

Informação e informática em saúde: caleidoscópio contemporâneo da saúde

Information and information technology in health:
contemporary health kaleidoscope

Ilara Hämmerli Sozzi de Moraes¹
Maria Nélide González de Gómez²

Abstract *This essay is based on the assumption that current practices and knowledge of Information and Information Technology in Health are unable to deal with the complexity of the health/disease/care processes and contemporary problems that must be overcome, curbing the expansion of the response capacity of the Brazilian State. It aims to further explore the understanding of the roots and determining factors behind these constraints, analyzing alternatives for confronting them that depend less on location-specific initiatives in the field of information and more - among others - on the adoption of new benchmarks, starting with the meaning and concept of Health. It identifies the existence of an 'information and information technology interfield' that arises from an epistemology based on a transdisciplinary approach, as well as the consolidation of a political and historical process of institutional construction, an area endowed with power and relevance: a political-epistemological interfield. The analysis goes on through an exploratory study of the social, political and epistemological processes found in the historical construction health information networks established by Science and Technology in health, as well as by healthcare systems and services, in addition to social, political and economic information.*

Key words *Information in health, Information technology in health, Health policy, Decision-taking process, Epistemology.*

Resumo *Este ensaio assume como pressuposto que as atuais práticas e saberes de Informação e Informática em Saúde não dão conta da complexidade dos processos de saúde/doença/cuidado e dos problemas contemporâneos a serem superados, constituindo-se em um dos limitantes para a ampliação da capacidade de resposta do Estado brasileiro. Tem por objetivos aprofundar a compreensão da gênese e dos determinantes desses limites e analisar alternativas para sua superação que dependem menos de iniciativas pontuais internas ao campo da informação e mais, dentre outras, da adoção de novos referenciais, a começar pelo significado e conceito de Saúde. Identifica a existência de um 'intercampo de informação e informática em saúde' que se consubstancia tanto a partir de uma epistemologia que tenha por referencial a abordagem transdisciplinar, quanto da consolidação de um processo político-histórico de construção institucional, espaço portador de potência e relevância: intercampo político-epistemológico. Desenvolve essa análise através de estudo exploratório dos processos sociopolíticos e epistemológicos presentes na construção histórica das redes de informação em saúde constituídas pela C&T em saúde, pelos sistemas e serviços de saúde e pelas informações sociais, políticas e econômicas.*

Palavras-chave *Informação em saúde, Informática em saúde, Política de saúde, Processo decisório, Epistemologia*

¹ Departamento de Ciências Sociais, Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ. Rua Leopoldo Bulhões 1480/ 9º andar, Mangueiras. 21041-210 Rio de Janeiro RJ. ilara@ensp.fiocruz.br
² Instituto Brasileiro de Informação Científica e Tecnológica, MCT

“O deus que espero é inesperado; se ele vier, vou reconhecê-lo? De Esculápio curandeiro não espero mais que um nome ou uma imagem, designações e descrições, já o conheço demais, ele não vai me curar”

Michel Serres ¹

Introdução

A Saúde no Brasil está longe da perfeição! O modelo político e econômico dominante, historicamente instituído, expande as desigualdades entre padrões de qualidade de vida. As desigualdades sanitárias prevalentes entre as regiões, estados, cidades e mesmo intra-urbanas impedem comemorações efusivas.

Por outro lado, o Sistema Único de Saúde (SUS) alcançou avanços significativos em seus quinze anos de implementação. Sua construção é um marco na história do país por pressupor a participação da sociedade nesse processo, através das Conferências e Conselhos de Saúde e por preconizar a busca do consenso entre as esferas de governo, configurando, nesse sentido, uma das mais avançadas política pública brasileira, calcada na democracia participativa e emancipatória ². Nesse período, o SUS constituiu-se como um sólido sistema que ampliou o acesso da população aos recursos de saúde, mas não o suficiente para superar a histórica e desigual dívida sanitária ³. No cotidiano dos cidadãos, o direito universal à Saúde, com equidade e qualidade, ainda está distante ⁴.

Essa constatação suscita um leque de desafios para a Sociedade e o Estado brasileiro no sentido do texto constitucional alcançar sua plena materialidade, expressa na melhoria das condições de vida da população. Um desses desafios é dotar o sistema de saúde de maior e melhor capacidade de intervenção sobre a realidade sanitária. Para tal, faz-se necessário aprofundar a compreensão sobre seus atuais limites e pontos de estrangulamento.

O presente ensaio dedica-se a um de seus principais limites, ao assumir como pressuposto o esgotamento das atuais práticas e saberes de Informação e Informática em Saúde (IIS) em face da complexidade dos processos concretos de saúde/doença/cuidado que ocorrem em populações e dos conseqüentes problemas contemporâneos a serem superados. A atual *práxis* informacional em saúde se constitui em uma limitante aos avanços necessários para ampliar a capacidade de resposta do Estado brasileiro, na busca pela melhoria da situação de saúde.

Apesar dos contínuos avanços tecnológicos relacionados às informações, Vasconcellos *et al* enfatizam o descompasso de sua apropriação e uso em benefício da ampliação da potência de intervenção da esfera pública sobre a saúde de indivíduos e de populações e do próprio desenvolvimento de um espaço cada vez mais estratégico para a Ciência e a Tecnologia do país, em um mundo globalizado. Há uma aparente aproximação de discursos ao se referir à ‘informação e informática em saúde’; no entanto, suas práticas são díspares e desconexas, com pouca clareza sobre “do que se está falando”. Essa opacidade contribui para sua não-organização, não-coordenação e fragilidade institucional, tornando-se cada vez mais vulnerável às pressões do mercado, o que deixa fluido o papel do Estado na condução da Política de Informação e Informática em Saúde (PIIS) ^{5, 6, 7}.

Esse processo situa-se em plena vigência de profundos questionamentos em torno da produção do conhecimento na contemporaneidade, onde se pontua a existência de uma crise de paradigmas. A ‘Informação e Informática em Saúde’ está imersa e faz parte dessa crise. Esse ensaio procura demonstrar algumas de suas dimensões ao apresentar fragilidades e limitações existentes na atual *práxis* informacional em saúde. Nesse sentido, tem por objetivo aprofundar a compreensão da gênese e dos determinantes desses limites, analisando alternativas para sua superação, através de estudo exploratório de seus processos sociopolíticos e epistemológicos presentes na construção histórica das redes de informação em saúde constituídas pela informação científica e tecnológica em saúde, pela informação e informática em sistemas e serviços de saúde e pelas informações sociais, políticas e econômicas.

Gênese da atual *práxis* informacional em saúde

Ao procurar desvendar a gênese da atual lógica organizativa das informações de interesse para a Saúde, produzidas e geridas pelo aparato estatal, observa-se que a informação em saúde surge de um certo “pré-juízo” de sinais, sintomas, signos e práticas relacionados ao processo de saúde/doença/cuidado que, em um determinado contexto histórico, adquirem relevância política e social: tornam-se *eventos* que justificam seu monitoramento, sua visibilidade, sua vigilância através de dispositivos de Estado no exercício de um biopoder.

As mudanças na forma de lidar com a saúde/doença/cuidado vinculam-se às transformações político-sociais e econômicas, inseridas na constituição do Estado Moderno, em um crescente processo de urbanização e de organização da sociedade capitalista. Como parte constitutiva desse momento histórico (final do século XVIII e início do século XIX), o Estado Moderno estabelece dispositivos de atuação voltados para a gestão da vida, que permitem o exercício de um poder disciplinar que se expressa capilarmente em todo o campo social, de um biopoder⁸, que nasce imerso na constituição de uma *sociedade panóptica*.

Os marcos genealógicos da informação em saúde estão imersos nesse movimento e podem ser encontrados na ruptura da medicina clássica para a medicina moderna (com o pensamento anátomo-clínico e patológico), quando surge um novo significado para a Doença que passa a estar corporificada no indivíduo. As informações em saúde, nos moldes como se expressam até os dias atuais, consolidaram-se como um dos instrumentos estratégicos desse processo, ao amplificar, paulatinamente, o “olhar do médico” sobre o corpo do paciente para o “olhar dos aparelhos de Estado” sobre os “corpos das populações”, constituindo-se em espaço de disputas de relações de poder e produção de saber⁷.

Neste esforço, firma-se, enquanto analítica central, o poder. Não qualquer poder, mas o poder vigilante que institucionaliza as informações em saúde como parte integrante dos dispositivos políticos de atuação do Estado Moderno de controle / monitoramento da população⁷. A lógica contemporânea de organização das informações em saúde emerge da forma como o paradigma da clínica atua sobre o processo saúde/doença/cuidado, que define a ‘visão de mundo’ orientadora da modelagem dessas informações.

Almeida Filho⁹ defende que as ciências denominadas ‘da saúde’ são de fato ciências ‘da doença’, e concentra esforços relevantes na delimitação do que pode ser considerada como ‘Ciência da Saúde’ e de novos marcos referenciais da Saúde Coletiva. Seguindo o caminho desbravado por ele, pode-se afirmar o mesmo em relação às informações em saúde, uma vez que sua gênese está imersa no referencial das ‘Ciências da Doença’. O processo de (re)pensar a ‘informação e informática em saúde’ pode ser um importante aliado estratégico na construção de uma Ciência da Saúde e no avanço da Saúde Coletiva, em seu esforço por contemplar a complexidade dos processos concretos de saúde/doença/cuidado.

A análise da construção histórica da ‘infor-

mação e informática em saúde’ evidencia a miríade de interesses em disputas ao longo desse processo. Observam-se as diferentes concepções de Saúde e de Política de Saúde em busca de hegemonia em cada conjuntura específica, o que inclui as opções em torno das tecnologias de informação adotadas, resultantes da pressão do mercado da computação e das telecomunicações.

Quando o Ministério da Saúde adota, por exemplo, uma plataforma tecnológica em detrimento de outra direciona todo o mercado consumidor das instituições constitutivas do SUS. Quando opta por contratar o desenvolvimento de ‘uma solução de informática’, terceirizando esse processo, contribui, mesmo que indiretamente, para a abertura de potenciais consumidores em todo o SUS. As Secretarias de Estado e Municipais de Saúde, em várias situações, estabelecem contratos com essas determinadas empresas de *software* principalmente em face do sucateamento e fragmentação dos espaços de gestão pública da informação e informática em saúde, acarretando um processo conhecido como *lock in* (dependência / aprisionamento a empresas, plataformas e/ou sistemas).

Essas disputas entre visões de mundo/de saúde e interesses ficam submersas nos diferentes discursos, onde a ‘informação em saúde’ é trabalhada como recurso/instrumento (matéria-prima) que agrega valor a produtos e processos. As formulações apresentadas negam sua vinculação a um determinado contexto histórico, político-social-econômico. A ‘informação em saúde’ é, politicamente, reduzida a um campo do império da tecnicidade: é apresentada como ‘despolitizada’, como ‘neutra’.

Outra dimensão imersa nesse processo de despolitização refere-se ao significado e ao papel do sujeito na informação e informática em saúde. Por exemplo, ao se analisar os Sistemas de Informações em Saúde (SIS), observa-se que o ‘sujeito’ – enquanto criação da modernidade – está fragmentado dentre as diversas bases de dados em saúde existentes. Seus fragmentos - características parciais e estáticas de sua vida - povoam SIS desconexos. O indivíduo perde sua identidade integral como sujeito pleno: perde sua historicidade. A visão biologicista da saúde/doença/cuidado é de tal modo hegemônica nos SIS que, mesmo quando variáveis socioeconômicas estão presentes na coleta dos dados (como ocupação e escolaridade), são as que apresentam maiores problemas em sua qualidade.

Por outro lado, o conceito de ‘coletivo/população’ é tratado como o somatório de indivíduos

(desintegrados) ou de determinados agravos referidos a tempo e lugar, de forma estática e restrita. O tempo, na grande maioria dos SIS, é congelado em uma seqüência de fotografias, descontínuas, que perdem a dinâmica temporal e espacial como dimensão essencial no caminhar da vida, como ensina Milton Santos¹⁰, por conseguinte, nos processos de saúde/doença/cuidado. O conceito de lugar sofre as mesmas limitações: é descontextualizado, simplificado e fragmentado.

A superação das limitações da informação em saúde depende menos de iniciativas pontuais internas ao campo específico da informação e mais, dentre outras, da adoção de novos referenciais, a começar pelo significado e conceito de Saúde, onde estejam presentes outras dimensões do 'caminhar na vida', em seu dinamismo cotidiano, em que o indivíduo e a população estão inseridos.

Referenciais explicativos para algumas das limitações das informações e ações de informação também podem ser encontrados na forma como ocorre o processo decisório em saúde. A gestão da Saúde se insere no modo como o Estado brasileiro implementa suas políticas sociais: de forma essencialmente tópica, atomizadora, fragmentadora em suas respostas às demandas sociais e reativa a situações com visibilidade na mídia que se tornam "crises" a merecerem suas ações. Offe¹¹ ensina que o aparelho de tomada de decisões se compõe de um complexo de burocracias que operam de modo relativamente autônomo e que têm suas competências, clientelas e percepções próprias dos problemas. Daí resulta um modo de tomada de decisão política que fragmenta e retraduz a interdependência dos problemas sociais.

As informações em saúde constituem um dos dispositivos desse Estado fragmentado, postas a serviço de específicas Políticas de Saúde e estruturadas para subsidiar a atuação dos seus aparelhos em face de determinados interesses e práticas institucionais. Essa análise reforça a hipótese que a fragmentação existente nas informações em saúde é expressão da fragmentação e da forma do Estado brasileiro atuar. A lógica fragmentadora, que decompõe a realidade observada e 'departamentaliza' as demandas da sociedade, é hegemônica tanto na organização das informações em saúde quanto na sua estruturação e gestão no âmbito das instituições de saúde, acarretando:

- Uma fraca identidade da 'área' de informação e informática em saúde nas instituições de saúde, o que contribui, dentre outras conseqüências, para sua vinculação a setores diversos, de forma competitiva, com ausência de um processo coordenado em torno das práticas e saberes de

informação e informática, que permanecem dispersas e redundantes, reforçando sua fragmentação e gestão pulverizada. Essa inserção institucional, tanto no âmbito dos sistemas e serviços de saúde quanto nas instituições de C&T em Saúde, reflete sua 'fragilidade' em termos de prestígio, relevância e correlação de forças no cotidiano das esferas de decisão política na saúde.

- Uma visão das práticas de informação em saúde reducionista e tecnicista, de simples "área meio", que encobre sua atuação como espaço estratégico de disputa de interesses, tanto no âmbito dos sistemas e serviços de saúde quanto nas instituições de pesquisa e ensino. "Não possui relevância política" e/ou é tratada "como 'academicismo', teoria desvinculada do 'mundo real': Essa é a justificativa apresentada por alguns gestores quando resistem à inclusão de tema relacionado à informação na pauta de fóruns decisórios políticos, como a Comissão Intergestores Tripartite, no âmbito do SUS. A tematização da 'informação e informática em saúde' torna-se uma "caixa preta", sob o domínio de *experts* que imprimem uma racionalidade tecnocrática a questões de política pública: Política de Saúde e, como parte dessa, a Política de Informação e Informática em Saúde.

Nesse contexto, ocorre, cada vez mais, forte pressão das empresas privadas de informática em disputa pelo setor público da saúde, enquanto fatia substantiva de mercado. Em paralelo, há um processo de sucateamento das instâncias públicas de gestão da informação e informática em saúde, fortalecendo a tendência pela opção à terceirização.

Como parte do processo histórico de esvaziamento da capacidade de respostas de instâncias públicas de gestão da informação e informática em saúde, observa-se uma quase ausência de processos intensivos de educação permanente de suas equipes técnicas, voltados para a atualização tecnológica essencial a um campo de saberes extremamente dinâmico. A análise das grades curriculares de centros de ensino – principalmente nos 'núcleos' de saúde coletiva/saúde pública – evidencia que os conteúdos priorizados se restringem a métodos de tratamento de dados (em sua maioria construção de indicadores) e manuseio de pacotes estatísticos, onde a informação é tratada apenas como um instrumento a ser manejado! Questões históricas, epistemológicas, políticas, econômicas e de gestão são sistematicamente omitidas nos poucos cursos que abordam a questão de Informação e Informática em Saúde. Essa realidade contribui para a não formação de mas-

sa crítica no pensamento brasileiro em saúde, perdendo-se oportunidades valiosas de avanços no próprio entendimento sobre os processos concretos de saúde/doença/cuidado.

A 'Informação' possui uma potência relacional que dificilmente se realiza na Saúde. Sua potencialidade integradora se dilui quando sua organização reproduz e fortalece a racionalidade hegemônica da fragmentação em seu processo de biovigilância. É parte integrante dos dispositivos do Estado brasileiro de monitoramento de conflitos sociais e políticos que ganham sua expressão material nos processos de saúde/doença/cuidado da população. A quem interessa a manutenção desse *status quo informacional* fragmentado?

Interessa às forças políticas predominantes no aparato estatal, ao induzir um certo confinamento dos debates e reivindicações da população e impedir uma ação global, permanente e transparente. Com certeza interessa à lógica do mercado, das empresas, pois amplia as possibilidades de "venda das soluções de informática", onde um produto similar pode ser comprado por vários consumidores (órgãos, departamentos, setores), com pouco investimento das empresas no processo de customização. Por outro lado, cada interesse particular presente nas diferentes frações e segmentos dos aparelhos de Estado torna-se indefinidamente objeto potencial de desenvolvimento de novas "soluções de informática".

A fragmentação atende também às disputas dos 'feudos técnicos' que se cristalizam no interior do aparato estatal. Sempre a 'razão técnica' sabe justificar a necessidade de constituição de um novo sistema de informação, para atender a cada um dos infindáveis setores de competência administrativa, onde "ter" um sistema de informação confere maior visibilidade e prestígio na correlação de forças e disputas de micro-poderes institucionais.

Pode-se afirmar que para a superação das atuais limitações das informações em saúde é preciso (re) pensar as bases políticas que mantêm e fortalecem essa forma específica de olhar/representar os processos de saúde/doença/cuidado no contexto fragmentado das decisões concretas e cotidianas relacionadas à saúde. Esse desafio precisa se defrontar com o que Almeida Filho⁹ descreve como "enigmas da história da Epidemiologia". Observam-se, em relação à informação em saúde, alguns enigmas similares aos descritos por ele: primeiro, lenta constituição como campo institucional de um saber autônomo; segundo, ausência quase que absoluta de debate teórico, ape-

sar de seu veloz crescimento no que se refere ao seu desenvolvimento tecnológico; terceiro, agravamento de um processo interno à Saúde de desvalorização epistemológica dessa temática, principalmente diante de outras áreas de conhecimento; e quarto, quase inexistência de espaços formalizados, com visibilidade e prestígio nas relações de poder, nas estruturas organizacionais das instituições de saúde e de ciência e tecnologia em saúde.

Para uma epistemologia política da informação em saúde

Os enigmas citados sinalizam o desafio a ser coletivamente enfrentado, podendo-se apontar algumas questões de cunho epistêmico-social que limitam e dificultam a definição ampliada e contextualizada dos estudos da Informação em Saúde. Em primeiro lugar, não há uma seqüência tranquila que leve das trilhas plurais da produção de sentido, na esfera das vivências e práticas em saúde, para os processos de estruturação genérica de padrões e códigos que fixam os significados e as categorias em sistemas e bases de dados, passando pela modelização universalizada dos proutários e a unificação digital das plurais linguagens da saúde.

Um dos pontos de partida significativos para pensar a saúde e a informação em saúde é a reconstrução daquele momento ideal em que acontece a diferenciação entre a saúde entendida como dimensão fundamental da vida humana e a saúde como setor especializado e institucionalizado de conhecimentos, práticas, procedimentos, instituições, recursos e políticas. "Saúde", como dimensão da vida, é a expressão de um bem maior individual e coletivo, simbólico e materialmente construído e preservado por todos e cada um dos grupos humanos, os quais, nos contextos assimétricos da história humana, entram em disputa por sua definição diferencial e sua distribuição inclusiva. Como setor diferenciado¹², de crescente fragmentação e especialização, abrange o desenvolvimento de profissões, serviços, indústrias e recursos, desdobra-se nos domínios do público e do privado, da economia e das políticas e constitui o complexo dispositivo de poder e saber que compõe as Ciências da Saúde.

De fato, a dissociação de informações e discursos especializados não só intervêm na constituição como na legitimação dos subsistemas funcionais da sociedade moderna. Nessa direção, o documento, o registro administrativo, a infor-

mação, formalizando as práticas de fixar, registrar e formatar a produção de sentido, são constitutivos do entretido simbólico e intersubjetivo que, intermediando a integração regulada de saberes, técnicas e práticas, permitem a emergência de um princípio diferencial de identificação do setor saúde – do esquadramento do corpo pela clínica à vigilância epidemiológica das populações⁷.

“Informação em saúde” designa, assim, o enquadramento dos significados da saúde reconstruídos e alargados na nova ordem da medicalização e das instituições – primeiro de atendimento e depois de ciência e tecnologia em saúde.

O mesmo princípio, porém, que regulamenta a divisão entre os saberes cotidianos e as “especializações” do conhecimento e da linguagem, reproduz inúmeras relações concorrenciais entre as “especializações” dos conhecimentos, das instituições, das agências governamentais, onde em cada um dos domínios de atividade desenvolve-se um princípio de identificação e sustenta-se uma demanda de autoridade epistêmica sobre o campo de intervenção, de caráter excludente e parcial. Desse modo, as relações de força que regem os fluxos de informação e desinformação que perpassam o estado, o mercado, a sociedade civil e as comunidades locais, em torno da saúde, são reutilizadas e interiorizadas nas sub-redes locais e setoriais onde se instalam os atores e campos especializados do conhecimento, como participantes engajados nas lutas pela definição de conceitos, ações e recursos da saúde.

O que se manifesta, assim, como “política epistemológica”, em enunciações oficiais e acadêmicas, pode ser considerado, numa inversão metodológica, como uma luta pela centralidade epistemológica, acirrada quando a construção complexa dos objetos de conhecimento requer que seja aceita uma autoridade epistêmica distribuída entre diferentes ofertas disciplinares, diferentes orientações metodológicas, mais de uma jurisdição e nível geopolítico do Estado, enfim, mais de um ator político-gnoseológico.

A inversão dos processos de opacificação da gênese da fragmentação funcional-especializada das informações em saúde pressupõe trabalhar, ao mesmo tempo, na interseção de “malhas densas” informacionais que se justapõem, agregam ou se confrontam nas fronteiras entre a vida coletiva e os subsistemas do Estado, entre as esferas públicas e privadas, entre as plurais matrizes culturais e as descrições reguladoras da ciência e da tecnologia. Não é possível, assim, separar de modo definido as instâncias decisórias econômicas e políticas do estabelecimento do regime de

autoridades epistêmicas que estabelecem fronteiras, relações legítimas e modelos preferenciais nas Ciências e Tecnologias em Saúde. A reformulação das matrizes gnosiológicas nos leva a uma dupla questão da “governança”: governança da pesquisa e da ciência e tecnologia em saúde e governança como questão do regime político. O regime de informação que estabelece os modos preferenciais de definição, preservação, transmissão e uso das informações em saúde tem, como resultante, uma dupla orientação epistemológica e política.

A tematização das ações e meios de informação, porém, tem seguido de modo preferencial as abordagens funcionalistas e instrumentais, tendo como meta explícita, nem sempre alcançada, a otimização do desempenho dos setores institucionalizados das atividades sociais regulares e prioritárias. Incluídas e valorizadas como produtos de serviços auxiliares, enquanto restritas a função de meios, ficam invisíveis à problematização e às reflexões epistemológicas que regularmente examinam e reformulam o escopo, a abrangência e as relações das ciências, práticas e políticas em saúde. A crescente inclusão de temáticas tecnológicas em espaços disciplinares, acadêmicos e de P & D não modifica, de fato, as questões aqui levantadas (cabe lembrar, como exemplo, as revisões da literatura, com ênfase no papel das tecnologias de informação na área da saúde de Mac Dougall e Brittain¹³, Peter Bath¹⁴ e Britain¹⁵).

Sob o regime da dissociação e do obscurecimento da gênese, dois movimentos simultâneos tornam opaca a função constitutiva que as informações, as técnicas e as tecnologias de informação tiveram na constituição do setor Saúde, assim como dificultam sua objetivação reflexiva. Por um lado, os modos de produção das informações e os recortes preferenciais dos regimes de informação dominantes adquirem certa naturalidade e invisibilidade sob a forma opaca das codificações organizacionais e as infra-estruturas materiais e tecnológicas¹⁶. Por outro, o paradigma da neutralidade justifica e propicia a ausência do ponto de vista dos “participantes” – sujeitos de bem-estar ou de adoecimento – cuja ausência será compensada pela quantificação dos casos, a categorização dos sintomas e a construção dos “centros de cálculo”¹⁷, onde são acumuladas e ordenadas as representações anônimas das populações. Convertidos em objetos de práticas e tecnologias que visam à otimização de sua geração, uso e transmissão, documentos e informações deixam de ser problematizados em suas gênese. Seus modos de geração, porém, começam antes da inscrição/registro de significados e ge-

ram efeitos muito depois de sua indexação ou inclusão em grandes bases de dados. Os processos de produção de sentido e de comunicação são olhados, porém, como questões *ex post*, para serem tratadas e resolvidas após existirem as informações e os registros, na fase de sua disseminação ou divulgação.

Mantém-se, nesse quadro, a questão já formulada: por que os estudos da informação em saúde e as tecnologias, práticas e conhecimentos que a objetivam não são incluídos nas ciências da saúde, nem nas grades disciplinares tradicionais, nem nas novas configurações inter e transdisciplinares? Por que são mantidos em uma posição secundária, minimizados como dimensões subsidiárias, auxiliares e não constitutivas do campo transdisciplinar da Saúde?

Ora, a ausência de uma instância diferenciada e reconhecida de pesquisa, experimentação e validação em torno das informações em saúde, capaz de tecer vínculos entre suas plurais manifestações e abordagens, tanto restringe sua inclusão nas ciências da saúde como as deixa sem uma de suas mais importantes referências à mediação política das ações em saúde, enquanto nelas se sustentam muitos dos critérios de aferimento de qualidade e desempenho que permitem dimensionar e ponderar as demandas, as potencialidades, os empecilhos e as realizações do campo da saúde. As informações em saúde, desenvolvidas à luz da preocupação com a integração e articulação de plurais e diversos saberes, meios, ações e linguagens da saúde, elas mesmas não estão sendo olhadas como domínio problemático de diversidade, divergências e articulação.

Hoje, fala-se de uma Sociedade do Conhecimento ou Sociedade da Informação como horizonte de desenvolvimento civilizatório, ficando mais em evidência esse aparente paradoxo em que a informação é ao mesmo tempo requerida nos domínios econômicos e tecnológicos por sua potência relacionante e preterida nos campos científicos ora por sua precária consistência ontológica, ora pela fragilidade de sua condição epistemológica.

Para a reconstrução do espaço teórico e social da informação no setor da saúde é preciso acontecer a decapagem das diferentes camadas com que as mesmas foram sendo construídas e por vezes silenciadas e opacificadas, como quando se restauram as paredes de um prédio histórico, onde se acumularam várias camadas de tinta, em busca do afresco originário, do diagrama organizador de múltiplas justaposições de significações, códigos e meios que produzem efeitos de infor-

mação e desinformação. Precisa-se, assim, compromissar os discursos técnico-eficientistas com a releitura dialética dos confrontos, dos movimentos estratégicos dos discursos legitimadores, das ausências excludentes das alteridades.

A proposta possível de reformulação da matriz cognitiva da informação em saúde tem que se dar a partir do reconhecimento dos modos de construção, diferenciação e interação entre as informações científico-tecnológicas em saúde (considerando a comunicação e a literatura científica, os arquivos e as memórias científicas), os registros contínuos administrativos e as bases de dados estatísticas que os traduzem, agregam e reinscrevem; as informações públicas e estatais; as narrações dos grupos sociais e as formas incipientes de seu reconhecimento em novas formas de interlocução inclusiva.

Considerando sua máxima extensão antropológica, o conceito de saúde vai ao encontro das demandas éticas que são renovadas por questões que, como as descobertas genéticas e a biotecnologia, parecem diluir as fronteiras entre a saúde como “fato social total”^{18,19} e como “setor” especializado - científico, tecnológico, econômico e político. A dupla extensão da matriz gnossológica da informação em saúde tem como ponto de partida tanto o olhar hermenêutico-antropológico quanto o dialético-crítico.

Ao procurar especificar o que aqui se entende por informação em saúde e intercampo teórico-prático de informação e informática em saúde, cabe lembrar outras reflexões acerca da autonomia e da inter-relação das práticas e saberes da saúde em sua configuração social e epistemológica. Um dos conceitos utilizados nesta direção tem sido o de “campo social”, aplicado por extensão aos “campos científicos”. Conforme Bordieu²⁰, “campo” designa uma configuração de atores, práticas e saberes, onde se articulam possibilidades e limites epistemológicos e sociais em torno de uma definição de valor daquilo que mobiliza os interesses que estão em jogo.

Paim e Almeida Filho¹² consideram que a Saúde Coletiva resulta da articulação de um campo disciplinar - de produção do conhecimento científico, a Epidemiologia - um campo de aplicação tecnológica - atividades de aplicação de tecnologias, o planejamento e gestão da saúde - e um campo social, onde se desenvolvem as práticas comunitárias do cotidiano assim como as práticas profissionais, domínio da promoção da saúde. Campos sociais articulados entre si interagem ainda com outros “campos” ou “domínios” do setor da saúde (como o campo da clínica) ou ainda de

outros domínios (como o das políticas sociais). Os autores consideram que um modo produtivo de olhar o “setor-intersectorial” da saúde é desde em direção à transdisciplinaridade. A síntese transdisciplinar, ao ir além das sínteses disciplinares, é também um bom ponto de partida para superar as crises paradigmáticas.

No contexto de proposição da transdisciplinaridade como desejo e como projeto, propõe-se falar de modo atual num ‘**intercampo de informação e informática em saúde**’, a fim de colocar de manifesto que se tratam de atores, práticas, procedimentos e saberes que tanto atravessam e penetram em outros “campos”, que já têm constituído seus critérios diferenciados de identidade e de valor dentro de sua referência comum à saúde, quanto constituem e interpelam as zonas de interseção que estariam a existir nos interstícios dos diferentes campos que hoje parecem descrever as complexas e segmentadas facetas das ciências e ações em saúde.

No intercampo, visa-se à constituição dos fluxos e estruturas que viabilizam o intercâmbio, a cooperação, as interações, tanto intra como intercampos; ao mesmo tempo, nele ficam expostas às segmentações, os conflitos e os “buracos estruturais” que esgarçam em pontos cruciais o tecido social da saúde. O intercampo, conforme proposto aqui, tem dois princípios de identificação e definição de valor: um, que compartilha com os domínios que perpassa e interliga, identificação que nele se realiza com um certo grau de abstração e generalização, por vezes como representação (neste caso, a saúde); outro, que lhe pertence com caráter primário (neste caso, informação), mas à custa de ser formal, relacional e operatório, de tal forma que lhe seja possível perpassar, de modo permanente ainda que provisório e incompleto, todas as fronteiras de interseção que lhe coloque aquele outro princípio de identificação.

Para acompanhar aproximadamente o modelo de Paim e Almeida Filho¹² para a Saúde Coletiva, a indagação epistemológica, social e política acerca da informação em saúde tem que reformular, num escopo e abrangência reticular e transdisciplinar, as delimitações e interstícios das configurações segmentares e por vezes dissociadas com que se apresentam hoje as práticas, saberes e informações em saúde. Entende-se que, sob a referência delimitadora do campo, se esboçam as figuras relacionais melhor compreendidas sob o conceito de redes²¹.

A valorização do ponto de vista dos participantes, frente sua crescente substituição pelos empreendimentos dos poderes políticos e econô-

micos - que substituem a participação dos sujeitos implicados nas atividades sociais pela integração por nexos infra-estruturais e por meios - tem levado Habermas²² a propor um novo modelo de análise, considerando os jogos de comunicação e informação em duas dimensões. A primeira, o **mundo de vida** (ou “formas de vida”), onde os jogos de ação e integração social se constituem e legitimam no agir comunicativo dos participantes. A segunda, os **sistemas** onde os poderes políticos, administrativos e econômicos monopolizam as definições dos modos de integração e direção das atividades sociais, através de seus controles de meios e infra-estruturas.

Esta abordagem permite reconstruir com maior acuidade o diagrama político das relações entre atores, saberes e práticas de informação, como parte do intenso esforço por (re)pensar novos desenhos epistemológicos de investigação no campo da Saúde Coletiva e de sua relação com as Ciências Sociais e Humanas, a Ciência da Informação, a Comunicação, as Telecomunicações e a Ciência da Computação, respeitados em suas especificidades.

A proposta de intercampo de informação e informática em saúde se consubstancia tanto a partir de uma epistemologia que tenha por referencial a abordagem transdisciplinar, quanto da consolidação de um processo político-histórico de construção institucional, espaço portador de potência e relevância: intercampo político-epistemológico.

Intercampo de informação e informática em saúde: domínio de saberes e ação política

Para o Intercampo de Informação e Informática em Saúde participar, em toda sua potencialidade e no mesmo patamar epistêmico e político, do enfrentamento da crise paradigmática da(s) Ciência(s) da Saúde *pari passu* com a ampliação de seu uso no processo decisório pressupõe que as respostas a esses desafios se inscrevam na luta dos agentes coletivos, em uma ação política que conquiste **novas** correlações de forças, resultantes de **novas** relações de poder e produção de **novos** saberes. Ação política que se materialize tanto no âmbito epistemológico, quanto na política de saúde (e como parte dessa na Política de C&T em Saúde e Política de Informação e Informática em Saúde), na gestão do SUS, conferindo à **práxis** de informação em saúde visibilidade e potência de intervenção.

Apenas a título de ilustração, como exemplo, destacam-se as estruturas de gestão do SUS das três esferas de governo: Ministério da Saúde, Secretarias de Estado e Municipais de Saúde. Salvo mudanças na denominação, em quase todas se observa o quadro fragmentado das informações e informática em saúde, esquematicamente apresentado na Figura 1. Observa-se que cada setor/órgão/agência *in per se* esforça-se por constituir “seu” próprio sistema de informação, “seu” núcleo de informática ou tecnologia de informação e, paradoxalmente, “sua” padronização. Essa si-

tuação reforça a dispersão, facilita a multiplicação de contratos e fragiliza sua identidade institucional, epistêmica e sua potência de ação política.

Entretanto, a partir dos diferentes e muitas vezes estanques setores, pode-se vislumbrar a potencialidade de constituição de uma linha tênue de ação política e epistemológica que perpassa por todos, em uma abordagem transdisciplinar, e estabeleça canais de interlocução contínuos em direção a um processo coordenado, contribuindo para a (re)construção do intercampo de informação e informática em saúde. (Figura 2)

Figura 1. Fragmentação das informações e informática em saúde.

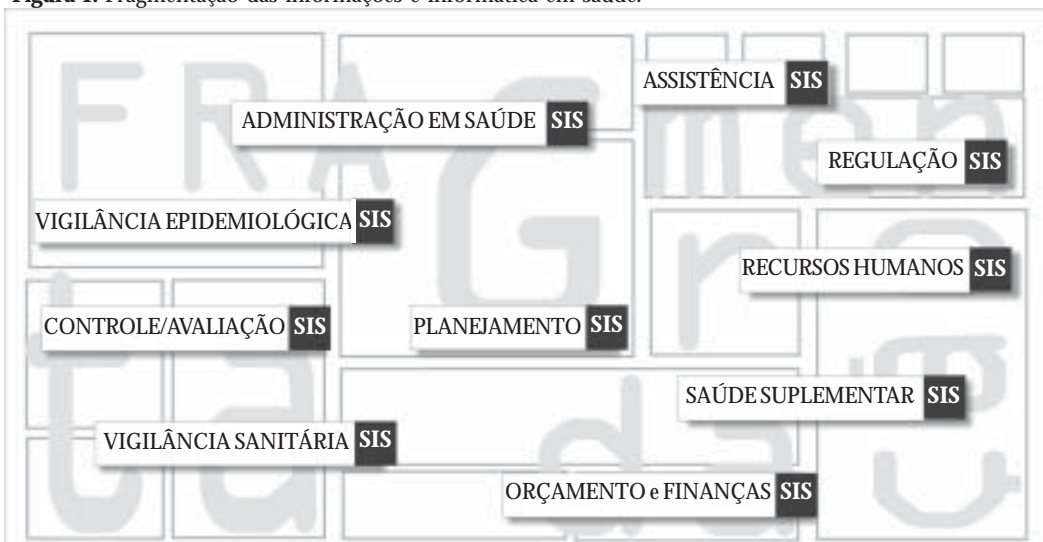


Figura 2. Intercampo de Informação e Informática em Saúde.



Uma estratégia como essa requer esforços contínuos e agentes vocacionados para tal, legitimados institucionalmente. É nesse contexto que surge a necessidade de constituição de instância formalizada dedicada à informação e informática em saúde (IIS), conformando novas arenas e atores em uma ação política em forma de rede. Nesse processo, existem diferentes forças intervenientes, que se somam ou se conflitam, em uma intensa dinâmica de negociação a cada passo, a depender do momento histórico e/ou da agenda de atuação. É óbvio que as negociações já existem. Esse ensaio propugna a entrada nessa cena de novos atores em novas arenas, revestindo de maior visibilidade todo o processo que passa a pressupor maior mobilização social e política, forjando uma rede complexa de poderes e saberes que amplia a potência de intervenção no jogo político.

De fato, a ação política voltada para a (re)constituição do intercampo de informação e informática em saúde, para ser efetiva, precisa envolver (Figura 3):

a) Os espaços de pesquisa, de desenvolvimento tecnológico e de ensino no âmbito da Ciência e Tecnologia em Saúde e em Informação;

b) Os espaços governamentais e de administração pública no âmbito da saúde e no âmbito da informação e informática; e os espaços de empreendimentos econômicos e de administração privada da Saúde e da Informação, incluindo suas tecnologias associadas – considerando também a computação e as telecomunicações); e

c) Os espaços de conquista e exercício de cidadania: modos de vida & saúde, enquanto conjunto articulado das práticas da vida cotidiana⁹.

Com a preocupação de participar desse empreendimento coletivo, agregam-se ao exposto anteriormente algumas iniciativas estratégicas para conferir maior visibilidade e mobilização social e política ao processo como um todo:

- Identificação de centros de formação, pesquisa e desenvolvimento tecnológico para o desenvolvimento de uma Rede Nacional de Centros de Ensino e Pesquisa em Informação e Informática em Saúde voltada para um intensivo

Figura 3. Intercampo de Informação e Informática em Saúde: espaços envolvidos.



processo de interlocuções e troca de experiências para potencializar o uso de investimentos de fomento em P&D.

- Intenso programa de capacitação na formação de quadros com qualificação científica e tecnológica para a constituição de massa crítica e criativa, produtora de conhecimento (teórico, conceitual, metodológico, tecnológico e técnico-operacional), nas esferas públicas de C&T em Saúde e dos Serviços de Saúde.

- Organização, no âmbito de instituições tais como Ministério da Saúde, Secretarias de Estado e Municipal de Saúde, Centros, Núcleos e Laboratórios de Ensino e Pesquisa de espaços (instâncias) dedicados ao (re)pensar da informação e informática em saúde e ao seu desenvolvimento epistemológico e político, por agentes históricos em sua prática institucional, afinal, [...] **No nível da práxis, tais efeitos** [concretos e simbólicos da produção do conhecimento] **somente se realizam dentro de instituições de produção socialmente organizadas como qualquer outra prática social-histórica.**⁹ Esses espaços organizacionais têm a responsabilidade de re-ligare o disperso, o separado, o desconexo. Nesse sentido, exercem a função de coordenação, interlocução, referência e identidade do intercampo de práticas informacionais em saúde.

- Manutenção de interlocução epistemológica e política com o debate que se dá no âmbito da maturação teórica da Saúde Coletiva, da Epidemiologia e dos esforços em torno da construção de uma Ciência da Saúde, sempre de forma cooperativa e solidária, em um mesmo patamar, sem subordinações, valorizando a riqueza e fecundidade da diversidade e pluralidade de pensamentos e abordagens. De fato, trata-se de se incorporar ao movimento de intensa convergência tecnológica no campo da informação, alargando-o para um processo de convergência da produção do conhecimento de diferentes campos de saberes, sob a ótica da transdisciplinaridade.

- Priorização dos estudos voltados para a superação da ausência sistemática nas informações em saúde do **sujeito** – indivíduo integral portador de historicidade, direitos e deveres, cidadania e subjetividade, **vis-à-vis** a presença de fragmentos do indivíduo na realidade virtual do ciberespaço. Ao mesmo tempo, refletir sobre o paradoxo de tornar mais efetivos os dispositivos de biovigilância – como os SIS – em uma sociedade, como a brasileira, com um frágil arcabouço jurídico-ético-institucional de defesa da esfera privada da vida. Quais são os limites entre a esfera pública (governamental/estatal) e a esfera priva-

da na sociedade contemporânea, em sua expressão concreta no Brasil?

A mudança emergirá a partir de nova **práxis** construída por agentes históricos que lutam de acordo com suas posições nas relações de poder e produção de saberes, em defesa de seus interesses e visões de mundo. A capacidade da Informação em Saúde se transformar, superando suas históricas limitações, depende de como fiquem posicionados nos espaços decisórios os agentes coletivos que melhor expressem as demandas e condições de um uso social da informação que rompa com a abordagem biologicista e fragmentadora da Saúde.

Para tal, a construção da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde, como parte da Política Nacional de Saúde (o que inclui a Política de C&T em Saúde), precisa ocorrer nos marcos da democracia participativa, onde se impõe a seguinte questão: quem participa das decisões relacionadas à informação e informática em saúde? Observa-se que as disputas de interesses se dão através da ação de ‘atores especialistas’. As decisões em torno da informação e informática em saúde permanecem exclusivamente “nas mãos” dos que “entendem”, dos que “sabem”, dos “técnicos”⁷.

Política de Informação e Informática em Saúde (PIIS) que, nesse caso, pressupõe ser forjada com ele (**sujeito informacional**) e não para ele, nos marcos da democracia participativa. PIIS que pressupõe decisões políticas e econômicas eivadas de relações de poder e produção de saber. Não se trata apenas de discutir e (re)pensar sistemas de informação em saúde e/ou técnicas computacionais, confinando o debate a aspectos específicos, com baixa capacidade de mudanças, esvaziando o processo de formulação, implementação e avaliação da PIIS.

Trata-se de uma política vinculada a um projeto de país, onde sociedade organizada, governo e C&T em Saúde, em um amplo pacto, irão responder a seguinte questão: Como as informações em saúde podem, ao mesmo tempo, contribuir para: 1) um processo democrático emancipador do Homem brasileiro; 2) o exercício do controle social; e 3) a gestão qualificada do SUS comprometido com a melhoria da saúde da população?

Política pública vinculada a um projeto emancipador que pressupõe a inscrição do tema da informação e informática em saúde tanto na agenda coletiva de luta daqueles que sofrem com a fragilidade de um processo democrático massificador, quanto na agenda da saúde dos Con-

selhos de Saúde, das Comissões Intergestores e nos espaços de pesquisa e desenvolvimento tecnológico.

Considerações finais

O conhecimento científico se dá em contextos históricos onde se desenvolvem seus planos teóricos e de práticas, lógicos e empíricos, a partir de produção de saberes e relações de poder exercidas por agentes – pessoas – em suas inserções institucionais, sociais, políticas, econômicas e culturais. Com esse entendimento, o presente ensaio rompe com a ‘aura da neutralidade’, pois se insere no compromisso de levantar questões que podem delinear as imbricadas dimensões do problema de partida: a necessidade de superar as limitações da ‘informação e informática em saúde’ como um dos pré-requisitos fundamentais para o avanço do SUS e do aumento da capacidade de resposta do Estado e Sociedade em prol da Saúde da população brasileira.

Assim, a ética da responsabilidade na prática de cientistas comprometidas com seu tempo orienta essa ação: procurar desvendar a situação atual da Informação e Informática em Saúde em sua relação com a sociedade que a produz, em sua historicidade, como uma estratégia na luta pela melhoria das condições de saúde da população.

A expectativa é que esse ensaio represente uma contribuição, em sua provisoriedade, para que mais adiante outros avancem na construção de

uma ‘epistemologia da informação e informática em saúde’, por ultrapassagens de elaborações sucessivas, em uma dinâmica de maior aprofundamento e maturidade epistemológica-política, em um diálogo permanente entre os diversos campos científicos, as instituições científicas e de serviços de saúde nas três esferas de governo e entre seus agentes: os cientistas, os profissionais, os gestores e os conselheiros de saúde.

Como indicativo promissor desse caminhar, cabe destacar a iniciativa do Conselho Nacional de Saúde com a criação da Comissão Intersectorial de Comunicação e Informação em Saúde (CICIS), em 2005. A CICIS iniciou um amplo debate nacional entre os Conselhos de Saúde (estratégia consistente de preparação para a realização da I Conferência Nacional de Comunicação, Informação e Informática em Saúde em 2007) em torno da proposta de estabelecimento de um ‘Pacto pela democratização e qualidade da informação e informática em saúde’ no país.

O desafio é inscrevê-lo na *práxis* informacional como conquista da sociedade em uma complexa unidade entre uma razão teórica capaz de conhecer o mundo e uma razão prática, capaz de criar uma civilização humana – um Brasil – mais saudável, justa e fraterna, onde seja respeitada, por todos, a Humanidade presente no outro e em cada um. Esse desafio coletivo se insere no compromisso do estabelecimento de um pacto ético da solidariedade na *práxis* da atenção à saúde em um amplo movimento voltado para manter o *encantamento e a esperança* no SUS.

Colaboradores

IHS de Moraes e MNG de Gómez participaram igualmente em todas as etapas de elaboração do artigo.

Referências

1. Serres M. *Os cinco sentidos – Filosofia dos corpos misturados 1*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2001.
2. Santos BS. *Pela mão de Alice. O social e o político na pós-modernidade*. São Paulo: Cortez; 1996.
3. Araújo HE. Desigualdades, cambios demográficos recientes y perfil epidemiológico como variables políticas de salud – un análisis regional. In: Negri B, Di Giovanni G, organizadores. *Brasil – Radiografía de la Salud*. Campinas: UNICAMP; 2003.
4. Hasenbalg C, Silva NV, organizadores. *Origens e destinos: desigualdades sociais ao longo da vida*. Rio de Janeiro: Topbooks; 2003.
5. Vasconcellos MM, Moraes IHS, Leal MT. Política de saúde e potencialidades de uso das tecnologias de informação. *Revista Saúde em Debate* 2002; 61:219-235.
6. Moraes IHS. *Informação em saúde: da prática fragmentada ao exercício da cidadania*. São Paulo: Hucitec; 1994.
7. Moraes IHS. *Política, tecnologia e informação em saúde - a utopia da emancipação*. Salvador: ISC/UFBA e Casa da Qualidade; 2002.
8. Foucault M. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1980.
9. Almeida Filho N. *A ciência da saúde*. São Paulo: Hucitec; 2000.
10. Santos M. *Técnica – Espaço – Tempo: globalização e meio técnico-científico informacional*. São Paulo: Hucitec; 1997.
11. Offe C. *Problemas estruturais do estado capitalista*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 1984.
12. Paim, J; Almeida Filho N. Saúde Coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? *Revista de Administração Pública* 1998; 32(4):299-316.
13. Mac Dougall, J.; Brittain, J.M. Health Informatics. *Annual Review of Information Science and Technology* (ARIST) 1994; 29:183-217.
14. Bath, P. Data Mining in Health and Medical Information. *Annual Review of Information Science and Technology* 2003; 38.
15. Russell MR, Brittain M. Health informatics. *Annual Review of Information Science and Technology* 2002; 36.
16. Bowker GC, Star SL. *Sorting Things Out. Classification and its Consequences*. Cambridge: MIT Press; 2000.
17. Latour B. *Ciência em ação. Como seguir cientistas e engenheiros sociedade afóra*. São Paulo: UNESP; 2000.
18. Minayo MCS. Health as a scientific object and a theme for life. *Cad Saúde Pública* 2001; 17(4): 777.
19. Mauss M. *Sociologia e Antropologia*. v. I. São Paulo: EPU/EDUSP; 1974.
20. Bourdieu P. O campo científico. In: Ortiz R, organizador. *Sociologia*. São Paulo: Ática; 1983.
21. Wellman B. Structural Analysis: From Method and Metaphor to Theory and Substance In: Wellman B, Berkowitz SD, editors. *Social Structures a Network Approach*. Cambridge: Cambridge University Press; 1988. [acessado 2001 Set 18]. Disponível em: www.chass.utoronto.ca/~wellman/publications
22. Habermas J. The Theory of Communicative Action. V.II: *Lifeworld and System: a Critique of Functionalist Reason and the Rationalization of Society*. Boston: Beacon Press; 1987.