



ARTIGO DE PESQUISA

DIREITO A INFORMAÇÃO EM SAÚDE NO BRASIL: EM BUSCA DA LEGITIMAÇÃO

RIGHT TO INFORMATION IN HEALTH IN BRAZIL: SEARCH FOR LEGITIMIZATION

DERECHO A LA INFORMACIÓN EN SALUD EN BRASIL: LA BÚSQUEDA DE LA LEGITIMACIÓN

Ricardo Bezerra Cavalcante¹, Juliana Dias Reis Pessalacia², Marta Macedo Kerr Pinheiro³, Yoshimi José Ávila Watanabe⁴, Talita Ingrid Magalhães Silva⁵, Cristiano José da Silva⁶

RESUMO

Estudo de abordagem qualitativa que buscou identificar e analisar os marcos legais do direito à informação em saúde no Brasil. Utilizou-se da pesquisa documental a partir de normatizações, Relatórios de Conferências Nacionais de Saúde e o Plano Nacional de Saúde. Os dados foram analisados segundo a Análise de Conteúdo. Verificou-se que a Constituição federal brasileira, a Lei de Acesso a Informação e a Lei Orgânica da Saúde compõem a base fundamental do direito ao acesso às informações em saúde. A política nacional de informação e informática em saúde, em suas versões, também elucida o direito a informação como sua premissa maior. Entretanto, reconhece-se que a garantia do direito a informação em saúde, além das leis, depende de políticas públicas de informação legitimadas, e a melhor estruturação do país no que tange ao acesso, coleta, armazenamento, qualificação, análise e disseminação de informações. Conclui-se que no Brasil, o direito a informação em saúde, apesar de possuir marcos legais explícitos, ainda precisa ter o seu exercício materializado na atual prática informacional. **Descritores:** Acesso a informação; Acesso livre a informação; Direito individual.

ABSTRACT

Qualitative study that sought to identify and analyze the legal marks of the right to health information in Brazil. We used the documentary research from norms, reports National Conferences on Health and the National Health Plan. Data were analyzed using Content Analysis. It was found that the Brazilian Federal Constitution, the Law on Access to Information and Health Law make up the basic fundamental right of access to health information. However, it is recognized that its guarantee, beyond the laws, depends on public policies legitimized information, and better structuring of the country in terms of access, collection, storage, qualification, analysis and dissemination of information. We conclude that in Brazil, the right to health information, despite having explicit legal marks still need their exercise materialized in the current informational *praxis*. **Descriptors:** Access to information; Free access to information; Individual right.

RESUMEN

Un estudio cualitativo que buscó identificar y analizar el marco legal del derecho a la información de salud en Brasil. Se utilizó la investigación documental de las normas, los informes de las Conferencias Nacionales de Salud y el Plan Nacional de Salud. Los datos fueron analizados mediante el análisis de contenido. Se constató que la Constitución Federal de Brasil, la Ley de Acceso a la Información de la Salud y constituyen el derecho fundamental básico de acceso a la información sanitaria. La política nacional de información y la informática de la salud en sus versiones también aclara el derecho a la información como una premisa mayor. Sin embargo, se reconoce que la garantía del derecho a la información de la salud, allá de las leyes, depende de las políticas públicas legitimadas de información y una mejor estructuración del país en términos de acceso, recogida, almacenamiento, clasificación, análisis y difusión de información. Podemos concluir de que en Brasil, el derecho a la información sanitaria, a pesar de contar con marcos legales explícitos siguen necesitando su ejercicio materializado en la práctica informativa actual. **Descritores:** El acceso a la información, El acceso libre a la información; Derecho individual.

¹Enfermeiro. Doutor em Ciência da Informação, Bolsista de Pós Doutorado Júnior CNPQ - Escola de Ciência da Informação da UFMG. Professor Adjunto da Universidade Federal de São João Del Rei. ²Enfermeira. Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Pós-doutoranda em Saúde Pública pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Professora Adjunta III da Universidade Federal de São João Del Rei. ³Graduação em Letras. Pós-Doutorado - Université Toulouse III Paul Sabatier, UPS, França. Doutorado em Ciência da Informação - IBICT/CNPq-ECO-UFRJ. Professora da Escola de Ciência da Informação da UFMG. ⁴Médico. Mestrando do Programa de Pós Graduação em Biotecnologia da Universidade Federal de São João Del Rei. ⁵Enfermeira. Graduada pela Fundação Educacional de Divinópolis (FUNEDI). ⁶Enfermeiro. Especialista em Informática em Saúde - UNIFESP.

INTRODUÇÃO

A busca pela permissão pelo acesso às informações públicas tem se desenrolado desde a antiguidade até os dias atuais. Historicamente, atribuiu-se à informação a finalidade de instrumentalizar os governos soberanos no controle dos corpos e almas ⁽¹⁾. Apesar das diversas tentativas de se abrir os arquivos repletos de informações, a igreja e o governo além de produtores e controladores, também assumiam a posição de censores. A dificuldade de acesso às informações públicas não é algo recente.

Com o advento dos Estados Democráticos, o direito de acesso à informação também assumiu um lugar de destaque, sendo considerado um dos problemas da democracia contemporânea, pois parte da necessidade do estímulo à participação social enquanto exercício de uma cidadania, o que depende fundamentalmente da socialização das informações dantes coletadas e armazenadas pelo Estado ⁽¹⁻²⁾.

Trata-se de uma cidadania informacional, que é a participação solidária dos cidadãos nos processos relacionados às decisões, e que antecede a produção e disseminação da informação. Neste sentido, as decisões fazem parte de uma discussão coletiva, compartilhada e não se restringe aos especialistas. A autora ainda amplia esta discussão quando propõe que a cidadania informacional deve ser exercida em âmbito mundial compondo uma massa crítica acerca do modus operandi da produção e disseminação de informações ⁽³⁾.

O direito à informação não se resume à garantia de acesso dos cidadãos às informações, mas também o direito do provimento de meios e condições para que o acesso à informação aconteça de fato. Assim, o direito a informação pode ser compreendido

como um “leque relativamente amplo de princípios legais que visam a assegurar que qualquer pessoa ou organização tenha acesso a dados sobre si mesma que tenham sido coletados e estejam armazenados em arquivos e bancos de dados” ⁽²⁾. Destaca-se que o acesso às informações sobre o governo e o país também compõem este direito desde que resguardados o direito à privacidade e as questões de caráter sigilosas previstas em lei ⁽²⁾.

O direito a informação está imbricado em uma trama de conflitos contemporâneos, variando nas diversas legislações existentes em várias nações ⁽²⁾. Atualmente, vários países já possuem legislações específicas sobre o direito dos cidadãos de acessar informações que estão armazenadas em sistemas de informação, arquivos e bases de dados ^(1,4). De forma geral, os países desenvolvidos possuem um acervo informacional que possibilita condições para a aplicação prática do direito à informação dos cidadãos. Porém os países periféricos avançam lentamente na criação de condições para o exercício da democratização do acesso, processamento e provimento de informações ⁽²⁾. Nesta relação assimétrica entre países centrais e periféricos, situados na infinita rede global, percebem-se as vantagens competitivas dos países desenvolvidos, com seus acervos informacionais muito mais consolidados.

No Brasil, no setor de saúde, há grande tradição em utilizar-se de bases nacionais de dados e sistemas de informação para armazenar e disponibilizar informações sobre as condições de vida, adoecimento e morte da população ⁽⁵⁾. Espera-se que estas informações também estejam à disposição da população, bem como sejam disseminadas à sociedade de forma geral. É possível definir informação em saúde como sendo os “dados epidemiológicos relativos à populações; e dados clínicos,

obtidos diretamente do cidadão no âmbito da assistência individual à saúde”⁽⁵⁾. Com o crescimento populacional e a demanda cada vez maior por assistência a saúde, a produção e o armazenamento de informações em saúde também sofreu um incremento considerável. Assim, na área da saúde o direito à informação também ganhou lugar de destaque a partir da necessidade de se criar um arcabouço legal e ético que possa garantir a sua materialização na prática informacional atual, bem como possibilitar o controle social. Este contexto proporciona então os seguintes questionamentos: Como o direito a informação está se constituindo no setor da saúde? Quais são os seus marcos legais? Eles tem sido suficientes para garantir o direito a informação em saúde?. Enfim, este estudo tem como objetivo identificar e analisar os marcos legais que definem o direito à informação em saúde no Brasil.

MÉTODOS

Neste estudo de abordagem qualitativa, utilizou-se a pesquisa documental, “tudo o que é vestígio do passado, tudo o que serve de testemunho, é considerado como documento ou fonte”⁽⁶⁾. Além disso, “pode tratar-se de texto escritos, mas também de documentos de natureza iconográfica e cinematográfica, ou de qualquer outro tipo de testemunho registrado, objetos do cotidiano, elementos folclóricos, etc.”⁽⁶⁾. Também se pode qualificar de documento um relatório de entrevista, ou anotações feitas durante uma observação⁽⁶⁾.

A justificativa para a escolha da pesquisa documental atrelou-se à necessidade de captar, a partir do percurso histórico, a evolução da construção dos marcos legais do direito a informação em saúde no Brasil. Os documentos podem apresentar riquezas de

informações que ampliam o entendimento de objetos cuja compreensão necessita de contextualização histórica e sociocultural⁽⁶⁾. Outra justificativa para o uso da pesquisa documental é o fato de favorecer a observação do processo de maturação ou de evolução de indivíduos, grupos, conceitos, conhecimentos, comportamentos, mentalidades, práticas, entre outros⁽⁶⁾.

Os documentos que compuseram o corpus da pesquisa foram: Constituição de 1988, em especial os Artigo 5º e 216 ; a Lei 12.527 que regula o direito constitucional ao acesso às informações públicas; a Lei Orgânica da Saúde - nº8080/90; a Portaria do Ministério da Saúde de nº 2072/2011 que redefine o Comitê de Informação e Informática em Saúde (CIINFO); a Portaria nº2073/2011 que regulamenta o uso de padrões de interoperabilidade e informação em saúde no SUS; a Portaria nº1583/2012 que exige o cumprimento da Lei de Acesso a Informação. Também foram incluídas no corpus os relatórios das 11ª e 12 Conferência Nacional de Saúde, o Plano Nacional de Saúde 2012-2015 e as versões da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIS). Os documentos relacionados foram incluídos no estudo por representarem os marcos legais especificamente relacionados com a informação em saúde no cenário brasileiro⁽⁷⁻¹⁵⁾.

Em relação à organização e análise dos dados, procedeu-se à análise preliminar dos documentos. A análise preliminar compreende cinco dimensões são elas: A avaliação do contexto em que foi produzido o documento; Identificação dos autores, seus interesses e os motivos para a escrita do documento; Avaliação da autenticidade e da confiabilidade do texto; Avaliação da natureza do texto; Identificação dos conceitos-chave e a lógica interna do texto. Todas estas cinco

dimensões nortearam a primeira etapa da análise dos documentos selecionados ⁽⁶⁾.

Após a análise preliminar, procedeu-se à Análise de Conteúdo dos documentos que são técnicas de análise de dados linguísticos que propõem identificar os elementos fundamentais da comunicação, sendo enumerados e categorizados, técnica utilizada com frequência em pesquisa documental ⁽⁶⁾.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Direito a informação no Brasil: considerações iniciais

No Brasil, historicamente, a informação pública foi tratada como posse irrestrita de governo sob a justificativa de que a segurança nacional dependia do sigilo. Desta forma, a transparência estatal não se encontrava entre os interesses governamentais ⁽¹⁶⁾. Apenas a partir da Constituição brasileira de 1988 é que se reconheceu o direito ao acesso à informação em todo o território nacional, através dos artigos 5º e 216 ⁽⁷⁾:

artigo 5º, inciso XIV: garante o acesso à informação como um direito e mantém o sigilo da fonte, quando necessário ao exercício profissional;

artigo 5º, inciso XXXIII: define que todos têm direito a receber dos órgãos públicos informações de seu interesse particular, ou de interesse coletivo ou geral, ressalvadas aquelas cujo sigilo seja imprescindível à segurança da sociedade e do Estado;

artigo 5º, inciso XXXIV: assegura a todos o direito de petição e de obtenção de certidão;

artigo 5º, inciso LXXII: garante o conhecimento de informações, relativas à pessoa, constantes de registros ou bancos de dados de entidades governamentais ou de caráter público;

artigo 5º, inciso LXXVII: garante a gratuidade

de ações de habeas corpus e habeas data, e os atos necessários ao exercício da cidadania; artigo 216: dispõe sobre gestão documental e consulta aos acervos pela sociedade.

Apesar da Constituição Federal estabelecer o direito à informação, e não há dúvidas sobre a sua importância no cenário nacional, foi necessário o desenvolvimento de uma regulamentação para estabelecer de fato este direito. Então, no ano de 2011 foi estabelecida a Lei nº 12.527 que regula o direito constitucional ao acesso às informações públicas ⁽¹¹⁾. Ressalta-se que nesta mesma Lei, no art. 2º é atribuído ao Estado o dever de garantir o direito de acesso à informação utilizando-se para isso mecanismos dotados de agilidade, de forma transparente e com uma linguagem acessível a toda população ⁽¹¹⁾. Também, no Art. 31, determina-se que “O tratamento das informações pessoais deve ser feito de forma transparente e com respeito à intimidade, vida privada, honra e imagem das pessoas, bem como às liberdades e garantias individuais” ⁽¹¹⁾.

Com esta iniciativa o governo brasileiro honrou a posição do país em acatar as decisões de várias instâncias internacionais no que tange ao acesso à informação pública pela população. Não se pode deixar de afirmar que o acesso à informação, apesar de ser um ponto de partida, não é suficiente para o empoderamento da população com vistas ao controle social.

No Brasil, os desafios relacionados ao direito à informação ainda são extremos e estão imbricados na necessidade de se evoluir frente aos desafios político, legal e administrativo. Sobre este aspecto é necessário definir prazos que atendam às demandas informacionais; estabelecer instrumentos que garantam o acesso aos acervos; alocar recursos tecnológicos,

financeiros e humanos adequáveis às necessidades e por fim responsabilizar instâncias que possam supervisionar e implementar os instrumentos legais ⁽²⁾. Percebe-se que o direito à informação como parte do exercício da cidadania, nesta sociedade em rede, é algo ainda em evolução, principalmente se analisado pelo aspecto de que além do reconhecimento legal do direito é preciso a sua incorporação na práxis histórico-social.

O avanço do direito à informação materializado na prática social ocorrerá quando os órgãos da administração pública “organizarem seus arquivos, tanto em meio físico como no virtual; divulgarem esses espaços e seus serviços; e possibilitarem, à sociedade, por meio de organização, comunicação e mediação dialógica, a apropriação de todos esses recursos” p.217 ⁽¹⁾. Destaca-se que esta desorganização, a falta de preservação, divulgação e orientação conferem a negação do direito ao acesso às informações. O Brasil, apesar de ter evoluído no aspecto legal, ainda necessita se organizar para prover meios, organização, preservação e divulgação necessárias à garantia do direito de acesso às informações públicas ^(1,16).

A definição de políticas públicas de informação é algo que ainda precisa acontecer de fato no Brasil. Os problemas contemporâneos, como o direito à informação, não são tratados apenas a partir da promulgação de leis, mas por políticas públicas que têm o potencial de tratar o problema ⁽¹⁶⁾. Paralelamente à conquista do direito ao acesso à informação é necessário o desenvolvimento de uma política de informação pública ⁽¹⁾. A mesma deve proporcionar condições para que a sociedade conheça e se aproprie de sua história. Enfim, a lei e a política de informação são igualmente necessárias para o combate à

negação do direito de acesso à informação.

Informação em saúde: um direito em construção no Brasil

Relacionado de forma íntima com a dignidade da pessoa humana, o acesso à informação de qualidade atua em prol de proteger e desenvolver a coletividade, contribuindo para o atendimento a outros direitos, tais como o direito à saúde, educação, moradia, dentre outros. Ainda, este direito é um princípio básico do controle social, forma pela qual o povo exerce algum controle e influência sobre a ação da Administração, elaborando, acompanhando ou monitorando as ações da gestão pública ⁽¹⁸⁾.

No setor da saúde, no Brasil, a Lei nº 8080/90 conhecida como lei Orgânica da Saúde, em seu art. 47, determina que o Ministério da Saúde, juntamente aos Estados e municípios, seriam os responsáveis pela organização, no prazo de dois anos, de um sistema nacional de informação em saúde integrado ⁽⁸⁾. O objetivo era que este sistema de informações fosse capaz de instrumentalizar gestores, profissionais e até a população na gestão da informação em saúde, além de promover a disseminação da informação. O que aconteceu foi o desenvolvimento de vários sistemas de informação temáticos, relacionados às várias instâncias gestoras na esfera federal, de forma fragmentada e sem qualquer comunicação uns com os outros. Esta fragmentação persiste na atualidade apesar das tentativas de interoperabilidade e de desenvolvimento, de fato, de um sistema nacional de informações ⁽¹⁹⁾. Apesar da disseminação das informações ter acontecido, a qualidade das informações contidas nestes sistemas ainda tem sido alvo de muitos questionamentos ⁽²⁰⁻²¹⁾. Vale ressaltar que o direito à informação envolve também a

garantia da qualidade e fidedignidade das informações disseminadas.

Em paralelo, a 11ª Conferência Nacional de Saúde apontou a informação como um dos “componentes essenciais para alcançar a equidade, a qualidade e a humanização dos serviços de saúde e fortalecer o controle social no âmbito do SUS”⁽¹²⁾. Na 12ª Conferência Nacional de Saúde, em 2003, deliberou-se em favor da elaboração de uma política nacional de informação em saúde que subsidiasse a ampliação do controle social. Assim por meio da política de informação em saúde espera-se consolidar o direito de acesso à informação como um dos princípios básicos do Sistema Único de Saúde⁽¹³⁾. Apesar deste indicativo da importância de elaborar uma política de informação em saúde para o país, que ocorreu de fato em 2004, a mesma não foi regulamentada e conseqüentemente ainda não foi legitimada. Há aproximadamente 10 anos a Política de informação em saúde vem sendo desenvolvida e debatida. Em 2012, o seu texto foi disponibilizado em consulta pública no site do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), porém ainda é aguardado a sua publicação definitiva, e principalmente, sua legitimação.

Apesar da Constituição Federal definir o direito ao acesso à informação e também dos marcos históricos e legais que comprovam a evolução desta temática no setor da saúde, ainda há, no país, uma prática informacional centrada no dever do cidadão em ofertar a sua própria informação e o direito do Estado em coletar estas informações. Destaca-se como um dos grandes paradoxos vividos pelos gestores “dominadores” de informações que buscam a melhora dos estoques de informações sobre a população, garantindo maior transparência da sociedade para o Estado⁽³⁾. Estas bases nacionais de informação iluminariam as possibilidades de decisão do

Estado sobre o corpo social.

A informação sobre as condições de vida das populações torna-se uma ferramenta estratégica de governo. Cada vez mais, é preciso ampliar o olhar do governo sobre a população: a utopia da transparência máxima da população para o Estado. [...] é necessário conhecer e controlar as necessidades, os movimentos da população, as variáveis que a afetam. População como conjunto quantificável, massa viva suscetível a desvios e crises, fonte de riqueza, força de trabalho, reserva de guerra p.105⁽³⁾.

Corroborando com estas afirmações, entende-se que o arquivo constitui um dispositivo de dominação importante na biopolítica⁽²²⁾. Para o autor, saber e arquivo, assim como poder e dispositivo convergem com o intuito de gerir as populações. É a manifestação da governamentalidade, originada da polícia médica, que objetiva a saúde do corpo social. Os sistemas de informação atuais, na roupagem de “arquivos”, funcionam como dispositivos indutores de intensas coletas realizadas pelos profissionais em seus cenários de prática. Alguns autores destacam em seus estudos que os sistemas de informação nacionais acabam por submeter os profissionais a coletas sem sentido e ao envio de dados para consolidações em diversas instâncias e, principalmente, na esfera federal na figura do DATASUS^(3,21,23).

Outro fato é que mesmo os sistemas de informações intitulados de descentralizados, como o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) e o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), predominantemente, não cumprem o seu papel de potencializar o planejamento local. Pelo contrário, induzem os profissionais ao preenchimento de diversos instrumentos de coleta e burocratizam o processo de trabalho. Estes sistemas, bem como os seus dados não

são compreendidos pelos profissionais e muito menos valorizados enquanto instrumentos de auxílio no processo decisório ⁽²⁰⁻²¹⁾. A consequência deste não entendimento da concepção destes sistemas gera uma coleta com dados passível de questionamento.

A retroalimentação de alguns dos sistemas de informação nacionais também é outro problema a ser superado na prática informacional em saúde. Apesar da intensa coleta que se desenvolve no processo de trabalho dos profissionais, estas informações coletadas e enviadas às instâncias superiores não retornam, muitas vezes, ao nível local em condições e em tempo ábil de subsidiar o processo decisório ⁽²⁴⁾. É importante destacar que as informações geradas dizem respeito à assistência prestada e ao caminhar dos usuários pela rede assistencial. Desta forma, coletar e manter estas informações atualizadas ainda é um desafio a ser superado.

É reconhecido que o DATASUS tem evoluído em sua função de disseminador de informações. Entretanto é preciso que o DATASUS produza informações visando a coletividade e não apenas informações governamentais ⁽³⁾. O site do DATASUS é consultado predominantemente por servidores das secretarias municipais e estaduais de saúde, o que caracteriza a busca de informações por usuários que estão em instâncias de governo e não da população ou conselhos de saúde ⁽²⁴⁾. As informações disponibilizadas pelo DATASUS ainda não são compreendidas por usuários leigos ⁽²⁴⁾. Neste sentido constatam que é necessário “ampliar e popularizar os meios de distribuição da informação; expandir a rede de disseminação; e desenvolver políticas e ações de disseminação de informações em saúde voltadas para o controle social” p.124 ⁽²⁴⁾. Aliado a esses desafios está a falta de uma

cultura institucional nos serviços de saúde em fazer uso das informações armazenadas nestes sistemas de informação para planejar e tomar decisões ⁽²³⁻²⁵⁾.

Enfim, a coleta de dados e o armazenamento em sistemas de informação compartimentalizados e desintegrados utilizando-se do DATASUS como instância responsável pela disseminação e retroalimentação constitui uma prática informacional inadequada. Não é capaz de responder às demandas de informações do sistema de saúde em desenvolvimento no Brasil. Talvez esteja ampliando o olhar do Estado sobre o corpo social, mas não alcança o objetivo de informar para planejar as decisões locais e, desta forma, não subsidia como deveria a transformação da realidade social.

Neste contexto, surgem algumas propostas visando o rompimento desta prática informacional. Estas propostas se inserem no desenvolvimento da gestão colegiada da informação, por meio de comissões que atuem no âmbito dos conselhos municipais de saúde e ainda na definição de um arcabouço jurídico-legal que garanta a informação em saúde como um direito do cidadão ⁽²⁶⁻²⁷⁾. Além disso, algumas portarias governamentais e outras iniciativas representam possibilidades de alteração do status quo informacional.

Primeiramente, a Portaria n. 2072 de 31 de agosto de 2011 redefiniu o Comitê de Informação e Informática em Saúde (CIINFO) assumindo a competência de normatizar, dirigir e fiscalizar as atividades relativas aos sistemas de informação em saúde no contexto do Ministério da Saúde e do SUS. O Art. 7º da Portaria define que compete ao CIINFO a responsabilidade de promover as condições necessárias para a implementação do Sistema Nacional de Informação em Saúde, bem como o fortalecimento da Política de Informação

que se deseja regulamentar ⁽⁹⁾. A Portaria seguinte, nº2073/2011, regulamenta o uso de padrões de interoperabilidade e informação em saúde para sistemas de informação em saúde no âmbito do SUS, nas esferas federal, estadual e municipal. Os padrões de interoperabilidade dos sistemas de informação privados vinculados ao setor de saúde suplementar também são regulados por esta portaria ⁽¹⁰⁾. Outra Portaria importante para este processo de reorganização da prática informacional em saúde foi a de nº 1583, de 19 de julho de 2012, que versa sobre a obrigatoriedade da execução da Lei de Acesso a Informação ⁽¹¹⁾.

Além das Portarias dantes apresentadas, algumas iniciativas precisam ser destacadas, porém também carecem de uma análise crítica sobre as suas reais possibilidades. Trata-se do Plano Nacional de Saúde 2012-2015 e o Plano Plurianual que apresentam um discurso, da esfera federal, de integração das tecnologias da informação a um conceito de Governo eletrônico ^(11.14). Isto de fato pode contribuir para avanços no direito de acesso à informação em saúde e da gestão da informação. Entretanto é preciso evitar o confinamento das discussões sobre a informação no campo tecnológico. É necessário considerar no Plano Nacional um modelo de gestão da informação que avance além do imperativo tecnológico, que esteja alinhado com uma política de informação abrangente. Neste sentido, em uma política de informação é imprescindível considerar máquinas e equipamentos, Leis e normas, mas também o ambiente social e humano embebido pela cultura organizacional e a cultura informacional ⁽²⁸⁾. Este esforço é complementado por um processo sistemático de comunicação e educação. A Política de Informação precisa contemplar o entorno sócio-cultural de uma organização, e não

apenas o aparato tecnológico ⁽²⁹⁾.

Por fim, outra iniciativa foi a publicação do Portal da Transparência do Ministério da Saúde, onde diversas informações são divulgadas para os cidadãos, gestores e outras informações relacionadas às ações do Ministério da Saúde. Estas estratégias são importantes, mas precisam ter a sua utilização e funcionalidade analisadas, principalmente na perspectiva dos usuários do SUS. Mesmo constando nos princípios do SUS preconizarem a integralidade e a humanização do cuidado, na prática observa-se que este modelo ainda está em construção. A sobrecarga dos atendimentos, escassez de recursos humanos e físicos e o excesso de burocratização constituem desafios gerenciais para que possa ser exercido o direito à informação pelos usuários ⁽³⁰⁾.

Apesar das legislações e iniciativas potencializarem o direito à informação em saúde, é preciso compreender que os anseios democráticos na área da saúde vão além da perspectiva do acesso. Faz-se necessário, sobretudo, que se possibilite a apropriação, do potencial informativo intrínseco numa determinada mensagem, do seu significado para a luta específica a ser empreendida, de sua pertinência e relevância ao objetivo que se pretende. O que inclui, nas sociedades atuais, o uso das tecnologias de informação e comunicação (TIC) nesse processo que ganha centralidade no debate contemporâneo tanto por seu potencial de democratização de saberes quanto por sua magnitude na economia mundial ⁽²⁶⁾. Não se pode esquecer que a falta de informação ou acesso à mesma é benéfica para os governantes que se prestam a aproveitar da "assimetria de informações", uma vez que possuem vantagem sobre a população que possui menor volume de informação sobre a execução das políticas públicas. Portanto, esta alienação gera um

campo propício para ausência de prestação de contas, corrupção e desvio de recursos públicos ⁽¹⁸⁾.

Dessa maneira, trabalha-se com o entendimento de que ter acesso às informações e às tecnologias da informação é fundamental, mas não suficiente para o enfrentamento das desigualdades em saúde ainda existentes, o que inclui a desigual inclusão digital de segmentos da sociedade brasileira diretamente envolvida na definição das políticas de saúde: gestores, prestadores, trabalhadores e usuários participantes dos conselhos de saúde. Assim o despertar da população e sua capacitação são imprescindíveis para o exercício de sua cidadania.

Política de informação em saúde brasileira: um constructo não legitimado

No Brasil, a construção de uma política de informação em saúde vem sendo um desafio com vistas à contribuir para a legitimação do direito a informação em saúde. O processo histórico de construção desta política pública de informação comprova avanços nos debates teóricos, mas também deixa clara a dificuldade em oficializá-la e legitimá-la nos variados contextos do sistema de saúde brasileiro.

No início dos anos 2000, a XI Conferência Nacional de Saúde, se destacou pelo debate empreendido acerca da necessidade de construção de uma Política de Informação em Saúde. Nesta conferência reconheceu-se que “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, seus serviços e atividades” p. 47 ⁽¹²⁾.

Foi apontada a “subnotificação”, a falta de “espaços de circulação e avaliação das informações junto aos três níveis de governo;

serviços, conselhos de saúde e a sociedade em geral”p.47 ⁽¹²⁾. Também se reconheceu que existem “barreiras políticas e administrativas para a melhoria da qualidade e a integração dos dados”p.47 ⁽¹²⁾. Ainda declarou-se que “os sistemas nacionais de informações epidemiológicas, demográficas e socioeconômicas mantêm bases de dados separadas, que nem sempre estão disponíveis na desagregação necessária” p. 48) ⁽¹²⁾. Assim, foi proposto:

Como resultado dos debates empreendidos na XI Conferência, foi promulgada a Portaria nº355, de 13 de setembro de 2002, que criou o Comitê Tripartite de Informação e Informática em Saúde (CTIIS) no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) No Art. 4º do documento foram definidas as funções do CTIIS:

- 1 - Appreciar, avaliar e sugerir propostas de ações relacionadas ao campo da informação e informática em saúde, visando à formulação de uma Política Nacional de Informação e Informática em Saúde que contemple questões de gestão, capacitação, desenvolvimento tecnológico e qualidade da informação em todos os níveis do SUS ⁽³¹⁾;
- 2 - Encaminhar à CIT proposições de ações estratégicas e diretrizes políticas voltadas para a condução da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde do SUS, especialmente as relacionadas à integração das ações relativas à Informação e Informática em todos os níveis do SUS ⁽³¹⁾;

Do texto inicial da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS) iniciado em 2003 até o texto final apresentado na 12ª Conferência Nacional de Saúde alguns trâmites ocorreram. Em julho de 2003 a primeira versão da PNIIS foi apresentada durante o VII Congresso da Associação Brasileira de Pós-Graduação em

Saúde Coletiva (ABRASCO), onde alguns dirigentes do Ministério da Saúde apresentaram os fundamentos da PNIIS. Este foi um momento de debates que proporcionou o aperfeiçoamento do texto da proposta. A partir dos debates e esclarecimentos originou-se a versão 1.1 da PNIIS que foi apresentada à Câmara Técnica da Comissão Intergestores Tripartite, contando com as contribuições e o envolvimento do Conselho Nacional de Secretários de Estado de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). A partir das discussões da versão 1.1 da PNIIS nos municípios e estados, juntamente com outras instâncias, produziu-se a versão 1.2 sendo debatida no II Seminário Nacional sobre Informação em Saúde da FIOCRUZ, realizado em outubro de 2003. Nesse mesmo período o documento foi disponibilizado para consulta pública¹.

Por fim, após a consulta pública e os reordenamentos do documento, produziu-se a versão 1.3. Essa versão foi então apresentada na 12ª Conferência Nacional de Saúde. A necessidade de democratizar o acesso à informação, comunicação e informática em saúde, foi a grande proposta que emergiu a partir desta conferência com vistas a ampliar o controle social⁽¹³⁾. A perspectiva era:

A construção de uma política de informação, comunicação e informática em saúde para o SUS deve integrar, conceitual e operacionalmente, a informação gerada pelos sistemas de informação e a infraestrutura de informática e comunicação, padronizar para representar e compartilhar a informação em saúde, orientar o processo de informatização dos serviços de saúde dirigidos a indivíduos e coletividades e produzir informações de maior confiabilidade e uso para a gestão, prestação de serviços, geração de conhecimentos,

controle social e articulação intersetorial p.162⁽¹³⁾.

Parte importante dessa política é estimular a expansão nacional das iniciativas bem-sucedidas para regular o mercado de tecnologias de informação para o sistema de saúde, ampliando a competência brasileira na área de produção de softwares e desenvolvendo uma política de capacitação de trabalhadores para a operação e desenvolvimento de aplicações p.162⁽¹³⁾.

Ao fim da 12ª Conferência originou-se a versão 2.0 da PNIIS. Em síntese, o Ministério da Saúde em parceria com diversas instâncias internas e externas fomentaram a criação do documento “Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS)”⁽¹⁵⁾. Este documento é um aperfeiçoamento das versões produzidas anteriormente. O propósito geral que norteia as diretrizes da PNIIS foi definido da seguinte forma:

Promover o uso inovador, criativo e transformador da tecnologia da informação, para melhorar os processos de trabalho em saúde, resultando em um Sistema Nacional de Informação articulado, que produza informações para os cidadãos, a gestão, a prática profissional, a geração de conhecimento e o controle social, garantindo ganhos de eficiência e qualidade mensuráveis através da ampliação de acesso, equidade, integralidade e humanização dos serviços e, assim, contribuindo para a melhoria da situação de saúde da população p. 12⁽¹⁵⁾.

Neste mesmo documento ainda são propostas algumas diretrizes como o fortalecimento das áreas de informação e informática nas três esferas do governo, o estabelecimento do registro eletrônico de saúde, a implantação do cartão nacional de saúde e do cadastro nacional de estabelecimentos de saúde, a garantia da interoperabilidade, dentre outras⁽¹⁵⁾.

Em dezembro de 2005, o Seminário Nacional de Comunicação, Informação e informática em Saúde, ocorrido em Brasília (DF) foi de grande importância para o debate acerca da política de informação em construção ⁽³²⁾. Reuniu pesquisadores, docentes e centenas de conselheiros de saúde na busca pela democratização e qualidade da Comunicação e Informação em Saúde. Ressalta-se que, anteriormente, ocorreram também seminários regionais ao longo do ano de 2005 nas diversas regiões brasileiras. As reflexões e proposições desenvolvidas nestes espaços foram socializadas no seminário final ocorrido em Brasília. Um dos objetivos do Seminário Nacional de Comunicação, Informação e Informática em Saúde foi assim proposto:

Debater a Política Nacional de Comunicação, Informação e Informática em Saúde com vistas ao estabelecimento de um pacto nacional pela democratização e qualidade da comunicação e informação em saúde, como subsídio à Conferência Nacional de Comunicação, Informação e Informática em Saúde p.11⁽³²⁾.

Contrariando os esforços e debates empreendidos, a PNIIS de 2004 não chegou a ser regulamentada, e por sua vez, não alterou o panorama nacional relacionado às ações de informação e informática em saúde ^(19,33). Mesmo tendo sido debatida no Seminário Nacional de Comunicação, Informação e Informática em Saúde em 2005, a sua transformação em lei não ocorreu. Apenas no ano de 2008, aparece de forma sucinta, numa proposição na 13ª Conferência Nacional de Saúde.

Que o Ministério da Saúde, por meio do DATASUS, promova a retomada da discussão da Política Nacional de Informação e Informática (PNIIS), com o objetivo de adequá-la à realidade atual, enfatizando os interesses do controle social e de estados e

municípios p.135 ⁽³⁴⁾.

Na 14ª Conferência Nacional de Saúde a necessidade de definição de uma Política de informação em saúde continuou sendo proposta na 12ª diretriz. Esta política deveria assegurar a “gestão participativa e eficaz ao SUS” p.73 ⁽³⁵⁾. Para assegurar a definição da política de informação foram propostas 15 ações relacionadas ao: aprimoramento e integração dos sistemas de informação do SUS; informatização dos serviços de saúde; implantação definitiva do Cartão SUS; criação de um prontuário nacional para os usuários do SUS; implementação da telessaúde e telemedicina, bem como ampliação do uso da EaD. Também foram propostas ações relacionadas aos serviços de comunicação: realizar campanhas midiáticas visando o conhecimento das atividades do SUS; restringir a veiculação de propaganda de bebidas alcoólicas e medicamentos; criar uma Rádio e um Canal relacionado ao SUS conferindo-lhe maior visibilidade.

Ainda em 2012 uma nova versão do documento da PNIIS em construção foi disponibilizado para consulta pública² com vistas à participação da sociedade em sua elaboração. No período sugestões e críticas foram realizadas no sentido de aprimorar a PNIIS. Assim o novo documento refere-se à PNIIS:

A efetivação da PNIIS visa ainda a uma melhor governança no uso dos recursos de informática, integrando-se ao conceito de governo eletrônico. Ademais, a PNIIS, além de possibilitar um avanço na qualidade dos serviços de saúde, também traz benefícios à coletividade no que se refere ao controle social e à democratização da informação e da comunicação em saúde s.p ⁽⁴⁵⁾.

A PNIIS tem como uma de suas intenções alcançar a esfera qualitativa em termos de

interação entre a gestão estratégica das informações no âmbito do Ministério da Saúde e entidades vinculadas, estados e municípios e os decisores de políticas públicas na área da saúde s.p.⁽⁴⁵⁾.

Neste sentido, busca-se que a informação e as tecnologias da informação e comunicação em saúde (ITICs) sejam capazes de promover a sustentabilidade de políticas públicas nacionais, gerando conhecimento para proporcionar decisões. Ainda enfoca-se o compartilhamento de informações como uma estratégia para promover a descentralização do processo decisório⁽⁴⁵⁾.

As diretrizes da PNIIS de 2012 propostas neste novo documento englobam: a) Estrutura e fortalecimento da área de Informação e Informática em Saúde (IIS) no país (organização e estruturação de um setor de IIS nas esferas federal, estadual e municipal, valorização dos profissionais da área de IIS e o financiamento); b) Desenvolvimento de tecnologias (Registro eletrônico, Interoperabilidade e padronização/compartilhamento de informações, Sistemas de Informações locais, o Uso de tecnologias na assistência, no ensino e na gestão do processo de trabalho); c) Disseminação da informação (ênfase no controle social, ampliação da participação de profissionais, integração entre sistemas e processos de informação em saúde); d) Formação e capacitação de recursos humanos em IIS e o desenvolvimento de redes de centro colaboradores/pesquisas na área de IIS; e) Fortalecimento da articulação interfederativa no que tange a PNIIS; f) Desenvolvimento de um arcabouço ético-legal (Regulamentação no uso da informação e segurança da informação, bem como da informação de saúde pessoal).

Por fim, é importante ressaltar que a PNIIS proposta atualmente apresenta uma tendência de alinhamento com o movimento

de e-health (e-saúde) em desenvolvimento no cenário internacional. Inclusive é proposto no documento que a PNIIS passe a chamar “Política nacional de e-saúde”⁽⁴⁵⁾. Sabe-se que os debates sobre a PNIIS e seus encaminhamentos ainda não esgotaram, mas o delineamento histórico desenvolvido até aqui finda aguardando sua formalização e legitimação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Reconheceu-se neste estudo que a Constituição federal brasileira, a Lei de Acesso a Informação e a Lei Orgânica da Saúde compõem o marco legal do direito ao acesso às informações em saúde. Em paralelo a estes marcos legais há documentos que apresentam encaminhamentos para a garantia do direito ao acesso às informações em saúde, tais como portarias, normatizações e a própria política nacional de informação e informática em saúde ainda em construção. Entretanto, reconhece-se que a garantia do direito à informação em saúde ainda precisa ser materializado no contexto do sistema de saúde brasileiro, em suas práticas, no seu modelo de gestão, e principalmente, no envolvimento da população na compreensão deste direito, bem como o seu exercício. O país ainda precisa se estruturar efetivamente no que tange as suas práticas de gestão da informação e do conhecimento e a política de informação em saúde ainda carece de legitimação. Outro entrave de grande repercussão também contribui para o insucesso em relação ao direito de acesso a informação, trata-se da desigualdade de inclusão digital presente no Brasil.

Cabe ainda ressaltar que as ideias paradoxais entre a garantia de direito à informação prevista em lei, e a falta de acesso a essas informações geram assimetrias

informacionais que evidenciam as relações de poder transversalizadas na problemática do direito à informação e construção de conhecimento do cidadão.

Todavia compreende-se que o Brasil, ao longo dos anos, esforça-se na tentativa de oferecer acesso à informação. No entanto, as ferramentas governamentais criadas, por meio de Sistemas de Informação, portais de transparência e outras tecnologias ainda são deficitárias e fragmentadas. O modelo político brasileiro de informação ainda está centrado na lógica de coletas infundáveis de dados a partir de instrumentos diversificados, destinados a programas governamentais e a partir de tecnologias pouco interoperáveis. Como ponto crítico neste modelo segue a lógica do uso de tecnologias de informação que, ao invés de instrumentalizar a gestão e a assistência, da forma como são desenvolvidos, dificultam, burocratiza o trabalho e não estimulam o planejamento em saúde. Permanece a tônica do imperativo tecnológico desencadeador de grandes gastos com tecnologia da informação e com pouco retorno à gestão do sistema de saúde.

REFERÊNCIAS

- 1- Batista CL. Informação pública: controle, segredo e direito de acesso. Intexto [Internet] Porto Alegre, UFRGS. Jul 2012; (26):[18 p.]. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/intexto/article/view/19582/18927>>
- 2- Cepik MA. Direito à informação: situação legal e desafios. Rev Inf Pub. [Internet]. Jan-Mar 2000 ;1(1): [14 p.]. Disponível em: <http://biblioteca.planejamento.gov.br/biblioteca-tematica-1/textos/direitos-da-cidadania/texto-13-2013-direito-a-informacao.pdf>
- 3- Moraes IHS. Política, tecnologia e informação em saúde: a utopia da emancipação. Salvador (BA): Casa da Qualidade Editora 2002.
- 4- Banisar D. Freedom of Information Around the World 2006: A Global Survey of Access to Government Information Laws [Internet] London: Privacy International; [2006; acesso em 19-08-2013]. Disponível em: <http://www.freedominfo.org/documents/global_survey2006.pdf> Acesso em 19/08/2013.
- 5- Ventura M. Lei de acesso à informação, privacidade e a pesquisa em saúde. Cad Saúde Pública [Internet]. 2013; 29(4): [2 p.] ISSN 0102-311X. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n4/02.pdf>>
- 6- CELLARD, A. A análise documental. In: POUPART, J. et al. A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis, Vozes, 2008.
- 7- Brasil. Constituição (1988). Constituição da Republica Federativa do Brasil. Brasília (DF): Senado, 1988
- 8- Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília: Seção 1. (20 set. 1990). Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 19 de agosto de 2013.
- 9- Portaria nº 2.072, de 31 de agosto de 2011. Redefine o Comitê de Informação e Informática em Saúde (CIINFO/MS) no âmbito do Ministério da Saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília: Seção 1, p.93. 2 set. 2011a [acesso em: 25 de abril de 2012]. Disponível em: <[HTTP://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2072_31_08_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2072_31_08_2011.html)>.
- 10- Portaria nº 2.073, de 31 de agosto de 2011. Regulamenta o uso de padrões de interoperabilidade e informação em saúde

para sistemas de informação em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, nos níveis Municipal, Distrital, Estadual e Federal, e para os sistemas privados e do setor de saúde suplementar. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, 1 set. 2011b. Seção 1, p.63. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2073_31_08_2011.html>.

11- Portaria nº 1.583, de 19 de julho de 2012. Dispõe, no âmbito do Ministério da Saúde e entidades a ele vinculadas, sobre a execução da Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011, que versa sobre a Lei de Acesso à Informação, e do Decreto nº 7.724, de 16 de maio de 2012, que a regulamenta. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, 20 jul. 2012. Seção 1, p. 49. 2012a. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1583_19_07_2012.html>. Acesso em: 7 de agosto de 2012.

12- Ministério da Saúde. In: Conferência Nacional de Saúde, Relatório final da 11ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: 2002b. 199 p.

13- Ministério da Saúde. In: Conferência Nacional de Saúde, Relatório final da 12ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: 2004b. 232 p.

14- Ministério da Saúde; Secretaria Executiva, Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Plano Nacional de Saúde - PNS: 2012-2015. Brasília: 2011c. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_nacional_saude_2012_2015.pdf>.

Acesso em: 23 de abril de 2012.

15- Ministério da Saúde; Secretaria Executiva, Departamento de Informação e Informática do SUS. Política Nacional de Informação e Informática em Saúde: proposta versão 2.0 (Inclui deliberações da 12ª. Conferência Nacional de Saúde). Brasília: mar. 2004a.

16- Gruman M. Lei de acesso à informação: notas e um breve exemplo. Revista Debates 2012; 6:97-108.

17- OEA. AG/RES. 1932 (XXXIII-O/03): Access to public information: strengthening democracy, 2003. Acesso em: 25-11-2010.

18- Disponível em: <http://www.oas.org/juridico/english/ga03/agres_1932.htm>.

19- Oliveira CJS. Garantia do direito à informação no Brasil: contribuições da lei de acesso à informação. Revista Ambito Jurídico [Internet]. Out. 2013 [acesso em 26-03-2014]. Disponível em:

<http://www.ambitojuridico.com.br/site/?N_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=13718>

20- Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva - ABRASCO; Grupo Técnico de Informação em Saúde e População - GTISP (Org.). Plano Diretor de Informação e Tecnologia de Informação em Saúde: 2008-2012. Brasília: 2008. Acesso em 15-03-2009 Disponível em:

<<http://www.abrasco.org.br/grupos/arquivos/20100210132738.pdf>>.

21- Radigonda B.et al. Sistema de informação da atenção básica e sua utilização pela equipe de saúde da família: uma revisão integrativa. Revista Espaço para a Saúde [Internet]. Dez 2010 [acesso em 01-08-2011]; 12(1): [10 p.]. Disponível em:<

<http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v12n1/sistema.pdf>>. Acesso em: 01 ago 2011

22- Cavacante RB. Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) como instrumento de poder. [tese de doutorado]. Belo Horizonte; Escola de Ciência da Informação, Universidade Federal de Minas Gerais, 2011.

23- Estelita-Lins C. Ética da informação e saúde: observações a partir de Foucault e Frohmann. In: Actes du Colloque scientifique international Du Réseau MUSSI; 2011; Toulouse. P.69-85.

24- Vidor AC, Fisher PD, Bordin R. Utilização dos sistemas de informação em saúde em municípios gaúchos de pequeno porte. *Rev. Saúde Pública* 2011; 45(1): 24-30.

25- Lima CRA et al. Departamento de Informática do SUS - DATASUS. A Experiência de Disseminação de Informações em Saúde. IN: MINISTÉRIO DA SAÚDE. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde. Volume 1. Produção e disseminação de informações sobre saúde no Brasil. Série B. Textos. Básicos de Saúde. Brasília - DF. 2009 .109-128.

26- Cohn A, Westphal MF, Elias PE. Informação e decisão política em saúde. *Rev Saúde Publica*. 2005; 39(1):114-21.

27- Silva AX, Cruz EA, Melo V. A importância estratégica da informação em saúde para o exercício do controle social. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2007; 12(3):683-688.

28- Moraes IHS, Veiga L, Vasconcellos MM, Santos SRFR. Inclusão digital e conselheiros de saúde: uma política para a redução da desigualdade social no Brasil. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2009; 14(3):879-888.

29- Amorim FB, Silva TE. A política de informação como agente modificador da cultura organizacional. *Ponto de acesso*. 2011; 5(1):51-65

30- Aun MP. A construção de políticas nacional e supranacional de informação: desafio para os estados nacionais e blocos regionais. *Ci Inf.[Internet]*. Mai-Ago 1999. 28(2). Disponível em: <<http://revista.ibict.br/index.php/ciinf/articloe/viewfile/276/244>>

31- Leite RAF. Direito à informação em saúde: análise do conhecimento do paciente acerca dos seus direitos. [dissertação mestrado]. Ribeirão preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2010.

32- Ministério da Saúde. Fundação Nacional

de Saúde. Portaria nº 355, de 13 de setembro de 2002. Cria, no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), o Comitê de Informação e Informática em Saúde: Ministério da Saúde, 2002c.

33- Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Saúde. Relatório do seminário nacional de comunicação, informação e informática em saúde para o exercício do controle social: Brasília, 8 e 9 de dezembro de 2005. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2006. 78 p.

34- Ministério da Saúde. Comitê de Informação e Informática em Saúde (CIINFO). Política Nacional de Informação e Informática em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. 38 p.

35- Ministério da Saúde. In: Conferência Nacional de Saúde, Relatório final da 13ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 246 p.

36- Ministério da Saúde. In: Conferência Nacional de Saúde, Relatório final da 14ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012c. 230 p.

Recebido em: 20/12/2013

Versão final em: 10/04/2014

Aprovação em: 15/04/2014

Endereço de correspondência

Ricardo Bezerra Cavalcante

Av. Amazonas, nº1619, apt 102, São José, Divinópolis - MG

E-mail: ricardocavalcante@ufsj.edu.br