

Referências

1. Bachelard G. A filosofia do não. In: *Os pensadores* (V. XXXVIII). São Paulo: Abril Cultural; 1974.
2. Noronha MF. *Classificação de hospitalizações em Ribeirão Preto: os Diagnosis Related Groups* [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública de São Paulo, Universidade de São Paulo; 2001.
3. Carvalheiro JR. Perspectivas de um Sistema de Informações de Saúde: objetivos, funções, prioridades e estratégias de ação. In: *Primeira Reunião Nacional sobre Sistemas de Informação de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 1975.
4. Ahumada J, et al. *Problemas conceptuales y metodológicos de la programación de la salud*. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 1965.
5. Agata NN, Carvalheiro JR, Chen J, Chong MYC, Jakovljevic D, Jayasuriya R, et al. *Information Support For New Public Health Action At District Level*. WHO-Technical Report Series 1994.
6. Bunge M. *Épistémologie*. Paris: Maloine S.A. Éditeur; 1983.
7. Carvalheiro JR, Luz M, Demo P, Samaja J. *Transdisciplinaridade e saúde*. In: VI Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva [DVD]. Salvador (BA): ISC/ UFBA; 2000.

Efeito torre de babel: entre o núcleo e o campo de conhecimentos e de gestão das práticas: entre a identidade cristalizada e a mega-fusão pós-moderna

Tower of Babel effect: between the core, the field of knowledge and praxis management: between crystallized identity and post-modern fusion

Gastão Wagner de Sousa Campos¹

Queridas Ilara e Maria Nélida:

Em geral, concordo com o esforço teórico por vocês realizado, no artigo “*Informação e informática em saúde: caleidoscópio contemporâneo da saúde*”, para criticar o “esgotamento” do campo de “saberes e práticas de informação e informática em saúde”. Coincidi também com a constatação de que o modo como esse campo vem sendo definido e manejado “não dá conta dos processos concretos de saúde/doença/atenção”. Sobre tudo, gostaria de agradecer a consideração de vocês, bem com dos editores da revista *Ciência e Saúde Coletiva*, quando me convidaram – a um usuário desse campo, mais do que um especialista – para participar desse debate comentando o texto acima referido.

O ensaio apresentado é um movimento original voltado para ampliar os estreitos limites

que têm conformado os “saberes e práticas em informação e informática em saúde”. Tenho a impressão que, de fato, a informação e informática em saúde têm sido pensadas e praticadas a partir de um referencial teórico, conceitual e operacional muito restrito. No caso, valendo-se da teoria de sistemas e de algumas de suas variantes cibernéticas, com marcada separação do mundo da vida e, até mesmo, da especificidade do campo da saúde. Essa disciplina tem se apresentado como um conjunto de programas e de metodologias assépticas, neutras, que poderiam ser aplicadas com igual desenvoltura em uma fábrica ou em um hospital, no setor público ou em empresas privadas, em um sistema bancário ou de saúde. Utilizei a expressão “impressão” porque nunca realizei ou sequer tive conhecimento de algum estudo sistemático que evidenciasse ser essa a linha de filiação do campo da informação e da informática em saúde. Além do mais, é dessa constatação que vocês, especialistas e estudiosas do tema, partem para sugerir uma reconstrução epistemológica, política e prática da área; portanto, me sinto bem acompanhado partindo desse pressuposto.

Tenho três comentários a agregar ao raciocínio desenvolvido por vocês. Nenhum deles questionará o fundamento ou a argumentação do artigo em discussão; ao contrário, buscarão levantar alguns aspectos que, se por um lado, reforçam a linha argumentativa, por outro procurarão lembrar alguns aspectos que, em minha opinião, seriam convenientes de se considerar. São comentários reflexivos, dubitativos, buscarão o caminho da prudência e do cuidado que busco adotar diante de críticas radicais sobre a tradição de um campo de conhecimento e de prática.

O primeiro comentário, o denominei de “efeito torre de Babel”. Este efeito guarda referência ao episódio bíblico de quando os homens inventaram uma empresa muito ousada, construir uma torre que os conduzisse ao paraíso e, ao meio do empreendimento, foram castigados com a impossibilidade de comunicar-se entre si devido ao súbito aparecimento de inúmeros idiomas. O “efeito torre de Babel” resulta da confusão epistemológica e operacional que a aplicação de alguns conceitos muito abrangentes pode provo-

³ Departamento de Medicina Preventiva e Social, FCM/ Unicamp. gastaowagner@mpc.com.br

car. Totalidade, integralidade, holismo, interdisciplinaridade ou transdisciplinaridade, todas são noções que pretendem representar o todo, indicam formas para absorver cada pedaço no todo. Em decorrência, e com grande frequência, esquemas teóricos que as empregam tendem a desqualificar qualquer abordagem ou qualquer recorte que ouse falar de apenas um pedaço das coisas. Quando vocês empregam a palavra caleidoscópico no título do ensaio, creio que buscaram uma metáfora para indicar a infinita variedade, e, portanto, a infinita abrangência com que a informação e informática em saúde deveriam ser abordadas. Em 1998, publiquei um romance a que denominei de “*Calidoscópico*”. Eu tive o mesmo propósito quando elegi esse título. De uma maneira literária, contando causos, procurei evidenciar a multiplicidade de formas, de sentidos e de cores que o processo de modernização do interior brasileiro haveria assumido.

Entretanto, o artigo de vocês me recordou outro romance que escrevi recentemente: “*Cérebro e Mente*”. É a história de um médico, neurocientista, o professor Lógicus da Silva. Uma figura com grande carisma e capacidade de liderança. Ele constrói, ao longo de anos, o Instituto de Neurociência (INC), um imenso hospital-laboratório. De maneira paulatina, construtiva diríamos hoje, ele impregna o INC com sua própria compulsão em registrar toda e qualquer informação, valendo-se de todo e qualquer meio possível e necessário para lograr a informação global: planilhas, atas, vídeos, gravações, etc. Do registro clínico e gerencial, ao arquivamento de ações políticas e de gestão, assembléias, reuniões, audiências, tudo deverá ser registrado e arquivado. Desse espectro, ele passa a se preocupar com o armazenamento de informações sobre a vida cotidiana das pessoas, hábitos, modo de vida, tomada de decisão, etc. Como neurocientista, ele acredita na interdisciplinaridade, e, para concretizar objetivo tão ousado, ele incorpora ao INC analistas de sistemas, psicólogos, antropólogos e - a interdisciplinaridade a potência “n” - detetives e espíões. Afinal, estes últimos são especialistas em acompanhar e coletar informações sobre o comportamento espontâneo e natural das pessoas. Bem, resumido, todo esse caudal de informações é informatizado, formando a nova Torre de Babel, virtual e pós-moderna. Um edifício grandioso, mas excessivo, pretensioso e, em grande medida, inútil; já que nessa Babel as pessoas se perdem diante do excesso de informação e de linguagens. Segundo a Bíblia, a tendência das Babéis é o desmorronar-se. Na Babel original, pelo

excesso de idiomas, ninguém se entende. Na Babel informatizada do professor Lógicus, toda e qualquer interpretação se torna impossível ou excessivamente arbitrária. E isso apesar do excesso de informação. E isso, exatamente, pelo excesso de informação.

Pois bem, o que isto tem a ver com o ensaio em debate? Parece-me que, ao tentar ampliar a concepção e abrangência do campo da informação e da informática, vocês entram em um paradoxo. E com os paradoxos, a única maneira produtiva para lidar com eles é com a prudência. Desistir de resolvê-los, sem desistir de conhecê-los, de analisar os distintos sentidos e significados que o seu modo de funcionar paradoxal produz. O paradoxo de vocês é exatamente este, entre a especificidade de um campo e o conjunto de conhecimentos e de práticas que o conformam e sem os quais haverá redução de sua possibilidade de compreensão e de funcionamento. Vocês sugerem estender os saberes e práticas em informação e informática. Incluir não somente informações de “governo e administração em saúde”, mas também os “modos de vida e saúde” e “ciência e tecnologia em saúde”. Ao proceder a essa expansão, vocês praticamente fazem coincidir os campos da “saúde” e o da “informação e informática”. Em um procedimento muito semelhante ao praticado pela Saúde Coletiva, que ao se construir terminou por entender-se como extensiva e coincidente com o campo da saúde. O que redundava em pretensão idealista porque, de fato, o campo da saúde é composto pela medicina, enfermagem, biologia, saúde mental, etc. O estudo e a investigação dos “modos de vida e saúde” tem uma tradição, correntes em funcionamento com lógica e racionalidade próprias: a história aplicada à saúde, ciências sociais e políticas em saúde. Parece-me que a forma prudente para lidar com esse paradoxo seria perguntar-se que conceitos, experiências e valores originários da ciência social a “informação e informática” poderiam importar e adaptar; e que outros poderiam emprestar a esses outros campos para tornar um diálogo possível. Adotada essa perspectiva, a “informação e informática” não teriam toda essa abrangência, ainda que para produzir conhecimentos, e mesmo para a gestão de sua prática, se valha de todos estes saberes.

Para lidar com esse paradoxo gerado entre o geral e o singular das áreas de conhecimento e de prática social, eu reconstruí, com liberdade epistemológica, os conceitos de “núcleo” e de “campo” de conhecimento e de prática. O campo de conhecimento e de práticas do qual a “informa-

ção e informática” dependem e têm incidência é todo esse descrito por vocês. No entanto, sua identidade e seu espaço de responsabilidade e de maior autonomia pela gestão de processos científicos, políticos e operacionais deverá ser identificado e socialmente construído. A este espaço singular eu sugiro denominar-se “núcleo de conhecimentos e de práticas”. O campo descrito por vocês no artigo é comum a toda Saúde Coletiva e não somente à informação e informática.

Devolvo-lhes, então, uma pergunta: qual o “núcleo de conhecimentos e de práticas” singular da informação e informática em saúde? Sobre quais são suas imbricações epistemológicas, políticas e operacionais, creio, o artigo de vocês traz uma contribuição com a qual concordo inteiramente.

A construção do núcleo que circula dentro de um campo ajuda a definir responsabilidades científicas e políticas de cada área. Sabemos hoje que essa definição deve ser porosa, fronteiras com “membranas porosas”, conforme sugere Rosana Onocko Campos. Limites mutantes, zonas de fronteira e zonas de compartilhamento de território e de responsabilidade. O conceito de “núcleo” mantém parte da tradição disciplinar, mas sugere que as disciplinas se abram – mão dupla – para um “campo” interdisciplinar. O que se não se pode é definir o mesmo núcleo para a Saúde Coletiva, para a clínica ampliada e para a informação e informática. Campos semelhantes, isto sim, é conveniente, talvez inevitável se partirmos de referenciais “inter” ou “trans” disciplinares.

Há certa compulsão contemporânea em registrar tudo, o personagem que inventei, o professor Lógicus, é uma metáfora de uma época, me parece. Nesse sentido, eu gostaria de lhes fazer algumas perguntas que me parecem singulares ao “núcleo” da informação em saúde: o que deve um profissional de saúde anotar, registrar? Qual porcentagem de seu tempo deverá ser dedicada ao registro de dados? Minha experiência empírica – sensação existencial – é a de que estamos exagerando, estamos sobrecarregando profissionais da atenção com excesso de burocracia. E assim que eles costumam denominar o registro de dados, e, creio, não estão de todo equivocados. Acredito que os profissionais diretamente ligados à atenção deveriam compor apenas o prontuário, seja individual, familiar ou de um território/população. Nada mais. Radical? Talvez... De qualquer forma, qualquer outra obrigação de registro deveria ser considerada com muita prudência. Notificação de risco ou de doença compulsória? Sim... Algo mais?

O que registrar de maneira sistemática? Quando utilizar amostragem ou investigações com cortes verticais? Sobre o mundo da vida: entre o controle total, “Big Brother”, e apenas o registro da história dos vitoriosos, com o que ficaríamos?

Quais seriam as características de um sistema nacional de informação em saúde? Que componentes? Que lógicas distintas utilizar em ciência e tecnologia, gestão e administração, e para conservar a memória sobre o mundo da vida? Seriam bastante distintas, me parece, não?

Outra sensação existencial e dolorida: me pareceu, durante minha experiência como gestor do SUS (seis anos!), que o espaço da informática é bastante vulnerável à manipulação financeira tanto em serviços públicos como privados. O paraíso da compra desnecessária, do superfaturamento e da composição de caixa dois e de outras práticas criminosas. Isso porque o produto é difícil de ser avaliado, comparar um programa com outro, uma metodologia com potência e limite com outra parecida; às vezes, para um gestor ou um conselheiro, ou um auditor não especialista, trata-se de uma polêmica da ordem do inefável. E aí? Não me parece gratuito o fato de, até hoje, o SUS ainda não haver conseguido armar um sistema nacional integrado e informatizado. Creio fundamental alguma intervenção do “núcleo” de informação e de informática sobre esses temas, sem o que continuaremos a jogar dinheiro público fora. O bom-senso sanitário não parece suficiente para lidar com essa dificuldade.

O ensaio ainda me provocou uma sensação de que vocês estariam tomando a informação e informática como se fossem a única “linguagem” da saúde. Significante e significado, a estrutura e o sentido de nossa fala e de nossa prática? Talvez também a única forma para realizar comunicação em saúde? Haveria o lingüista da saúde? Ele seria um especialista em informação e informática?

Em segundo lugar, gostaria de comentar algo sobre a história da constituição da área que vocês esboçaram logo no início do ensaio. Tenho, outra vez, a impressão de que a gênese do núcleo de informação e de informática em saúde no Brasil não tem muito a ver com essa história de controle social por meio do “biopoder”. Tenho dúvida sobre a centralidade desse conceito na co-constituição de políticas e programas de saúde na Europa. No Brasil, me parece que o controle social e enquadramento moral da população dependeram, e ainda dependem, pouco dos serviços de saúde. A gênese de uma subjetividade conservadora e ordeira no Brasil parece estar mais

ligada às Igrejas, aos formadores de opinião pública da elite e à ação dos meios de comunicação. Tudo isso, além da miséria da maioria que os obriga a zelar pela própria sobrevivência mais do que exercitar autonomia de seus corpos e desejos. Haveria que investigar isso melhor; levantar outra hipótese, apesar da força e da frequência com tem sido esgrimida a potência controladora do biopoder.

Julgo haver uma relação estreita entre a gênese de sistemas de informação em saúde no Brasil e dois outros fatores. O mais relevante, me parece, foi a lógica de remunerar o ato médico e as práticas em saúde com base em procedimentos: consulta médica, cirurgia, exames, internação, etc. Muito da lógica dos bancos de dados do SUS ainda guarda influência dessa racionalidade. O mercado remunera por ato, por procedimento, assim todo ato ou procedimento deverá ser registrado e arquivado para eventual auditoria: Inamps... Essa cultura foi um pouco modificada pela introdução de algumas recomendações mais amplas de alguns programas de saúde pública: saúde da família, hipertensão arterial, etc.

O outro fator influente na gênese do núcleo de informação e de informática foi a própria Saúde Pública tradicional, entre nós rebatizada e resuscitada com o inequívoco nome de "Vigilância em Saúde: vigilância sanitária e epidemiológica". Pois bem, parte da tradição de nosso modo de acumular e de registrar informações decorre dessa tradição: doenças de notificação compulsória, dados cartoriais sobre produção e consumo de produtos e sobre organização do espaço urbano. Saúde Pública e sua ligação umbilical à busca de legitimação social e política do Estado brasileiro. Além disso, a Saúde Pública no Brasil tem se constituído muito em função de apoiar a construção de uma base sustentável para o crescimento econômico e organização capitalista da produção.

A gênese da área de informação e informática, suspeito, foi constituindo-se segundo houve necessidade de sistematizar esse tipo de dados – procedimentos a serem pagos e informação para a vigilância.

Por último, o terceiro comentário: um assunto que não é central na estrutura do ensaio em discussão, mas que julgo conveniente insistir sobre o tema. Não acredito na possibilidade de constituir-se uma "ciência da saúde" por contraposição a uma "ciência da doença". O objeto de conhecimento e de intervenção de todo o campo da saúde – inclusive o da Saúde Coletiva ou da Promoção à Saúde – inevitavelmente, guarda refe-

rência ao risco, à vulnerabilidade, à doença e à morte. Do que precisamos não é de fugir desse elemento concreto, mas de redefinir o sentido e significado desses conceitos, particularmente quando reconhecemos que estão encarnados em sujeitos – indivíduos e coletividades. Penso que saúde é o objetivo do conhecimento e do trabalho em saúde, sua finalidade. Nosso campo, portanto, está condenado a lidar com processo de co-produção de saúde/doença/risco e vulnerabilidade. Não há como fugir dessa fragilidade da vida, não é conveniente inventar-se linhas de fuga para este outro paradoxo.

Bem, me desculpem qualquer coisa... Foi um prazer, uma oportunidade para aprender de maneira estimulante e lúdica, ler e pensar e comentar o trabalho de vocês. Parabéns e obrigado.

Caleidoscópio info-interdisciplinar: discurso no entremeio

Info-interdisciplinary kaleidoscope:
midfield discourse

*Evelyn Goyannes Dill Orrico*⁴

O artigo para debate objetiva compreender a gênese dos limites atuais das práticas de Informação e Informática em Saúde, partindo do pressuposto de que essa *práxis* informacional não dá conta da complexidade dos processos que envolvem o trinômio saúde-doença-cuidado.

As autoras atribuem à limitação dessas práticas a dificuldade que o Estado brasileiro tem em ampliar sua capacidade de resposta para a resolução dos problemas em saúde porque o processo que envolve Informação e Informática em Saúde integra questionamentos mais amplos sobre os modos de produção de conhecimento na contemporaneidade do que os que foram até o momento considerados. A novidade que apresentam repousa na proposta de atribuir papel relevante à crise de paradigmas, propondo estabelecer o que denominam *intercampo de informação e informática em saúde*.

⁴ Departamento de Processos Técnico-Documentais, Programa de Pós-Graduação em Memória Social, UNIRIO. evelynorrico@unirio.br