

Caleidoscópio sanitário

Public health kaleidoscope

José da Rocha Carvalho²

É fascinante a visão fugaz e versátil quando se espia através de um caleidoscópio. A surpreendente mudança da imagem, por menor que seja a rotação do tubo, perde o sentido mágico e se banaliza quando aprendemos que se trata apenas de reflexão da luz em dois ou três espelhos planos em posição angular. E a imagem é tão somente de fragmentos de vidro colorido, objetos reais.

O desafio é interpretar a metáfora com que as autoras nomeiam seu artigo: “caleidoscópio contemporâneo”. Bachelard¹ introduz a noção de perfil epistemológico, pessoal e intransferível, a respeito de cada conceito. Neste caso, meu perfil salta a etapa do empirismo claro e positivista da experimentação natural: nunca estive dentro de um caleidoscópio. Passei do realismo ingênuo, diretamente para o racionalismo clássico (newtoniano) da Óptica Geométrica. Ao que saiba, a mais conhecida experiência de entrar num caleidoscópio foi vivida pelos visitantes do “Palácio das Ilusões”, na Feira de Paris de 1900. Numa sala hexagonal, com cinco das paredes formadas por espelhos planos excepcionalmente polidos, o visitante via-se em meio à multidão de sócias, resultante de múltiplas reflexões.

Mas não se trata disso, consulta ao “Aurélio” dá-nos o sentido figurado de caleidoscópio: “sucessão rápida e cambiante de impressões ou de sensações”. Devo, pois, reportar-me às impressões e sensações que, em meu espírito, estão associadas às informações em saúde. Trilhar, ainda, terreno menos amigável aos sanitaristas da minha geração, a informática. A tarefa não é simples; trata-se de criticar um texto de festejada especialista, com direito à réplica e sem oportunidade de tréplica.

Informações em saúde conheço mais, com elas convivo desde precoce fase de leitor de “Seleções”. Cada mês conhecia nova doença, sentindo-me sempre uma vítima real ou potencial. Da tuberculose só me “livrei” após abreugrafia nos Sanatorinhos do bairro do Ipiranga, em São Paulo. De resto, nessa unidade sanitária, as paredes estavam coalhadas de cartazes assustadores, com tísicos de todos os tipos, gêneros e etnias cuspidando milhões de micobactérias. Mas essa idéia final só me foi informada mais tarde, em Ciências Físicas e Naturais, no ginásio. Meu curso médico, em São Paulo, não tinha a disciplina de Estatística,

nem Estatísticas Vitais. Da primeira, tivemos um curso rápido extracurricular, aos sábados. O professor, viemos a saber, era médico e compositor, então no início de brilhante carreira: Paulo Vanzolini, que fazia sua “ronda” peculiar pelas medidas de posição e variabilidade, pelo teorema do limite central. Das vitais, vim a saber na especialização em Saúde Pública, pela professora Elza Berquó e sua equipe de assistentes.

Meu doutoramento, tábuas de vida de triatomíneos, foi inteiramente realizado (anos 60) fazendo contas, até de erro padrão de probabilidade de sobrevida, em “moderna” máquina Friden elétrica. Já na reta final, surgiu a fada madrinha, uma Sharp eletrônica com duas memórias! Na Livre Docência (anos 70), morbidade referida em amostras domiciliares, tinha a meu dispor perfuradora de cartões IBM de oitenta colunas, uma classificadora eletromecânica desses cartões e um computador “mainframe” da Escola de Engenharia da USP de São Carlos. O mesmo equipamento era empregado pelo Centro de Processamento de Dados Hospitalares (CPDH), criado por Manildo Fávero no Departamento de Medicina Social de Ribeirão Preto. Isolado numa cidade do interior, pólo de assistência médica pública e privada, este Sistema de Informação em Saúde (SIS) precursor registrava internações hospitalares de uma região de captação de mais de dois milhões de pessoas. Pela série histórica, serviu de base para um esforço de adaptação a nosso meio da Classificação DRG². No intervalo, tive contato, na “London School of Hygiene and Tropical Medicine” com sistemas mais complexos de tratamento eletrônico dos dados e sua transformação em informações. Era assim que nos referíamos ao processo: transformar dados em informação (“para decisão e ação”). No Ministério da Saúde, acompanhamos³ a criação do Sistema de Informação em Mortalidade (SIM), ainda hoje um ponto alto na área da saúde. Filiava-se, nas origens, à premissa da seqüência “informação, decisão, ação”, um pensamento que fez sucesso na introdução do planejamento normativo preconizado pelo método CENDES/OPS⁴.

Nos dois últimos decênios do século XX, deu-se um salto na concepção de organização social

² Fundação Oswaldo Cruz. jrcarval@fiocruz.br

de sistemas e serviços de saúde, introduzindo o planejamento estratégico e situacional. Surgiram diferentes alternativas: Sistemas Locais de Saúde (SILOS), Atenção Primária em Saúde (APS), com vistas a atingir uma proposta onírica de Saúde Para Todos (SPT/2000). Todas essas propostas e as novas idéias sobre o processo saúde/doença e, mais tarde, de saúde/doença/cuidado foram acompanhadas pela exigência de novos Sistemas de Informação. Todos fecundados, em sua gênese, pelo explosivo desenvolvimento da informática e da tecnologia de computação a eles associado inexoravelmente. Desse dinâmico período, resgatamos duas iniciativas. Uma, de maior sucesso e visibilidade, foi um SIS para acompanhar a própria implementação da proposta básica de SPT/2000. Definiu um conjunto de indicadores para avaliar periodicamente, e monitorar nos intervalos, o estado em que se encontrava a SPT no mundo. O primeiro destes indicadores foi o número de países membros que adotaram APS como estratégia para alcançar SPT/2000. Com o passar do tempo e com a evidência da fatuidade da proposta, este peculiar SIS foi praticamente desativado. A outra, da qual participamos diretamente, foi um esforço de propor um SIS particular para o apoio às ações de saúde a nível distrital.

Tornou-se claro que há necessidade de identificar o nível em que se deve situar uma unidade de análise para ser eficaz enquanto orientadora das ações concretas (de saúde) a serem executadas na periferia do sistema. Discutiu-se, especialmente, o fluxo ascendente (“bottom/up”) ou descendente (“up/down”) da informação e sua diversa qualidade e relevância. Nada indica que informação de natureza particular suba a níveis superiores do SIS, que não terão o que fazer com ela. O mesmo vale para a informação gerada centralmente, que não precisa descer aos níveis operacionais mais periféricos. Considerou-se, do ponto de vista da circulação da informação, nível ótimo onde situar a unidade de análise aquele definido pelo ponto de convergência desses dois fluxos. Neste, devem deixar de transitar para outro nível (acima ou abaixo) as informações que aí chegam⁵.

Esse relato, sem compromisso de ser exaustivo, sobre um processo a que assistimos numa única geração de sanitaristas, tem apenas uma razão: fazer um contraponto à idéia que, embora não estando presente no texto em discussão, pode turvar o cenário. Nenhum Sistema de Informações em Saúde surgiu por geração espontânea; é produto histórico de legião de profissionais que trabalham na área desde há muito. Não

surgiu assim do nada, feito mágica; seus defeitos e méritos foram construídos num complexo processo social. Em nosso caso, o da construção do SUS. Mais que tudo, sempre tem seu ciclo de vida útil e, raramente, permanece imutável por longos períodos. A reiterada menção que a Autora faz à idéia de uma “política epistemológica” exigiu um mergulho na “Épistémologie”, de Bunge⁶. Pareceu-me, desde logo, que Informação e Informática “tout court” (ou, ainda com maior razão, “em saúde”) deveria pertencer mais ao terreno das tecnologias do que ao das ciências. Esta convicção vem desde a definição

“um conjunto de conhecimentos constitui uma tecnologia se, e somente se: (1) é compatível com a ciência contemporânea, controlável pelo método científico e (2) é utilizada para controlar, transformar e criar coisas ou processos naturais ou sociais.”

Confirmada numa observação complementar, segundo a qual **“certas tecnologias novas, como a pesquisa operacional e a informática, não têm nada em comum com a ciência, com exceção do método”**.

É conveniente assinalar o que é **novo** no caso: o original em espanhol é quase uma década anterior a esta versão francesa de 1983.

Assim considerada, como tecnologia, a Informação e Informática em Saúde (IIS) estará em melhores condições de contribuir para controlar, transformar e criar; especialmente processos sociais. No caso em tela, trata-se de favorecer a gestão do SUS, pactuada entre gestores dos três níveis de governo e controlada pela sociedade inclusiva. Eliminar a fragmentação em miríade de Sistemas de Informação em Saúde (SIS) amuados, que não conversam entre si, é sensato. Mas difícil de realizar, não fossem eles o produto concreto da ação social de incontáveis gerações de sanitaristas e gestores. Nada contra aceitar a proposta central da Autora de “estabelecer canais de interlocução contínuos, [...], contribuindo para a (re)construção do intercampo de informação e informática em saúde (IIS)”. Apostar, como enfatiza a Autora, sobretudo na transdisciplinaridade. Ou, ainda melhor, na trans-sapiência que se serve não só de disciplinas científicas, mas também de conhecimentos gerados em terrenos não propriamente científicos⁷.

A Autora tem a expectativa de que o controle social exercido pelo Conselho Nacional de Saúde e, especialmente, a realização de uma “Conferência Nacional de Comunicação, Informação e Informática em Saúde” poderá dar conta da fragmentação, contribuindo para a composição do intercampo da IIS. Não sou tão otimista.

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 Nélide:

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”. Coincido 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-

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