e, em contrapartida, exigir maior controle social sobre a utilização dos recursos da saúde, com os Fundos funcionando com transparência e informações adequadas para que os conselheiros cumpram seu papel (*Fonte*: “I Plenária Nacional dos Conselhos de Saúde” – 16 de abril de 1997).

Busca de mecanismos para viabilizar as informações relativas ao Fundo de Saúde, que permitem a efetiva participação dos Conselheiros de Saúde na fiscalização e controle desses recursos (*Fonte*: “Relatório do II Encontro Nacional de Conselheiros de Saúde” – 2 a 4 de junho de 1998).

Conteúdo de cursos para conselheiros

Os cursos de capacitação e Programas de Educação Continuada para os Conselheiros de Saúde e lideranças deverão abordar não apenas conteúdos técnicos e legislação básica do SUS, mas também discussão detalhada das normas, portarias e sua operacionalização, comunicação e legislação sobre comunicação social, o papel do Conselheiro de Saúde com instrumentalização teórica e prática, capacitação específica em orçamentação, assim como informações e orientações elementares imediatas sobre procedimentos e prazos, para que os Conselheiros possam interferir efetivamente na elaboração e execução dos planos de saúde, da política de saúde, dos orçamentos e na avaliação dos Relatórios de Gestão, Planos de Aplicação e Prestação de Contas (*Fonte*: “Relatório do II Encontro Nacional de Conselheiros de Saúde” – 2 a 4 de junho de 1998).

TEMA 2

O PAPEL DO CONTROLE SOCIAL NA FORMULAÇÃO DE UMA POLÍTICA DE INFORMAÇÃO E INFORMÁTICA DO SUS

Princípios, políticas e diretrizes

A 11.^a Conferência afirma a relevância da produção e divulgação de informações sobre o controle social, através de meios variados conforme a realidade e possibilidades locais, indicando como estratégias possíveis e recomendáveis:

- a) realizar um amplo trabalho de comunicação social patrocinado pelo Conselho Nacional de Saúde e o Ministério da Saúde, recorrendo às diferentes mídias, inclusive com a criação de sites na Internet, a fim de valorizar e estimular a participação e o trabalho nos Conselhos;
- b) promover campanha nacional de esclarecimento sobre o papel, as funções e as ações dos Conselhos de Saúde;
- c) produzir materiais informativos que expliquem as obrigações e direitos dos conselheiros para usuários, prefeitos, secretários, promotores e juizes;
- d) criar Salas de Situação (painéis com tabelas e gráficos apresentando a situação de saúde do município ou estado) para garantir a divulgação de informações sobre as condições de saúde à população;
- e) criar redes de informação e comunicação entre as várias instâncias do controle social;
- f) produzir material sobre o papel do Conselho, atribuições, direitos dos usuários, com distribuição nas Unidades de Saúde;
- g) divulgar sistematicamente na área de abrangência dos Conselhos de Saúde Distritais e Municipais o calendário das reuniões dos Conselhos, convidando a população a participar das mesmas;
- h) divulgar amplamente as atas das reuniões dos Conselhos, inclusive com sua distribuição via Internet (*Fonte*: “Relatório Final da XI Conferência Nacional de Saúde – Proposições – Controle Social”).

Democratização das Informações

208. As Políticas de IEC devem compreender o fortalecimento da cidadania e do controle social visando à melhoria da qualidade e humanização dos serviços e ações de saúde; devem contribuir para o acesso das populações socialmente discriminadas aos insumos e serviços de diferentes níveis de complexidade; devem garantir a apropriação por parte dos usuários e população de todas as informações necessárias para a caracterização da situação demográfica, epidemiológica e socioeconômica; estar voltadas para a promoção da saúde, que abrange a prevenção de doenças, a educação para a saúde, a proteção da vida, a assistência curativa e a reabilitação sob responsabilidade das três esferas de governo, utilizando pedagogia crítica, que leve o usuário a ter conhecimento também de seus direitos; dar visibilidade à oferta de serviços e ações de saúde do SUS; motivar os cidadãos a exercer os seus direitos e cobrar as responsabilidades dos gestores públicos e dos prestadores de serviços de saúde.

209. As políticas de IEC devem reafirmar a importância da democratização das informações, como única possibilidade de evidenciar a desigualdade de acesso a dados de interesse público, o que vem permitindo a sustentação de governos descomprometidos com a transformação da situação de saúde.
210. Institucionalização de uma Rede Pública Nacional de Comunicação em Saúde, com diretrizes previstas nos planos de saúde e deliberadas pelos conselhos e conferências; que integre, via Internet e outros meios de comunicação, os conselhos de saúde, Poder Executivo (os três níveis), comissões intergestores, Legislativo, Ministério Público e todos os segmentos envolvidos com o controle social.
211. São funções e compromissos da Rede: mobilização popular em defesa do SUS e do cumprimento das deliberações do controle social; denúncias sobre descumprimento da legislação do SUS, desvios e corrupção; capacitação de conselheiros; resgate do papel dos núcleos e centros de IEC dos órgãos gestores para que invistam em educação permanente e controle social; criação de salas de situação para divulgação de informações e promoção da saúde da população.
212. A Rede levará em conta diversos espaços de interlocução que devem ser incentivados: plenárias abertas e descentralizadas; sessões de prestação de contas; fóruns de debates nas localidades que não têm Conselhos Municipais, com vistas à sua formação; fóruns de acompanhamento dos trabalhos legislativos; audiências públicas; Plenária Nacional de Conselheiros de Saúde; fóruns municipais e intermunicipais de Conselhos de Saúde; reuniões itinerantes de Conselhos; parcerias com universidades, organizações não-governamentais, instituições de ensino públicas e privadas e outros órgãos técnicos e governamentais; instâncias que discutem o orçamento participativo; conselhos gestores locais; ouvidorias nos Conselhos e nas unidades de saúde; instrumentos de recepção e encaminhamento de denúncias; mecanismos de consultas aos usuários sobre os procedimentos realizados pelos serviços próprios, contratados e conveniados; Comitês de Cidadania; Sistema de Informações sobre os Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS (*Fonte: “Relatório Final da XI Conferência Nacional de Saúde – Políticas de Informação, Educação e Comunicação [IEC] no SUS”*).

As políticas de informação, educação e comunicação (IEC) devem subsidiar e estar coerentes com a política nacional de saúde e os princípios do SUS (*Fonte: “Relatório Final da XI Conferência Nacional de Saúde – Políticas de Informação, Educação e Comunicação [IEC]”*).

Portanto, se o desafio é instituir um sistema público de saúde, democrático, onde as prioridades sejam definidas de forma participativa, com instrumentos de controle social, é urgente a definição de uma política de IEC que garanta instrumentos permanentes de divulgação e comunicação dos Conselhos de Saúde com a sociedade. Esta política deve

levar em conta as lutas pelo acesso e legalização das rádios comunitárias, jornais, TVs e outros meios que possam prestar informações e assegurar a expressão da população, que permita a cada cidadão exercer seu papel de fiscalização sobre as políticas públicas.

Além disso, a formulação e execução de políticas e projetos de IEC pelos gestores públicos não devem ser marcadas por influências e favorecimentos ao setor privado. O compromisso maior deve ser com a recuperação da imagem do setor público como prestador qualificado de serviços de saúde.

As políticas e ações de IEC devem tornar o SUS conhecido da população, dos profissionais de saúde, dos poderes constituídos e da sociedade, não só seus princípios, diretrizes, programas e metas, mas também suas dificuldades de recursos e de gestão. Devem, ainda, ser capazes de superar a visão de saúde restrita à assistência, fazendo com que a prevenção e a promoção incorporem o significado da saúde como um valor humano, como um direito básico de cidadania (*Fonte*: “Relatório Final da XI Conferência Nacional de Saúde – Políticas de Informação, Educação e Comunicação [IEC]”).

Definir uma política que garanta instrumentos permanentes de divulgação e comunicação dos Conselhos de Saúde com a sociedade, como acesso e legalização das rádios comunitárias, jornais e outros meios no sentido de prestar informações à população sobre seu funcionamento (*Fonte*: “Relatório Final da XI Conferência Nacional de Saúde – Desafios”).

Agenda para a efetivação do SUS e do Controle Social

Fortalecimento do exercício da cidadania através do Controle Social na sociedade e em especial na área de saúde através das Conferências e Conselhos de Saúde deliberativos e paritários com exigência de respeito às suas decisões (*Fonte*: “Carta da XI Conferência Nacional de Saúde”, em <http://www.abrasco.org.br/noticias/carta%20XI%20CNS.htm>).

“Uso e disseminação de informações em saúde. Subsídios para elaboração de uma política de informações em saúde para o SUS”

Os Conselhos de Saúde devem ter acesso assegurado aos diversos sistemas de informação, garantindo mecanismos adequados que visem à melhor compreensão das informações geradas. A divulgação das informações para os Conselhos de Saúde e para a sociedade em geral fortalece a concepção democrática para o Sistema Nacional de Informações em Saúde (*Fonte*: “Relatório de Oficina de Trabalho da ABRASCO”, ocorrida em 1994).

VII – Deliberações Finais

Estimular que as diversas entidades e instituições com assento nos Conselhos realizem também atividades de informação e formação de seus representantes, apoiando sempre essas iniciativas, inclusive financeiramente (*Fonte*: “I Congresso Nacional de Conselhos de Saúde” – Salvador, 24 e 25 de abril de 1995).

Papel do Poder Público

O Poder Público deve garantir aos cidadãos o acesso a informações sobre o funcionamento, as ações e as atividades dos órgãos encarregados de garantir os direitos sociais estabelecidos pela Constituição, como os da área da Saúde, educação, previdência e assistência social. Deve ser coibida a sonegação desses direitos sociais ou mesmo de onerar financeiramente os usuários. A área da educação deve incluir, nas atividades didáticas do ensino formal, informações sobre o funcionamento e as ações destes serviços e sobre os direitos dos Usuários (*Fonte*: “Relatório do II Encontro Nacional de Conselheiros de Saúde” – 2 a 4 de junho de 1998).

TEMA 3

INFORMAÇÕES PARA A IMPLEMENTAÇÃO DO SISTEMA DE CONTROLE SOCIAL

Interlocação com a sociedade

Criar e manter mecanismos permanentes de informação e interlocação com os setores da sociedade ou entidades que representam, bem como de consulta às suas bases (entidades, associações, sindicatos, com especial atenção para os cidadãos que não fazem parte da sociedade civil organizada) para votar, principalmente as prioridades orçamentárias (*Fonte*: “Relatório do II Encontro Nacional de Conselheiros de Saúde – 2 a 4 de junho de 1998”).

Informações divulgadas pelos conselhos de saúde

Os Conselhos de Saúde devem fixar Cartazes nos Serviços de Saúde, tanto os públicos quanto os privados conveniados ou contratados pelo SUS, divulgando os direitos dos Usuários, procedimentos, telefones, endereços dos Conselhos de Saúde, Ministério Público, PROCOMs, entre outras informações (*Fonte*: “Relatório do II Encontro Nacional de Conselheiros de Saúde” – 2 a 4 de junho de 1998).

TEMA 4

A INFORMAÇÃO AO ALCANCE DOS CONSELHOS DE SAÚDE: MEIOS E INSTRUMENTOS DE DISSEMINAÇÃO E DE ACESSO

Informação: obstáculos de uso

A informação em saúde é um insumo fundamental para o aperfeiçoamento das lutas do setor, mas não tem sido usada para o planejamento, programação, gestão e avaliação do sistema, serviços e ações de saúde. Assim, as reais necessidades em saúde são desconhecidas, são freqüentes os problemas de dimensionamento das ofertas em saúde (para mais ou para menos) e as ações são fragmentadas, o que repercute na má qualidade da assistência e nas dificuldades de acesso (*Fonte*: “Relatório Final da XI Conferência Nacional de Saúde – Políticas de Informação, Educação e Comunicação [IEC]”).

Persiste a subnotificação e faltam espaços de circulação e avaliação das informações junto aos três níveis de governo; serviços, conselhos de saúde e a sociedade em geral. Também existem barreiras políticas e administrativas para a melhoria da qualidade e a integração dos dados. Persistem casos de manipulação de dados sempre que são desfavoráveis à imagem de governos na grande imprensa (“Fonte: Relatório Final da XI Conferência Nacional de Saúde – Políticas de Informação, Educação e Comunicação [IEC]”).

A mídia reforça a lógica do tratamento das doenças através de ações especializadas e centradas no modelo hospitalar. O próprio poder público investe em estratégias de comunicação que favorecem determinadas ações, especialidades e projetos que lhe asseguram maior visibilidade política. É restrito o acesso às informações produzidas por serviços de segurança pública, como o IML e SVO. Em muitas regiões pobres, os cartórios ainda criam barreiras para o acesso gratuito aos registros civis. Soma-se o fato de que os sistemas nacionais de informações epidemiológicas, demográficas e socioeconômicas mantêm bases de dados separadas que nem sempre estão disponíveis na desagregação necessária, em nível de município, distritos e unidades de saúde (*Fonte*: “Relatório Final da XI Conferência Nacional de Saúde – Políticas de Informação, Educação e Comunicação [IEC]”).

Dentre as principais dificuldades para mobilizar e/ou potencializar a participação ativa, informada e propositiva dos principais agentes sociais na formulação e na fiscalização das políticas de saúde, destaca-se: A quantidade de informação acumulada a respeito do SUS (financiamento, orçamento para a saúde, acesso, RH envolvidos, programas desenvolvidos, experiências exitosas, etc.) não é democratizada e disseminada de forma transparente e nem mesmo com uma linguagem acessível para os diferentes atores sociais. Ressalta-se a importância de publicização de todas essas informações, pois elas são fundamentais para atuação dos sujeitos sociais, objetivando a efetiva construção do SUS (*Fonte*: “Relatório Final da XI Conferência Nacional de Saúde – Desafios”).

Veículos de comunicação

215. A comunicação transparente e democrática entre governo e sociedade, comprometida com o SUS e o controle social, deve valer-se de diferentes mídias: Internet, grande imprensa, rádios AM e FM, rádios comunitárias, boletins, jornais de bairro, televisão aberta, emissoras setoriais, veículos próprios do governo, mídia do terceiro setor e de todos os segmentos envolvidos com o controle social (*Fonte*: “Relatório Final da XI Conferência Nacional de Saúde – Políticas de Informação, Educação e Comunicação (IEC) no SUS – Democratização das Informações”).

2.8.3). Imprensa ou Comunicação – responsável pela elaboração de boletins informativos e relação com os meios de comunicação em geral, garantindo uma maior divulgação das atividades, suas resoluções e informações sobre saúde, e promovendo uma maior discussão sobre as políticas de saúde em cada esfera de governo (*Fonte*: “I Congresso Nacional de Conselhos de Saúde” – Salvador, 24 e 25 de abril de 1995).

A Comissão Permanente de Comunicação em Saúde deve apresentar ao Conselho Nacional de Saúde propostas para viabilizar, junto ao Legislativo e ao Executivo federais, meios legais para que a informação em saúde seja considerada de utilidade pública e seja garantida sua veiculação gratuita nos meios de comunicação (*Fonte*: “Relatório do II Encontro Nacional de Conselheiros de Saúde” – 2 a 4 de junho de 1998).

Acesso a meios de informação

O Conselho Nacional de Saúde deve estabelecer através de Resolução que os Conselheiros de Saúde devem ter acesso garantido:

- 1.1 aos computadores e outras tecnologias de informática que estão sendo adquiridos com recursos do REFORSUS, com o objetivo de possibilitar o funcionamento da Rede Nacional de Informações de Saúde (RNIS) em todos os estados e diversos municípios;
- 1.2 às informações constantes em páginas da Internet como: CNS *ON-LINE*, Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, FUNASA, DATASUS, Secretarias Estaduais e Municipais e outras; à impressão ou à reprodução em disquete das informações que lhes interessarem, para exercerem efetivamente o controle social (*Fonte*: “Relatório do II Encontro Nacional de Conselheiros de Saúde” – 2 a 4 de junho de 1998).

A adequada participação dos conselhos na gestão do SUS, contudo, ainda sofre impedimentos diversos, entre os quais são citados: a) falta de controle sobre Central de Marcação; b) pouco acesso aos dados do DATASUS para orientar as prioridades e o planejamento; c) carência de informação sobre o próprio SUS, que distancia os usuários do sistema da participação efetiva nos conselhos de saúde (*Fonte*: “Relatório Final XI Conferência Nacional de Saúde – Controle Social sobre o SUS”).

Apêndice C

Comissão Organizadora e Participantes da Oficina

COMISSÃO ORGANIZADORA

Coordenação Geral

Alcindo Ferla (SE/AIIS)
Eliane Aparecida da Cruz (SE/CNS)
Ezequiel Pinto Dias (SE/AIIS/CGINF)
Flávio José Fonseca de Oliveira (SGP)
João Batista Risi Jr. (OPAS)

Comitê Executivo

Carlos Dias Leal (SE/AIIS/CGINF)
Claudia Risso (SE/AIIS/CGINF)
Gleissi de Castro de Oliveira (SE/CNS)
Lucia Maria Costa Figueiredo (SE/CNS)
Márcia Rollemberg (SE/CGDI)
Monica Maria Fernandes (SE/AIIS/CGINF)
Verbena Lúcia Melo Gonçalves (SE/CNS)

Apoio Administrativo

Elania Maria da Silva Castro (OPAS)

Comunicação e impressão

Editora MS

Elaboração do Relatório

Carlos Dias Leal (SE/AIIS/CGINF)
Claudia Risso (SE/AIIS/CGINF)
Monica Maria Fernandes (SE/AIIS/CGINF)

CONDUÇÃO DA OFICINA

Relatores de temas

Anna Claudia Romano Pontes (SGP)
Carlos Dias Leal (SE/AIIS/CGINF)
Claudia Risso (SE/AIIS/CGINF)
Doriane Patrícia Ferraz de Souza (SGP)
Marcus Vinícius Quito (SGP)

Rodrigo Pucci de Sá e Benevides (SCT)
Simione F. C. Silva (SGTES)
Carlos Felipe d'Oliveira (SGP)

Relatores de grupos de trabalho

Clóvis Bouffleur (CNS)
Eliane Pereira dos Santos (SE/CNS)
Maria do Espírito Santo T. dos Santos (Coordenação das Plenárias de Conselheiros)
Maria Edna Moura Vieira (SCTIS)
Simione F.C. Silva (SEGETES)
Márcia Rollemberg (SE/CGDI)

Apoiadores

Alessandra Ximenes da Silva (SE/CNS)
Gleise de Castro de Oliveira (SE/CNS)
Lucia Maria Costa Figueiredo (SE/CNS)
Rubio Cezar da Cruz Lima (SE/AIIS/CGINF)

Coordenadores dos grupos de trabalho

Elizabeth Pinheiro de Albuquerque (SPS)
Geraldo Adão Santos (CNS)
Gyselle Saddi Tannous (CNS)
Monica Maria Fernandes (SE/AIIS/CGINF)

PARTICIPANTES

CES-PI – Conselho Estadual de Saúde – Piauí
Maria Gorete Ferreira da Silva

CNS – Conselho Nacional de Saúde

Augusto Alves de Amorim
Carlos Alberto E. Duarte
Clemério da Silva Rangel Junior
Clovis Bouffleur
Fernando Luiz Eliotério
Geraldo Adão Santos
Gyselle Saddi Tannous
José Carvalho de Noronha
José Luiz Spigolon
Maria Leda de Resende Dantas
Paulo Henrique de Souza

Sibele Maria Gonçalves Ferreira

Coordenação das Plenárias

Andréia de Oliveira
Benedito Alexandre de Lisboa
Jose Teófilo Cavalcante
Julio César das Neves
Maria de Lourdes Afonso Ribeiro
Maria do Espírito Santo T. dos Santos
Pedro Gonçalves de Oliveira
Raimundo Nonato Soares
Wanderli Machado

Ministério da Saúde

ANS – Agência Nacional de Saúde
Eduardo Mota
ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
Danila Augusta Accioli Varella Barca
Giliana Betini
FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz
Clarice Melamed
Francisco Viacava
Ilara Hammali Sozzi de Moraes
Ilma Maria H. Noronha
Miguel Murat Vasconcellos
FUNASA – Fundação Nacional de Saúde
Darcy de Valadares Rodrigues Ventura
Lucilene Dias Cordeiro
SAS – Secretaria de Atenção à Saúde
Afonso Teixeira dos Reis
SCTIE – Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos
Carmem Priscila Bocchi
Elias Antônio Jorge
João Carlos Saraiva Pinheiro
Maria Edna Moura Vieira
Rodrigo Pucci de Sá
SE / AIIS / DATASUS – Secretaria -Executiva / Área de Informação e Informática do
SUS/Departamento de Informática do SUS
Alcindo Ferla
Alessander Florindo da Silva

Aluizio Stremel Filho
Ana Amélia Galas Pedrosa
Carlos Dias Leal
Ezequiel Pinto Dias
Fernando Mendes Garcia Neto
Frederico Tadeu Oliveira Caixeiro
Jacques Levin
Leonor Maria Pacheco Santos
Marília Gava
Monica Maria Coelho Fernandes
Nilo Brêtas Junior
Rubio Cezar da Cruz Lima
SE/CGDI – Secretaria-Executiva/Coordenação-Geral de Documentação
e Informação
Márcia Helena G. Rollemberg
Eliane Pereira dos Santos
SE/CNS – Secretaria-Executiva /Conselho Nacional de Saúde
Alessandra Ximenes da Silva
Eliane Aparecida da Cruz
Gleisse de Castro de Oliveira
Lucia Maria Costa Figueiredo
Luciano Chagas Barbosa
Verbena Lúcia Melo Gonçalves
SEGETES – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
Simione F. C. Silva
SGP – Secretaria de Gestão Participativa
Adailson Henrique Rocha
Anna Claudia Romano Pontes
Carlos Felipe D'Oliveira
Doriane Patrícia Ferraz de Souza
Fernando Cartaxo
Flávio José Fonseca de Oliveira
Marcus Vinicius Quito
Rita de Cássia Alencar da Silva
Rita de Cássia da Costa
Rodrigo Pucci de Sá e Benevides
SPS – Secretaria de Políticas da Saúde
Elisabeth Pinheiro de Albuquerque

SEADE – Fundação SEADE Estado de São Paulo
Zilda Pereira da Silva

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde
Adriana M. P. Marques
Carlos Wilson de A. Filho
João Batista Risi Jr.
Luciana Chagas

Glossários

Glossário de siglas utilizadas

AIIS – Área de Informação e Informática do SUS (Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva)

ANS – Agência Nacional de Saúde (Ministério da Saúde)

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Ministério da Saúde)

CES – Conselho Estadual de Saúde

CGDI – Coordenação-geral de Documentação e Informação (Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva)

CGINF – Coordenação-Geral de Informações de Saúde da Área de Informação e Informática do SUS (Ministério da Saúde, Secretaria -Executiva, Área de Informação e Informática do SUS)

CMS – Conselho Municipal de Saúde

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

CONASS – Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde

DATASUS – Departamento de Informática do SUS (Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva)

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz (Ministério da Saúde)

FNS – Fundo Nacional de Saúde (Ministério da Saúde)

FUNASA – Fundação Nacional de Saúde (Ministério da Saúde)

FUST – Fundo de Universalização dos Serviços de Comunicação

MS – Ministério da Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde

OSCIP – Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público

RIPSA – Rede Interagencial de Informações para a Saúde

RNIS – Rede Nacional de Informações em Saúde

SAS – Secretaria de Atenção à Saúde (Ministério da Saúde)

SCTIE – Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (Ministério da Saúde)

SE – Secretaria-Executiva (Ministério da Saúde)

SEADE – Fundação SEADE (Sistema de Análise de Dados), Estado de São Paulo

SES – Secretaria Estadual de Saúde

SGP – Secretaria de Gestão Participativa (Ministério da Saúde)

SEGETES – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (Ministério da Saúde)

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SPS – Secretaria de Políticas de Saúde (Ministério da Saúde)

SUS – Sistema Único de Saúde

Glossário de termos

Rede 0700 Acesso à internet via rede de voz sem a cobrança baseada em tempo e distância – planos alternativos deverão ser criados pela própria operadora (Fonte: World Telecom).

Tarifação Plana Sistema de tarifação e/ou preços aplicados de forma global, de acordo com critérios de tempos de utilização e não de consumos (Fonte: Telefonica).

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

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



EDITORA MS
Coordenação-Geral de Documentação e Informação/SAA/SE
MINISTÉRIO DA SAÚDE
(Normalização, revisão, criação, editoração, impressão, acabamento e expedição)
SIA, Trecho 4, Lotes 540/610 – CEP: 71200-040
Telefone: (61) 233-2020 Fax: (61) 233-9558
E-mail: editora.ms@saude.gov.br
Home page: <http://www.saude.gov.br/editora>
Brasília – DF, outubro de 2003
OS 1283/2003