

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ / MINISTÉRIO DA SAÚDE

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA

DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO E PLANEJAMENTO EM SAÚDE

CURSO DE DOUTORADO EM SAÚDE PÚBLICA

Paulo Roberto Vasconcellos-Silva

**Razão instrumental
e comunicação em saúde**

Tese apresentada como requisito parcial à obtenção
do título de Doutor em Ciências: Saúde Pública

Orientadores: **Prof.Dr.Francisco Javier Uribe Rivera**
Profª Drª. Brani Rozemberg

Rio de Janeiro, 08 de julho de 2003

À Paula e Rubens dedico este trabalho (que nos roubou tantos momentos preciosos de convivência).

Às minhas meninas Rosane, Dani, Nina e Mel.

À memória de meus pais.

A todos os meus pacientes e alunos.

Há projetos que se assemelham a viagens de elevador: objetivas, previsíveis. São indispensáveis em sua previsibilidade vertical. À maneira dos elevadores, as Ciências necessitam de métodos previsíveis e objetivos, tanto quanto comboios que se estabilizam em seus trilhos. Não obstante, além de métodos, necessita também da tração do lúdico e do simbólico, creio eu. Entretanto, o lúdico sem método ou centrado ao redor de um único eixo, se converte em carrossel iluminado, circular para sempre. Meu primeiro agradecimento é dirigido ao amigo e orientador Javier, que confiou em meu potencial de trabalho e metodocidade, assim como em meus freqüentes desvios lúdicos. Anteviu, mais que eu, o potencial deste projeto embora eu não lhe oferecesse mapas razoáveis nem rotas precisas. A isto devo o pouco de elevador e carrossel e o muito de vôo livre e montanha russa que experimentei nestes últimos quatro anos.

Ao amigo Luis David Castiel, parceiro reincidente na esgrima das palavras.

À minha amiga Brani, que me apresentou ao sentido mais rico da Comunicação em Saúde.

Gostaria de expor minha gratidão à Dr^aMagda Cortes Rezende pelas inestimáveis aulas práticas nos labirintos do Instituto Nacional de Câncer. Este trabalho só foi possível graças ao privilegiado ponto de observação descortinado por ela e pelo Dr. Marcos Moraes a partir de 1996.

Agradeço à colaboração de meus colegas do Comitê de Padronizações (Vânia Teixeira, Ailse Bittencourt, Luzia Menezes, Miracy Machado, Luciana Santoro, Marcos Fábio, Beatriz Oliveira, Osmar Peixoto, Kátia Torres, Loyclair, Denise Rangel e Valdete) e aos colegas da Divisão de Comunicação Social do Instituto Nacional de Câncer, pelas inúmeras oportunidades de aprendizado e crescimento como profissional e servidor público pleno.

Aos colegas do Hospital Universitário Gaffrée-Guinle da Universidade do Rio de Janeiro, pela confiança e respeito sempre dedicados.

Ao Sr.Cardona e a Elizabeth, pela inspiração nos momentos certos de minha passagem por este mundo.

Resumo.....	viii
Abstract.....	ix
I . O sentido como o centro do mundo.....	1
A renúncia do sentido, o esclarecimento e o sono da razão comunicativa.....	12
A ciência das organizações.....	16
Linha crítica do trabalho.....	16
II . A racionalidade do controle	
1. Modernidade e racionalidade instrumental	18
A moral operativa que despreza e se apega ao prazer.....	20
Patologias do mundo da vida.....	21
2. O desencantamento pelo reencantamento na técnica	24
O mito da controlabilidade, de Skinner à Cibernética.....	30
A racionalidade dos jogadores.....	35
Jogos não-cooperativos e o equilíbrio de Nash	41
3. Tecnologização cultural e mídia.....	43
III . A racionalidade do entendimento.....	49
Atitudes performativas	54
Ação comunicativa.....	58
Mundo da vida.....	59
Ação estratégica, normativa e dramática.....	61
Teoria do conhecimento e interesse.....	64
IV . Organizações e conflitos	
Conflitos institucionais e tecnologia.....	69
Estrutura das Organizações Profissionais de Saúde	77
Setores-fonte: ilhas do arquipélago hospitalar	81
O hospital como espaço para ação comunicativa.....	84

V . Próteses de comunicação e alinhamento comportamental: uma revisão da literatura sobre impressos hospitalares	
Resumo.....	89
Introdução.....	90
Procedimentos Metodológicos	91
Trabalhos sobre a eficácia dos impressos na área da saúde	92
A informação impressa não modifica comportamentos	93
A informação impressa contribui para a modificação de comportamentos.....	95
Cognitivistas: relações entre alinhamento comportamental e conhecimento.....	95
A informação como fármaco	100
Iluministas, anti-interacionistas e proto-interacionistas	102
Conclusões	104
VI. Comunicação instrumental, diretiva e afetiva em impressos hospitalares	
Resumo.....	108
Introdução.....	111
Procedimentos metodológicos.....	112
Construção e características das categorias.....	114
Conteúdos cognitivo-instrumentais.....	116
Conteúdos técnico-diretivos.....	118
Modulações expressivas.....	121
Sínteses e discussão.....	123
1ª Os impressos refletem a fragmentação e autonomização organizacional:	123
2ª Os textos são conjuntos de mensagens padronizadas e unívocas.....	124
3ª A recepção dos textos é admitida como homogênea	125
4ª Na produção dos conteúdos, o conhecimento e os interesses que o estruturaram são díspares.	126
Conclusões	127
Tabela – Impressos estudados	129
VII. Modelos comunicativos em organizações profissionais de saúde	
Resumo.....	130
Introdução.....	131
Hospitais como comunidades linguísticas.....	132
Modelos comunicativos.....	134
A. Modelo objetivador - instrumental	136

B. Modelo dialógico com perspectivas estratégicas.....	140
C. Modelo monológico iluminista.....	142
D. Modelo comunicativo (não-linear) pleno.....	146
Quadro – Modelos comunicativos em instituições de saúde.....	150
Discussão - estruturas de racionalização e modelos comunicativos.....	150
Conclusão.....	151
VIII. Impressos hospitalares e a dinâmica de construção de seus sentidos: o ponto de vista dos profissionais de saúde.	
Resumo.....	153
Introdução.....	155
Procedimentos metodológicos.....	156
A motivação para produzir impressos.....	157
Opiniões e sugestões ao processo de produção de impressos.....	159
O processo de produção dos impressos.....	162
A seleção de conteúdos e a adequação da linguagem.....	162
A associação de profissionais para a produção.....	165
A distribuição de impressos.....	166
Considerações finais.....	168
IX. Internet e o autocuidado em saúde: como juntar os trapinhos?	
Resumo.....	171
Introdução.....	173
Novos aspectos da ética médica ou nova ética médica?.....	176
O autocuidado.....	177
Telemedicina, cibermedicina, a informática para a saúde do consumidor e as escolhas do paciente baseadas em evidências.....	180
Nos domínios da e-saúde.....	182
A qualidade da informação na rede.....	186
As escolhas dos pacientes/consumidores baseadas em evidências.....	188
Desafios na junção saúde e novas tecnologias de comunicação: breves comentários finais.....	190
X. Do the internet messages promote health? Log files analisys to assess health media impact	
Abstract.....	196
Introduction.....	197

Health and commercial promotion in media messages	198
Developing effective Health campaigns.....	200
Log analysis technology.....	201
Data and indicators.....	202
Data generated by the log analyser software:.....	202
How to use the log file analysis - National Cancer Institute experience.....	203
Conclusions:	204
Annex - Charts 1, 2 and 3.....	205
XI. Arquivos de acesso à Internet e campanhas de prevenção de câncer: promovendo saúde ou doenças?	
Resumo.....	208
Introdução.....	209
Procedimentos metodológicos.....	210
Análise de arquivos de acesso (<i>log files</i>) na Internet.	210
Seleção de “páginas sentinela”	212
Resultados	213
Discussão.....	216
Conclusão	219
Apêndice 1 - Tabelas	220
Apêndice 2 – Gráficos.....	222
CONCLUSÃO - Até onde poderiam chegar nossos instrumentos?	225
Referências bibliográficas:	229

Resumo

No presente trabalho descrevemos o processo de racionalização social, caracterizado pela expansão de uma forma de razão instrumental e sua produção, enfatizando a convergência de organizações profissionais e ideologias técnicas. Esta racionalidade é fundamentada em mitos modernos, símbolos e ritos de tecnologia, que produzem as distorções, aqui descritas. O processo de cientificismo cultural e consumismo originou construções teóricas de controle e dominação, como o behaviorismo, a cibernética social (capítulo II) e a “*Health Information for Consumers*” (capítulo IX). Nos ambientes hospitalares descrevemos deslocamentos de atos cotidianos para terrenos técnicos, assim como a idéia de saúde como um item manipulável por especialistas a ser consumido por pessoas comuns.

As organizações hospitalares como comunidades lingüísticas (e inspiradas por esta racionalidade instrumental), são estruturadas em equipes de especialistas que contam com poucos recursos comunicativos (capítulo V to VIII). Os “atos de fala” comuns são substituídos por “próteses de comunicação”, concentradas em sistemas semânticos técnicos, extraídos por estas equipes de suas referências culturais específicas (capítulo V). As debilidades destes sistemas de comunicação estão inscritas em seus típicos mecanismos de argumentação e suas fontes implícitas de referência e validação. A formalização destes sistemas é descrita como “modelos comunicativos” (capítulo VII).

Descrevemos a “cacofonia da mídia” causada pela super-exposição dos experts (em convergência com conteúdos lingüísticos reprimidos, como a morte) que degenera em patologias sociais no campo comunicativo. Tais distorções refletem vieses econômicos, científicos e instrumentais, os quais validam a informação sobre saúde como um “objeto” a ser transferido sem qualquer tipo de pesquisa de recepção de suas mensagens. Neste sentido destacamos como as TCI (Tecnologias de Informação e Comunicação) têm coberto domínios de informação médica cada vez mais amplos, produzindo novos campos de especialização conhecidos como Telemedicina, Cyber-Medicina e o “Consumo de Informação em Saúde” (capítulo IX).

Usamos a teoria habermasiana da ação comunicativa como base teórica para observação destes limitados sistemas de pensamento. Propomos uma ética do discurso baseada na necessidade das conexões intersubjetivas (a atenuar os pressupostos de univocidade das mensagens) que estreitaria os laços de confiança entre profissionais e seus pacientes. As “quimeras técnicas” que colonizam nossa cultura são retratadas neste trabalho como modelos de comunicação assimétrica. Segundo tais modelos as mensagens sobre saúde (por próteses de comunicação ou por mensagens na Internet) são orientadas a lidar com a comunicação humana como um “objeto” controlado pela razão instrumental.

PALAVRAS-CHAVE: Comunicação; Barreiras de comunicação; Sistemas de comunicação no hospital; Comunicação interdisciplinar; Relações interprofissionais; Internet.

Abstract

In this work, we describe the process of societal rationalization, characterized by the expansion of an instrumental kind of reasoning and its production, focusing the convergence of professional organizations and technical ideologies. This rationality is based on modern myths, symbols and rites of technology, which produce distortions here described. The process of cultural scientificism and consumerism has originated theoretical constructions of control and domination like behaviorism, social cybernetics (chapter II) and “Health Information for Consumers”. (chapter IX). In hospital settings we described displacements of everyday acts to technical grounds, and the idea of health as a item to be manipulated by experts and consumed by ordinary people (chapter IX).

Hospital organizations as linguistics communities (and inspired by this instrumental rationality), are structured on specialist teams which have few communicative resources (described in chapter V to VIII). The ordinary “speech acts” are substituted by “prosthesis of communication” which are focused on the technical semantic systems, extracted by these teams from their specific cultural references (chapter V). The weaknesses of these communication systems are enrolled on their typical argumentative mechanisms and implicit sources of reference and validation. The formalization of these systems is described as “communicative models” (chapter VII).

We described the “media cacophony” caused by the experts’ over-exposition (in convergence with repressed linguistic contents, like death), which degenerates in social pathologies on the communication ground. These distortions reflect economic, scientific and instrumental biases, which validates the health information as an “object” to be transferred without any kind of research on messages reception. We pointed out how ICT (Information and communication technology) has covered larger domains of medical information, producing new fields of specialization known as Telemedicine, Cybermedicine and Consumers’ Health Information (chapter IX).

We used the habermasian Communicative action theory as a theoretical basis to observe those narrowed thinking systems. We propose a discourse ethics based on the need of intersubjective connections (to attenuate assumptions of univocal messages) to strengthen trust ties between professionals and their patients. The “technical chimaeras” that colonize our culture are portrayed in this work as linear asymmetric communication models. According to these models, health messages (by communication prosthesis or Internet messages) are oriented to deal with the human communication like an “object” controlled by technical reasoning.

Key words: *Communication; Communicatoin barriers; Hospital communication systems; Interdisciplinary communication; Interprofessional relations; Internet.*

I . O sentido como o centro do mundo

*O objetivo de uma armadilha de peixes é pegar peixes ;
Quando eles caem na armadilha, ela é esquecida.
O objetivo de uma armadilha de coelhos é pegar coelhos ;
Quando estes são agarrados, esquece-se a armadilha.*

*O objetivo das palavras é transmitir idéias.
Quando estas são apreendidas, as palavras são esquecidas.
Onde poderei encontrar alguém que se esqueceu das palavras ?*

É com ele que gostaria de conversar.

Chuang Tzu ¹

Tien Cheng Tzu (Tzu, *In* : Hosel, 1998 ; p.257-74) categoriza como “curiosa inversão” o modo ocidental de expor seus conceitos. Através de processos dedutivos instituídos a posteriori, legitima-

se uma idéia central intuída a priori, a seguir descrita de trás para frente. Desta forma, desencadeia-se no expectador a sensação de que diversos procedimentos lógicos, desde que instrumentalizados por técnicas e formulações adequadas, são imprescindíveis às descobertas, cujas acumulações se desdobram em conhecimentos. Em tais formatos de exposição, se insinua a idéia de seqüência ou sucessão de pequenas verdades ordenadas por uma lógica original. Para o ocidental, o encadeamento desta “genealogia lógica” seria indispensável à validação de uma idéia. Segundo Tzu, o que não se deixa ordenar pela seqüência e deduzir pela lógica parece não sobreviver como digno de atenção, neste

Enlightenment (Li Jet)

¹ In: Hosel, 1998, p.257.

percurso onde os processos dedutivos evitam contatos com paradoxos. O mundo é definido como algo que pode ser descrito e manipulado por técnicas e métodos, embora em uma descrição totalizante se perceba que esta não confere com o somatório das suas descrições parciais. Os ocidentais forçam a inclusão de todo o real no pensar lógico, ordenado e sistemático, ao redor do qual instauram-se tribunais racionalizadores permanentes contra tudo o que se apresenta como antítese a tal enquadramento.

Tzu prossegue afirmando que o pensador oriental, ao contrário, delicia-se com a descoberta dos paradoxos mais belos, ou seja, aqueles ainda não identificados por ninguém. Talvez a isto possa ser atribuído o modo de organizar palestras e conferências dos orientais, com metáforas e parábolas que retratam o “centro do assunto”, ou conhecimento mais profundo que se intenta atingir com os proferimentos que se seguem. A partir deste eixo prosseguem na explanação de exemplos convergentes sem que, no entanto, seja imprescindível conjugar nexos estreitos de causalidade. Filósofos chineses como Kung Fu-tse (latinizado como Confúcio) e Han Fei-Tzu, se valiam de métodos de transmissão de idéias, semelhantes (em alguns aspectos) ao que atualmente chamamos de estudo de caso. Um membro do grupo de estudo apresentaria um paradoxo, sob o formato de uma parábola, que seria em seguida explorada pelo grupo em suas possíveis interpretações. Como forma de adquirir conhecimento profundo acerca de um tema, os paradoxos são bem vindos a ilustrar o tema central, na qualidade de antíteses pacíficas e construtivas, genuínos substratos para sínteses.

Não obstante, para que esta forma de desencadear pensamentos seja assimilada por todos durante uma troca de idéias, de forma a não deixar lapsos ou inconsistências, é necessária a explicitação do sentido das palavras para que todos acompanhem o percurso de um raciocínio a partir dos mesmos significados. A respeito da importância do significado, Tzu lembra que a Física newtoniana atribuía a coesão do universo à força de atração dos corpos, o que foi retificado pela Física Quântica ao descrever o universo como um conjunto de matéria e energia em formatos intercambiantes. Acrescenta então, metaforicamente, que o que mantém a coesão de todos os mundos, culturas e almas é o sentido, como significado. Cada semblante reflete uma paisagem que se lhe põe à frente. Esta é a natureza humana no que possui de mais complexo e limitador, embora fascinante

- a plurivocidade. As palavras e seus significados se colocam em uma conversação como pontes, na intermediação desta força de coesão universal.

Sobretudo para os orientais, há importância suplementar à significação das palavras. Nem toda sutileza dos ideogramas chineses pode ser traduzida com a mesma equivalência em expressões de idiomas ocidentais, problema que se acentua nos conceitos mais abstratos e específicos. Desta forma, retornando à questão da genealogia lógica, Tzu exemplifica com a palavra “conclusão”. À mente de um ocidental, uma conclusão representaria o resultado final de uma seqüência de idéias, um coroamento apoteótico a que se foi possível alcançar graças a um encadeamento lógico, sem paradoxos incômodos. De forma diversa, para a mente chinesa, o termo “conclusão” se aproximaria mais da idéia de núcleo ou “coração” de um argumento. Por intermédio deste núcleo de idéias, “duas almas procuram se alcançar na compreensão do mundo e dos sentidos culturais que ambas partilham” (Tzu, *In*: Hosel, 1998).

A renúncia do sentido, o esclarecimento e o sono da razão comunicativa.

Kant definiu “esclarecimento” (*Aufklärung*), como a saída do homem da condição de menoridade, a que a natureza há muito o libertou, pelo uso do entendimento na direção de outrem (Kant, 2002; p.115). Acrescenta que o homem, por preguiça ou covardia, muitas vezes se preserva nesta situação de menoridade, à mercê de seus mentores. Estes últimos tanto poderiam adquirir feições humanas como institucionais, bastando que tal tutela nos privasse do uso do entendimento, ao se instituir como necessária ou natural, como desígnio de Deus, como menos trabalhosa (ao preguiçoso), ou arriscada (ao covarde) etc. Tal tutela poderia assumir formatos imateriais, cientificamente validados, na qualidade de ...”preceitos e fórmulas... (e) instrumentos mecânicos de uso racional, ou antes do abuso de seus dons naturais, (que) são os grilhões de uma perpétua menoridade”. (Kant I, 2002; p.116)

A natureza, isenta de paradoxos, é rebaixada à composição de equações e inequações, ao modo de “lição de casa para matemáticos”, como em Nietzsche, quando descreve um mundo de mecanismos e cálculos:

“Uma interpretação do mundo tal como vós a entendeis, senhores, poderia portanto ser uma das mais tolas, das mais estúpidas de todas as possíveis... mecanicistas de nossa época que vos misturais de tão bom grado aos filósofos e que imaginais que vossa mecânica é a ciência das leis primeiras e últimas e que toda existência deve basear-se nelas como um fundamento necessário. Um mundo essencialmente mecânico! Mas este seria um mundo essencialmente estúpido! Se se avaliasse o valor de uma música por que se pode calcular e contar, pelo que se pode traduzir em números... quão absurda seria esta avaliação “científica”! Que se haveria apreendido, compreendido, conhecido de uma melodia assim apreciada?” (Nietzsche, 2000; aforismo 373, p.276-7)

Em parte de sua obra, Nietzsche rejeita o trabalho de degradação da ciência mecanicista operando sobre a natureza em sua forma protéica². Por vezes, os fenômenos naturais persistem em assombrar as tecnologias em sua maneira de não se prestar à contenção sob esquemas em que se lhes tenta formatar. Porém, importante salientar, há esquemas de formatação deliberadamente empenhados na produção de distorções úteis às ideologias, que se valem de preceitos científicos para fundamentar ou validar verdades convenientes. Por outro lado, o que é objeto do presente estudo, há outros esquemas que se tornam interessantes pela exposição de equívocos conceituais a que se tornaram vulneráveis pelo isolamento, pela falta de partilha de idéias com outros esquemas que lhes são opostos. Há teses hegemônicas adialógicas, que perduram estereis e insípidas, sem antíteses a lhes fecundar a razão. Existe a racionalidade instrumental que se repete e, por vezes, se expande na invasão de esferas que lhes parecem estranhas e inextricáveis, embora próximas.

A fé que perdura na perseguição eterna e instrumentalizada do real, tende a gerar ação que se auto proclama “pragmática”. Por efeito deste pragmatismo surdo, há homens que se fazem de “animais de tração científica”, eficientes a perseguir cenouras penduradas à frente dos antolhos. Há certezas rígidas, técnicas constrangedoras e inflexíveis que os orientam a objetivos que nunca são alcançados, embora, aparentemente, estejam à distância de mais um passo. Esta profissão de fé se bastaria em suas técnicas que

² Proteus - personagem mitológico que assumia múltiplas formas para não se deixar enredar. Nietzsche se referia à ciência como movimento de dominação de fenômenos naturais e culturais, que lhe escapam à compreensão por complexidade e mobilidade, o que se presta a argumentação colateral ao que se deseja enfatizar neste trabalho.

dispensam, amiúde, a negociação e produção de sentidos com parceiros como estranhos que caminham ao seu lado.

A certeza técnica, neste estreito sentido, é surda à alteridade, embora dedicada a si própria ao não se perceber pintando retratos sobre espelhos. A verdade de um mundo real, unívoco, se impõe como hegemônica no sono da razão comunicativa que, se desperta, teria a oferecer ricas contradições e paradoxos, motores de sínteses. Quando regidos unicamente pela razão instrumental, há homens que se envaidecem naquilo que percebem em si como pragmatismo. Ao colocar a eficiência a serviço da resolutividade, ambas aplicadas às questões que escapam ao mundo dos elementos objetiváveis, obtêm-se artefatos que acabam por conduzir somente à certeza do imperativo de técnicas complementares (que se reproduzem em novos artefatos). Assim progridem, no compasso da obtenção de pequenos ganhos teóricos, pontuais, parciais e provisórios, portanto, modestamente científicos. A genealogia lógica das seqüências de pequenas verdades, o pragmatismo surdo-mudo e o sono da razão comunicativa desencadeariam, assim, a afeição pelo *upgrade*, como mais um passo em direção ao todo e à verdade objetiva como ilusão de esclarecimento.

A ciência-como-construção em seu aspecto mais avesso à interação, se aproximaria de uma imagem de fórmulas, preceitos, ferramentas e técnicas mentoras em terrenos inadequados (por limitarem o poder esclarecedor de nosso entendimento). Pelo contrário, em seu estado mais amplo e dinâmico, a ciência se permitiria avançar nas relações sujeito-objeto (núcleo da razão instrumental) potencializadas pelas relações sujeito-sujeito (de natureza comunicativa). A expansão desta “ciência-como-espço”, afeita às trocas, se daria como movimento contínuo da razão instrumental permeada pela razão comunicativa e não como ilusão de progresso, que se auto-justifica na geração de mais tecnologias que dispensam interações. Neste contexto o paradigma da comunicação é promissor, como afirma Siebenichler (1989):

“No paradigma da comunicação ...o sujeito cognoscente não é mais definido exclusivamente como sendo aquele que se relaciona com objetos para conhecê-los ou para agir através deles e dominá-los. Mas como aquele que, durante seu processo de desenvolvimento histórico, é obrigado a entender-se junto com outros sujeitos sobre o que pode significar o fato de “conhecer objetos” ou para “agir através de objetos”, ou ainda “dominar objetos ou coisas”. (p.62)

A ciência-como-construção, desistiria de sua ilusão de ordenamento de idéias em pilares harmônicos e definitivos. Abandonaria seus conceitos fechados em si, suas idéias artificialmente encadeadas sem cerne argumentativo e à prova de paradoxos. De seu estado sólido embora algo friável, se converteria em fluxos de entendimentos, afeitos às tematizações, que se desdobrariam em esclarecimento. Na adoção desta ética discursiva, à maneira descrita em Apel (Velasco, 2001) e Habermas, o Norte de seus percursos se vincularia à alteridade de Lévinas (Hendley, 1996) e à “ética comunicativa” (Pusey, 1987) cujas condições de legitimação estariam ligadas ao diálogo simétrico, como acrescenta Habermas:

“ Only the rules and communicative presuppositions that make it possible to distinguish an accord or agreement among free and equals from a contingent or forced consensus, have legitimating force today... Before norms of domination could be accepted without reasons by the bulk of the population, the communication structures in which our motives for action have till now been formed would have to be thoroughly destroyed” (Habermas, 1979; p.188).³

Uma Ciência instruída por esta ética se fortaleceria nas estruturas comunicativas legitimadoras. Poderia desta forma reservar espaços contíguos, tanto aos estudos sobre produção de informação impressa (como sujeito-objeto) como aos estudos de recepção que lhes são complementares. Estes últimos, na qualidade de escuta, se concentrariam nos sentidos atribuídos por outrem ao que se produz para seu esclarecimento (Rozemberg, 2002 – capítulo VIII; Vasconcellos-Silva, 2003a – capítulo V e capítulo XI). As múltiplas escalas de legibilidade (Glanz, 1990; Murphy, 1995; Mumford, 1997 e Chung 2000), softwares de avaliação (Sumner, 1991), estudos de aceitabilidade de estilos (Richard, 1999), cederiam lugar às simples aproximações pessoais dialógicas (Simpson, 1999; Seals, 1997; Van Es, 1998; Peyeler, 1999; Granitza, 1997). Este talento inatamente humano, tende a definhar em organizações e sociedades de índole adialógica e instrumental, como inércia alienadora.

³ “Apenas as regras e os pressupostos comunicativos que as tornam possíveis para distinguir um acordo entre iguais de um consenso forçado e contingente, têm força legitimadora hoje ... Antes que as normas de dominação possam ser aceitas sem motivos pela maioria da população, as estruturas comunicativas nas quais nossos motivos para ação tem sido até agora formados, teriam que ser inteiramente destruídos..”

A ciência das organizações

Como exemplo desta índole fixada no saber sólido e friável, percebemos algumas vertentes da ciência administrativa. Fundamentada sobre preceitos de controle e na relação sujeito-objeto, perceberia as organizações como campo de testes para suas técnicas de reforços positivos e negativos em seus recursos humanos. Na arquitetura bizarra de tal projeto, alguns atributos humanos seriam admitidos como materiais e, portanto, passíveis de manipulação estratégica por gerentes. A administração da motivação e do aprendizado organizacional, para aquisição de “capital humano” e conhecimento como forma de enriquecimento da empresa (Ponchirolli, 2000) são atributos valorizados, embora freqüentemente mal percebidos em suas origens. No fluir de uma ciência administrativa que se define no progresso de suas inovações em direção ao outro, a sucessão vertiginosa de novidades técnicas que se alargam e ultrapassam suas demandas sociais instrutoras, não conquistaria tantos espaços. Seja auxiliada pelas ciências nomológicas (orientada à compreensão do meio para adaptação da espécie), seja no estudo do homem em seu comportamento individual, histórico, social, ou mesmo na investigação das profundezas de suas dimensões subjetivas. A meta do entendimento nas organizações deveria pressupor o uso da razão em direção a outrem. Observamos, de modo inverso, compreensões sistematicamente distorcidas, alienadas em reificações, fetiches, fragmentações do olhar e ensurdecimento ao outro em sua concepção de mundo objetivável em medidas de pequena escala e seus equivalentes. Tais escalas e quantificações, lhes concentraria o conhecimento em profundidade de minúcias - incontáveis partes que, em sua totalidade, se definiria na quimera de um universo real por somatório de evidências. Por outro lado, tal saber é cerceado em profundidade de compreensão. Tal limitação se dá por sua estreita inclinação em aceitar, pela via da escuta ativa e simétrica, todos os paradoxos ou “anomalias” que amiúde impulsionam revoluções em estruturas conceituais (Kuhn, 1995).

Linha crítica da coletânea

A linha crítica que une os artigos apresentados neste trabalho se propõe a problematizar a racionalidade envolvida na produção de pacotes de informação como forma de abreviar interações. A ilusão de que há instrumentos a serem aperfeiçoados para

suprir, à maneira de próteses, os monólogos especializados, assim como os formatos que tais artefatos adquirem serão tematizados (Vasconcellos-Silva, 2003a – capítulo V; Vasconcellos-Silva, 2003b – capítulo VI; Rozemberg, 2002). Os modelos comunicativos adotados pela organização hospitalar, face aos imperativos técnicos necessários ao seu funcionamento serão discutidos no (capítulo VII). Neste trabalho, mencionaremos o recente aparecimento dos Cuidados Paliativos como paradigma de atividade centrada na racionalidade comunicativa, que dispensa diagnósticos e técnicas que acenam com ideais de cura e prolongamento artificial da vida, o que abre espaços a outras questões igualmente interessantes que não caberiam no espaço do presente trabalho.

O excesso de oferta e o consumo de informações (Castiel, 2002 – capítulo IX), em contraposição à escassez de técnicas centradas na sua recepção (capítulos X e XI), das quais derivam algumas distorções (capítulo XI) também são tematizadas como forma de caracterizar lapsos comunicativos que acometem indivíduos e instituições.

No campo das organizações profissionais de saúde, observam-se numerosos percalços no cumprimento estreito e inflexível de regras técnicas. Em seu interior, além da complexificação tecnológica, há complexidades acrescentadas por diferentes atitudes básicas em conflito com visões de mundo díspares, que envolvem atores que não coordenam satisfatoriamente suas ações. Na relação profissional-paciente instrumentalizada, que dispensa interações, os sujeitos se distanciam de suas referências essenciais. Nas relações dos representantes do saber instituído com a sociedade consumidora de informações em saúde, nota-se a preocupação com um controle de qualidade destas referências, como se estas se sedimentassem univocamente. A compreensão tecnificada da saúde e centralidade dos especialistas se torna um dos traços distintivos de nossa época. Esta é a questão substantiva a ressaltar no presente trabalho: a racionalidade técnica como ideologia, a produzir artefatos que obscurecem a necessidade das trocas simbólicas– o desvanecimento do sentido como “centro do mundo”.

II . A racionalidade do controle

*“Você É Meu Ávido Envolvimento.
Minha Afeição Se Prende Curiosamente
A Seu Desejo Apaixonado.
Meu Gostar Anseia Por Seu Coração.
Você É Minha Sôfrega Simpatia:
Meu Terno Bem-Querer.*

Seu Lindamente, M.U.C.⁴

(Manchester University Computer)

1. Modernidade e racionalidade instrumental

É na transição para a modernidade, que uma forma de racionalidade calcada na relação sujeito-objeto desenvolve seus primeiros projetos de tecnicização e cientificação (Habermas, 1984; p.157 e Weber, 2002a⁵). As relações do sujeito com o mundo exigiriam uma clara diferenciação de elementos, definidos ao longo de uma seqüência de desenvolvimentos progressivos. No florescer do capitalismo sob a ética protestante (Weber, 2002a), observou-se a institucionalização de processos produtivos, sistematicamente organizados; a busca por ambientes econômicos e mercados propícios à saúde econômica das empresas; um sistema legal e administrativo que estimulasse a racionalidade do cálculo e sancionasse as transgressões contraproducentes à lógica do lucro. Weber relaciona três esferas de valor cultural (cognitiva, normativa e estética) com posições equivalentes de interesse ou necessidade que se mostram insuficientes para exercer uma influência estruturalizante sobre a



Skinner e sua caixa de condicionamento

⁴ Poema de amor produzido pelo computador da Universidade de Manchester (MUC) programado por Alan Turing. (Strathern, 2000; p.73)

⁵ A modernidade para Weber se inicia com o desenvolvimento do capitalismo (Weber, 2002a).

sociedade como um todo. Em substituição emergem bens “econômicos” a serem perseguidos, de natureza material (riqueza, poder) ou imaterial (conhecimento, moralidade, estética) que geram distorções instrumentais ou hedonísticas.

Todas as ações e construções de estruturas de produção foram instruídas por uma ética que integrou esferas de racionalização (cultura, ciência e arte) em bases orientadas ao êxito. Weber descreve a modernização no surgimento da arte autônoma (desvinculada de função religiosa) e nos processos de racionalização da cultura nos moldes da ciência e da tecnologia. As expansões do conhecimento empírico (de útil potencial preditivo) adquirem formatos de objetivação metódica da natureza. O envolvimento de tal metodicidade a serviço da economia, segundo Weber, seria um dos pilares sobre os quais se desenvolveu um “método de vida” (Habermas, 1984; p.159) que encerra influências oriundas da renascença e da reforma protestante.

O mundo das relações interpessoais obedeceria a um enquadramento objetivador da lei e da moralidade. No interior de tais fronteiras normativas, alargaram-se os espaços ao senso de privacidade e à noção de direitos individuais (Habermas, 1984; p.218-219). Em outros termos, a racionalidade voltada a fins e ao controle enfraqueceu a necessidade dos sujeitos em partilhar visões de mundo e culturas, enfeixadas pelo efeito de convenções, protocolos, leis e códigos. Na visão de Weber, a transição para a modernidade se caracteriza pela diferenciação por especialização de esferas de valor e estruturas de consciência. Neste processo ocorreram transformações do conhecimento tradicional, que se institucionalizaram em sistemas cognitivos e processos de aprendizagem tipificados. O que Weber (2002a) ressalta como aspecto substantivo neste processo, é a constituição, entre os séculos XVI e XVIII, das bases organizativas das empresas capitalistas, assim como na forma de administrar do Estado burocrático, centrado no poder da razão instrumental para legislar e regulamentar. Estas bases nasceram na “concentração dos meios materiais de operação nas mãos do empresário (ou dirigente político) racionalizador”. O estado burocrático se fundamentaria em cálculos de valor e eficiência. A lei formalizada, serviria como meio de organização da economia capitalista e do estado moderno, assim como das formas de interação entre estes, como descrito em Habermas:

“Like Marx, Weber conceives the modernization of society as the differentiation of the capitalist economy and the modern state. They complement one another in their functions so as to mutually stabilize one another” (Habermas, 1984; p. 158) .⁶

Neste contexto, destaca-se o desenvolvimento da modernidade nos espaços dedicados às relações objetivantes do mundo social e objetivo, berço da ciência, dos mercados e da administração. A instrumentalidade antes era representada pela técnica de pequenos grupos sob controle individual, como atividades comuns do mundo da vida na produção de artefatos tradicionais da tecnologia pré-moderna. Isto cede lugar à tecnologia como atividade complexa sob controle automático de máquinas e processos padronizados de produção em série, por sua vez submetidas a algum tipo de racionalidade administrativa. Este processo culminou, por volta do século XIX, na cientificação da instrumentalidade individual ou, em outros termos na, a “cientificação da técnica” (Habermas, 1987; p.72).

A moral operativa que despreza e se apega ao prazer.

A ética protestante valorizava o trabalho qualificado e incessante do “especialista sem espírito” e a índole do asceticismo, na qualidade de moral que desconsidera o corpóreo e o sensório do prazer e da dor física. Em paralelo e como força motriz colateral, o consumo insaciável do “sensualista sem coração” também se difundiu na sociedade capitalista (Weber, 2002a). As orientações racional-valorativas que se apoiaram na busca da riqueza como imperativo religioso e ético, se desfizeram perante paixões puramente mundanas, sobre as quais exercem mútua afinidade. Na conclusão de seu livro, Weber ilustra a interdependência entre ascetismo e prazer com a metáfora do “manto que se converte em prisão”:

« ... o cuidado para com os bens materiais deveria repousar sobre os “ombros do santo como um leve manto, que pode ser atirado de lado a qualquer momento”. Mas o destino quis que o manto se tornasse uma prisão de ferro... Uma vez que o ascetismo se encarregou de remodelar o mundo e nele

⁶ “Como Marx, Weber concebe a modernização da sociedade como diferenciação da economia capitalista e o estado moderno. Eles se complementam em suas funções assim como se estabilizam mutuamente”

desenvolver seus ideais, os bens materiais adquiriram um poder crescente e, por fim, inexorável sobre a vida do homem, como em nenhum outro período histórico. Hoje, o espírito do ascetismo religioso – quem sabe definitivamente – fugiu da prisão. Mas o capitalismo vitorioso, uma vez que repousa em fundamentos mecânicos, não mais precisa de seu suporte... No campo de seu maior desenvolvimento, nos Estados Unidos, a busca da riqueza, despida de seu significado ético e religioso, tende a ser associada a paixões puramente mundanas, que lhe dão com frequência um caráter de esporte.” (Weber, 2002; p.135)

O desaparecimento gradual das referências religiosas a que Weber se refere, e o surgimento dos “especialistas sem espírito” originam seus sub-produtos no campo das organizações (sobretudo nas de saúde) e na natureza vocacional do trabalho. A idéia de trabalho como “projeto de vida” vai sendo substituída pelo saber burocrático especializado e perdido “nas engrenagens de um mecanismo de movimento perpétuo que lhe prescreve uma rotina essencialmente fixa”(Weber *In*: Ingram, 1987; p.75). Assim tomam forma sentimentos de alienação e desespero, perda de liberdade e sentido que a mecanização do trabalho, a crescente burocratização e o consumismo insaciável adicionaram ao desenvolvimento tecnológico e econômico. Habermas admitiu-os como processos patológicos, resultantes de uma institucionalização parcial e seletiva da racionalidade que gerou as condições para este desenvolvimento.

Patologias do mundo da vida

As “patologias do mundo da vida”, em Habermas, se reproduzem nas sociedades modernas quando os imperativos de seus subsistemas, cada vez mais independentes, “invadem” o mundo vital “de fora”. Além disto, a colonização de índole e ética capitalista (como em Weber, 2002a) produziria, em seus extremos, o esvaziamento cultural e a coisificação das relações humanas com perdas de sentido e de liberdade (Siebeneichler, 1989). Há perceptíveis tendências de racionalização instrumentalista do próprio mundo vital para consigo mesmo, em sua auto-coisificação (na qualidade de mero elemento vinculável e manipulável pelas verdades científicas). As culturas de experts aéticos, substituiriam as velhas formas de integração social por falsas consciências ideológicas. A resultante “consciência fragmentada” neutralizaria os mecanismos de sua própria desativação, por intermédio de uma névoa de indistinção entre a razão instrumental e a razão comunicativa.

No presente estudo, tais distorções (bem recebidas como paradoxos que podem vir a nos conduzir a sínteses) nascem de racionalidades que não lograram êxito em se estruturar racionalmente nas esferas da sociedade moderna. Neste molde de argumentação (mais abrangente do que aquele assumido em seu livro de 1987 - “Ciência e Técnica como Ideologia”), Habermas evoca a teoria weberiana, que observa a modernidade como um processo histórico de desencanto com antigos mitos, que descarta todo movimento não racionalizável destes. Em Weber (*In: Habermas, 1984; p.205*) mede-se a capacidade de racionalização de uma visão de mundo, pelo seu potencial de erradicação e substituição de um pensamento mítico que o preceda.

Ocorre que, para que tal racionalização se estabilize, é necessário encontrar inserções em estruturas institucionalizadas e especializadas por conta de acumulações cognitivas historicamente encadeadas. A proposta de visão de mundo de Marcuse é apresentada por Habermas como exemplo (*Habermas, 1984; p.236*) que não alcançou a estabilidade em sua estruturação racionalizadora. A “relação fraterna com a natureza” por representar uma atitude básica prático-moral por sobre estruturas de racionalização cognitivo-instrumentais, não teria como se integrar plenamente ao sistema cultural. Esta, assim como a visão contracultural de mundo, tão em voga à época de sua elaboração nos anos 60, proporia formas de interação / ação social determinadas por formatos expressivos (fraternidade, amor, união) que não constituem estruturas racionalizáveis por si mesmas. Não se integram (e até se contrapõem de certo modo) à racionalidade cognitiva-instrumental que tem a natureza como ambiente de pesquisas ou fonte de exploração de recursos, o que é peculiar à ética protestante. Por isto tornam-se dependentes de outros valores, situados em outras esferas (*ibid p. 238-239*) sem bases para se legitimar em um complexo racionalizador independente. Não produz conhecimento por se valer de uma relação parasítica, sem condições de se consolidar exceto como forma híbrida de conceber o universo.

Nos hospitais e na racionalidade de seus processos, observam-se imperativos de ordem técnica que se apoiam na premência da necessidade - institucional e socialmente legitimada - de diagnóstico e cura. Ocorre que, entre tais imperativos e as estruturas culturais que circundam e permeiam a organização, há desníveis de difícil superação pela via da instrumentalidade que opera sobre tais imperativos. Conceitos de diagnóstico e

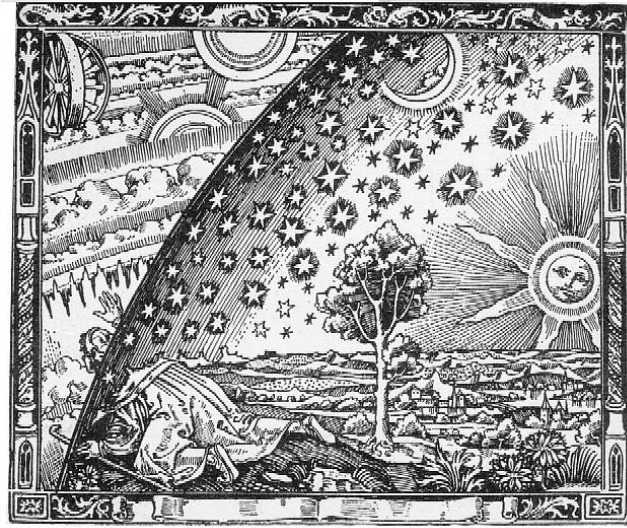
intervenções terapêuticas, aplicadas à comunicação, findam por ressaltar desníveis que são interpretados como enigmas a deslindar pelo aperfeiçoamento de técnicas (ineficientes porque adialógicas). No artigo sobre próteses de comunicação (Vasconcellos-Silva, 2003a – capítulo V) estas distorções podem ser ilustradas pela estratégia da comunicação transmissional cristalizadas em práticas que se assemelham ao aperfeiçoamento de fármacos.

Nos trabalhos apresentados as organizações profissionais de saúde são percebidas como aglomeração de especialistas e sede de saberes que adquirem relevância crescente aos olhos da sociedade. Talvez esta relevância se vincule aos complexos racionalizadores, já incorporados e legitimados socialmente, no ponto em que estes se apoiam na visão de saúde dentro dos estreitos limites do diagnóstico e da cura. Apesar de instrumentalizadas para dar conta de tais questões objetiváveis, oriundas de um universo de entidades nosológicas, diagnósticos e tratamentos, tendem a fracassar fora destes limites. No cenário contemporâneo, observamos movimentos de humanização da assistência nos hospitais que, ao acertadamente perceberem a falta de interação entre equipes e clientes, se valem de técnicas importadas das ciências administrativas (Cohen, 1993) para instrumentalizar e padronizar novas atitudes mais humanizantes.

Por carência de estruturas comunicativas institucionalizadas, através das quais poderiam se estender às dimensões do meio no qual se inserem e às demandas subjetivas daqueles que se submetem às suas intervenções técnicas, tornam-se míopes na percepção de seu papel social e surdas ao clamor por diálogos. Impregnadas de uma racionalidade inadequada à compreensão das demandas sociais, se corporativizam em serviços especializados e inarticuláveis com as necessidades da comunidade que as cerca. A clássica atomização / estanquização de seus formatos organizativos produz e reproduz a metáfora da ciência-como-construção, irredutível face às demandas de interação de seus profissionais entre si e destes perante seus clientes. Em seus ambulatórios e enfermarias, o acesso às dimensões subjetivas se dão nos formatos padronizados de categorias psicopatológicas pelos especialistas dos estados subjetivos nos “modelos comunicacionais dialógicos com perspectivas estratégicas” (como será vista no capítulo VII, sobre modelos comunicativos) e nas próteses que suprem as deficiências comunicativas institucionais (Vasconcellos-Silva, 2003a – capítulo V).

2. O desencantamento pelo reencantamento na técnica

O processo de racionalização da modernidade, portanto, envolveu a submissão das esferas culturais, científicas e artísticas aos critérios da decisão racional, fundamentada por sua vez em critérios extraídos da experimentação (Habermas, 1984;



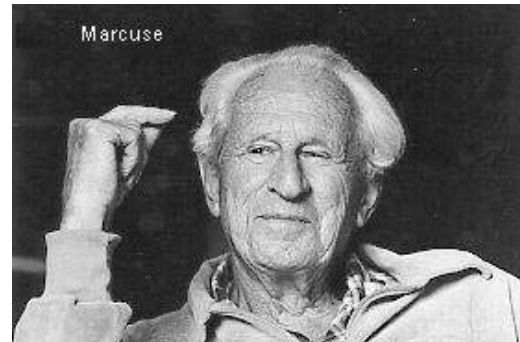
p.159). Historicamente observou-se a criação deste “método de vida” na urbanização das formas de existência, na tecnificação do tráfego e da comunicação e a interpenetração dos critérios da ação instrumental em vários outros âmbitos (Habermas, 1987a; p.45). Habermas descreveu este processo de racionalização, como derivado da progressiva institucionalização dos avanços científicos e técnicos que demoliu antigas formas de legitimação (*ibid* p. 45).

As novas formas substitutas se diluíam na consciência da população, posto que estas assumem publicamente projetos sedutores ao consumo dos “sensualistas sem coração”. Além da apologia à crescente produtividade, garantia de conforto e bem estar para todos, há o projeto do controle das limitações impostas pela natureza. A mídia nos acena diariamente com a promessa da longevidade, o desenvolvimento de alimentos transgênicos para a extinção da fome no mundo, a decodificação do genoma para erradicação definitiva dos males crônico-degenerativos, entre outros temas com espaço garantido na mídia.

Herbert Marcuse interpretou tais forças racionalizadoras como formas de legitimação de uma dominação política oculta. Afirma que esta racionalização, orientada a fins pré estabelecidos, elege estratégias, tecnologias e instaura sistemas (considerados necessários a estes fins) em nome de uma reconstrução que subtrai a eleição destes meios da teia social de interesses. Em suas palavras:

“O conceito de razão técnica é talvez também em si mesmo ideologia. Não só a sua aplicação, mas já a própria técnica é dominação metódica, científica, calculada e calculante (sobre a natureza e sobre o homem). Determinados fins e interesses não são outorgados à técnica, apenas posteriormente e a partir de fora – inserem-se já na própria construção do aparelho técnico; a técnica é, em cada caso, um projeto histórico-social; nele se projeta o que uma sociedade e os interesses pela dominação pensam fazer com os homens e com as coisas. Um tal fim de dominação é material e, neste sentido, pertence à própria forma da razão técnica” (Habermas 1987a p. 46-47)

Marcuse chega a afirmar que todo o “mundo objetivo” teria sido diluído “na construção de um universo tecnológico – um universo de instrumentos espirituais e materiais” e na medida em que “o operacionalismo surge no centro do empreendimento científico, a racionalidade



toma a forma da constituição, da organização metódica e da manipulação da matéria como um meio adequado a todas as metas e a todos os objetivos”. Para este autor, a ação racional dirigida a fins é, segundo sua própria estrutura, um “exercício de controles” onde a racionalidade tecnológica “protege a legalidade da dominação” da mesma forma que o “horizonte instrumentalista da razão abre-se a uma sociedade totalitária de base racional” (Habermas, 1987a; p.45).

Cerca de duas décadas antes, Adorno e Horkheimer (1985) se referiram de forma crítica à razão científica instrumental, objetivante, e à pretensa neutralidade de valores que daí decorria. Admitiam que tal processo de tecnificação não deu conta de todas as dimensões e necessidades sociais que não se enquadrassem na perspectiva da relação meios-fins. Descreveram, neste sentido, a incapacidade (e conseqüente negação) desta racionalidade em se debruçar sobre as questões tidas como subjetivas, portanto irrelevantes. A incompatibilidade de algumas manifestações culturais humanas com modelos econômicos, regidos pela eficácia das relações meios-fins, levou à sua exclusão do rol de prioridades da ciência e da racionalidade instrumental em seu projeto de controle da natureza. A cultura ocidental retrocedeu ou permitiu que seu potencial de racionalidade comunicativa estagnasse, como afirma Habermas, “fragmentado pelas pás do capital ou pelo progresso unilateral da ciência e do sistema” (Habermas *In*: Siebeneichler 1989,

p.151). Em consequência, a cultura ocidental experimentou a “perda de confiança em si mesma”, acabando por “lançar seus ideais utópicos no ferro velho” (*ibid*).

A unilateralidade ou predomínio da racionalidade instrumental, foi classificada por Habermas como uma forma de “irracionalidade dominante” da sociedade atual nas formas de organizar suas ciências de ação (*ibid*). O aspecto da tecnologização cultural mais útil ao nosso trabalho, se refere às dificuldades das Ciências Médicas em perceber elementos alheios aos seus territórios, entorpecidas por técnicas alienantes que conduzem à objetivação indiscriminada de contextos clínicos.

Esta racionalidade restritiva, que coloca em segundo plano a partilha de símbolos e significados que povoam e unificam o universo, admitindo com suspeição o que não se enquadra em suas perspectivas de calculabilidade e utilidade, foi sintetizada por Adorno e Horkheimer na “Dialética do esclarecimento” (1985). Como principal idealizador do projeto de “desencantamento do mundo” na substituição da crença pelo saber, o “esclarecimento eliminou com seu cautério os resíduos de sua própria autoconsciência”, o que nos legou a aversão à dúvida e aos paradoxos, o agir por interesses que excluem o entendimento para a coordenação de ações conjuntas. A dissolução dos mitos seria possibilitada pelo poder do conhecimento, tendo como intermédio a idéia de precisão metodológica, que possibilitaria a obtenção de meios para potencializar tais fins. Segundo os autores, já em Bacon se esboçava o “casamento patriarcal entre o entendimento humano e a natureza das coisas que ele tem em mente” – união ocupada em superar a superstição para imperar sobre uma natureza desencantada.

Em sua obra Adorno e Horkheimer (1986) se detêm na técnica e no método em essências que excluem a “compreensão de conceitos e imagens” negando ao homem o prazer do discernimento e afastando-o da natureza que tenta acomodar em suas fórmulas. Importaria somente a satisfação ou lascívia, por ser estéril, da “operation”, ou seja, os deleites dos procedimentos alinhados com a eficiência, mais do que com a eficácia em prover a vida. Assumem a cena principal os discursos plausíveis, capazes de inspirar respeito e de impressionar por sua lógica circular - do início às conclusões, todas circunscritas ao método em si. Nas palavras dos autores: “No trajeto para a ciência moderna, os homens renunciaram ao sentido e substituíram o conceito pela fórmula, a

causa pela regra e pela probabilidade” (*ibid* p.21). Admitem o totalitarismo do esclarecimento, principalmente ensejado na idéia de que os processos naturais já estão decididos de antemão, como o “*x*” de uma equação que, apesar de desconhecido em seu valor, já é admitido como símbolo de enigma a ser desvendado por intermédio de procedimentos padronizados.

O paradoxo do distanciamento sobre aquilo que se controla é ilustrado com a metáfora do “ditador que conhece os homens na medida em que pode manipulá-los” ou, como nos convém explicitar, do profissional da saúde que conhece da natureza do adoecer aquilo que lhe alcança o diagnóstico instrumentalizado. A metamorfose do “*x*” como algo que é sempre o mesmo em sua calculabilidade, ou da doença invariante em sua diagnosticabilidade, que admite que todos os prognósticos estariam acessíveis, de antemão, na medida em que se avançasse sobre eles com suficiente poderio de sofisticação tecnológica. As “cartas deste jogo já conhecido” se colocam como berço confortável para os paradigmas avessos às anomalias e paradoxos como descrito por Kuhn na “Estrutura das revoluções científicas” (Kuhn, 1995). Há contradição na ingênua sabedoria, que promove o controle em paralelo ao distanciamento. Daí proliferam estranhamentos para com os objetos de seu poder, reduzidos do *em si* para elementos plenamente cognoscíveis, desde que diagnosticáveis.

Adorno & Horkheimer observam que o mito foi construído pela necessidade do homem primitivo de neutralizar seus medos pelo intermédio de idéias relacionadas ao relato, à denominação, à explicitação da origem e à exposição para fixação (Adorno, 1985; p. 23). Ocorre que o homem, em seu projeto de compreensão para desencantamento dos fenômenos naturais, acaba por produzir novos mitos, desta vez sob o formato de equações e regras probabilísticas de causalidade que atenuam seus sentimentos de incerteza. Observa-se em Bacon alguns prenúncios do mito moderno, ao propor o desencantamento por uma ligação lógica e unívoca dos enunciados observacionais, medidos por seus graus de generalização à totalidade dos fenômenos. Não obstante, a desmitificação de fenômenos só poderia ser executada, segundo Adorno e Horkheimer, por uma faceta da ciência mais truculenta, embora nem tanto explícita, que se volta contra a racionalização que lhe deu à luz. Para promover a ruptura com o medo de credices ancestrais, a ciência deveria desenvolver “um pensamento que praticasse uma violência

contra si mesmo” (*ibid* p.20), uma vez que este é o berço tanto dos mitos quanto da racionalidade que os renega.

O feitiço, a magia, a força dos deuses aos quais se deveria oferecer sacrifícios para garantir uma sobrevivência sem adversidades, integrariam tentativas de controle da mesma natureza do Esclarecimento, representado como método e técnica. À maneira da índole especialista retratada neste trabalho, as deidades olímpicas de representantes passaram a controladores dos elementos - Zeus presidia o céu diurno, Apolo comandava o Sol e outras divindades controlavam as águas, as colheitas, o sono, o vinho etc. De forma semelhante, nossos psicotrópicos cuidam de um equilíbrio emocional idealizado, cirurgias plásticas, anorexígenos e anabolizantes de um aspecto físico desejável e o oráculo da Internet se expande às oferendas dos consumidores de informação em saúde.

No terreno da formação cultural pela comunicação por símbolos, Adorno e Horkheimer consideram uma hipótese tão interessante quanto útil aos argumentos aqui desenvolvidos – em sua ancestralidade o léxico dos idiomas não era tão preenchido por termos técnicos e especializados. A Linguagem, em seu formato mais primitivo, se fazia nas simbolizações pela imagética dos hieróglifos e sua sonoridade, que evocavam abstrações fixadas pela cultura e posteriormente convertidos de relatos a doutrinas. Assim, em paralelo à “especialização” das deidades, a evocação para controle das forças da natureza ultrapassaram a fase do relato para se cristalizar em cultos - procedimentos padronizados que representariam os fenômenos sobre o qual se desejaria intervir, por intermédio dos deuses. Do conjunto de imagens e sons fizeram-se mitos, fé e cultura que o esclarecimento converteu em cultura da fé no poder da técnica. Por conta disto, a pluralidade imagética aparentemente desfez-se e cedeu lugar a significados cada vez mais precisos, fragmentados e isolados entre si, o que se reproduz nas organizações aqui estudadas.

O “fetichismo verbal” é mencionado pelos autores como idéia de culto a objetos materiais – no caso a palavra - considerados como a encarnação de um espírito (ou em ligação com ele) possuidor de virtudes mágicas – no caso a ciência como mito moderno. Tal forma de coisificação da palavra, expressaria afinidade por conhecimentos objetivos parciais, dos quais derivam uma posteridade de conceitos e experimentos. Entretanto tais

conceitos no movimento de classificação e simplificação do universo, estendem-se a valores que lhes são estranhos. Mostram-se equivocados em determinados setores do saber, embora certos e engenhosos em outros terrenos.

Assim, a função desmitificadora do esclarecimento é impulsionada pelo medo do desconhecido e da morte. Em conjunção, estes temores desencadeiam no homem as idéias relacionadas à explicitação da origem e das causas de fenômenos naturais, para que sua neutralização ocorra em terrenos e condições manipuláveis. Portanto, não somente as idéias isoladas de um encadeamento lógico, mas também aquelas excluídas do perímetro demarcado pelo saber científico, adquirem feições de tabu. Tais idéias se rendem ao poder do mundo prático, administrado e objetivo, tornando-se resíduos de uma época em que o eu não havia se emancipado completamente da natureza que temia.

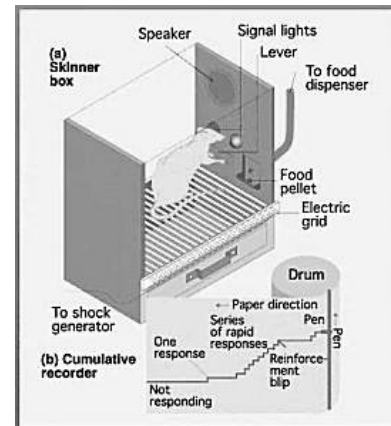
“ do medo...o homem presume estar livre quando não há mais nada de desconhecido ... nada mais pode ficar de fora, porque a simples idéia do “fora” é a verdadeira fonte da angústia...”(Ibid p.29).

A hegemonia da índole positivista, tão peculiar ao mundo científico, tem se cristalizado por diversos mecanismos no campo da saúde. Assistimos à “espetacularização” das técnicas de diagnóstico e tratamento, que conquistam lugares em nossa cultura por ocupação de espaços na mídia. Neste processo, a repetição e o destaque pelos meios de comunicação de massa elevam algumas assertivas, independentemente de um encadeamento lógico, ao patamar de teoria na qual métodos e "meios" se convertem em "fins" em si mesmos.

Na qualidade de “conclusões”, por repetição e destaque na exposição, algumas idéias tendem a bloquear vias por onde poderiam chegar antíteses e paradoxos. Como exemplo, no terreno da comunicação (interpessoal, intra ou transinstitucional) a abertura de espaços para métodos e estudos de recepção, ofereceria riscos pelo fato destes se fundamentarem sobre visões que podem vir a ser dissonantes. A escuta que oferece portas a paradoxos são indesejáveis, dispensáveis ou ignoráveis (de forma mais ou menos consciente) no interior de instituições de proceder científico. Ao se tornarem hegemônicos, os surdos valores técnico-econômicos proliferam por repetição no auto-aprimoramento que pouco tem a concluir, exceto pela necessidade de mais técnicas.

O mito da controlabilidade, de Skinner à Cibernética.

Burrhus F. Skinner foi um defensor indireto do totalitarismo ao construir uma teoria sobre o controle do comportamento articulada à eficiência das recompensas e punições que, à época, impressionou muitos administradores, psicólogos e planejadores (Smith, 2002). Como um dos precedentes conceituais da racionalidade do controle, observa-se na Psicologia behaviorista americana (de Watson e Skinner) um paradoxal desprezo à dimensão subjetiva. Seu sistema de idéias admitia a sociedade como um conjunto de meros suportes à mercê de estímulos de recompensa e punição, como os ratos e pombos condicionados de Skinner. Na qualidade de bizarra teoria psicológica, núcleo de uma teoria pedagógica vinculada ao controle, admitia a subjetividade e as emoções como impedimentos aos ideais de resolutividade e eficiência. A sede do comportamento era desvinculada de seus agentes e se instalava no ambiente e em suas pressões de reforço negativas ou positivas. A redução da complexidade do comportamento humano a formatos objetiváveis e mensuráveis após estímulos de reforço, prenunciava os planos de uma psicologia empiricista que alcançou enorme popularidade entre pesquisadores americanos e soviéticos. Um cientificismo à cata de fenômenos determinantes que se ajustassem, à força de experimentos controlados, a seus modelos explicativos de ação e reação. No final da primeira metade do século XX, os projetos de dominação da natureza se contorciam em esforços para compreensão das coisas em suas relações de controle - primeiramente no mundo objetivo e, à medida que adoecia de excessos e distorções, se aventurando a extrapolações nos planos subjetivo e social – uma clara intromissão de uma atitude objetivante em terrenos que lhe são estranhos, o que guarda vínculos interessantes ao tema central do presente trabalho.



A partir da revolução industrial (que potencializou o maquinismo do motor a vapor à combustão dos derivados de petróleo) e da 2ª Grande Guerra (que cristalizou poderes e conhecimentos em tecnologia para controle do inimigo e do meio), surgem multidões de críticos ao poder nulificador da técnica, que se autodetermina como neutra, em relação aos objetos naturais a que se dedica a conhecer para controlar. Muitos se concentram nas

contradições de ordem econômica como frustração do projeto instrumental de domínio da natureza, que coexiste com sua submissão e dependência de seus recursos finitos e indomináveis (Feenberg, 1996).

Durante e após a Segunda Grande Guerra, observou-se uma onda de aperfeiçoamento de aparelhos e dispositivos de transmissão e captação de informações, à época estrategicamente valorizáveis no contexto da necessidade de antecipação de movimentos táticos em confrontos militares. Os aviões de caça, cada vez mais velozes, se tornaram inatingíveis pela artilharia guiada por comandos humanos – lentos demais na operacionalização precisa de um contra ataque a tais alvos, cada vez mais destrutivos. A inteligência militar, portanto, atribuiu alto peso valorativo às idéias que contribuíssem para o aperfeiçoamento artificial da capacidade humana de enviar e receber informações, assim como aos artefatos que potencializassem a precisão e a previsão de mira sobre alvos móveis de trajetórias aparentemente aleatórias. O progresso científico da época proporcionou incrementos formidáveis à potência das máquinas (culminando naquela originada na fissão do núcleo atômico), porém pouco avançou em sua controlabilidade – atributo que se tornou altamente valorizável, não somente no meio militar como também às linhas de montagem do setor fabril. Por outro lado, os progressos no mundo da Física quântica e da cosmovisão proporcionada pela teoria da relatividade, expandiram a compreensão dos limites extra-humanos, mas pouco contribuíram para a compreensão da maquinaria mental e no comportamento das massas.

Durante a II grande guerra o matemático Norbert Wiener é convocado do MIT (Massachusetts Institute of Technology) para se empenhar no desenvolvimento de um mecanismo de artilharia que se antecipasse às reações de evasão dos pilotos dos aviões em combate. O dispositivo desenvolvido revolucionou a concepção de controlabilidade de máquinas, pelo fato deste prever a rota da aeronave em evasão, admitindo que o piloto sabia que estava sendo perseguido. Entre 1942 e 1948, Wiener inova com um conceito, ou sistema de idéias, que observa toda a natureza (incluindo seres vivos, máquinas e o ambiente que os cerca), não como objetos ou fenômenos em si à maneira da ciência tradicional, mas como um conjunto de relações complexas, passíveis de manipulação (Wiener, 1968 e 1955; p.74-112). Em 1942 publica um trabalho que propunha a classificação de comportamentos segundo a natureza de suas inter-relações com o

entorno, independentemente de seu “suporte”, biológico (considerado demasiado frágil) ou mecânico. Uma nova “ciência do controle” (cibernética nasceu de uma raiz grega que significava “controle”, “leme” ou “piloto”, mas que em sua forma latina também poderia designar “governo” ou “forma de condução do social”) ocupada em estudar os vínculos essenciais entre comandos e respostas (feedbacks) e na autonomia de máquinas que decidiriam com base em programação pré-estabelecida.

Todos os elementos do mundo observável, a partir daí, passariam a ser enquadrados como um conjunto de informações intercambiadas com o meio (e com outros objetos ou entes). A cibernética de Wiener alcançou uma bizarra forma de transcendência, que admite as coisas do mundo como suportes, cujas propriedades se definem em termos de fluxos de informação em suas mútuas conexões (Wiener, 1968 e 1955). A base de uma racionalidade exclusivamente dedicada a fins de controle –tenham estes como objeto elementos humanos ou mecânicos – conquistara um grande peso no juízo valorativo da mídia e da comunidade científica no pós guerra.

O contexto da Guerra Fria, acolheu com grandes investimentos a Cibernética –em uma época da polarização política e ideológica, a compreensão para controle do comportamento humano e das coletividades, por motivos óbvios, também se valorizou de tal maneira que, após a morte de Stalin, a Cibernética se transformou na Ciência soviética oficial. Wiener foi recebido em países socialistas de forma calorosa, o que acenava com perspectivas promissoras de entendimento entre EUA e URSS neste novo e inexplorado terreno (Breton, 2002; p.80) . Entretanto, a idéia de ineficiência e inadaptação humana às tarefas consideradas mais essenciais não tinham pátria nem se tingiam de coloração ideológica. A despeito das objeções de ordem moral de Wiener, a idéia do ser humano como “erro provisório” na escala evolutiva (Breton, 2002; p.86) presidiu experiências que culminaram em distorções bizarras. Na França, Dubarle publica no final de 1948 um artigo que anuncia as “máquinas de governar” (Breton, 2002; p.88), prontas à responsabilidade das decisões estratégicas mais racionais por serem imunes às imperfeições humanas que comprometem a administração das coletividades. Turing, autor do conceito que deu origem ao computador, tal como o concebemos hoje, aprimorava à mesma época o MADAM, um cérebro eletrônico programado, inclusive, para redigir poemas de amor como o reproduzido no início do capítulo.

Com a consagração da Cibernética como novo campo de estudo, os investimentos em programas de pesquisa se abriam a todos que se interessavam em explicar o comportamento humano sob enquadramentos fisiológicos, psicológicos e sociais. Observou-se um raro momento de congregação de saberes de diferentes campos, ocupados em dois tipos de questão: problemas aos quais sempre se mostraram alheios em suas disciplinas e questões completamente inéditas, nascidas do confronto de enfoques e idéias de origens diversificadas. As novas máquinas ultrapassaram em muito a limitada capacidade humana de controle, agora muito mais autônomas, além de precisas e potentes. A operacionalização humana direta de tamanho potencial se tornara impraticável, portanto, se faziam necessários formas de comunicação dos homens com as máquinas para a elas transmitir os princípios operativos que lhes serviria de base para comunicação com outras máquinas. Tal sistema, no campo da produção industrial, dispensaria muitos homens (de menor qualificação técnica) da execução braçal de tarefas, para concentrar a eficácia do conjunto na administração de poucos (mais qualificados).

Inadvertidamente ou não, Wiener elaborou um sistema de pensamento híbrido, preenchido por termos e conceitos extraídos das ciências exatas e biológicas, que forneceu subsídios quantificáveis e objetiváveis para a formalização de uma teoria de “tomada de decisões”. Os primeiros ciberneticistas se ocupavam em localizar pontos de interseção entre homens e máquinas, para neles encontrar padrões que contribuíssem para a decomposição da natureza humana em atributos controláveis. Uma vez segmentados em comportamentos definidores, estes serviriam de base à modelização de suportes artificiais que os reproduzissem com fins de substituição já que os suportes biológicos eram considerados frágeis demais. Dos projetos de desenvolvimento de máquinas autônomas, que reagiriam a estímulos com respostas pré determinadas, a “cibernética social” avançou avidamente por sobre terrenos estranhos à Física, embora soassem familiares à luz dos planos positivistas que lhe antecederam em um século.

Assim como o desenvolvimento da potência das máquinas esperou por uma teoria de controle que lhes aperfeiçoasse a dirigibilidade, tal atributo, por sua vez, avançou posteriormente em outros terrenos, ultrapassando-lhes algumas limitações de ordem

metodológica, crítica e ética. Nos terrenos da Psicologia, já se antevia na “caixa de Skinner”⁷ o assédio às variáveis do meio para controle de subjetividades, o que se desdobrava teleologicamente em teorias de cunho pedagógico e administrativo. Em outros terrenos floresceram com vida curta, teorias no campo do controle do sub-consciente (“Hipnocibernética” Petrie, 1973) e a Cibernética Social (Gregori, 1988).

As potencialidades do sistema explicativo de Wiener, que percebia a natureza em suas tendências entrópicas e a informação em seus atributos de vínculo (manipulável, segundo seus sucessores) entre objetos se prestou como força propulsora colateral à teoria da informação. Em terrenos outrora inacessíveis (exceção à Skinner) a idéia de controle pelo encadeamento lógico de dados para sua organização em informações, com propósitos resolutivos prosperou como atributo dos mais valorizados pelos pesquisadores das Tecnologias da Informação. As potencialidades e limites da lógica tem sido até hoje objeto de vertiginoso aperfeiçoamento, no afã de conceber máquinas para fornecer respostas sem que, contudo, sejam capazes de captar e armazenar conhecimento em sua linguagem binária. As fronteiras a conquistar, a partir deste viés instrumental aparentemente exagerado, seria o de conceber máquinas úteis em responder ao que não se lhes questiona, já que percebem o que é desconhecido por seus usuários (que aprendem por transmissão, sem formular perguntas). Tal perspectiva, exigiria termos e códigos unívocos a montar informações que erigiriam (por somatório e organização) o conhecimento. Os homens que aprendem sem perguntar deveriam, necessariamente, ser homogêneos em seus interesses, motivações e vivências, uma vez que não é dado às máquinas acessar o patrimônio de multiplicidade de visões de mundo de seus interlocutores. Apesar de aparentemente utópico, poderíamos citar como exemplo recente as pesquisas sobre a WEB semântica que consiste de motores de busca customizados que organizam informações sobre informações, expondo-as segundo as predileções pessoais e interesses de seus usuários (Macedo, 2003; sítio da W3C, 2003).

⁷ Neste experimento, camundongos eram condicionados a determinados comportamentos em função de sua exposição a punições (choques elétricos) e recompensas (alimentos). A utilidade deste experimento, segundo seus críticos, seria uma maneira de demonstrar como os ratos podem treinar cientistas a lhes fornecer alimento.

A idéia de conhecimento por exposição e acúmulo de informações (e da comunicação como um conjunto de transmissões) não é consensual na literatura (Breton, 2002), o que é apenas um tema controverso e colateral deste trabalho. A viabilidade de uma tal perspectiva, transmissional na essência, para “aquisição” de conhecimentos implicaria um mecanismo antidialético. Este para operar necessitaria admitir uma capacidade humana para assimilação de seqüências lógicas em modelos de processamento sem espaço para contradições. Se viáveis, estes modelos ao percorrerem os caminhos lineares da genealogia lógica, convergiriam em conclusões (no sentido ocidental) sem riscos de paradoxos e antíteses.

2.b A racionalidade dos jogadores

As Teorias da Escolha Racional de variadas origens, sempre alcançaram grandes impactos nas Ciências Políticas, face à necessidade humana de desenvolver predições bem-sucedidas para o controle de recursos humanos e materiais. Tais teorias são definidas como positivas, quando seu principal objetivo é desenvolver modelos preditivos bem-sucedidos, em oposição às teorias normativas, essencialmente prescritivas (Ferejohn, 2001). As teorias sobre escolha racional conquistaram espaço nas Ciências Políticas a partir da Economia, como produto conceitual derivado dos trabalhos pioneiros de Anthony Downs, James Buchanan, Gordon Tullock, George Stigler e Mancur Olson, que apresentam como traço comum a opção por perspectivas materialistas (*ibid*) e, portanto, teleológicas, peculiaridade dos enquadramentos pragmático- econômicos, como já aqui discutido.

Sob esta ótica, os agentes sociais estariam interessados essencialmente na maximização de elementos materiais como riqueza, votos, ou de outros recursos quantificáveis sujeitos a limitações. Em suas essências, estas teorias se repetem: as escolhas racionais feitas pelos agentes se definem em termos de “variabilidade dos constrangimentos materiais enfrentados” por eles (*ibid*) o que não exaure, acreditamos, a amplitude, profundidade e dinâmica do conceito de racionalidade humana, pois admitem somente as decisões lógicas como racionais:

“ninguém realmente acha que os seres humanos reais se comportam exatamente como as teorias da escolha racional prescrevem. E isso não se deve a desvios ocasionais ou erros. As evidências

experimentais existentes em grande abundância sugerem que as pessoas se desviam sistematicamente destas predições ... Ainda assim, mesmo não agindo racionalmente, as pessoas tendem a reconhecer a força normativa da racionalidade, e isso influencia as suas ações — que se aproximam ao menos um pouco daquilo que criaturas de racionalidade ideal fariam nas mesmas circunstâncias. (Ferejohn, 2001)

Teoria dos jogos - Percebe-se que as escolhas e decisões dos indivíduos em sociedade são freqüentemente decisões coletivas, no sentido de que os resultados de suas ações isoladas são reconhecidamente dependentes de decisões e ações de outros indivíduos com os quais eles interagem. Este tipo de interação pode ser teoricamente representada como *uma interação estratégica* e modelado como um *jogo*. A Teoria dos Jogos é um esforço de modelagem interdisciplinar para o estudo do comportamento humano, que procura fornecer meios para compreender conflitos de interesse entre indivíduos ou instituições na economia, na sociologia, nas ciências políticas, nos jogos de guerra etc. (Rohmann, 2000; p.395)

Um jogo é um modelo teórico de conflitos de interesse, e nele estão arbitrariamente definidas as decisões possíveis para cada jogador e os resultados possíveis. Um jogador deve escolher uma entre várias alternativas, de acordo com seus interesses. Como a escolha envolve igualmente outros jogadores com outras preferências (o que caracterizaria conflitos de interesse), seria necessário considerar todas as preferências em conjunto. Entre os agentes do mercado de valores e da política, até às teorias estratégicas bélicas, se percebeu a necessidade de um modelo teórico que lidasse com o fato de que os resultados são coletivos, embora admitisse que as decisões fossem essencialmente individuais.

Muitos autores impulsionados pela necessidade de controle de elementos do mundo social que envolviam desdobramentos recíprocos no mundo objetivo, se dedicaram à elaboração de uma noção de *racionalidade estratégica* atribuível aos indivíduos em tais circunstâncias, na medida em que suas possíveis ações fossem contingentes às ações possíveis dos outros com os quais interagem. A teoria dos jogos se ocupa de hipóteses e modelos de decisão, em situações nas quais o resultado dependeria de opções estratégicas dos jogadores em interação, face às suas sucessivas jogadas em relação às dos outros.

Em Hardin, uma interação estratégica se fundamentaria na consciência do agente de que sempre que este tenta alcançar um determinado fim em sociedade, percebe que o que se faz *coletivamente* tem mais impacto do que aquilo que faz sozinho. Portanto, não há como saber *a priori* se uma escolha foi correta ou justa em termos dos desdobramentos em direção aos seus objetivos motores. No contexto social, o resultado final é sempre mais relacionado às escolhas de outros com quem interagimos (Lessa, 1998). A contribuição de Hardin, em síntese, foi demonstrar que uma escolha individual tem apenas o poder de limitar o conjunto de resultados possíveis.

Uma teoria que alcançasse os mecanismos internos dos conflitos, das tomadas de decisões que regem situações de concorrência, disputa de mercados e cooperação entre aliados deveria ser aprimorada por suas óbvias e úteis implicações em muitos terrenos. Nos anos 20, o Matemático húngaro americano von Neumann participava do programa de pesquisa de David Hilbert, no desenvolvimento de um eixo axiomático universal para a matemática. Tal projeto ficou intensamente abalado com a prova de Gödel (em 1930), que demonstrou que um sistema lógico não pode ser simultaneamente completo e consistente (Rohmann, 2000; p.421). Os efeitos de Hilbert sobre o trabalho de von Neumann, se desdobraram no desenvolvimento de sua teoria dos jogos. Segundo o autor, “tanto o mundo natural quanto o mundo social compartilhavam a característica de promover uma relação complexa entre o observador e o observado” (Lessa, 1998).

Percebe-se uma espécie de evolução para sobrevivência do pensamento de Skinner e outros behavioristas, que admitiam uma influência unilateral do meio sobre o indivíduo. Por outro lado, no modelo dos jogos poderiam ser encontrados traços de uma espécie de “Cibernética Social” que observa nos indivíduos elementos racionais que agem segundo padrões. Estes poderiam se tornar previsíveis, desde que se admita que todos os jogadores agirão de maneira racional (o que implica um conceito invariante de racionalidade que transcenda aos estados subjetivos) e que se encontrem abastecidos de informações completas sobre todas as conseqüências de suas ações e de outrem. Nos enquadramentos comportamentalistas do mundo social, se adota a racionalidade da manipulação como princípio para um sistema fechado “observador-objeto”. Em tais sistemas, como na “caixa de Skinner”, o objeto de investigação do mundo natural ou social é analisado de forma isolada, não sendo afetado pela observação. A teoria dos jogos se rende ao

reconhecimento da autonomia dos jogadores em formular estrategicamente suas ações, levando em conta um modelo de racionalidade teleológico, que admite invariavelmente a maximização de benefícios ou minimização de malefícios.

A teoria da utilidade mostra que as preferências do jogador podem ser representadas numericamente por uma variável de utilidade - o indivíduo preferirá uma ação à outra somente se a utilidade esperada para a primeira for maior do que para a última. Assim, o desejo individual pelos resultados preferidos torna-se um problema de maximização da utilidade esperada. Seria, portanto, racional uma ação voltada às metas do jogador, supondo que estas seriam independentes de influências culturais, éticas, religiosas, emocionais etc.

A matemática dos jogos de von Neumann objetivava aplicar uma linguagem formal ao maior número possível de campos teóricos, para sintetizá-la em uma teoria geral da racionalidade, o que se alinhava com a axiomática universal de Hilbert. Segundo Weyl (*In: Lessa, 1998*), a “adoção generalizada do formalismo matemático representaria, basicamente, a conversão da questão da verdade científica na questão da consistência”. Os jogos poderiam ser cooperativos ou não, dependendo do benefício que os jogadores extraíssem de suas parcerias. Desta forma, nos “jogos de soma zero” a vitória de um jogador seria a derrota de outro, ao contrário dos jogos de motivação mista nos quais poderia haver ganhos para todos, em variadas proporções.

“Os jogos de motivação mista são mais interessantes para os teóricos dos jogos, que se preocupam com a aplicação dos princípios teóricos às relações sociológicas, econômicas e políticas do mundo real, onde as conseqüências geralmente são o resultado de acordos e concessões, e não de vitórias em que o ganhador leva tudo... mas também tem sido criticada, por depender de pressupostos irrealis e modelos artificiais.” (Rohmann, 2000 p.395-6)

Os novos postulados da Física quântica, nos quais a emissão de luz tanto poderia ser observada como onda ou partícula, expuseram a necessidade de novas relações entre observador-objeto, já que a simples observação afetava o observado. A contribuição de von Neumann e sua “Sociologia” se expressou na elaboração de uma nova “ferramenta de medição”: sistemas cientificamente definidos para acomodar elementos de comportamento imprevisível em sua construção. Exigia-se a revisão de tudo aquilo que se

ignorava. Os elementos antes considerados externos, alheios, contraditórios e, portanto, desprezíveis pelos behavioristas, deveriam ser incluídos nos esforços de compreensão. Nesse contexto, von Neumann inseriu como ferramenta matemática a noção de probabilidade, assim como em mecânica quântica outros matemáticos o fizeram para resolver questões relacionadas à posição de partículas como o elétron. A “probabilidade de comportamentos”, acrescentou o conceito de indeterminação implícita (como nas partículas) ou ignorância (para sujeitos racionais) na definição de um sistema aberto (ou seja, aqueles que incluem o observador). Neste cenário teórico, já se percebia tendências de associação de comportamentos irracionais à ignorância, de maneira análoga às teorias que hoje atribuem ao não alinhamento comportamental o peso de déficits cognitivos, como será exemplificado e discutido nos capítulos V e VII.

Levando em consideração a ignorância como fator de indeterminação as “medidas de valor esperado” e “estratégias mistas” se concentraram em valores de limitação da ignorância como algo “não externo”, trazendo tal irracionalidade para o interior de suas formulações. Além da noção de probabilidade que admite a irracionalidade do somatório de ignorâncias, estes modelos se inspiraram na Física Quântica ao perceber que a simples observação dos fenômenos sub-atômicos já interferiria em seus resultados. Neste sentido, adiciona-se o peso dos efeitos de nossa observação aos atributos de algo que é observado.

Outra dificuldade conceitual pertinente à racionalidade do comportamento humano, foi modelizada matematicamente como "problemas de intersubjetividade", ou, conflitos entre percepções distintas de um mesmo evento. Segundo Lessa (1998), vonNeumann descartou tal hipótese ao afirmar que, no terreno da observação dos fenômenos físicos e por extrapolação nos fenômenos sociais “o primeiro observador deve ser utilizado como ferramenta de medição para o segundo”. Desta forma, expõe sua crença na existência de um conceito universal e monolítico de maximização de benefícios e minimização de malefícios, que sintetiza em uma teoria unívoca da racionalidade, centrada na utilidade.

Morgenstern, um economista austríaco, também buscava à época uma construção teórica mais adequada à antevisão dos movimentos do mundo social em vista do mundo material. O pensamento econômico de Morgenstern acrescentou subsídios convergentes para a teoria dos jogos. Em parceria com Von Neumann publicou em 1944 a “*Teoria dos*

jogos e do comportamento econômico” e sua ênfase se concentrava na questão da limitada capacidade de previsão dos agentes econômicos numa sociedade complexa. Em vista da natureza de interdependência inextricável, seria mais plausível formular uma noção de “equilíbrio econômico” a este cenário, que não assumisse previsões perfeitas e contemplasse a interdependência decisória dos agentes. Os agentes econômicos não seriam, como em Hardin, tomadores de decisão isolados, limitados a valores e crenças invariantes – assumidas como espécie de racionalidade absoluta - estas se flexibilizariam assumindo as feições de imperativos condicionais, relacionadas às crenças acerca do comportamento de outros agentes.

Independentemente dos formatos assumidos pela teoria dos jogos em seu restrito conceito de racionalidade, percebe-se que a interação a que estes se referem é de natureza teleológica, ou seja, admitem pactos provisórios para obtenção de vantagens. Os agentes se comportam em função daquilo que julgam ser o plano alheio. Os consensos são substituídos por “interações”, como forma de contatos mediados pelo interesse em vantagens pessoais. A expectativa ou conhecimento antecipado dos movimentos de outros jogadores assume o centro das atenções e a interconexão sincera, justa e correta entre sujeitos desaparece, posto que não é adequada aos terrenos estratégicos financeiros, militares e políticos nos quais foram aplicados.

Assim, a formulação da interação estratégica de von Neumann e Morgenstern, se esforçava em compatibilizar elementos contraditórios à primeira observação: a incerteza e a imprevisibilidade são características da interação humana, porém a correta técnica matemática resgataria uma representação formal desta interação. Como forma de superação ou correção de rumos do behaviorismo, a teoria da racionalidade estratégica admitia e conferia pesos ao papel da pura observação nos resultados de suas aferições totalizantes. Seguindo esta lógica, em seu projeto de controle social pela manipulação do ambiente, o projeto behaviorista falhava em duas frentes: ao excluir o observador-manipulador da relação sujeito-objeto (no caso, um outro sujeito e seu ambiente) e ao ignorar a imprevisibilidade da reação humana em suas formulações.

Na teoria dos jogos seria possível prever o processo de racionalização e ação social, desde que a notoriedade de suas conclusões não desviasse seus agentes em relação às

prescrições da teoria (influência da observação nos observados) e admitisse uma probabilidade de irracionalismo (diretamente proporcional ao erro e à ignorância destes). A relevância da teoria se potencializaria no desenvolvimento de conceitos de equilíbrio mais eficientes, que pudessem assumir a natureza complexa e incerta das atividades econômicas, corrigindo os efeitos da incerteza sobre as regras dos jogos e sobre o comportamento dos jogadores:

“Sempre que o resultado de uma ação de um indivíduo depende das ações dos outros com quem este interage na mesma medida em que depende de suas próprias ações (e os indivíduos estão cientes desta dependência), suas atividades demonstram um componente estratégico e, logo, se adequam à definição de von Neumann-Morgenstern de um jogo.” (Bicchieri In: Lessa, 1998) .

Jogos não-cooperativos e o equilíbrio de Nash

A condição de conhecimento comum - O sentido original desta condição foi elaborado por David Lewis (In: Lessa, 1998) no contexto de seu trabalho sobre convenções, enfatizando o papel da influência cultural (tradição, valores morais, moda) extraída de símbolos de conhecimento comum “sem recorrer ao artifício de um contrato social ou acordo explícito entre as partes envolvidas”(Lessa, 1998). A coordenação das ações dos indivíduos adviria de seus desejos de alinhamento ao agir coletivo e não de acordos explícitos. Se os pontos lacunares em que os indivíduos costumeiramente se apóiam para agir se apresentam como arbitrários e se estes pontos forem de conhecimento comum, a tendência natural seria de coordenar suas ações a não coordená-las. Lewis concluiu ser racional a adesão às convenções, posto que a coordenação social de forma geral se daria pelo seu intermédio. Este autor procurava estabelecer um elemento lógico, que admitisse a possibilidade de coordenação social, sem necessidade de contratos sociais ou acordos explícitos entre as partes.

Adaptar-se às convenções seria racional, dada a inata preferência humana pela conformidade, mesmo que esta implicasse equilíbrios que originassem a estagnação do pensamento crítico ou conduzisse a sociedade a conflitos derivados da inaceitação de valores culturais dissonantes. No cenário contemporâneo temos observado instabilidades derivadas do conhecimento comum de variáveis que amiúde resultam em prejuízo coletivo. No caso do comportamento especulativo dos mercados financeiros, não somente

a crença coletiva em valores irrealis como a súbita reversão destas expectativas, tendem a conduzir a grandes perdas.

Modelo dos jogos não-cooperativos – “a coordenação entre indivíduos não passíveis de sanções externas, que não renunciasses a seus objetivos pessoais representaria um tipo de equilíbrio” (Lessa, 1998). Neste contexto, os indivíduos estariam predispostos à cooperação, desde que esta não se incompatibilizasse com seus objetivos estratégicos pessoais. O equilíbrio seria a acomodação e coordenação dos planos e das decisões coerentes com a maximização de utilidade para os indivíduos. Os jogos não-cooperativos ressaltam a harmonização de planos e decisões de agentes racionais como equilíbrios entre indivíduos autônomos e não como atividades de cooperação.

O “equilíbrio de Nash” é definido no perfil das estratégias interessantes àquilo que os agentes consideram como a “coisa certa” que os outros que com eles interagem irão fazer. A racionalidade dos agentes se definiria em um comportamento utilitário, assim como no conhecimento coletivamente partilhado desta pré-condição. Os agentes da interação estratégica sabem que são racionais e sabem que isto é reconhecido pelos demais. Não obstante, não cogitam a possibilidade do “erro” por parte dos outros jogadores.

A crítica a este conceito poderia se concentrar nas crenças sobre crenças de outros agentes, que se mostraria na prática inábil em delinear uma regra de decisão. Da mesma forma que na teoria dos jogos, a alteridade em suas discrepâncias cognitivas, morais e culturais multifacetadas relutam em se acomodar a modelos de estratégias de equilíbrio. O comportamento admitido como racional caracterizaria-se nas decisões baseadas em conjecturas ou crenças que são interna e intersubjetivamente consistentes e simetricamente cultivadas. Da mesma forma que nos modelos de jogos anteriores, o conceito de interação entre os jogadores parece ser algo previsível e necessário em seu utilitarismo. A interação obedece ao estatuto da maximização de benefícios, portanto está atenta à próxima jogada do outro, assim como seus efeitos sobre o conjunto das decisões. A seleção dos meios em vista dos objetivos comuns em disputa, se prestam a motor da ação coletiva nestes jogos. Esta se limita aos terrenos do sistema (admitido no sentido habermasiano, em oposição ao mundo da vida) onde a lógica meios-fins impera sobre as

outras formas de racionalidade. No mercado financeiro, no campo das estratégias militares e cenários pré-eleitorais governados pela racionalidade instrumental, o imperativo da dependência das mútuas expectativas obscurece a necessidade de consenso e de conexões intersubjetivas. A comunicação entre agentes, admitida em sua forma plena, não-transmissional, abalaria a estabilidade de tais modelos teóricos em vista de seu potencial de influenciar imprevisivelmente valores e conhecimentos comuns, o que poderia acrescentar indeterminações incontornáveis pela teoria das probabilidades.

3. Tecnologização cultural e mídia

Além do instrumentalismo, como já mencionado, a outra patologia apontada por Habermas – o consumismo, derivado do conceito de sensualismo de Weber – tem se manifestado na área da saúde no campo das tecnologias de disseminação de informação. Embora o consumismo evoque, à primeira lembrança e à leitura de Weber, o sensualismo do prazer obtido pela aquisição e posse de bens gerando, por vezes, comportamentos compulsivos, entendemos que este não se limita somente a estes terrenos. Embora o consumismo de informações em saúde também tematize o prazer, nos interessa aqui o movimento na direção inversa – a fuga da dor, da decrepitude e da morte.

Há estímulos midiáticos sobre saúde que se incorporam às estruturas culturais tradicionais, mais integradas e interdependentes. Ao lado dos avanços tecnológicos da ciência do diagnóstico e da cura, já plenamente absorvidos pelo complexo contemporâneo de racionalização econômico-burocrática-cultural, a afeição por determinados padrões de beleza e apelo sexual, o culto às personalidades famosas e os dramas das novelas de TV, entre outros, não enfrentam dificuldades em conquistar espaços de atenção social na mídia. Desta forma, o culto às fórmulas e formas esteticamente aceitas geram interesse, consumo e lucros por intermédio de seus ícones. Retroalimenta-se no sistema que não lhe gerou sozinho, mas que o acalenta.

Por outro lado, observa-se que há estímulos que inspiram idéias de males insidiosos, dor e morte como riscos próximos, talvez iminentes. Estes originam uma espécie de “consumo paradoxal” de informações sobre determinadas doenças (entre elas o câncer, objeto de um dos trabalhos aqui apresentados) quando seria razoável esperar o consumo de informações que conduzam às maneiras de preveni-la. A explosão da oferta de sítios da

Internet sobre saúde e o consumismo de informações sobre diagnósticos e tratamentos tecnologicamente sofisticados (Castiel, 2002 no Capítulo IX) que se observa, talvez denunciem, à maneira da carência de estruturas comunicativas dos hospitais, *deficits* de estruturas comunicativas na sociedade. Tais estruturas, se comunicativas na essência, deveriam se privar do saber surdo que adota relações sujeito-objeto da mesma maneira que as relações sujeito-sujeito.

No campo da Promoção da Saúde, há trabalhos que relacionam diretamente os fracassos aí percebidos, a falhas de modelos explicativos que desconsideram uma abordagem de ação comunicativa. Baillie (2000) tipifica diversas definições de prevenção primária em câncer dentro de uma escala na qual o indivíduo é classificado como receptor passivo, ator invisível ou participante ativo (respectivamente):

*...primary prevention of cancer results from the removal of humans from exposure to the causes of cancer... prevention is achieved when modification of exogenous factors result in a reduction of cancer risk... ...prevention can be defined as the ways in which health education and health promotion strategies can develop capacity and foster a social environment that enables people and communities to prevent and manage disease*⁸.

O autor critica os programas desenvolvidos nesta área, que frustam expectativas sociais, destacando o domínio da “visão especialista” sobre saúde em detrimento das expectativas da sociedade leiga. A prevenção primária seria uma atividade emblemática, no paradigma que assume a convergência entre diversas categorias profissionais e a sociedade. Dado o caráter multidisciplinar e adialógico da maior parte dos projetos, as diversas categorias profissionais agem de acordo com suas próprias necessidades, interesses e alternativas de resolutividade. Isto dificultaria a criação de canais amplos de

⁸ ... a prevenção primária do câncer resulta da remoção de seres humanos das exposições que lhes causam este mal. ... a prevenção é alcançada quando a modificação de fatores exógenos resultam na redução do risco de câncer. ...prevenção pode ser definida pelas maneiras nas quais as estratégias de educação e promoção em saúde podem desenvolver competências e promover um ambiente social que permita às pessoas e comunidades prevenir e controlar doenças.

comunicação como atividades não submetidas à forças coercitivas, sejam estas deliberadas ou não. Em síntese, propõe um modelo de promoção de saúde fundamentado no “diálogo crítico”, extraído da teoria do agir comunicativo habermasiana, onde um processo comunicacional aberto se torna nuclear, não apenas para permear barreiras que se erguem entre os grupos, mas também para expor e identificar os diversos interesses - no sentido habermasiano (Habermas, 1972) - a partir dos quais cada grupo estrutura seu conhecimento. A ação comunicativa neste sentido, auxiliaria a sociedade no projeto de desconstrução de sistemas de pensamento fechados, diferenciando objetivos e significados corporativos de um interesse social mais amplo.

Percebemos, nestes terrenos, deficits de racionalidade comunicativa principalmente nas práticas educativas, como discutido adiante na “educação bancária” de Freire (1979). A “ciência-construção” falha em neutralizar medos e em promover o esclarecimento como uso da razão partilhada discursivamente, no caso, em direção às práticas preventivas em saúde. A função prioritária do discurso na obra de Freire (em certa convergência com Habermas) não se colocaria como panacéia de mudança social – o que seria uma contradição em sua mensagem anti-instrumentalista:

*“Discourse analysis, in the tradition of the idealist Freire, will not supply the social forces necessary to make change. It will not bring about a society which privileges relations between people over relations between things. Still, what drives production is not technology but social relations--again imbued with imbalances of power ... Freire's contribution about the importance of ideology is the hint that equality might overcome the contradiction, not by overlapping idealism with materialism, but simply with a new understanding rising from mostly social, rather than mostly technologically mechanical vision.”*⁹ (Gibson, 1999).

Segundo Habermas, este potencial de integração social pela reprodução de estruturas simbólicas, ao lado da formação da identidade pessoal, se fundamenta no

⁹ “A análise do discurso, na tradição idealista de Freire, não suprirá as forças sociais necessárias à mudança. Não desencadearão uma sociedade que privilegia as relações entre pessoas acima das relações entre coisas. O que impulsiona a produção não é a tecnologia mas as relações sociais preenchidas por desequilíbrios de poder. A contribuição de Freire sobre a importância da ideologia é a insinuação de que a equidade pode superar a contradição, não por um idealismo substituto ao materialismo, mas simplesmente com uma nova compreensão surgida de uma visão fundamentalmente social, mais do que tecnologicamente mecânica”.

pressuposto da tripla constituição do mundo vivido; em suas dimensões cultural, pessoal e da sociedade (Rivera, 1995; p.29) O mundo da cultura, assume configurações de celeiro conceitual, de onde a sociedade extrai seus significados e conhecimentos para compreensão do mundo. O mundo social se definiria no conjunto das ordens legítimas, pelas quais os participantes produzem, reproduzem e sedimentam sua pertença a grupos, garantindo solidariedade. No mundo da personalidade e da subjetividade encerram-se competências através das quais os indivíduos adquirem a faculdade de comunicar-se e agir, afirmando-se como sujeitos ao participar do processo de intercompreensão pelo ressignificado e pela intersubjetividade buscada pelo diálogo.

O aspecto da tecnologização cultural mais útil ao presente trabalho se refere às dificuldades da racionalidade instrumental de se situar no contexto da tripla constituição de mundo, ao gerar abundantes sub-produtos estranhos aos territórios nos quais deveriam se acomodar¹⁰. A colonização, ou as patologias do mundo da vida adquirem os contornos de irracionalidades hegemônicas na sociedade atual, como deficits de racionalização que se expressam na “separação elitista entre culturas de experts e situações de ação comum do que resulta o empobrecimento ou esvaziamento – o “despovoamento” – do mundo da vida (Siebeneichler, 1989; p.152). Desta forma, as ações cotidianas se tornam alvos de interferência das ciências médicas, cada vez mais prescritivas a especificar as taxas salvadoras ou ameaçadoras da colesterolemia, as doses diárias ideais de vinho tinto e exercícios (agora recategorizados como elementos terapêuticos e não necessariamente como atividades relacionados ao lazer) e a importância ou futilidade dos suplementos vitamínicos (capítulos VI e IX). Tais verdades científicas se interpenetram e se reproduzem, consagradas por enfoques ora holísticos ora especializados, como projetos de aprimoramento estético e/ou potencialização funcional. Antes incompatíveis, encontram-se agora conjugadas no cenário contemporâneo veiculadas pela mídia sob o conceito amorfo de saúde.

¹⁰ Weber reproduz metaforicamente tais distorções ao descrever o debate (que tenta decidir “cientificamente” o valor relativo da cultura francesa em relação à cultura alemã) entre deuses de diferentes ordens e valores: a verdade, o bem e a beleza (Weber, 2002b). Os mesmos deuses se confrontariam novamente na questão ainda não formulada pela Medicina: “vale a pena viver? quanto?” (Ingram, 1987; p.79).

Tem sido registrados com freqüência na literatura especializada, indícios do reconhecimento de inabilidades da razão técnica em lidar com a questão da disseminação do saber acumulados pelo complexo de racionalização econômico-burocrática-cultural (Capurro, 2001; Maurer, 2001; Eysenbach, 1999, 2001 e capítulo IX). Por outro lado, também se percebem apologistas das tecnologias de disseminação de informações como meio para esclarecimento social (Lévy, 1993; p.185).

O que temos a aprender de tais paradoxos? Por vezes mal demarcadas, porque mal percebidas a partir de si mesmas, as inabilidades excluem a possibilidade de ressignificação individual das informações em valores, sentidos e crenças como dignos de investigação, o que os torna, de certa forma, inequacionáveis pelo caminho da univocidade. Daí extraem seu material os críticos à capacidade do modelo transmissional de comunicação em modificar comportamentos. Da mesma forma que no hospital (no plano da seleção de conteúdos e técnicas para assimilação de informações e alinhamento comportamental como em Vasconcellos-Silva, 2003a – Capítulo V), a racionalidade técnica atribui aos desníveis cognitivos dos usuários e à falta de aperfeiçoamento dos conteúdos cognitivos os seus maiores fracassos. Os entusiastas da WEB se debruçam sobre este problema e dele extraem conclusões semelhantes a de seus colegas no hospital. Promover saúde pela WEB se torna uma questão equacionável, posto que admite um x a ser desvendado, que se tornará invariante a partir de sua resolução. Emergem deste raciocínio os estudos sobre a qualidade da informação veiculada pela WEB, como bens adquiridos que conferem direitos ao consumidor que os selecionou (Eysenbach 1999, 2000a). O consumismo de informações sobre saúde suscita uma espécie de “controle de qualidade” de informações, cada vez mais difícil de ser alcançada em vista da vertiginosa proliferação de sítios sobre saúde na Internet.

No caso da prevenção do câncer, as estruturas culturais contemporâneas articuladas às tensões de medo, decrepitude e morte no plano subjetivo (tão influenciadas quanto influenciadoras da ação social), se distanciam de uma necessária índole preventiva ao mesmo tempo que se afeiçoa aos pormenores citogenéticos do adoecer. Daí o foco midiático sobre os periódicos científicos, à cata de novidades no campo dos diagnósticos e tratamentos precursores, o que justifica a preocupação emergente em preservar a correção

das informações que trafegam pela *infovia* como panacéias de boa qualidade e procedência.

Neste ponto, torna-se crucial afirmar que é nitidamente interessante e necessária uma rede mundial que veicule conteúdos sobre saúde. Entretanto também é nitidamente imprescindível admiti-la como mais um meio de comunicação transmissional, limitada aos espaços de trocas de informações. Isto parece ser mal percebido, tanto por alguns de seus críticos - que demandam a perfeição da mídia definitiva e absoluta - quanto por seus defensores - que perseguem seu aperfeiçoamento por *upgrades*.

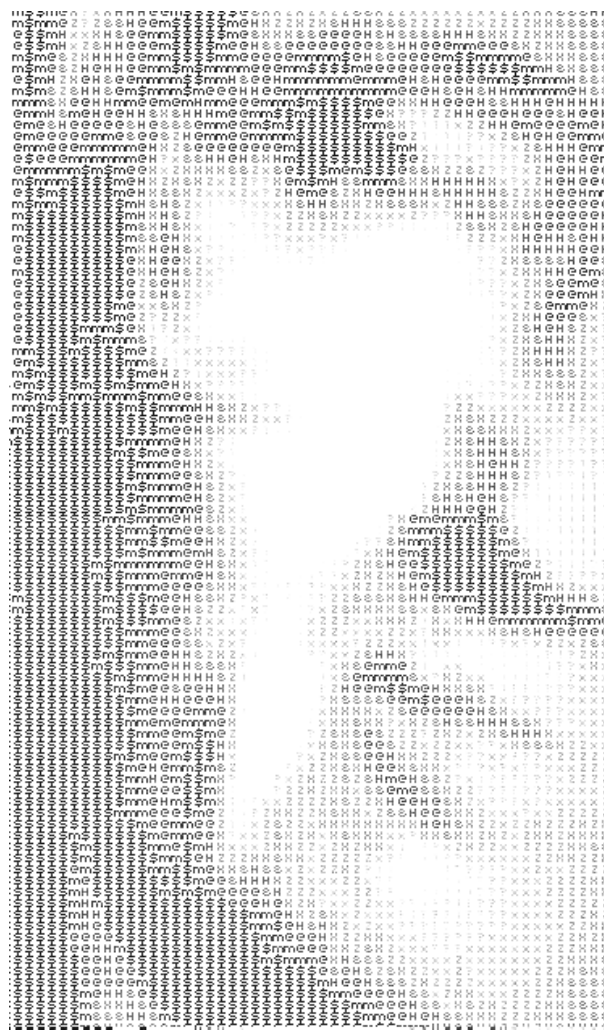
III . A racionalidade do entendimento

*“Discourse ethics proposes no ideal form of life; and neither does it offer a yardstick for the assesment of an intersubjectively shared life context – or an individual life-hystory – as a whole. Having no concept of totality at its disposal, it relies on procedural rationality. The procedure of argumentation leaves the clarification of practical questions to those concerned...”*¹¹

Jürgen Habermas

Para Platão e Aristóteles o exercício da razão seria parte do dom supremo conferido pelos deuses aos seres humanos. Em Kant e Hegel, o exercício da razão é a maneira pela qual as pessoas agem livremente, contrastando a ação racional com a ação instruída por paixões mal contidas.

(Blackburn, 1997; p. 332). Em Hume o âmbito da racionalidade é limitado à Lógica e à Matemática, desvinculada dos processos empíricos de formação de crenças. A racionalidade humana não pesaria tanto no raciocínio prático, na deliberação ética ou estética. A razão seria “a escrava das paixões e não pode aspirar a nenhuma outra função



¹¹ A ética do discurso não propõe formas ideias de vida; tampouco oferece um pilar para a avaliação de um contexto de vida partilhado intersubjetivamente – ou uma história de vida individual – como um todo. Sem conceito de totalidade à sua disposição, ela se apóia em uma racionalidade processual. O procedimento de argumentação deixa a clarificação das questões práticas a cargo daqueles que por elas se interessam... (Habermas, 2001)

exceto servi-las e obedecê-las. Seria, de certa forma, o oposto da metáfora platônica da razão como cocheiro, que domina as rédeas das paixões” (*Ibid*).

A questão da racionalidade como serva ou senhora, tração ou direção dos desejos, atravessa os tempos. Emerge eventualmente como ilusão de controle, prestando-se a ferramenta da manipulação individual como tática para alcançar o social (como em Skinner e na Cibernética Social) ou previsão de movimentos coletivos (Teoria dos jogos). Nos exemplos oferecidos, predomina um modelo de racionalidade de natureza cognitivo-instrumental, posto que as formulações técnicas enfatizam a busca, sob determinadas condições (estipuladas *a priori* nos sistemas teóricos behavioristas ou modelizadas probabilisticamente nos jogos), de objetivos previamente definidos. Isto é, tal busca é possibilitada pela capacidade de manipular informadamente ou de adaptar-se estrategicamente às condições de um entorno (Habermas, 1984; p.10), como em um jogo. Nas ações do homem sobre a natureza em que se lança mão desta forma de saber, pode-se entrever um projeto de auto-afirmação em êxito ou conquista de algo do mundo objetivo – como lucros no mercado mobiliário ou posições estratégicas na guerra. Tal êxito pode se configurar em objetivos que pressupõem a coisificação do mundo social, por intermédio de técnicas de controlabilidade social - como a utopia de Skinner em “*Walden two*”¹², as máquinas de governar cibernéticas de Dubarle, a modelização da irracionalidade coletiva na teoria dos jogos, ou a promoção de saúde por especialistas criticadas por Baillie (2000) e na Tecnodemocracia de Lévy (1993).

Enfim, o que determinaria a racionalidade (motora ou diretora) de todas as nossas ações? Ou, formulando esta questão de forma inversa: seria possível perceber em todas as nossas ações uma única racionalidade imanente de natureza universal? Em Ferejohn (2001) emprega-se uma definição mínima (segundo o próprio autor), talvez porque nela se perceba uma ênfase não relacional, que dispensa trocas simbólicas. Não obstante, observa-se uma centralidade nas paixões, desejos e valores:

“um ato racional é um ato que foi escolhido porque está entre os melhores atos disponíveis para o agente, dadas as suas crenças e os seus desejos. Atos racionais maximizam preferências ou desejos, dadas determinadas crenças. Colocado de outra forma, a racionalidade requer que crenças, desejos

¹² “*Walden two*” descreve uma comunidade utópica de indivíduos que trabalham por meio de reforços positivos (recompensas) ou negativos (punições). Neste livro, assim como “*Além da Liberdade e da Dignidade*”, Skinner expressava sua crença no romantismo da idéia de Liberdade. Acreditava que a única esperança de evolução para a Humanidade estaria no seu condicionamento.

e ações se relacionem de uma forma particular. Nesse sentido, a racionalidade é uma condição de consistência que sustenta que essa relação seja válida para todas as crenças, desejos e ações.(Ferejohn, 2001).

A ênfase no sujeito admite, nesta definição, agentes portadores de estados subjetivos dados, ou definidos previamente, que optam pelas melhores ações para si mesmos. Neste sentido as crenças e desejos a serem saciados na ação, podem ser arbitrários ou vinculados a necessidades materiais ou imateriais (dinheiro, comida, sexo, segurança, posição social, atitudes morais) porém sempre apriorísticos, ou seja estabelecidos antes da escolha da ação.

Nestas interpretações, além da centralidade no desejo dos sujeitos, a razão é vista estaticamente: não se modificaria no decorrer das ações e interações que desencadeia. Em oposição a um conceito de razão de feições objetiváveis, que predica como racional somente aquilo que pode ser verificado e explicado (e talvez modelizado estatisticamente), tal definição, ao contrário, enclausura a racionalidade de uma ação nos limites da coerência entre ações, desejos e crenças de um indivíduo solitário. Ignora-se que à experiência dos sujeitos se somam, no decorrer da vida, compreensões de sentidos do mundo que se constroem nas relações comunicativas, nas múltiplas conexões intersubjetivas de uma existência.

Habermas se refere à razão como síntese de um processo simultaneamente objetivo e subjetivo. Nesta síntese há lugar para a experiência sensorial e a observação empírica, assim como para a experiência comunicativa para compreensão de sentidos. A primeira se volta para elementos perceptíveis, fenômenos, eventos e fatos, ao passo que a segunda se concentra no sentido de proferimentos, que exigem o uso da linguagem. A experiência é na essência individual, enquanto que para compreensão, há necessidade de interações e partilhas intersubjetivas de simbologia. Entretanto a estes processos não se ajustaria qualquer simbologia arbitrariamente escolhida, mas somente os objetos simbólicos estáveis, bem aderidos a estruturas de racionalização mutuamente reconhecidas pelos falantes e ouvintes. Para estabilizar o sentido de um conhecimento (transcendendo à sua observação) seria necessário um conhecimento pré-teórico, um manancial de referências intuitivas que convergem na significação. Este estoque não pode ser reinventado ou renovado solitariamente, mas , ao contrário, é cotidianamente reconstruído discursivamente nas interações.

Em seu trabalho lacunar, a “Teoria da ação comunicativa – razão e racionalização da sociedade” Habermas (1984) esclarece suas referências conceituais em Max Weber acerca do conceito de racionalidade. O conceito sistematizado por Weber se estende a diferentes formas de ação e decisão, referindo-se a uma racionalidade finalística pura (instrumental ou cognitiva- instrumental), a partir da qual a seleção de meios conduziria a fins almejados. Além desta, também oferecendo da mesma forma subsídios para uma fundamentação pela via lógica/ econômica, haveria a racionalidade do cálculo dos fins. Desta forma admitiria como referência norteadora determinados sistemas valorativos (racionalidade substantiva, prática ou normativa) que, por sua vez e em seus limites, não estariam acessíveis a uma fundamentação objetiva. Weber cria em valores de natureza não-racional, muito mais ligados às emoções e aos desejos (Blackburn, 1997). A razão não poderia nos auxiliar a decidir sobre fins incompatíveis, embora ajudasse a nos conduzir pelo caminho almejado.

Não obstante, racionalidades só se fixariam como características definitivas da ação uma vez incorporadas às instituições sociais, às estruturas da subjetividade e às interpretações do “celeiro cultural”. Segundo a leitura de Ingram (1987), a racionalização se daria em uma complexa rede de eventos, nos quais estariam envolvidas:

“ uma progressiva fixação, diferenciação e formalização (o que Weber denomina de Wertsteigerung, ou “intensificação do valor”) das esferas de atividade relacionadas com o valor, a mais fundamental das quais gravita em torno da tríade kantiana da verdade (conhecimento), legalidade ou bem (direito e moralidade) e beleza (arte e gosto)... Correspondendo à crescente emancipação (Verselbständigung) de cada esfera de valor, com respeito às restrições impostas pela sua aglutinação anterior sob visões do mundo de caráter unitário religioso, corre um processo paralelo de auto-reflexão pelo qual cada forma de investigação é fundamentada tendo em vista os princípios que lhe são peculiares. (Ingram, 1987; p. 68)

Habermas recorda que em Weber a descrição do processo de modernização e emergência da sociedade capitalista a partir de seus estudos sobre a ética protestante, aponta para um processo de racionalização de visões de mundo, que se tornam concretamente operativas no mundo social. Weber acrescenta, acerca das fontes religiosas de cosmovisões, que somente as estruturas judaico-cristãs, em oposição às hinduístas e budistas (e ainda mais em relação ao confucionismo e ao taoísmo) que enfatizavam a aquiescência passiva e à aceitação do mundo; possuiriam condições de admitir uma teleologia ética independente. Muitas vezes, estas éticas dos objetivos agia em detrimento

do mundo natural, ao qual não se sentiam inseridas como fatores de equilíbrio e harmonia. Esta visão descentralizada do mundo abriria a possibilidade de compreensão de fatos, admitidos estritamente em sua dimensão cognitiva objetivada.

No sistema de pensamento judaico-cristão, a desmitificação da natureza e a categorização da ação social sob uma ordem moral (ao contrário dos hinduísmo e do budismo, que se abstém de tais juízos) se condicionaram mutuamente. Weber (2002) admitia que os credos que assumiam uma visão cosmocêntrica e afirmativa ofereceriam menores potencialidades de racionalização cognitiva-instrumental, como se percebe em suas palavras (reproduzidas em Ingram, 1987):

“onde quer que o conhecimento empírico racional provocou, de forma consistente, o desencantamento do mundo e sua transformação em um mecanismo causal, surge uma pressão definitiva contra as reivindicações dos postulados éticos de que o mundo é ordenado divinamente, isto é, de que é um cosmos, com algum sentido ético”(p.73).

Habermas, indo além, afirmou que as racionalidades transcendem às acumulações cognitivas em si e às formas de sua aquisição e aplicação, dedicada a fins ou valores. As racionalidades se exporiam também pelo intermédio dos usos que os sujeitos capazes de linguagem e de ação fazem de suas acumulações cognitivas na elaboração de técnicas para solver seus problemas. Aquém destes usos, uma forma de racionalidade também se manifestaria nas interpretações para assimilar ordens sociais e estados interiores como partes integrantes dos problemas, que, neste processo de referência mútua, se valem de interpretações do mundo.

As racionalidades expressam-se, inclusive, nas formas como os sujeitos fazem uso do conhecimento, manifesto em suas ações e em seus atos de fala (também admitidos como formas de agir). Desta forma, o sentido (na concepção de Tzu – capítulo I) seria o “centro do mundo” já que a ele, encarnado na linguagem, nos referimos cotidianamente em planos objetivos, sociais e subjetivos para nortear nossas atitudes básicas. A natureza das atitudes elementares humanas, incluindo ações físicas e proferimentos, entretecidas com manifestações simbólicas, como visões do mundo, se expressariam em complexos de racionalização. Habermas torna mais claro tal entrelaçamento ao descrever esquematicamente tais complexos (1984, p.238 e Ingram, 1987; p.83) baseando-se em Weber, ao vincular as atitudes básicas humanas - cognitivas/objetivadoras, prático/morais e afetivas/expressivas - em relação às visões de mundo que norteariam tais atitudes.

Em síntese, a racionalidade em Habermas, se definiria na observação dos usos do saber e nos conceitos do homem sobre o mundo - expresso em suas manifestações simbólicas - ambos consubstanciados em ações e em atos de fala. No caso de uma manifestação do plano simbólico, a racionalidade se expressaria na capacidade do falante justificar, caso seja questionado por algum interlocutor, que sua opinião é verdadeira, justa ou sincera, portanto, válida (Habermas, 1987; p.11). A observação de trocas simbólicas nos expõem indiretamente a sistemas de obrigações e compromissos socialmente legitimados por um conjunto de normas. No terreno simbólico, os sujeitos estabelecem expectativas recíprocas de comportamento, que os une na compreensão e no reconhecimento de suas convicções. Neste sentido, as normas se alinham no processo de construção dos nexos intersubjetivos, característico no modelo de racionalidade comunicativa. Este se ocupa das manifestações simbólicas dos homens que encarnam saberes, crenças e valores de maneira partilhada para a ação, desde que despida de coações.

Nos hospitais, a demanda por informações de valor clínico excluem a necessidade e validade de perspectivas culturais, biográficas, afetivas e sociais, concentrando-se em questões técnicas objetivadoras. Conteúdos culturais, subjetivos e sociais em suas mútuas interferências, são tematizados somente com vistas às táticas de acesso unilateral ao mundo subjetivo dos pacientes, estreitados em pareceres psicopatológicos (como será discutido no capítulo VII). Os terrenos alcançados por tais recursos se limitariam essencialmente às dimensões objetivas da instrumentalização para racionalização destes conceitos – o que é desejável e adequado a tais cenários que cumprem no cenário social um papel essencialmente técnico.

Atitudes performativas

Wittgenstein concebia a atividade filosófica como uma “terapia” através do qual se poderia tratar as palavras (que nos conduzem a confusões semânticas, imprecisões conceituais e falsas imagens) de seu uso metafísico ao seu uso cotidiano. Uma mesma expressão em diferentes jogos de linguagem, poderia criar confusões e imprecisões lógicas. Portanto, afirmou que a linguagem se esclareceria pelo intermédio da ação (Costa, 2002; p.42-3), proposição usada e sistematizada por Austin e aplicada por seu aluno Searle na teoria dos atos de fala, o que serviria a Habermas, mais adiante em sua pragmática universal. Uma interpretação clássica da linguagem (que remonta aos gregos),

confere-lhe um caráter passivo, no qual se supõe uma realidade que precede descrições.

...Se supone que el papel del lenguaje es pasivo. El language siempre llega tarde, cuando la realidad ya se ha establecido, ya ha ocupado su propio lugar. Por lo tanto, primero viene la realidad, después el lenguaje. El papel del lenguaje pareciera ser de dar cuenta de lo existente. (Echeverria, 1998; p.69).

Para Austin a função da linguagem não se limitaria às suas funções descritivas/denotativas. Pela linguagem nos comunicamos por intermédio de proferimentos: atos de emissão de frases realizados por falantes para ouvintes em situações concretas. Esta modalidade ativa, “executante” da Linguagem, ou, sua natureza “performativa” ocorre mesmo quando descrevemos algo, posto que uma descrição também é uma ato (Echeverria, 1998). Segundo Searle, há um número limitado de ações lingüísticas, a que chamou de “atos de fala”. Echeverria (1998, p.70) considera mais adequada a designação de tais ações como “atos lingüísticos”, uma vez que estes podem se desenvolver em formas não verbais e se insinuar em “ações textuais” (o que serve de base conceitual ao artigo do capítulo VI). Desta forma, independentemente da cultura ou idioma em que é articulado, executam-se proferimentos (como ações) da mesma natureza, na qualidade de atos lingüísticos.

Quando alguém diz “minhas congratulações!” ou um médico fala a seu paciente “jogue fora seus cigarros imediatamente!” não se depreende que há descrições de congratulações, nem instruções de como se desfazer de maços de cigarros. Executa-se o ato de congratular, assim como a ênfase diretiva do proferimento profissional obviamente implica múltiplos desdobramentos. Assim observada, a linguagem se eleva de sistemas de signos passivos, que remetem a descrições, para um caráter ativo, como atos em si mesmos com força ilocucionária. A teoria das forças ilocucionárias (atos de fala ou atos lingüísticos) foi exposta na oitava de uma série de conferências organizadas em livro - *How to do things with words*. Como aperfeiçoamento da “teoria dos performativos” (em suas sete conferências anteriores), Austin estendeu-os além de suas duas categorias preliminares. Os atos constatativos são afirmações sobre algo, que podem ser verdadeiras ou falsas. Os performativos, no qual se realizam ações bem ou mal sucedidas, podem ser explícitos quando se usam verbos performativos como “batizar”, “prometer”, “proibir” etc. ou primários, quando dispensam tais verbos como em “não fume”(ato diretivo proibindo), “voltarei amanhã (ato de promessa, compromisso).

Habermas aperfeiçoou a teoria dos atos de fala ao elaborar um modelo teórico que esclarece as condições que devem ser satisfeitas em qualquer ação comunicativa da linguagem natural. Pelo fato destas condições se referirem às relações entre falantes e ouvintes em relação a determinados contextos e destas condições também serem permanentes (ou seja, invariantes seja qual for a cultura, o idioma ou o contexto em que se encontrem) Habermas chamou sua teoria de pragmática universal:

*“The task of universal pragmatics is to identify and reconstruct universal conditions of possible understanding (Verständigung),... I prefer to speak of general presuppositions of communicative action because I take the type of action aimed at reaching understanding to be fundamental...I start from the assumption... that other forms of social action – for example conflict, competition, strategic action in general – are derivatives of action oriented to reaching understanding... (Habermas “What is universal pragmatics?” In: Communication and the evolution of society, 1979; p.1)*¹³

Portanto, um uso comunicativo da linguagem é entendido à luz de Habermas como uma atitude performativa (Rivera, 1995; p.17-39), que seria caracterizada pela: produção de nexos intersubjetivos representados por compromissos de apresentar provas, teses, argumentos, para atestar a veracidade dos fatos constatados; o estabelecimento de uma relação interpessoal baseada em regras de reciprocidade e de reconhecimento mútuo, que garantam o questionamento e a escuta ativa; e uma autenticidade das afirmações que devem ser coerentes com as vivências internas (ou verdadeiras para os sujeitos).

Desta forma, o reconhecimento por parte do interlocutor destas condições favoreceria a possibilidade do "resgate das pretensões de validade específicas" dos atos de fala. Dito de outra maneira, assumindo que os enunciados lingüísticos são proferimentos que se candidatam a um "sim" ou a um "não" do interlocutor (ou seja, que são pretensões de validade), a possibilidade mediata ou imediata do sim dependeria, em grande medida, da criação e vivência dessas condições, assim como da intelegibilidade das mensagens. Dentro desta moldura comunicativa é importante ressaltar que a linguagem é entendida como conversação que antecede e que preside a ação. Ela mesma já é uma ação enquanto interação social e contribui para a reorganização desta. Este conceito da linguagem, como compromisso para a ação ou como a própria ação em si, pode ser encontrado na

¹³ A tarefa da pragmática universal é identificar e reconstruir as condições universais de entendimento possível. ... prefiro falar de pressupostos gerais de ação comunicativa porque considero o tipo de ação orientada ao entendimento como fundamental... Parto do pressuposto ... que outras formas de ação social - como conflitos, competições, ações estratégicas de forma geral – são derivativas da ação orientada para alcançar o entendimento...

construção teórica de vários autores posteriores a Austin e Searle inclusive no campo das organizações como comunidades lingüísticas (Flores, 1993 e 1994).

Situação lingüística ideal - Em relação às condições sob as quais se dão estes entendimentos, Habermas admitia uma “situação ideal” onde todos os ouvintes e falantes participariam do discurso de forma igualitária, com oportunidades similares de se expressarem, sem interferência externa de efeitos contingentes nem coações. Há pressupostos de simetria nas oportunidades de argumentar e refutar afirmações e interpretações. Há, da mesma forma, pressupostos de legitimidade que admitiriam somente atores que agem alinhados com regras que lhes parecem justificáveis e movidos por interesses sinceros. A satisfação de tais pressupostos, excluindo-se qualquer forma de coação externa e interna, se expressaria em um modelo de ação comunicativa pura, uma forma de interação ou de organização social que remete a um modelo de ordem social a perseguir como um telos utópico. Não obstante, tanto o “discurso perfeito” da situação lingüística ideal, como uma organização social baseada no modelo de ação comunicativa pura, são igualmente úteis como pressupostos. Como pontos de apoio, nos habilitariam a avaliar as formas existentes de comunicação nas organizações profissionais que aqui se deseja retratar.

Habermas propôs o intermédio da “situação ideal de fala” como terreno neutro, onde há simetria de chances de discurso para todos os locutores potenciais, como garantia de equidade no exercício das competências comunicativas. Portanto a liberdade da comunicação pressupõe simetrias nas quais todas as coações que distorcem e mutilam a comunicação podem ser gradualmente eliminadas. Na medida em que todas as opiniões entram em discussão de forma igualitária, as proposições falsas ou baseadas em crenças irracionais não sobreviveriam às tematizações e críticas, emancipando ouvintes e falantes de suas ideologias racionalmente insustentáveis. As situações ideais de fala submeteriam à tematização todos os cenários concretos desfigurados por visões de mundo que obliteram a livre comunicação. Todas as barreiras legitimadas por ideologias submersas no plano da tematização social emergiriam, transformadas pela problematização racional dos discursos.

A viabilidade de um pacto terapêutico como situação ideal de fala entre profissionais e pacientes, enquanto compromisso de ação, dependeria do não constrangimento das condições ideais para os nexos intersubjetivos. O que observamos, no entanto (capítulos

V, VI e VII), é o inquérito como base de diagnóstico e o discurso hegemônico dos especialistas na fase de tratamento ou reabilitação, assim como a substituição deste por próteses impressas. Entra em ação a racionalidade cognitiva-instrumental dominando espaços institucionais e dificultando as trocas simbólicas para o pleno entendimento. Tal enquadramento, estendido à relação da sociedade com os especialistas em saúde cultivada por nossa cultura, incentiva outras distorções simbólicas. O “consumo de informações” (capítulo IX), a “educação bancária” (Freire, 1979) na promoção de saúde (apontada por Baillie, 2000) pela via transmissional e as campanhas de “promoção de doenças” (capítulo XI) têm em comum a coisificação simbólica da saúde como um bem ou patrimônio a ser preservado das forças naturais (tidas como) degenerativas.

Ação comunicativa

A sociedade seria produzida (pelas) ou reproduzida (nas) ações dos homens que a constituem? Pergunta-se se as ações constituiriam a rede social, ou de modo contrário, esta estrutura social plenamente constituída imporia seus limites às ações de seus agentes? Transcendendo à tensão entre estas duas vertentes, Habermas buscou o núcleo de sua teoria sobre a razão e a ação no interior dos processos comunicativos. Para isto inovou com uma forma particular de racionalidade, enfocando-a à luz destes processos. Partiu do conceito da tripla constituição do mundo vivido (cultural, social e subjetivo), admitindo o homem como um ser corporal dotado de uma mente que produz conexões entre as três dimensões de mundo. O Eu, como centro desta interação, se relacionaria com os objetos entre os quais existe, na qualidade de ponto de equilíbrio (Rivera, 1995; p.29).

Competência comunicativa - A partir do conceito de “competência lingüística” de Chomski, Habermas desenvolve seu conceito de “competência comunicativa” como viabilizadora da produção dos diálogos e situações de fala. Em Chomski supõe-se que em todas as línguas há uma estrutura comum à qual as crianças aderem no aprendizado do idioma. Sua competência pode ser definida em termos do sistema de regras gramaticais e semânticas identificadoras de uma língua que norteiam o locutor que a domina (Hacking, 1999).

Habermas transcende à dimensão gramatical e semântica, vendo na linguagem uma força mediadora, útil à libertação pela interação, admitindo esta última como reveladora da estrutura lingüística da intersubjetividade (por sua vez derivada da estrutura do agir social). A eliminação de obstáculos nos processos comunicativos interferiria, assim, na

modificação de modelos de comportamento, incluindo aí o agir no plano técnico instrumental. Desta postulação deriva o conceito de “comunicação não-desfigurada para emancipação” tanto no plano do controle das forças da natureza, como no contexto das forças sociais (Siebeneichler, 1981).

A interação pressupõe o discurso, posto que este oferece espaço para problematizações quanto às validades dos argumentos e legitimidade das normas. Sob o ponto de vista de uma situação lingüística ideal, as interações são livres de coação e simétricas em oportunidades de argumentação. A hegemonia de um saber técnico unilateral, entorpecido por seus próprios artefatos, compromete a comunicação nestes planos. A partilha semântica, mesmo nos momentos em que o homem necessitou de construções puramente técnicas, frutificou em produtos interessantes. As trocas de saberes no contexto de interações interdisciplinares tem concretizado maravilhosos projetos, integralmente articuladas às demandas humanas do momento histórico. Como exemplo, o nascimento do computador, na forma que hoje o conhecemos e utilizamos, ocorreu nos laboratórios de Palo Alto¹⁴ (1973) e não na invenção dos *chips* de processamento (em 1959), como nos faz acreditar a história recente narrada por historiadores técnicos (Rangel, 1999; p.45-7). Sob a ótica da teoria do agir comunicativo, percebemos o potencial dos momentos de partilha simbólica como elementos viabilizadores de sucessos nas aproximações pessoais e, no campo em questão, consensos, acordos e pactos terapêuticos.

Mundo da vida

A teoria da ação em Habermas se configuraria em um meio de coordenação das ações que, tendo como condição básica de interação a linguagem, promove intercâmbios de formas de ver o mundo sobre o qual se agir, seja no plano objetivo, social ou subjetivo. A linguagem, enquanto expressão de representações e pensamentos, viabilizaria o entendimento pelo acesso às estrutura de racionalidades que nela se manifestam. No exercício desta racionalidade comunicativa, há instituição de um elenco de sentidos

¹⁴ Criado pela *Xerox* (que acreditava na iminente extinção da necessidade de papel nos escritórios) em 1970, o Laboratório de Palo Alto - PARC (Palo Alto Research Center), reuniu dezenas dos melhores especialistas de diversas áreas, incluindo pedagogos e designers gráficos. Lá foi criado o primeiro computador para uso pessoal em 1973, o que era considerado utópico e desnecessário na época. Desenvolveu-se o conceito pioneiro de interface amigável com o usuário. Muitas invenções como o *mouse*, a forma de organizar dados em pastas, as impressoras a *laser* (única apropriação da *Xerox* em suas copiadoras) as redes internas e os processadores de texto em seu formato atual foram aproveitadas décadas mais tarde por outras empresas (Rangel, 1999).

gramaticalmente pré-determinados que se configuram como um pano de fundo comum, uma realidade estruturada simbolicamente - o mundo da vida - a partir do qual nos abastecemos de referências para compreensão e ação. Segundo Rivera (1995) é o “horizonte onde se realiza uma situação de ação”. Seus componentes essenciais, no sentido invariante e atemporal, são a cultura, a personalidade e a sociedade. A partir desta estrutura transcendental e invariante, os conteúdos passíveis de validade discursiva, se contextualizam em determinada época e lugar. São reconfigurados em ambientes sociais e nichos culturais particulares de forma temporal e historicamente determinada, embora sempre construídos sobre estruturas culturais, sociais e de personalidade.

Assim, a linguagem como recurso auto-referencial e auto-suficiente se define como o traço distintivo do ser humano, lhe conferindo a capacidade de se tornar um ser social e cultural, com identidade própria e interessado em compartilhar estruturas de consciência coletiva. Ocorre que deste manancial de referências no qual nos abastecemos para nos relacionarmos com o mundo, eventualmente emergem interpretações que são questionadas por outros sujeitos. Não obstante, em todo ato de fala, independente de suas funções e referenciais, há quatro pretensões de caráter universal: há “pretensões de validade” que exigem um modo de atividade social que coloque sob avaliação os melhores argumentos. Há “pretensões de verdade” decorrentes de atos de fala constatativos que remetem ouvintes e falantes aos elementos e fatos do mundo objetivo. Há “pretensões de justiça” onde busca-se alinhamentos normativos que nos remetem ao mundo das normas sociais e as “pretensões de sinceridade” construídas pelas estruturas do mundo subjetivo peculiar a ouvintes e falantes (Rivera, 1995; p.32). Assim, a ação comunicativa é a instituição de uma atividade voltada para argumentações que julguem pretensões de validade do ponto de vista de sua racionalidade (comunicativa), com o propósito de aperfeiçoar acordos intersubjetivos para a emancipação de ideologias (Habermas, 1987) e evolução da sociedade (Habermas, 1979). Como a descreve Delacampagne:

“A contribuição específica de Habermas consiste em mostrar ... como a situação comunicacional cria, só pela sua existência, as condições de um debate autêntico: os diversos participantes de uma mesma discussão não devem admitir de comum acordo certas normas lógicas, se quiserem que sua troca de argumentos resulte em conclusões aceitáveis por todos? Assim, o que se chama “razão” pode ser definido, sem ambigüidade, como o conjunto de normas que garantem o caráter democrático e rigoroso de todo debate. (Delacampagne, 1997; p.277)

A prática desta forma de racionalidade discursiva possibilitaria visões críticas perante representações e ações não suportadas por uma estrutura racional. As ações sociais, desta forma coordenadas, visam a priorização do entendimento em contraste ao cálculo egocêntrico que visa resultados pré estabelecidos. A condição essencial desta atividade deve incluir “falantes e ouvintes que buscam o entendimento para coordenação de suas ações”. Tais processos devem satisfazer, necessariamente, as condições de um asserção racional que se dá ao conteúdo de um proferimento e às pretensões de validade vinculadas ao mundo objetivo, social e subjetivo apoiadas em argumento reconhecido ou rejeitado pelos demais participantes (Rivera, 1995; p. 32).

Ação estratégica, normativa e dramatúrgica

Em Habermas, todos os conceitos de ação da teoria social poderiam se resumir em mais três sub-tipos básicos, além da ação comunicativa. Tais conceitos nos auxiliam na argumentação utilizada no capítulo V, VI e VII.

Derivada da razão instrumental, a ação teleológica-estratégica é essencialmente não interativa, uma vez que admite o outro como parte de um instrumental necessário para alcançar objetivos. Em contraste com a ação comunicativa, os referenciais para compreensão e ação são buscados nos planos dos mundos objetivo e social, omitindo o mundo subjetivo. O êxito da ação é determinado por um fim alcançado individualmente por intermédio do engano ou da coerção de outros. O recurso à interação é meramente instrumental, como admitido na teoria dos jogos. Desprovido de intersubjetividade não visa o entendimento mútuo, posto que não explicita motivações do plano subjetivo, e sim êxitos ambicionados objetivamente em um contexto onde não são colocados em jogo as condições para uma tematização discursiva. A ação teleológica-estratégica lança mão dos atos de fala perlocucionários, categoria acrescentada por Habermas àquelas legadas por Austin, que descreveu os atos locucionários (pelos quais o sujeito diz algo expressando um estado-de-coisas) e ilocucionários (pelos quais o falante realiza uma ação enquanto diz algo). Nos atos de fala perlocucionários, o sujeito que diz algo procura por um determinado efeito em um ouvinte para obtenção de efeitos que se desdobrem em êxitos, como o blefe de um jogo de pôquer. O sujeito falante instrumentaliza seus atos de fala para alcançar propósitos, o que caracterizaria sua natureza teleológica. Os atos locucionários e ilocucionários traduzem sentidos, ao contrário dos perlocucionários que se constituem de intenções alinhadas com a idéia de êxito.

A ação normativa guarda relação com a orientação de elementos de um grupo de atores ao redor de valores comuns, como parcialmente modelizado na “teoria do conhecimento comum”. O plano de ação envolvido nesta categoria seria essencialmente o do mundo social, pois expressam normas decorrentes de acordos firmados coletivamente dentro de uma expectativa generalizada de comportamento. As pretensões de validade normativa reconhecidas intersubjetivamente, se relacionam com critérios de validade social e justificação ao redor de valores culturais vinculantes.

A ação dramaturgica, diferentemente das demais, tem como terreno o plano intersubjetivo onde há atores que, em suas interações, desempenham papéis estilizados construídos a partir de suas vivências. De acordo com seus propósitos os atores modulam suas representações, desenvolvendo ênfases em seus “enredos”, o que confere a este tipo de ação uma essência teleológica.

A ação comunicativa alcança, simultaneamente, referências nos três planos (mundos objetivo, social e subjetivo) buscando definições para consensos mediados pela linguagem e por atos de fala proposicionais, que assumem relações interpessoais sinceras. A racionalidade comunicativa pressupõe o desencadeamento de um processo de produção de consensos, tendo o discurso argumentativo como intermédio, através do qual os sujeitos da comunicação asseguram a unidade do mundo objetivo. Nas trocas simbólicas sobre o contexto em que desenvolvem suas vidas, (como afirmou Tzu – ver início do primeiro capítulo) os sujeitos dão corpo à metáfora do “sentido como centro do mundo” - unificação do universo no único plano em que alcança condições para fazer sentido, a intersubjetividade. Em contextos de interação, o agir comunicativo resulta da racionalidade que emana dos processos de entendimento de validez criticáveis, onde a linguagem se impõe com todo o seu potencial motivador de convicções e gerador de consensos. Na ausência destas práticas em determinados terrenos, Habermas aponta para as patologias e neuroses, advindos dos conteúdos sociais discursivamente reprimidos. Tais patologias podem se originar por sobre *déficits* de racionalização de origem externa, como no caso de cataclismas, guerras, fome e insuficiência dos meios de produção. Assim também o faz o *sistema*, na capacidade do poder e do dinheiro de subtrair a força da comunicação livre e não distorcida. Os *déficits* de racionalização também podem ter origens internas como o que se deseja tematizar no presente estudo: a separação elitista entre culturas de experts e situações de ação comum, no que resulta o “despovoamento” ou esvaziamento do mundo da vida (Siebeneichler, 1989; p.152).

Um exemplo ilustrativo das inabilidades da racionalidade instrumental no campo dos intercâmbios simbólicos culturalmente reprimidos, pode ser extraído da forma como os profissionais lidam com os pacientes em estágios avançados de doenças crônicas, próximos ao final da vida (como será tematizado no capítulo VII). Há pesquisas que apontam para as grandes dificuldades, mesmo entre especialistas desta área, em lidar com pacientes cuja morte é iminente (Foley, 1999; Caron, 1999; Billings, 1997; Ellis, 1999; American Board of Internal Medicine Comitee on Evaluation of Clinical Competence, 1996). Define-se na “futilidade terapêutica” (Baker, 1993) uma distorção técnica identificada com dificuldades do profissional (apoiadas ou não em esperanças de seus pacientes) na aceitação da morte. Tal distorção persiste, a despeito da implantação de cursos na formação de médicos residentes para desenvolvimento de competências que habilitem estes profissionais a lidar com estas situações (Billings, 1997). A dificuldade de tematizar a questão da morte como substrato para uma discussão tracionada pelo entendimento sobre os temores acerca da finitude, expressa lapsos na ação profissional. Tais lapsos, não exclusivos a estes âmbitos, se expõem como conteúdos alingüísticos sistematicamente excluídos das conversações cotidianas.

Como se pode deduzir dos modelos acima destacados, o conceito de racionalidade comunicativa adquire um vasto alcance. Fundamentalmente se alicerça no uso da linguagem, sem desníveis, como via de mão dupla para o entendimento. Acordos estendem-se não somente aos objetos a partir dos quais se possa predicar a verdade, mas também às normas a partir das quais se possa evocar justiça e às experiências, sensações e estados subjetivos que se expõem como sinceros. Em outras palavras, indo além do plano cognitivo-instrumental, a racionalidade comunicativa permite integrar atitudes prático-morais e estético-expressivas.

Acreditamos que a renúncia à edificação cotidiana de atos performativos, inadvertida e sistematicamente abreviados pela profissão de fé na técnica que se materializa nas organizações (sobretudo naquelas que se fundamentam em saberes especializados) criam obstáculos desnecessários à simetria dos discursos. Sob a pressão do saber dos especialistas, o diálogo tende a definhir e a se submeter incondicionalmente a monólogos. Tende a desaparecer levando consigo oportunidades para o entendimento e desencadeando ansiedades, reações de rejeição, falsas esperanças etc.

Além de tais sentimentos, desperdiçam-se oportunidades para criação ou

aprimoramento de novas tecnologias que contemplem inauditas necessidades ou explicitem sentidos essenciais, talvez ainda mal percebidos embora não muito distantes. Nos sítios de hegemonia da racionalidade cognitiva, as Tecnologias de Informação se fazem acreditar como genuína força libertadora. A mídia, como arauto das Ciências Médicas, acena com inúmeras perspectivas de cura para doenças fatais, cuja ilusão de iminência se desdobra em crescentes e onerosas demandas sobre as tecnologias de prolongamento artificial da vida. Reproduz a voz da razão clínica em sua ilusão da morte como anomalia, e não como desdobramento natural de nosso percurso de vida.

Os atos cotidianos mais prosaicos tendem a se “cientificar” na ilusão de controle das doenças potenciais a que estaríamos expostos por inescapável determinação genética. Da mesma forma a literatura médica para leigos nos alerta sobre um oceano de carcinogênicos (Strecher *In*: Baillie, 2000; p.444) pela cacofonia de múltiplas mensagens concorrentes. Padrões estéticos se confundem com padrões de funcionalidade e performance física (e ambos com o conceito de saúde e doença) o que origina mais ilusões sobre a função das Ciências Médicas como laboratório de elaboração e validação de produtos. Em suma, nos cercam ilusões de cura, beleza, potência e imortalidade sem limites ou conseqüências, da mesma forma que acreditamos na inexorabilidade do fado genético, da ameaça ambiental carcinogênica e em distorções acerca dos limites da tecnologia que deveria nos servir. A racionalidade instrumental como forma inédita de irracionalidade científica dominante, como descrito em Habermas, se autojustifica e se valida em seus próprios métodos acríticos.

A conjunção de tantas ilusões se assemelha aos mitos aos quais se desejava neutralizar pela “fé no controle e na explicitação das suas causas”, como em Adorno e Horkheimer. A renúncia à força emancipadora da razão comunicativa desta forma, faz o homem “adoecer” em seu potencial discursivo, compelindo-o ao consumo de informações sobre saúde.

Teoria do conhecimento e interesse.

Habermas aponta para certa tendência das ciências a reter uma ilusão que determina uma autocompreensão excludente de sua prática investigativa, aplicando métodos sem se concentrar reflexivamente sobre os interesses que guiam o conhecimento. Chamou de “profissão de fé cientificista”, àquela embutida na auto-compreensão positivista das ciências nomológicas, conseqüente à substituição da ação reflexiva pelo controle técnico

de processos naturais objetivados (Habermas, 1972; p.315). Esta auto-compreensão se desdobra essencialmente em alienação, no sentido de “afastamento” (Blackburn, 1997) ou transcendência do produto dos homens sobre eles mesmos. Tal distanciamento introduz a névoa que os impede de vislumbrar seus interesses e desenvolver suas habilidades comunicativas, expressas e reafirmadas na organização, afastando-os destas e de si mesmos.

Habermas acredita no projeto de emancipação da sociedade pela comunicação não cerceada e intrinsecamente vinculada a um processo de reflexão discursiva e crítica, envolvendo todos os indivíduos com suas diferenças de crenças, saberes e fazeres, o que implica aprendizagem. Em nosso caso particular, acreditamos na comunicação organizacional que possibilitaria o acesso a um crescimento harmônico, onde são neutralizadas as deturpações causadas pela névoa objetivista da razão técnica. Nas palavras de Schelsky (citado por Habermas, 1987a):

“Com a civilização científica que o homem leva a cabo de um modo planejado, surge uma nova ameaça no mundo: o perigo que o homem se explicita só mediante ações externas que transformem o mundo e trate tudo, aos outros homens e si mesmo, nesta esfera objetiva da ação construtiva. Esta nova auto-alienação do homem, que lhe pode roubar sua própria identidade e a do outro, é o perigo de que o criador se perca na sua obra e o construtor na sua construção...” (Habermas 1987a, p.147)

Habermas (1987a) absteve-se de se opor incondicionalmente a esta racionalidade, na medida em que reconhece seu papel na batalha de adaptação do homem ao meio e da preservação da espécie. Descreve a ação comunicativa impulsionada por um interesse emancipatório fundamental, inerente à razão, que possibilita uma libertação das formas de dominação ideológica por intermédio da crítica racional destas últimas. Propôs assim, uma “teoria dos interesses” onde estes determinariam aprioristicamente os tipos de conhecimento para emancipação da espécie, onde descreve as formas pelos quais os indivíduos aprendem sobre o mundo, usando e criando conhecimento.

Identificou um “interesse técnico”, de enquadramento objetivo e empírico, no qual o indivíduo entende o ambiente como algo passível de observação para objetivização e controle. Esta observação e objetivização se orienta, primordialmente, pela revelação das leis da natureza e pela elaboração de pilares teóricos explicativos, que se prestariam à dominação do meio como recurso. Assim, um conhecimento instrumental possibilitaria a

adaptação ao ambiente e a satisfação das necessidades do homem por meio da produção. À ciência caberia a superação humana de necessidades e ameaças materiais, liberando o homem para o aprimoramento cultural e institucional, igualmente imprescindível. Neste sentido, a crítica de Habermas se refere à universalização da técnica e a lógica do custo-benefício em sua intromissão nas esferas sociais onde deveria predominar interações como contatos simbolicamente mediados.

Além das necessidades de superação das limitações impostas pelo meio, há um segundo interesse “prático”, que busca conhecimento não técnico, pertinente a determinadas circunstâncias que não conduzem à elaboração de pilares teóricos explicativos. Por ser de natureza interpretativa e orientada ao entendimento subjetivo do ambiente, o interesse prático exige concordâncias com outros sujeitos para validar impressões sem, no entanto, questionar qualquer forma de dominação social e política. Tal interesse “hermenêutico” é acrítico e admite o “mundo tal como é”, sem questionamentos, sem compromissos com mudanças e inatento ao poder de distorção das ideologias (Habermas, 1972 e 1987a). Acerca das ideologias embutidas no discurso que escapam às aproximações hermenêuticas, vale destacar a discussão entre Gadamer e Habermas em “Dialética e Hermenêutica” (1987b).

A partir de novos patamares de reflexão, este interesse hermenêutico poderia ascender à ação comunicativa. Para tal, deve transcender à fatuidade de sua função de comunicação cotidiana e se fundamentar em argumentação racional crítica das posições assumidas nos mundos objetivo, social e subjetivo. De consenso fatural constatativo, reprimido por dependências institucionais ou dominação política, passaria, argumentativamente, à condição de emancipador das amarras ideológicas. Se cristalizaria, assim, nas estruturas da ação comunicativa, onde os homens se relacionam com fins de entendimento mútuo, por intermédio de normas lingüisticamente determinadas sob um critério racional.

O terceiro interesse “emancipatório” busca o conhecimento comunicativo que se presta à liberação do mundo das normas, das formas de repressão social, incluindo aí suas representações subjetivas. Este interesse compõe lacunas dos anteriores, uma vez que não está comprometido com o domínio de forças, nem é inábil em lidar com valores, sentimentos, medos e desejos humanos (como o interesse técnico-instrumental). Por outro lado é comprometido com uma visão crítica, ocupada em desenvolver teorias que neutrali-

zem as distorções sofridas pela comunicação que dá acesso à liberdade, e à justiça (o que falta ao interesse prático). Os regimes totalitários tendem a distorcer o processo de comunicação com vistas à interdição da tematização discursiva, protetora de seu sistema de poder, abalável pelo exercício de discursos problematizadores (Habermas 1987a). Habermas inclui aí o processo de excomunhão da linguagem pública dos temas censurados, tidos como inconvenientes, que se represam no inconsciente como conteúdos alingüísticos incompreensíveis para o próprio sujeito. Neste contexto, admite na terapia psicanalítica, um paradigma de ciência crítica, como forma de resgatar tais elementos, a partir de uma interação aberta à re-simbolização desses conteúdos expurgados.

‘...a psicanálise espera que a informação sobre nexos causais desencadeie na consciência ... um processo de reflexão; deste modo, o estágio da consciência irrefletida, que pertence às condições iniciais de tais leis, pode modificar-se ‘... (Habermas 1987a; p.140)

Assim, o indivíduo se reapropriaria de fragmentos perdidos de sua biografia, no auto reconhecimento que estabelece a partir de interpretações do analista. Os processos de auto-reflexão determinam o desenvolvimento de uma competência discursiva que o habilita a participar de discursos práticos, libertando-o da “falsa consciência”, desprovida de veracidade que a neurose lhe subtraiu.

Em síntese, Habermas situa um interesse técnico do conhecimento no exercício das Ciências empírico-analíticas (centrado no controle instrumental); assim como um interesse prático no exercício das Ciências histórico-hermenêuticas (acrítico); e finalmente um conhecimento emancipatório subjacente às Ciências de orientação crítica como a Psicanálise.

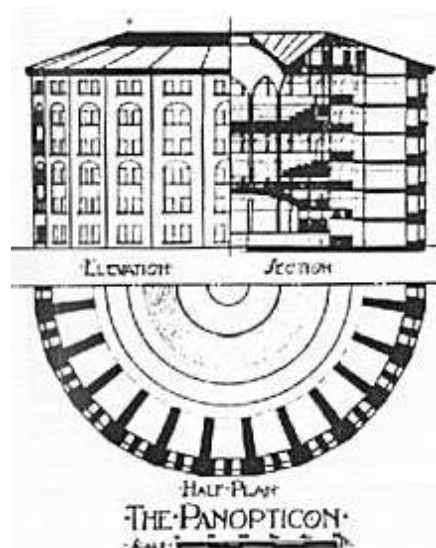
Ao pessimismo teórico da primeira geração da Escola de Frankfurt, Habermas contra argumenta com uma possibilidade de convivência social baseada em diálogos e consensos fundamentados argumentativamente, o que admite como traço imanente à linguagem e à necessidade essencial de comunicabilidade do homem. Neste sentido, Habermas não se afastou do projeto da Escola de Frankfurt, na tentativa de criar uma teoria social crítica com intenções práticas, por intermédio da pesquisa interdisciplinar, buscando estabelecer uma nova relação entre a Filosofia e as Ciências do Homem (Aragão, 1992). O conceito de interesse emancipatório representaria, assim, um referencial crítico para a percepção de todas as ciências elaboradas pela espécie humana. Estas são admitidas como projetos de construção de conhecimento instrumental para

superação da natureza, ao lado do interesse e do conhecimento comunicativo para superação de ideologias.

IV . Organizações e conflitos

Conflitos institucionais e tecnologia.

Há conflitos naturais no hospital, desde que, à interdependência de atividades e sua hierarquização valorativa, se acrescentem necessidades de partilha de recursos e espaços. Há especificidades potencializadoras destes fenômenos, que sinalizam para dilemas estruturais na dinâmica de interação das equipes e categorias profissionais e pacientes. Além dos conflitos inerentes a qualquer forma de organização social, como força motriz acessória e peculiar, vemos a estagnação e hierarquização da natureza cognitiva de atividades. Além destas, há a notória escassez de terrenos dialógicos, onde tais conflitos poderiam ser tematizados à luz de trocas simbólicas mediadas pela linguagem (Rivera, 1996).



Por conta destas peculiaridades, admitimos o hospital como uma organização das mais complexas e interessantes, na qualidade de sítio privilegiado para observação de processos constitutivos de organizações de saúde públicas ou privadas¹⁵ na incorporação de tecnologia em seus alicerces estruturadores. Prosseguindo por esta linha de entendimento, à vista da literatura pertinente, temos a descrição dos hospitais como organizações nas quais se incorporam racionalidades que lhes são específicas de diversas maneiras. Há peculiaridades em seus métodos de apreensão da realidade, úteis no projeto de dominação da natureza biológica dos males que devem ser diagnosticados e tratados, malgrado haja desdobramentos que transbordam para domínios que lhes são estranhos, à primeira vista.

¹⁵ Embora tenhamos nos afastado propositalmente desta segunda forma de organização, na qual se acrescentam traços empresariais àqueles descritos no presente estudo, o que não ajuda a compreender a natureza daquilo que se deseja retratar, conforme veremos a seguir.

Referimo-nos à base de legitimação social da “missão da cura”, que gera imperativos incontroversos, de natureza científica, que repousam sobre os ombros dos profissionais qualificados para tal missão. Tal base de legitimação, abriria caminho às ações e procedimentos profissionais que, amiúde, geram distorções. Partilhados nem sempre de forma homogênea ou pacífica entre profissionais e sociedade, tais imperativos instituem-se de forma peculiar nestes terrenos. O ordenamento dos espaços de diagnósticos, tratamentos e reabilitação, a padronização de atividades profissionais e a apropriação de mais tecnologia tende a gerar novos espaços e atividades cada vez mais distantes do saber leigo.

Em revisão à Literatura percebemos, por muitos lados, enfoques que observam a organização hospitalar como sede institucional de um poder, corporificado no saber especializado que adquire conformações de controle social pela via da “dominação médica” (Larson, 1977; Turner, 1987 *In*: Carapinheiro, 1998; p.45 e Canter, 2001) Estes autores trazem contribuições interessantes para a discussão das incorporações de poderes nestas instituições. Estas últimas se prestam, segundo tais textos, ora ao papel de celeiro de referências e saberes especializados, ora como fonte de autoridade de onde extraem seus predicados de disciplinação social.

O hospital é, segundo tais fontes, amiúde categorizado como arena de confrontos, no embate entre a diversidade das referências culturais leigas, em oposição a modelos de dominação, ideologias e práticas opressoras de diferentes grupos profissionais. Na qualidade de instituição disseminadora da versão oficial dos conceitos sobre saúde e doença – devidamente validada pela ciência – se prestam a abrigar um poder médico, definidor da natureza normal ou patológica de fenômenos a que se dedica a estudar com seus numerosos e sofisticados recursos. À leitura destes textos, que se prestam à exposição da natureza sociológica destas organizações, criam-se expectativas interessantes. A partir de evidências na forma de descrição de lugares comuns e explicitação dos mecanismos, por intermédio dos quais, se legitima a razão técnica, se adicionariam representações sociais potencializadoras do entendimento acerca destes processos. Carapinheiro (1998) na introdução de seu livro, descreve sua investigação sobre os saberes e poderes do hospital, onde manifesta seu desejo de compreender:

... “a vida no hospital, ... onde a legitimidade do objetivo de curar justifica sem problemas, todas as ações e procedimentos hospitalares, ... a legitimidade das razões médicas e técnicas da organização dos sistemas de tratamento ... e a questão dos poderes, oculta na racionalidade orga-

nizacional que embebe os saberes e as práticas dos profissionais... Assumiu-se claramente que realizar um projecto com este alcance analítico, correspondia a penetrar num terreno armadilhado de evidências, de lugares comuns, isto é, de representações sociais sobre a saúde, a doença e a medicina, onde questionar a organização do trabalho médico equivalia a questionar o tratamento das doenças e a recuperação da saúde”... (Carapinheiro, 1998, p.11):

Um tal terreno repleto de armadilhas, decerto nos exporia a desvios com os desfechos previstos acima. Não obstante, tais armadilhas podem tanto ser vistas como tal, em uma observação de primeira ordem, assim como poderiam ser admitidas como artefatos visíveis articulados a um processo geral, de menor visibilidade aos olhares externos. Desta forma seria útil ao entendimento destes complexos sistemas, uma análise transcendente e, ao mesmo tempo, includente, gerada por uma observação de segunda ordem – como trabalho analítico secundário acerca de construtos primários, aí admitidos como armadilhas. Uma observação mais ampla da organização hospitalar, deveria admiti-la como um segmento social onde se explicitam modelos de utilização de recursos para o alcance de metas orientados por uma racionalidade que a transcende no tempo e no espaço.

À primeira leitura, tais argumentos nos parecem bastante razoáveis, como fonte de esclarecimento que nos facilita o trabalho de compreender um sistema complexo por sua redução a formatos polares. Tal polarização toma forma no ápice de uma pirâmide (poder médico) que se apoiaria em uma vasta base de sustentação (sociedade e valores culturais leigos legitimadores). No polo superior encontraríamos uma classe minoritária, acumuladora de riquezas cognitivas, assim como suas fontes de produção de conhecimento absolutamente monopolizadas.

Não obstante, as descrições sobre a luta contra a concentração e o hermetismo de saberes e pela afirmação de “valores culturais populares” (Dixon-Woods, 2001) proliferam em contradições nem sempre evidentes - ora parecem ambicionar, ora desprezar tais saberes. Muitos textos oferecem imagens conceituais que nos remetem às lutas de classe no nascimento do capitalismo moderno. Haveria grupos dominadores, que se valendo de um saber socialmente legitimado, manipulam mecanismos de controle social. Ainda em Carapinheiro, se estabelecem paralelos com o sistema prisional. O hospital, como sede do saber médico, adquire táticas de vigilância como o do

“panoptismo de Bentham”¹⁶ descrito por Foucault em “Vigiar e punir”. O texto original do autor francês descreve a arqueologia das sociedades que punem seus elementos desviantes. Explica como a era dos castigos cedeu lugar às técnicas de disciplina e vigilância, encarnadas no modelo de Bentham. Em Carapineiro a tecnologia hospitalar colocaria seus recursos e engenhosidade a serviço de um projeto de controle semelhante:

“No pensamento de Foucault, a genealogia do indivíduo moderno prende-se com a tecnologia do exercício do poder disciplinar... consistindo numa série de práticas generalizadas que procuram organizar os indivíduos e as populações, e que tendem a fazer do homem um “corpo dócil e mudo”... Entre as instituições que podem tomar a cargo esta tecnologia específica do poder figura o hospital, que a utiliza como um instrumento para fins bem precisos... a disciplina é uma tecnologia que funciona no hospital para investir, colonizar e ligar as formas de poder dominante, estendendo sua influência e aumentando sua eficácia... o hospital pode ser encarado como uma ilustração do conceito de “panóptico de Bentham”...(Carapineiro, 1998; p.69)

É fato que a organização arquitetural das Unidades de Terapia Intensiva, por vezes se assemelham ao panóptico de Bentham, se observadas às pressas por um observador desatento a determinados pormenores estruturais e funcionais. A arquitetura panoptíptica, no CTI, se inverte no objeto de seu controle, distorcendo irreversivelmente a lógica da disciplina de Bentham, originalmente idealizada para organizações carcerárias. Nos CTIs dos hospitais contemporâneos, os ambientes de vigilância intensiva para controle de condições de instabilidade vital, situam seus “agentes” em seu centro, à maneira dos presídios de Bentham. Não obstante, estes agentes se detêm no monitoramento dos sinais vitais de seus pacientes para antevisão de condições críticas a serem equilibradas (e não disciplinados em “corpos dóceis e mudos”). Por outro lado, o posicionamento da equipe de saúde no centro do ambiente pode, de acordo com a racionalidade que instrui a arquitetura hospitalar, transmitir aos pacientes a sensação de segurança de que tanto necessitam, fazendo-os acreditar que suas necessidades serão prontamente percebidas e atendidas. O princípio do panoptismo aí se inverte, posto que este se baseia da invisibilidade do vigilante perante o vigiado.

¹⁶ O panoptismo em Foucault se referia, no senso amplo, às técnicas de organização dos espaços de vigilância permanente, nos quais se planejava a dissociação “ver-ser visto”. O essencial seria “ser visto sem ver”, o que causaria ao prisioneiro a impressão de que poderia estar sendo visto (de uma torre central por onde a vigilância se fazia por através de persianas fixas) sem que fosse possível verificar quando e por quem. Bentham, idealizador da técnica, afirma que o poder deve ser visível (na figura de uma alta torre) e inverificável (já que não é possível determinar se se está sendo observado, mas que se tenha a certeza de que sempre poderá sê-lo). (Foucault, 1987; p.173-199)

O modelo do panoptismo se ajustaria com algumas dificuldade e muitas assimetrias no terreno das organizações profissionais de saúde. Teríamos que admitir o projeto de dominação de médicos, psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais, fisioterapeutas e enfermeiras que, mesmo atomizados em organizações insulares, com saberes e técnicas ultra especializadas, preservam uma meta orquestrada de exercício de poder e manutenção ideológica de seus interesses, condensados em álibis técnicos. A mera observação de semelhanças arquiteturais na divisão de espaços organizacionais, tanto pode conduzir à idéia de controle para disciplinação de corpos e sujeitos para sua dominação, como à noção de vigilância para controle instrumental. O percurso do entendimento seguirá uma lógica que pode se tornar circular e auto-limitada se restrita à observação descontextualizada destes terrenos.

No hospital convivem e se entretecem múltiplos modelos de controle, instituídos na qualidade de regras técnicas, administrativas ou mistas. Em contraste, há mecanismos informais de ordenação, particulares a determinados setores e contextos. Como exemplo, no setor de emergência há priorização no atendimento a pacientes que aparentam maior gravidade, assim como o tempo de visita aos pacientes em fases avançadas de doença neoplásica, compreensivelmente, pode ser ampliado. O estatuto de formalidade administrativa não assegura a aceitação irrestrita da norma, face a contextos clínicos. Por outro lado, a informalidade clínica não se opõe como impedimento à aceitação de determinadas práticas que se fazem necessárias, visto o ambiente de imprevisibilidade que é peculiar às organizações de saúde.

Neste ponto, a autoridade médica se reafirma como necessária à resolutividade técnica, como contra-autoridade frente às normas administrativas instituídas – o que realça a fragmentação, aqui simultaneamente observada na dimensão objetiva e social, da comunidade hospitalar. Desta forma, acreditamos que artefatos de observação sob o jugo de vieses podem gerar ou reforçar interpretações que, nos casos mais avessos à argumentação em condições de simetria, agravam distanciamentos. Tais “verdades” se reproduzirão na velocidade, na perenidade, na medida e nos formatos em que se aderirem às estruturas de racionalidade já estabelecidas.

Se nos determos sobre a história recente desta instituição, será possível percebê-la como foco inesgotável de tensões, geradas, por um lado, pela crescente oferta de tecnologia no formato de equipamentos e fármacos, que se reproduzem em especialização

de saberes. Neste contexto, a proliferação de técnicas geraria a demanda por numerosas equipes de apoio, ocupadas em organizar o ambiente, prover, armazenar e preservar o material de consumo, assim como manter o instrumental hospitalar calibrado e eficiente. O novo hospital não é, como em outras épocas, povoado apenas por médicos, enfermeiras e pacientes. Existem atividades-fim, expostas diretamente às demandas de enfermos, familiares, gestores e sociedade por resoluções. Na dimensão social, tais atividades estão devidamente hierarquizadas em sistemas, que elevam ou rebaixam o peso valorativo da intervenção de determinadas atividades profissionais. Há diferentes nichos, detentores de saberes mais ou menos preciosos, em função da natureza de suas acumulações cognitivas em relação aos objetivos estratégicos da instituição, por sua vez vinculados a determinados padrões (técnicos) de resolutividade.

Em suma, no plano do mundo objetivo, o advento de novas tecnologias gera especialização de saberes e fazeres, devidamente hierarquizados sob uma racionalidade instrumental local, orientada por idéias de êxito. Criam-se artificialmente metas de cura, correção de incapacidades, controle de sintomas, progressão doenças e adiamento da morte. Regendo, à distância externa tais ideais, há uma racionalidade instrumental leiga que circula com desenvoltura por estes ambientes, já que seus agentes, embora exerçam atividades técnicas na organização, também habitam o mundo social exterior. A razão instrumental leiga, igualmente orientada às idéias de efetividade da ciência, exercem pressão sobre o sistema institucional. Se afeiçoam a propósitos convergentes (cura, correção, controle, prolongamento indefinido da vida) repletos de idealizações que geram conflitos (idéia de recursos ilimitados do sistema público de saúde, especialização orientada por interesses pessoais alienados da vocação institucional etc.) ou contradições (favoráveis ou contrários à doação de órgãos na qualidade de receptores ou doadores).

Na dimensão social da organização, a inovação tecnológica acrescenta novos especialistas, que dominam campos cognitivos específicos e ilusoriamente inacessíveis. Estes novos especialistas ascendem na escala valorativa institucional, segundo a posição estratégica de que desfrutam nos mecanismos organizacionais. Por outro lado, os segmentos de atividades de baixo peso valorativo, incluídos os representantes de qualquer categoria profissional, sentindo-se alijados neste processo, adotam “cacoetes” e comportamentos miméticos, ao acrescentar complexidades artificialmente instituídas em suas atividades. Da mesma forma, como percebido por Farias (2002), os funcionários da área-meio se ressentem da débil visibilidade e reconhecimento institucionais e se

movimentam para garantir seus espaços, se apropriando de saberes, posteriormente territorializados.

Os PILs (*Patient Information Leaflets*) adquirem significações diversas ante a necessidade de reconhecimento e aceitação institucionais dos sujeitos (na qualidade de agentes no plano subjetivo), às quais se adicionam as atuais facilidades técnicas de edição e reprodução de textos. Podem ser artefatos para transmissão monológica de informações, necessárias ao alinhamento à agenda biomédica (Dixon-Woods, 2001 e no capítulo V), ou, de outra forma, produzidos como artefatos de afirmação identitária de setores-fonte. Ainda podem ser resíduos de uma proposta de intenção educativa, mas de execução transmissional e monológica. A “comunicação” no formato impresso vai adquirir variados estilos segundo os propósitos a que se destinam, mas sempre regidos pela racionalidade instrumental direcionada à resolutividade.

Quando redigidos com tinturas instrumentais – plena de significações unívocas, admitindo o consumo invariante de informações, descontextualizadas do meio etc. – tendem a expressar uma visão instrumental do ambiente. Nos estilos diretivos, tendem a se esmerar em legitimar uma autoridade com base em princípios disciplinadores que nos lembram a panóplia de Bentham (idealizados para serem visíveis e acatados, sem que se possa verificar, muito menos questionar, seu conteúdos argumentativos). E, finalmente, nos estilos afetivos se observam variadas idealizações do ato assistencial, que tendem a eleger a via expressiva como forma de alcançar as mesmas metas de resolutividade (capítulo VI).

Em termos sintéticos, acreditamos que o ciclo dialético no qual se reproduzem os mecanismos que reafirmam o fetiche tecnológico, descrito neste e em muitos outros trabalhos, se insere em dimensões muito mais complexas do que se pode supor à vista do “poder médico como forma de dominação e disciplinação social”. Há dimensões objetivas e sociais nascidas não somente na organização como na sociedade como um todo, assim como subjetivas, que se interpenetram no campo da saúde e deixam rastros em outros terrenos.

A observação do uso social das tecnologias de informação, neste contexto, devem ser consideradas, uma vez que nos auxiliam a compreender os mecanismos de pressão suscitados pelo meio cultural onde se inserem tais organizações, sem o qual não seria

possível prosseguir com nossa análise sem correr o risco de cometer um estudo alienado, repleto de inconsistências e incompletudes.

Preliminarmente, seria necessário às organizações se reconhecerem como estruturas pouco sensíveis à crescente demanda social em termos de abrangência e complexidade de serviços. No cenário contemporâneo, as organizações profissionais hospitalares precisariam estar preparadas para a volatilidade das mudanças constantes, impulsionadas por indutores e contextos diferentes de há menos de 10 anos atrás. A concretização dos princípios de qualidade e resolutividade do SUS se desdobra nestes desafios, interessantes ao planejamento e gestão de serviços e sistemas de saúde.

Uma compreensão que nos saciasse o entendimento sobre o papel dos sistemas e serviços de saúde, no cenário atual, exigiria uma visão menos linear ou monocular, tão ampla quanto profunda, que nos conduzisse além da superficialidade de concepções herméticas, cristalizadas e imobilizadas no modelo do panoptismo do poder médico. Decerto, há complexificações suplementares, transcendentais à especialização de saberes (como aprimoramento cognitivo), implicando a fragmentação destes saberes (como alienação), o que lhes subtrai a percepção crítica da vocação institucional. Observa-se que, embora funcionalmente as equipes respondam com eficiência às necessidades operativas da organização, estas, por força da fragmentação e alienação das “ilhas de saberes”, comprometem sua eficácia. Ora se imobilizam perante os cada vez mais frequentes desafios imprevistos (sobretudo aqueles que derivam de falhas da comunicação institucional) na mesma medida em que desenvolvem projetos específicos, dissonantes, os quais, por vezes, acrescentam obstáculos que comprometem em graus variados a efetividade organizacional.

Desta forma, o fio condutor de todas estas dimensões que se interpenetram, acreditamos, é a carência de uma forma de racionalidade comunicativa, orientada ao entendimento como princípio ético que, certamente, atenuaria as tantas distorções aqui descritas. A estrutura insular das organizações profissionais hospitalares, gera isolamento e incomunicabilidades dos profissionais entre si e destes com os pacientes.

Aos olhares acrílicos, míopes ao universo extra-técnico, que criam distâncias desnecessárias e contraproducentes, se superpõem as tecnologias de informação que, nos casos em que a racionalidade envolvida em seu desenvolvimento prioriza o modelo transmissional de comunicação, se desdobram em controle para resolutividade, sem

interação. Além disto, em maior ou menor grau, há conflitos manifestos ou latentes no interior das organizações, entre as diversas categorias profissionais e destas entre si, o que é inevitável em qualquer tipo de organização humana, embora, acrescentamos, não se observem tantos avanços instruindo as tecnologias de comunicação na melhor forma de atenuá-los (Coiera, 1998¹⁷).

Para uma organização fragmentada e pouco interessada no meio e nos problemas de sua época, o desafio nuclear seria estimular atividades baseadas em práticas de trabalho de equipe, o que supõe novos paradigmas que enfatizem a interdependência e a colaboração. Coordenar grupos de trabalho multiprofissional, dentro de sistemas de pensamento defasados, é uma tarefa das mais improficuas se não houver um trabalho prévio de neutralização ou desmonte das compartimentalizações imobilizadoras. Observar as organizações profissionais complexas sem compreender suas culturas e dialetos, nos levaria a reproduzir os mesmos equívocos das visões tubulares que conduzem sempre aos mesmos resultados, sem campo de observação para desenvolver plenamente novas técnicas dentro deste cenário.

Estrutura das Organizações Profissionais de Saúde

Há organizações que se reproduzem na tendência sobre controle de qualidade dos itens produzidos. Outras em que a característica principal é a normatividade de comportamentos previstos em regras e normas padronizadas (Mintzberg, 1989, 1995, 1998). Portanto, as instituições funcionam para produzir de forma



eficiente bens, serviços ou saberes não necessariamente ligados às prioridades, projetos ou aspirações de seus funcionários ou mesmo da sociedade que as cerca. O aspecto vocacional do trabalho se anula, à medida que as organizações na modernidade, se

¹⁷ Este trabalho foi selecionado por simbolizar a idéia de comunicação entre profissionais como atividades meramente transmissionais a serem potencializadas pelas Tecnologias de Informação. No estudo são descritos os

fundamentam na especialização do trabalho (Ingram, 1987; p.75, Weber, 2002; p.134-5) e na ênfase da eficiência.

Toda organização baseia-se em estruturas, cuja divisão e especialização do trabalho adquire variados níveis de complexidade. Trata-se de um imperativo operacional, necessário à crescente demanda por saberes especializados, sem os quais não seria possível implementar os avanços tecnológicos necessários aos ideais de resolutividade. Pela ótica, ou viés, da Ciência Administrativa Clássica, o controle de recursos materiais e humanos relacionado a insumos, organização de meios e fins, valorizaria os elementos e variáveis somente nestes terrenos, de onde não seria possível perceber as inúmeras limitações de amplitude e profundidade envolvidas.

As instituições de saúde, neste campo, adquiririam desdobramentos peculiares, derivados de sua lida diária com riscos e benefícios clínicos perante moléstias a diagnosticar e tratar. Não obstante, desta forma admitidas, ainda se manteriam vinculadas a um mundo objetivo, do qual emanam elementos com variados pesos valorativos. Um procedimento cirúrgico, como exemplo, poderia ser encarado como um ato profissional exercido por uma equipe, com papéis individuais bem definidos, que envolveria despesas (horas profissionais de seus integrantes, material utilizado em sua operacionalização, desgaste dos equipamentos etc.) e orçamentos. Admitido pelo viés do risco / benefício clínico, ainda nos terrenos do mundo objetivo, tal procedimento ofereceria benefícios, ou não, em termos de curabilidade, ou palição frente aos riscos de contextos clínicos adversos, manifestos ou potenciais.

As organizações profissionais de saúde se configuram em formatos sociais peculiares, como arquipélagos heterogêneos e multifacetados (Rivera, 1996; Etzioni, 1989; Mintzberg, 1989, 1995, 1998). Suas equipes vinculariam suas interações a ordens, coletivamente legitimadas, nas quais o comportamento profissional individual se pautaria por regras técnicas bem definidas. O domínio de um tipo de conhecimento altamente especializado e consagrado no contexto de uma estrutura organizada ao redor de saberes técnicos, acrescenta autonomia à ação dos médicos - traço distintivo de suas atividades. Livres de controle ou ingerência externa de qualquer outra categoria profissional, incluídos seus pares que, orientados por preceitos éticos e culturais que se convertem em

padrões que geram ineficiência como o uso de telefones e *pagets*.

corporativos, limitam ainda mais a possibilidade de controle ou interferência, o que potencializa a liberdade para ação autônoma (Freidson *In*: Farias, 2002).

Nas organizações profissionais hospitalares complexas, no terreno da produção de diagnósticos e tratamentos, observa-se uma tendência oposta à da flexibilização de práticas fundamentadas na comunicação horizontal. O fenômeno observado é o das acumulações técnico-cognitivas verticais ressaltando a atomização de equipes especialistas autônomas. As organizações profissionais admitem uma relativa autonomia de seus centros operadores, como adequadas à típica complexidade envolvida em muitas das tarefas rotineiras, não passíveis de padronização (Mintzberg, 1995). Nos sistemas hospitalares a complexificação pela ultraespecialização técnica, sem direcionalidade ou sistema de prestação de contas, facilmente deriva em autonomia exagerada, potencialmente desagregadora. As atividades técnicas de valor estratégico, sob ponto de vista diagnóstico / terapêutico, resultam em supervalorização corporativa de seus processos particulares de trabalho.

Em um centro cirúrgico todos os atos são padronizados a partir de regras tecnicamente especificadas. Não só as ferramentas cirúrgico-anestésicas, o ambiente antisséptico e os uniformes são padronizados como também os contatos físicos são ritualizados e tecnicamente legitimados. Porém esta padronização não alcança as opções de técnicas anestésico/cirúrgicas em si. Neste terreno o profissional (cirurgião ou anestesista) decide autonomamente de acordo com sua experiência e acumulações cognitivas de especialista. Os requintes e adornos tecnológicos, assim como o “idioma” codificado e hermético, se complexificam progressivamente com os avanços tecnológicos da ciência. Da mesma forma proliferam, em outros setores, rituais e idiomas técnicos específicos, o que vem a acrescentar dificuldades à integração de equipes e à almejada comunicação horizontal.

Embora minoritário, os grupos formados pelos médicos encarnam a própria identidade institucional (Farias, 2002). Muitos projetos se originam no âmbito pessoal ou corporativo desta categoria para adquirir posteriormente, ou não, as feições de metas organizacionais. Na qualidade de arquipélagos atomizados em interesses e domínios especializados, a relação dos médicos com outros grupos é suscetível a tensões de legitimação derivadas, inclusive, de formas diversificadas de observar a instituição como algo que lhes é externo. A organização se amplia e se reproduz por fragmentação em

culturas, dialetos e metas específicas que, para se concretizarem, dependem da interação estratégica dos segmentos envolvidos.

No entanto, por parte dos médicos, o peso valorativo auto-atribuído na arquitetura institucional, pode influenciar nas interações que adquirem formatos de exercício de poder e autoridade, os quais originam pressões sobre o trabalho das demais categorias, "invadindo áreas de competência que essas últimas consideram de sua responsabilidade" (Farias, 2002). As dificuldades na legitimação de campos de autonomia não-médica nos hospitais, assim como muitas outras, advindas da necessidade de ações interdisciplinares, geram equipes de médicos, enfermeiros, nutricionistas, psicólogos, fisioterapeutas e assistentes sociais como "ajuntamentos profissionais" de fraca índole comunicativa, cujas tipologias foram demarcadas por Peduzzi (2001)

Farias (2002) observa a inexistência de relações igualitárias entre os médicos e demais categorias profissionais, no que se refere à autonomia e à distribuição do poder em relações às atividades com menor grau de qualificação. Na norma social / operacional das organizações hospitalares, os técnicos e auxiliares de saúde "formam o grupo sobre o qual a sobreposição das diferentes fontes de poder e autoridade, e das hierarquias que elas estabelecem, fazem-se sentir com maior força", subordinados à estrutura organizacional e, sem largos espaços de autonomia. Sobre estes grupos a permanente pressão e controle, advinda da hierarquia fundada na legitimidade do saber profissional, ou seja, na autoridade do saber destes últimos, possibilita assimetrias cognitivas nas relações entre grupos e indivíduos.

Já os técnicos e auxiliares da área-meio, nos escalões inferiores da organização, por um lado se expõem mais à estrutura hierárquica fundada na autoridade administrativa não-médica. Por outro lado, são menos expostos à socialização com o ambiente de saúde, o que tende a sedimentar a autoridade fundada na "hierarquia cognitiva" burocrática. Farias (*ibid*) percebe, neste segmento, uma tendência às "percepções mais negativas" acerca do sistema de relações cotidianas, "o que reforça a hipótese de que a posição periférica ... e a conseqüente dificuldade de vinculação identitária com o campo do trabalho em saúde produz conflitos - latentes ou manifestos - entre estes profissionais e os da área-fim".

Nos capítulos V, VI, VII e VIII da presente coletânea, destaca-se a atividade de produzir impressos de orientações a pacientes como atividade disseminada mundialmente. A proliferação destes produtos foi, nos últimos anos, potencializada pelas facilidades de

editoração por computadores pessoais e reprodução por copiadoras, além da influência das práticas e relações de trabalho fragmentadas em nichos, fontes de referências setoriais. Assim, a produção de impressos para os pacientes, quando desenvolvida nestes setores, poderia também ser admitida como esforços de segmentos que desempenham papéis periféricos. Se justificaria na necessidade de integração pela via de uma atividade identificada ao trabalho em saúde, valorizável pela instituição. Além disto, existe a demanda natural pela auto-realização no trabalho, essência vocacional subtraída das organizações modernas em seu processo de especialização, como destacado no capítulo VIII, onde são categorizadas as motivações para produção destes impressos.

Por conta da natureza organizacional fragmentada, amiúde criam-se tensões identitárias, (capítulo VI), que se instituem nos dialetos, jargões e modelos comunicativos de setores, assim como em seus conflitos, alianças e hierarquias. A produção destes impressos objetiva, não somente a integração e aceitação de seus autores ao meio da saúde, assim como fazer cumprir determinações normativas. A comunicação neste nível funciona em contextos monológicos - não há propostas institucionais de interação com os clientes, já que o efeito buscado é técnico-administrativo. Os impressos de natureza diretiva, desenvolvidos por racionalidades que buscam o alinhamento comportamental dos usuários aos rituais clínicos e administrativos, é descrita de forma detalhada no capítulo VI.

Setores-fonte: ilhas do arquipélago hospitalar

A compreensão das organizações profissionais de saúde em suas estruturas insulares, poderia ser alcançada pelo estudo de suas partes, desde que evitando movimentos de soma para caracterização, sob a ilusão de totalidade, de verdades unívocas. De forma inversa, em exercício de síntese, percebemos que seus mecanismos internos de reprodução cultural encerram os modelos de racionalidade que aqui se deseja retratar. O entendimento destas partes, embebidas no todo organizacional e social, não deveria se estreitar na observação de departamentos, como sede de práticas instrumentalizadas por ferramentas peculiares e seus profissionais especializados. Um setor-fonte não se definiria, portanto, como uma a unidade de terapia intensiva, um centro cirúrgico, o almoxarifado, ou a central de esterilização de materiais. Tal cenário não se tornaria mais nítido como terrenos dominados por relações de poder, segundo os pesos estratégicos derivados da natureza das atividades especialistas.

Acreditamos que a divisão entre atividades-meio - administrativas e menos valorizadas, por se situarem fora do “círculo da saúde” - ou atividades-fim - mais ou menos especializadas e, desta forma valorizadas - não definem por si mesmas, o fenômeno da fragmentação do hospital em múltiplas culturas e dialetos. Não acreditamos que a força do organograma, por si, adquira poder indutor suficiente para gerar isolamentos entre diversos feudos especialistas a produzir suas próteses comunicativas – o que não ocorre em outras formas de organização profissional. Não caracterizaríamos os setores-fonte sobre fundamentos imateriais subjetivos, sob o peso da opressão psíquica que a organizações impõem aos seus membros. Nem tampouco como molde de interações padronizadas e legitimadas pelo imperativo técnico das atividades especialistas. Sua definição exigiria sínteses compostas por elementos objetivos / técnicos, sociais e subjetivos enfeixados na comunicação pela linguagem.

Os setores-fonte se expressariam, sobretudo, pelos estatutos implícitos reproduzidos na comunicação pelos discursos e jargões, sobre conflitos e formas de ver o mundo extra-setorial. Estas visões se materializariam nos artefatos impressos desenvolvidos a partir destes estatutos. Desta forma, um setor-fonte não seria um sítio delineável em separado, seja em dimensões objetivas, sociais ou subjetivas. Sua compreensão exigiria a noção de racionalidade como a razão em movimento de controle, acomodação, rejeição etc. impulsionada pelos interesses que geram o conhecimento adquirido para viabilização de tais projetos. Expressaria-se, sobretudo, nas trocas simbólicas mediadas pela linguagem ou, como nos exemplos em estudo, em suas próteses substitutas.

De tais fontes emanariam as peças que comporiam o pano de fundo para práticas comunicativas, como conjunto de conceitos, a partir do qual os indivíduos se situam para compreender, reinterpretar e agir sobre os mundos objetivo, social e técnico do universo organizacional. Na dimensão social de sua convivência com colegas e clientes, os sujeitos falantes e agentes criam sistemas de referência de objetos simbólicos, ordenados em um conjunto partilhado por sua pequena comunidade. Tais sistemas admitem em seus componentes, partilhados intersubjetivamente na vida cotidiana, tematizações como as muitas peças de um quebra-cabeças, formado à base de termos e conceitos técnicos, nunca dominados em sua totalidade por nenhum setor de forma isolada.

Desta forma, a farmácia do hospital não seria, em si, um setor-fonte. Porém, há funcionários ocupados na dispensação de medicamentos, que exercem uma função-meio

na qual se submetem a pressões administrativas que lhes limita em seus espaços de autonomia. Na interação cotidiana com seus pares e clientes, elaboram seus sistemas de comunicação, com jargões e expressões peculiares. À medida que se percebem excluídos do círculo hegemônico do hospital (na dimensão social), que se amplia em complexidade tecnológica (na dimensão objetiva), é compreensível que se estabeleçam necessidades de reconhecimento e auto-realização. Impressos sobre medicamentos são produzidos para os pacientes, viabilizados por um conhecimento adquirido por *interesses técnicos*¹⁸ - controle do ambiente de trabalho- nos quais se ocultam interesses práticos - de reconhecimento e afirmação identitária deste grupo / atividade no meio social da organização.

Portanto, os setores-fonte que se multiplicam nas organizações profissionais de saúde mais complexas, não poderiam ser precisamente definidos como setores, nem tampouco como algum formato organizativo. Acreditamos que se definiria de forma mais plena, no conjunto de práticas comunicativas típicas em suas maneiras de remeter ao mundo organizacional em interlocução com o universo cultural exterior. Há sentidos que produzem e se reproduzem nos sistemas de referência de uma determinada atividade hospitalar (embora nem exclusiva, nem necessariamente nestes terrenos), originados por tensões acrescentadas pelo advento de novas tecnologias. Estas originam novas práticas com a conseqüente proliferação de jargões técnicos (fenômeno, também, não exclusivo), que, de acordo com o peso valorativo estratégico atribuído pela organização acaba por gerar tensões identitárias.

A racionalidade instrumental da qual deriva a (necessária) especialização dos serviços, instrui não somente a aquisição de equipamentos, a constituição dos ritos técnicos e a modificação de ambientes (intervenções na dimensão objetiva), como também, de forma derivada, a produção de valores, espaços e relações de poder (na dimensão social). Tensões identitárias são geradas em grupos que lutam por impor-se aos especialistas, não somente nas áreas-meio, como também nas demais categorias profissionais das áreas-fim. Desta forma, as intervenções objetivas repercutem em áreas de domínio social, que, por sua vez, implicam valores subjetivos de percepções de exclusão dos círculos de atividades mais valorizadas institucionalmente.

¹⁸ Interesses técnico e prático, no sentido conferido por Habermas em “Knowledge and Human interest” (1972).

O hospital como espaço para ação comunicativa

Nas estruturas mais atomizadas e corporativas, observamos o naufrágio dos processos de comunicação horizontal, corroídos por miríades de dialetos técnicos, resíduos de índoles instrumentais. A organização hospitalar, aqui colocada sob foco, oferece um ponto privilegiado para observação de determinados fenômenos relacionados à inadequação da racionalidade técnica das Ciências Médicas em suas tendências de fragmentar e especializar para compreender. Quando admitimos como marco conceitual a obra de Habermas, como proposta de teoria da comunicação humana fundamentada em consensos e em ideais de liberdade e não cerceamento, estes fenômenos se tornam mais evidentes. Em sua concepção de estrutura da Linguagem, encontraríamos a base do conceito de Comunicação aqui utilizado que, para ser verdadeiramente humana, tem de ser livre e não cerceada por nenhum tipo de poder.

O aspecto teleológico da concretização de fins, por intermédio de uma coordenação de ações, se harmonizaria com o aspecto destacado por Habermas, essencialmente comunicativo, de interpretação da situação por obtenção de acordos. Tal aspecto enfatiza a necessidade de harmonização dos planos individuais dentro de uma definição/ explicação comum no ambiente partilhado por profissionais e pacientes, que se define à medida que se desenha uma situação clínica. Em Habermas a organização prévia da ação pelo entendimento, tanto quanto seu impacto final no mundo exterior, definiria o fracasso ou o sucesso do plano.

Admitindo-se esta lógica como aplicável ao universo da prática clínica, o grau de êxito ou insucesso de interações, no sentido de alcançar determinados impactos, dependeria tanto do sucesso em alcançar modificações na evolução de um fenômeno clínico quanto na harmonização dos entendimentos e das interações constituídas. Excluindo as situações em que não há possibilidade física de interação (atos anestésicos-cirúrgicos, pacientes sob sedação em UTI etc.), o êxito do que chamamos de pacto terapêutico vai depender, em grande parte, do grau de sucesso da harmonização de planos individuais rumo à definição comum da situação clínica

Na fase de formação do profissional, as interações acadêmicas se dão em ambientes onde o raciocínio técnico instrumental, freqüentemente se coloca como impermeável às

questões humanas tidas como não equacionáveis. Observa-se, na construção do médico especialista pela cartilha flexneriana¹⁹, uma atomização de categorias complexas de entidades nosológicas superpostas e inextricáveis. O equilíbrio com o contexto ambiental, assim como a modulação pelos estados subjetivos, são omitidos por serem considerados acessórios e prejudiciais aos modelos objetivantes de categorização de doenças. Ensina-se que “sintomas devem ser dragados de um pântano de informação e desinformação (subjetiva) e os sinais desembaraçados de um emaranhado de variáveis anatômicas e fisiológicas” (Judge, 1982).

Essas abordagens especializadas, estanques e assistêmicas se reproduzem nas grandes organizações hospitalares, instruídas por saberes já devidamente internalizados por seus membros. Adiciona-se a este contexto, o distanciamento entre estas visões orgânicas (no senso mais estrito possível da já limitada dimensão corporal contida na cultura biologicista) e a percepção de ambientes externos em que estas categorias nosológicas se reproduzem. O mito do somatório de funções orgânicas como conceito de saúde, reafirma o mito da soma de experiências empíricas como totalidade que define a verdade universal. A visão dos problemas complexos e multifacetados, que envolveria idealmente esforços interdisciplinares na superação de suas interpenetrações mútuas, se empobrece no observar técnico e nas medições especialistas.

Em sua formação, os profissionais são mais instrumentalizados do que qualificados. São preparados mais para alcançar diagnósticos acriticamente, do que para interagir. A gênese deste tipo de incapacidade comunicacional talvez se deva à renúncia, fomentada desde a época da graduação, ao relacionamento mais estreito com os pacientes. Desde a formação profissional há um treinamento que convence sobre a necessidade de suprimir manifestações subjetivas sobre dimensões do meio, externas ao hospital e ao “x” do enigma clínico. Na coleta das informações objetivas necessárias ao diagnóstico, a ambiência profissional no hospital-escola, na transmissão de modelos comportamentais, enaltece as virtudes da distância profissional e da objetividade, que protege o profissional de envolvimento tecnicamente desviantes.

¹⁹

Relatório Flexner – elaborado em 1910 pela fundação Carnegie para organizar o ensino superior de Medicina nos Estados Unidos. Estabeleceu as bases vigentes do currículo de graduação e do exercício da profissão. Vinculou o ensino à pesquisa e estipulou o equipamento mínimo necessário para o ensino em laboratórios, entre outras regulamentações.

No decorrer da prática profissional, estes modelos são cristalizados nas organizações profissionais inatentas às práticas comunicativas. Os contatos intersubjetivos com pacientes são ensinados no formato de perquirição objetivadora, que finda por se empobrecer em anamneses (a ser discutido no capítulo VII). Como resíduo desta ação instrumental há desenvolvimento de tendências paternalistas na aparência do especialista dominador de seu arsenal terapêutico-diagnóstico. As múltiplas facetas do paternalismo podem desencadear confiança naqueles que necessitam de interações desta natureza, embora amiúde estas degenerem em distanciamentos e incomunicabilidades. O profissional, como ator, desempenha um papel de si mesmo, construído a partir de suas necessidades de distanciamento ou de paternalização da atenção técnica. Em ambos os casos, é instruído pela necessidade de interposição de uma regra, freqüentemente limitadora na produção de sentidos. De acordo com seus propósitos, os profissionais-atores modulam suas representações, desenvolvendo ênfases mais ou menos técnicas ou relacionais em seus enredos, o que se torna exposto pelos impressos produzidos como próteses ou acessórios às interações (capítulos V, VI e VII).

Dependendo do tipo de atividade assumida pelos profissionais – mais ou menos distanciadas da necessidade de interlocução ou transmissão de conteúdos aos seus clientes – observam-se variadas distorções. Estas se referem tanto às atitudes paternalistas que sonegam informações aos clientes, acreditando que estas gerarão sintomas imaginários (como discutido no capítulo V), quanto àquelas simplesmente adialógicas (que também não excluem o paternalismo), que instrumentalizam suas interações com próteses impressas. Tais distorções se devem, acreditamos, na indistinção acerca das limitações e potencialidades do formato de comunicação transmissional.

A transmissão de conteúdos é necessária e imprescindível, não há como negá-lo, nos momentos em que se lida com a caracterização de objetos do mundo objetivo. É necessário transmitir informações sobre os efeitos colaterais de medicamentos, assim como orientações para preparação para cirurgias ou procedimentos invasivos.

Não obstante, tais modelos falham ao tematizar pontualmente questões relacionadas ao mundo da ordem social ou dos estados subjetivos, sobretudo quando envolvem comportamentos que se deseja corrigir ou alinhar. Por outro lado, a tematização não-pontual, sistemática e abrangente oferecida pelos estímulos midiáticos, tendem a ocupar as conversações cotidianas que se refletem e reproduzem o caldo cultural onde são

produzidos os estímulos. Embora com desdobramentos imprevisíveis (capítulo XI), é inegável que as exposições sistemáticas pela mídia desencadeiam mudanças (até porque estas já são, em si, um sinal de reprodução destas).

Em síntese, a crítica que este trabalho encerra se estende à indistinção entre as potencialidades e limites da razão instrumental perante as demandas originadas por lapsos comunicativos. Percebe-se tal indistinção, no campo da comunicação impressa hospitalar, nas tentativas (apontadas em seus efeitos pífios por Freemantle, 2000) de enquadrar racionalmente as próteses de comunicação como intervenções objetivas nos três mundos simultaneamente, o que só é possibilitado pela interação discursiva. O projeto de influenciar pacientes na forma de transmissão de informações úteis à preparação para intervenções diagnóstico-terapêuticas, pode ser eficiente e eficaz, desde que enriquecida por estudos de recepção e como produto de projetos interdisciplinares. Não obstante, como ferramenta para promover a reflexão que se desdobra em ações de prevenção ou detecção precoce de doenças, acreditamos em avanços vinculados à capacidade de inserir tais conteúdos nas conversações cotidianas.

No ambiente hospitalar são produzidos impressos em abundância em variados dialetos derivados de projetos especialistas ocupados em conduzir, esclarecer e influenciar pela palavra impressa da ciência, em formatos técnico-cognitivos, diretivos ou expressivos. Seja na meta-análise de Freemantle, ou no artigo de Fawdry (1994) a racionalidade instrumental subjacente a tais projetos se percebe, em um raro momento, em sua própria disfunção comunicativa, adstrita a seus limites intratécnicos e incapaz de decifrar o “x” de uma equação que lhe envolve (e às suas soluções) como peça do enigma.

As próteses comunicativas assumem infrutiferamente atributos de transmissão e renovação de significados, tentando edificar conhecimentos e estoques culturais por intermédio de um seu potencial pífio, relacionado à transmissão de informações na coordenação de ações mal compreendidas. Os múltiplos idiomas técnicos do hospital, elaborados e reproduzidos nas três dimensões do mundo organizacional, se evocam e atualizam-se constantemente nos processos discursivos cotidianos. Os dialetos hospitalares e suas ênfases instrumentais, diretivas e afetivas, percorrem e renovam seus canais, buscando referências nestas três dimensões de mundo (capítulo VI). Não obstante, não alcançam forças para emancipação, na medida em que se prestem apenas à função de reprodução de uma consciência tecnocrática. A débil percepção de suas inabilidades em

tematizar elementos que escapam ao mundo técnico, suscita, por vezes, a produção de tais artefatos.

V . Próteses de comunicação e alinhamento comportamental: uma revisão da literatura sobre impressos hospitalares ²⁰



Paulo Roberto Vasconcellos-Silva

Francisco Javier Uribe Rivera

Brani Rozemberg

Resumo

Revisamos publicações que descrevem experiências com material impresso distribuído ao público leigo em instituições hospitalares. Excluindo impressos para profissionais ou portadores de incapacidades, dentre 146 trabalhos, obtivemos 75 artigos, que ilustram o padrão atual de racionalidade da produção, uso e avaliação deste tipo de recurso. Estes, grosso modo, investem no poder da “informação impressa ideal” para alinhar comportamentos à agenda biomédica hospitalar.

A racionalidade instrumental que os permeia, percebe o “pacote informativo perfeito” como aquele que explicita eficientemente seus conteúdos técnicos, para fins de convencimento unilateral, atualizado segundo escalas de legibilidade, adornado por projeto gráfico e enfatizando prioridades definidas pelos profissionais. Tais “próteses de

²⁰ Publicado na Revista de Saúde Pública – USP (Vasconcellos-Silva, 2003a).

comunicação” seriam passíveis de validação eletrônica, por intermédio de *softwares* competentes em adequar “doses” e conteúdos. Discute-se a informação como fármaco, o cognitivismo, a ausência de pesquisas de recepção e a necessidade da ação comunicativa, para desconstrução de tais sistemas de pensamento fechados no ambiente hospitalar.

Descritores: Educação em Saúde; Promoção da Saúde; Comunicação; Serviço Hospitalar de Educação; Barreiras de Comunicação; Relações Hospital-Paciente; Meios de Comunicação; Sistemas de Comunicação no Hospital; Comunicação Social; Relações Médico-Paciente.

SUMMARY

The present study, review publications on patients information leaflets (PIL). Excluding from the initial 146 papers those designed to professionals and to handicapped, we came to 75 papers, which illustrate the present pattern of the production, use, and evaluation of this sort of material. Most of them pursue an “ideal printed material” able to align human behavior to the hospital’s biomedical agenda schedule. Inspired by the instrumental rational, they portray the “perfect information package” as the one which: presents clearly its technical contents; aims unilateral convincing; is updated according to legibility scales; is adorned by a graphic project; and put emphasis on priorities set by experts on health matters. Those “prothesis of communication” should also undergo eletronic softwares for adjustments of “doses” and types of information. The authors discuss: information as medicines, cognitivism, the lack of research on messages reception, and the need for deconstruction of those narrowed thinking system at hospital environment.

Keywords: Health education; Health Promotion; Communication; Communication Barriers; Teaching materials; Communications Media; Hospital Communication Systems; Interprofessional Relations.

Introdução

No Campo da Saúde Pública, os programas educacionais de promoção de saúde têm

lançado mão de diversas estratégias para incrementar a auto responsabilização pelo reconhecimento de estilos de vida pouco saudáveis. De forma semelhante no ambiente hospitalar, embora considerando contextos bem mais específicos, tais perspectivas ao lado da necessidade de atender à demanda de informações dos pacientes sobre procedimentos diagnósticos e terapêuticos e suas complicações é reconhecida intuitivamente pelas equipes de profissionais. Talvez esta tendência se deva às referências enraizadas sobre o impacto didático positivo que estes impressos alcançam no ambiente escolar.

Embora motivadas com o propósito de orientar e adaptar comportamentos, ou como precaução contra futuras interpelações legais, a necessidade de manter os pacientes informados é amplamente reconhecida e praticada nas mais variadas situações clínicas. Os baixos custos envolvidos, assim como a popularização dos impressos editados em computadores pessoais, ajudaram a consagrar a editoração e reprodução de folhetos informativos para pacientes. Todo esse material se mistura no ambiente hospitalar aos impressos oficiais idealizados pelos órgãos públicos para promoção de campanhas de saúde.

Em estudo anterior verificamos as motivações e opiniões de profissionais de saúde sobre a produção de impressos hospitalares, apontando para a ausência de pesquisas prévias às produções e o baixo ou nulo investimento em pesquisas de avaliação, ou seja, que verificassem a recepção das mensagens junto aos públicos para os quais se destinam. No presente trabalho, ampliamos nossa observação no formato de uma revisão crítica e sistemática das publicações que buscaram estudar o processo de produção e utilização de impressos de orientação de pacientes e população em geral, assim como os efeitos aferidos/percebidos.

Procedimentos Metodológicos

As publicações que compõem a presente revisão foram coletadas em uma extensa base de dados (Medline), tendo sido utilizado como termo de busca: “information leaflets”. Foram selecionadas aquelas publicações que descreviam, de forma mais detalhada, experiências com material impresso distribuído em instituições de saúde. Muitos trabalhos não foram mencionados por terem sido considerados redundantes em relação a outros com um maior nível de detalhamento. Também foram excluídos editoriais, cartas e relatos de experiências que descreviam o processo de

elaboração de impressos, sem contudo acrescentar qualquer tipo de avaliação empírica. Limitamos nosso recorte aos *PIL* (*patient information leaflets*) dirigidos ao público leigo, excluindo os impressos para formação, informação ou reciclagem de profissionais. Excluímos trabalhos sobre comunicação com pacientes portadores de desordens cognitivas ou qualquer outro tipo de incapacidade, uma vez que a temática, mais específica e tecnicamente complexa, foge ao tema que se buscou desenvolver. Foram inicialmente listados 146 trabalhos sobre os quais foram aplicados os critérios de inclusão e exclusão acima descritos. Desta forma selecionamos 75 artigos que ilustram o padrão atual de racionalidade utilizado para produção, uso e avaliação deste tipo de recurso.

A intenção do presente estudo foi oferecer uma análise de segunda ordem que tomasse como ponto de partida análises primárias, desenvolvidas pelos profissionais da saúde em seu ambiente e contexto profissional. Entre descrições de sucessos e insucessos no campo da comunicação entre pacientes e profissionais foram incluídos os trabalhos que tematizavam os veículos de orientação produzidos como salvaguarda contra eventuais interpelações judiciais somente quando os mesmos eram admitidos como “práticas educacionais”. Os impressos para consentimento informado, embora sem ênfases educacionais, são incluídos uma vez que ilustram com exemplos interessantes a racionalidade norteadora da produção, utilização e avaliação de impressos como recurso na obtenção de determinadas metas priorizadas pela agenda biomédica (mudanças de comportamento no campo da prevenção, diagnóstico, terapêutica e adesão ou consentimento em relação a práticas experimentais).

Trabalhos sobre a eficácia dos impressos na área da saúde

Um estudo organizado pela Fundação Cochrane, revisou trabalhos que descreviam o uso de impressos informativos e sua influência sobre o comportamento de profissionais e pacientes. Reputamos como relevante tal estudo, embora acrescente mais dúvidas do que esclarecimentos, posto que sintetiza as preocupações quanto a um tipo de atividade que é ampla e corriqueiramente utilizada em serviços de saúde e campanhas por todo o mundo. Seu objetivo foi avaliar o efeito deste material no impacto percebido nas evoluções clínicas. Foram estudados 11 trabalhos (envolvendo 1848 médicos e seus pacientes), que comparavam a intervenção informativa impressa com grupos controle. Também foram incluídas as intervenções, potencializadas por contatos pessoais (palestras, reuniões

grupos focais e workshops). Os autores concluíram que os materiais impressos quando comparados ao grupo controle desencadearam resultados pouco expressivos, de fraca importância prática e relevância clínica incerta, mesmo admitidas as limitações de avaliação das fontes primárias. Considerou-se pequeno o acréscimo de impacto provocado por outras estratégias de transferência de informações (palestras e workshops), embora tenham merecido destaque o papel das visitas educacionais e da influência de “formadores de opinião”, considerados como provavelmente valiosos. Embora reconhecendo que o uso de impressos é uma prática economicamente acessível, o autor questiona a idéia de que a mera transferência de informações seja capaz de interferir em comportamentos e modificar decisivamente o curso das ações terapêuticas.

Arthur (1995) sintetiza estas questões lembrando que não obstante os grandes investimentos, são poucos os estudos criteriosos em relação ao expressivo volume de material impresso para estas finalidades. Como outros, questiona a utilidade e aplicabilidade deste recurso quando não precedido de estudos de demanda e compreensibilidade. Termina afirmando que uma vez que os profissionais consideram importante manter seus pacientes informados por meio de impressos, os estudos neste campo deveriam ser mais aprofundados por razões tanto econômicas quanto éticas.

Chung et al.(2000) tentam correlacionar a baixa adesão aos exames para detecção precoce do câncer de boca à escassez e inadequação do material impresso disponível, o que estaria conduzindo à ignorância sobre o tema. Ao correlacionar linearmente o nível de conhecimentos com a mudança de comportamentos, incorre-se no viés reducionista que nos distancia da complexidade que envolve o tema. Um exemplo que se contrapõe a essa crença no poder da informação sobre os comportamentos é o estudo de Robertson & Minkler (1994), sobre conhecimentos de riscos relacionados ao câncer de pele nos Estados Unidos, evidenciando que 38% da população ciente dos riscos da exposição solar não usavam e nem tinham intenção de usar protetores.

A informação impressa não modifica comportamentos

A ausência de correlações diretas entre informação e mudanças de comportamento é bem reconhecida desde os estudos pioneiros de Paulo Freire e faz parte do senso comum dos educadores críticos que se apoiam em estudos antropológicos, sociológicos e psicológicos para ampliar o conhecimento da ampla rede de fatores subjetivos

que implica a construção dos comportamentos. Tais pressupostos parecem convergir com a experiência profissional de alguns autores que demonstram reduzidas expectativas quanto ao uso dos impressos. Neste sentido, um estudo organizado por Murphy em 1993 acerca das opiniões e formas de utilização de material impresso por parte de diversas categorias profissionais de saúde em Cardiff, Inglaterra, conclui pela baixa credibilidade entre os profissionais na capacidade dos impressos educativos gerarem hábitos saudáveis ou modificarem comportamentos de seus públicos. O mesmo se pode afirmar sobre o poder da informação impressa em eventos clínicos, seja na incidência de efeitos colaterais de medicamentos entre grupos orientados por folhetos e grupos controle como em Murphy (1993), na redução de ansiedades e atenuação de problemas psico-sexuais após colposcopia como em Howells (1999), ou no campo da detecção precoce de câncer de mama por intermédio de testes diagnósticos, onde Drossaert (1996) não encontrou vantagens cognitivas na utilização de material impresso, nem mesmo quando previamente ajustado por outras pacientes que experimentaram tais procedimentos.

Este descrédito parece ser reforçado pela maneira superficial como o tema da avaliação dos impressos sobre saúde é tratado pelos que os produzem. Fitzmaurice & Adams (2000) em ampla revisão sistemática dos folhetos sobre hipertensão arterial na Inglaterra, encontram vários problemas envolvendo não só a questão da legibilidade textual, como também a visibilidade de caracteres, o *design* e a linguagem visual como um todo. Concluem que os profissionais da saúde deveriam estar mais atentos e críticos à produção e avaliação deste tipo de recurso para que a “boa informação” não se perca quando veiculada em formatos inadequados. Murray (2001) considerou o material impresso distribuído às gestantes para *screening* da síndrome de Down na Inglaterra, de baixa qualidade em média, quanto a seus atributos de legibilidade e em relação a conteúdos relevantes omitidos. Dickson e colaboradores (2001) ampliaram seu campo de amostragem estudando o modelo prescrito pela *European Commission*, para folhetos educativos em saúde distribuídos na União Européia. Concluíram afirmando que o modelo prescrito pela EC era demasiado rígido, não conduzindo aos ganhos cognitivos esperados ao falhar no adequado esclarecimento de conceitos considerados substantivos. Em relação aos impressos distribuídos para prevenção da toxoplasmose congênita na Inglaterra, Newton (1995) encontrou erros fatuais, preconização de práticas tidas como arriscadas e insuficiência dos conteúdos mínimos necessários para construir conceitos

sobre o tema. De forma convergente, uma avaliação de impressos sobre câncer de mama em Sydney, Austrália por Paul e colaboradores (1998), conclui que a relação custo-benefício não costuma ser levada em conta na produção de impressos em seu país uma vez que, depois de prontos, os materiais raramente são avaliados.

A informação impressa contribui para a modificação de comportamentos

Apesar da descrição de muitos fracassos, o poder da informação em atenuar ansiedades frente à iminência de processos invasivos ou dolorosos sempre foi reconhecido, mesmo que intuitivamente pelas equipes. Jackson (1995) comparou o efeito de impressos que tematizavam o medo da ante-sala do dentista com itens que continham informações detalhadas sobre os procedimentos odontológicos. Utilizando um questionário para avaliar níveis de ansiedade encontrou resultados mais animadores entre os pacientes que tiveram acesso ao segundo grupo de folhetos. Murphy e colaboradores (1995) reconhecem os efeitos benéficos, em termos de atenuação de sentimentos negativos e somatizações, em cuidadores de pacientes que receberam kits informativos com folhetos produzidos para este fim. Tourigny (1998) acrescenta que informações impressas direcionadas a pacientes pediátricos e seus familiares podem ser úteis no período pré-operatório de pequenas cirurgias, também categorizando tais iniciativas como educacionais. Em relação à promoção de saúde no ambiente de trabalho, Harvey et al (2000) também se mostram otimistas no potencial dos impressos avaliados em modificar comportamentos, assim como Macfarlane et al (1997), que percebem menor número de re-consultas após esclarecimentos impressos quanto aos retornos desnecessários a consultas entre pacientes portadores de doenças pulmonares crônicas. Chung et al (1999) estudaram a influência de folhetos informativos na tentativa de reduzir o consumo de benzodiazepínicos por períodos prolongados encontrando modificações de comportamento em 25% dos pacientes (redução média de 2,5mg /dia).

Cognitivistas: relações entre alinhamento comportamental e conhecimento.

Percebe-se que, embora aparentemente contraditórios em resultados e conclusões, a tônica entre os trabalhos que avaliam o valor de impressos é fundamentalmente cognitivista, centrada no aspecto de legibilidade e pretensa univocidade para compreensão e assimilação de conteúdos. Há estudos emblemáticos, como o de Mant et al (1998), acerca dos efeitos de folhetos informativos distribuídos a pacientes que

sofreram acidentes vasculares encefálicos. Após a distribuição do material impresso, pacientes e seus cuidadores foram avaliados por intermédio de questionários e escores em relação a seus ganhos cognitivos, assim como a satisfação geral em relação às informações disponibilizadas e melhorias na qualidade de vida. Apesar das reconhecidas limitações de seu estudo, concluiu que houve somente ganhos cognitivos, sem resultados estatisticamente relevantes acerca das demais categorias.

Como um dos precursores na avaliação cognitiva de material impresso sobre saúde, Cole (1979) estudou entre 120 voluntários a legibilidade de impressos. Ao observar freqüentes dificuldades na compreensão de terminologia técnica correlacionáveis com o nível sócio-educacional dos participantes, concluiu sobre a necessidade de glossários com explicações pormenorizadas acerca de termos técnicos. Resultados e conclusões semelhantes foram obtidos em outros contextos, como na avaliação de impressos sobre higiene oral de Newton (1995), em toxoplasmose (Newton, 1995) e asma (Bauman, 1997). Mumford (1997) estudando impressos produzidos por enfermeiras especializadas concluiu reconhecendo que houve poucos progressos em 40 anos de pesquisa neste campo e questionando o papel dos escores de legibilidade na avaliação de material educativo impresso.

Gibbs e colaboradores (1990) envolveram 3410 pacientes na avaliação de folhetos sobre prescrição de diversos tipos de medicamentos. Embora tenham achado avanços cognitivos expressivos, não mencionam diferenças na incidência de efeitos colaterais. Em contrapartida, Little et al (1998) estudando folhetos no auxílio a questões sobre medicação contraceptiva encontraram, pela via estatística, fracos resultados no campo cognitivo. Finalizam reconhecendo que, embora interrogar pacientes acerca dos conteúdos mais adequados a serem inseridos consuma tempo, talvez tais iniciativas acrescentem ganhos cognitivos interessantes. Em estudo posterior, Little (2001) avaliou estatisticamente o efeito de impressos enviados por via postal acerca de doenças de menor gravidade na demanda de atenção a este tipo de afecção, constatando os mesmos impactos pífios na redução da demanda. Glanz e Rudd (1990) avaliando 38 impressos sobre controle de colesterol concluem que o grau de complexidade vocabular era relativamente elevado e faltavam informações relevantes à clientela. A mesma premissa cognitivista de legibilidade orientou o estudo linguístico de Bjorn (1995) sobre conteúdos relacionados ao consentimento informado para adesão a estudos clínicos e outro de Petterson

(1994) sobre a adequação dos folhetos educativos sobre diabetes para idosos em um hospital-escola na Inglaterra, segundo o qual 10% dos impressos analisados usavam um vocabulário inadequado e 73% não preenchiam os critérios mínimos de visibilidade dos tipos gráficos. Os autores observam que mesmo os folhetos produzidos por especialistas em comunicação, apesar de mais simples e acessíveis, freqüentemente não preenchiam os critérios mínimos de visibilidade e compreensibilidade, o que poderia expressar inabilidades na comunicação gráfica e textual. Bernardini e colaboradores (2000 e 2001) endossam tais prioridades ao descrever a demanda de pacientes por modificações tipográficas, cores, símbolos e formatos preferidos para a informação impressa sobre medicamentos. A partir de 1.004 entrevistas apontam para as manifestas dificuldades tanto no resgate como na compreensão de informações relevantes (efeitos colaterais, uso na gravidez, posologia, contra-indicações, entre outros). Em um segundo trabalho apresentam os resultados de questionários distribuídos com a finalidade de definir melhor os atributos considerados imprescindíveis, revelando nítida demanda por aspectos gráficos que facilitem a disponibilização das informações, assim como folhetos mais concisos que explicitem melhor os conteúdos. Maggs (1996) parece também norteadado pelo viés cognitivista ao descrever um estudo duplo cego randomizado, no qual avalia o poder da informação na modificação da evolução clínica de doenças crônicas dos pacientes de um serviço de Reumatologia. Ainda que níveis de conhecimentos significativamente maiores tenham sido obtidos no grupo que recebeu impressos quando comparados ao controle (com ou sem informações complementares fornecidas pelos profissionais), não ocorreram diferenças significativas na evolução clínica das doenças entre os grupos, o que demonstrou que, neste contexto, a informação não logrou êxito em potencializar o arsenal terapêutico disponível.

Ampliando um pouco as preocupações para além da inadequação vocabular e conseqüentes dificuldades de legibilidade, Wilson (1996) critica também, o uso de impressos de baixa adequação étnica-cultural. Menos de 10% dos impressos foram considerados sensíveis às diferenças culturais e étnicas das comunidades de Detroit, onde organizou seu estudo.

Richard e colaboradores (1999) inovaram ao estudar o efeito de diferentes estilos textuais e gráficos na geração de conhecimentos para mudanças de atitudes. Para verificar o peso nas mudanças de comportamento de impressos produzidos com estilo

humorístico, alarmista ou neutro (controle) avaliaram seus efeitos na modificação de competências relacionadas à prevenção do melanoma (um tipo de câncer de pele). Observaram, assim, que os folhetos com estilo humorístico eram mais eficientes em impressionar, porém ineficazes em promover a fixação dos conteúdos o suficiente para desencadear as mudanças pretendidas, enquanto que os impressos de teor alarmista eram descartados pelos leitores. Concluíram que o tom dos folhetos pouco interfere nas mudanças de atitude acerca de fatores de risco e superexposição solar e auto-exame da pele. Neste ponto é interessante observar que, como apontam Jones et al (2000), os profissionais não raramente reservam uma visão estereotipada de seus pacientes em relação à forma mais atrativa de veicular seus conteúdos. Analisando folhetos direcionados a adolescentes portadores de asma, concluem que médicos e seus pacientes freqüentemente discordavam ao selecionar formatos e conteúdos sobre a doença. Enquanto os pediatras tendiam a optar por mensagens com tom humorístico e linguagem repleta de gírias, acreditando desta forma atingir eficientemente seu público, os adolescentes explicitaram claramente suas aspirações por conteúdos enriquecidos com informações factuais, veiculados em um estilo sóbrio e fartamente ilustrado.

Questionando a influência dos desníveis cognitivos na mudança de hábitos Sumner (1991), utilizou um *software* que adaptava, por intermédio de escalas de legibilidade os conteúdos dos impressos segundo o nível de escolaridade declarado pelo usuário. Comparou os resultados entre um grupo que recebeu material adaptado eletronicamente e um grupo controle, observando que não houve diferenças relevantes na mudança de comportamentos. Os fracos resultados obtidos fundamentaram sua certeza na débil influência do peso da legibilidade do material impresso nas mudanças de comportamento, embora se reconheça a importância dos esforços de adaptação textual nesta atividade.

Há trabalhos que tematizam os riscos letais dos lapsos cognitivos que se constroem por entre as lacunas da interação profissional. Albarran & Bridger (1997) destacam a incapacidade dos profissionais em esclarecer os pacientes recentemente infartados sobre os riscos dos esforços físicos na atividade sexual intensa, enfatizando, assim, a necessidade de desenvolver folhetos impressos mais esclarecedores. Ward et al (1998) alertam para a falha dos impressos em esclarecer adequadamente os pacientes acerca dos riscos envolvidos no tratamento com azatioprina nas doenças inflamatórias intestinais, o que poderia expor a equipe a riscos de interpelação judicial.

Uma avaliação qualitativa do material educativo sobre câncer distribuído por duas instituições americanas organizado por Foltz (1999) apontou para a demanda dos pacientes por conteúdos relacionados às emoções e ao sexo, ausentes nos impressos, tematizações caracteristicamente acessíveis aos contatos relacionais. Quatro anos antes, Meredith et al (1995) conduziram um estudo sobre deficiências em impressos distribuídos por 53 urologistas na Inglaterra a pacientes na fase pré-operatória das prostatectomias. Dentre os 4.226 questionários respondidos por pacientes e 807 comentários suplementares, os problemas mais freqüentemente apontados relacionavam-se à omissão de informações relevantes sobre malignização e sexo. Somente um dos impressos estudados se referia ao potencial maligno das doenças prostáticas, enquanto 29% dos pacientes se ressentiam da falta deste tipo de informações. Somente seis dentre 25 impressos se referiam às possíveis alterações de sensibilidade no ato sexual (negando a existência de diferenças) enquanto 35% dos pacientes reclamaram de redução da sensibilidade no pós operatório. O estudo concluiu que, além da falta de uniformidade na forma e conteúdo, os padrões vigentes de informação impressa não atendem às demandas dos pacientes neste campo e contexto.

Humphris et al (1999) descreve três estudos acerca de folhetos para prevenção e detecção precoce de câncer oral, nos quais avaliou-se o processo de produção, os mecanismos específicos de validação por intermédio de experts, estudos de legibilidade e, finalmente, questionários nos quais testou-se o grau de conhecimento adquirido pela população que teve acesso aos impressos. Concluiu que o tratamento estatístico envolvendo testes de confiabilidade e validação, assim como instrumentos para aferir o grau de conhecimento após a “exposição” aos impressos educativos são essenciais neste tipo de atividade. Este exemplo ilustra a superposição do viés cognitivista transmissional às demandas educacionais percebidas neste contexto. São priorizadas: a disseminação de informações, o aperfeiçoamento de instrumentos específicos de veiculação, a necessidade de medir sistematicamente impactos na compreensão e fixação de conteúdos, e outros estudos decorrentes para validação de todo o processo. Em trabalho posterior, Humphris correlaciona linearmente os conteúdos informativos sobre prevenção de câncer oral com seu potencial para modificar hábitos. O sucesso nos questionários de validação dos PILs (avaliação de atributos cognitivos) era inequivocamente considerado como garantia de mudança de comportamentos.

A informação como fármaco

A leitura reflexiva dos estudos que expõem os resultados mais positivos, sugere que estes foram colhidos nos campos onde ocorreram as aproximações pessoais mais enriquecedoras. Os impressos mesmo com farta distribuição de ilustrações, culturalmente ajustados e cognitivamente bem fixados, não atingiram inequivocamente os objetivos educacionais a que se propunham (embora tenhamos que reconhecer que tais atributos raramente se encontrem distribuídos de forma plena entre os trabalhos consultados). É possível perceber que a influência relacional, nascida de interações ativas, ao contrário, conquistou alguns resultados valorizáveis. A mera compreensibilidade textual e gráfica, criteriosamente avaliada por especialistas e escores de legibilidade, não garantiu as mudanças de atitudes almejadas. Os profissionais impregnados de um padrão de racionalidade instrumental na área de educação em saúde, confundem sistematicamente as dimensões comunicacionais - que envolvem interação humana- com as transmissionais - que envolvem tecnologia da informação, seja esta veiculada por mídia impressa ou eletrônica. Por vezes a tática transmissional não alcança seus objetivos e fracassa nos processos de validação estatística a que é submetida (como em Sumner e Freemantle). Em determinados contextos não é possível advogar a abolição absoluta de tais táticas, tampouco prescrevê-la a partir de resultados tão desapontadores. Deste impasse podem emergir tentativas de adaptação do instrumental utilizado por intermédio de questionários ou softwares (como o fez Sumner), ou propostas como a de download de documentos da WEB para promover a disseminação de conteúdos sobre doenças sexualmente transmissíveis, como em Lau (1997).

Em alguns momentos a racionalidade instrutora destes estudos lembra a metodologia de avaliação de eficácia de medicamentos. Os estudos de absorção de fármacos e sua biodisponibilidade (proporção da dose que se torna disponível no plasma para suscitar efeitos nos sítios-alvo) poderiam se comparar às avaliações de legibilidade e adequação. Da mesma forma, a necessidade de associações com outros adjuvantes que potencializariam o efeito cognitivo dos impressos em questão, torna-se objeto de pesquisas que preconizam o uso de bancos de dados e recursos multimídia para disseminar conhecimentos e, com isto, promover saudáveis mudanças comportamentais em seus respectivos contextos como em Wise (1996), Street (1998), Luck (1999), Barkhordar (2000) e Graham (2000).

A discussão acerca de seleção de conteúdos e competência prescritiva dos médicos pode ser encontrada em Kee (1996), onde se critica a tendência paternalista dos mesmos na escolha das informações consideradas pertinentes. Outros trabalhos se debruçam sobre a questão da “dose ideal de informações” e seus efeitos colaterais.

Neste ponto Lamb et al (1994) destaca premissas curiosas, como a “impressão de que quanto mais informado o paciente, mais este sentirá complicações imaginárias”. Entwistle e Watt (1998) descrevem preocupações semelhantes entre membros de uma equipe prestadora de informações em saúde, quando estudam a distribuição de folhetos sobre detecção precoce do câncer de próstata. Assinalam que alguns se mostraram relutantes em distribuir o material, uma vez que acreditavam que este tipo de informação iria desencadear ansiedade em seus destinatários. Igualmente Garrud e Stainsby (2001) encontram entre profissionais a crença de que informações detalhadas sobre os riscos de uma laparoscopia induziriam pacientes a desistir deste tipo de procedimento. Por intermédio de folhetos com diferentes “doses” de informação - das mais sintéticas às mais detalhadas - observaram que as últimas não interferiram no aumento do grau de ansiedade, nem influenciaram na desistência em se submeter ao procedimento. Também em Kruse et al (2000) encontramos ênfases relacionadas às doses de conteúdos, assim como a preocupação com as “formas farmacêuticas”. Para avaliar o conhecimento adquirido e as mudanças de postura de pacientes comparou três formatos de veiculação de informações: folhetos, cadernos ou livretos (com níveis de detalhamento crescentes em relação ao tema abordado), concluindo como Garrud, que os melhores resultados eram colhidos no terreno das informações mais detalhadas, veiculadas por livretos.

Na mesma perspectiva das “competências absorptivas” Pratt et al(1957) observam que os médicos geralmente superestimam a capacidade do paciente em reter informações. Garden et al(1996) também se ocuparam do estudo das “doses ideais” com folhetos sobre a anestesia, oferecidos aos pacientes no período pré-operatório. Para descobrir a quantidade de informação adequada, distribuíram folhetos em três níveis de conteúdos: as informações completas e detalhadas; as informações padrão; e os mínimos conteúdos necessários. Interessante observar que quando distribuídos em separado, os pacientes se mostravam satisfeitos com o nível das explicações oferecidas de forma semelhante em todas as categorias. Porém, quando tinham acesso aos três tipos de folhetos, passavam a

considerar o “*minimal discourse*” insuficiente, demandando conteúdos que antes não percebiam como ausentes.

Em síntese, a partir da leitura destes trabalhos, obteríamos sucesso na conquista nos alinhamentos comportamentais a partir de grandes doses de “boa informação” a ser ajustada “posologicamente” segundo capacidades individuais de assimilação. O estudo e reconhecimento dos perfis étnicos, cognitivos e culturais acrescentaria complexidade à tarefa de produzir dados de fácil “assimilação”, o que deveria conduzir a uma alta biodisponibilidade de informações úteis. Na produção deste tipo de material educativo, não raro observam-se demandas por ingredientes substantivos na composição dos conteúdos. Os formatos não relacionais, fracamente interativos como próteses de comunicação, não dão conta de diversas modalidades de conteúdos e contextos, sobretudo aqueles que tratam de morte, mutilação, dor e perdas. Lapsos ruidosos apontaram ainda a demanda mal satisfeita acerca de discussões relacionadas às emoções e ao sexo, domínios acessíveis nas aproximações pessoais mais estreitas.

Iluministas, anti-interacionistas e proto-interacionistas

Neste ponto é interessante observar que a maior parte dos trabalhos acima descritos tendem a caracterizar a atividade de abastecer discursivamente pacientes de informações como uma atividade de relevância secundária ou complementar da ação terapêutica. Assim, a transmissão de conteúdos se consolidaria como tática de convencimento para a facilitar a intervenção especialista e não de esclarecimento para decisão solidária. Por outro lado, é oportuno notar uma evolução não encadeada nos estudos acima descritos. A maior parte dos trabalhos precursores se refere à necessidade de repassar informações aos pacientes como desafios puramente cognitivos. Esta vertente, de índole iluminista, enfatiza a necessidade de transmissão de informações unívocas e padronizadas, investindo assim nos estudos de legibilidade.

Instrumentalizados por escalas e escores que explicitam apenas desníveis cognitivos, atores oriundos de diferentes ambientes e modalidades de atenção profissional desenvolvem, assim, suas deficiências comunicacionais das quais derivam próteses que ignoram a natureza plurívoca da comunicação humana. A ritualística da transmissão de informações é tida aqui como um procedimento padrão na semi-interação profissional, que desperdiça momentos propícios à interação e ao enriquecimento mútuo. Em

decorrência destes aspectos, encontramos trabalhos “anti-interacionistas” que vêm o contato humano como arriscado ou, de alguma outra forma, desvantajoso em ambientes onde há o peso de emoções extremas, como nas salas de emergências de grandes hospitais.⁶³ Seja como substituto ou complemento desta interação, a informação impressa é exaustivamente desmontada e redefinida em atributos (com fins tidos como educacionais) de impacto frequentemente débil. Nestes trabalhos percebe-se a importância atribuída prioritariamente à estrutura textual (inteligibilidade, adequação de conteúdos) e gráfica (legibilidade dos caracteres, design gráfico qualidade de impressão) com alguma atenção à necessária adequação (faixa etária, perfil étnico, escolaridade) das mensagens.

Algumas estratégias de aproximação relacional são enfatizadas apenas como um auxílio acessório na tarefa de transmissão de conteúdos. Não obstante, a evolução a que nos referimos acima, se insinua no aparecimento de trabalhos “proto-interacionistas” mais perceptivos às potencialidades das relações pessoais e discursivas na modificação de comportamentos. Alguns trabalhos se esforçaram em superar as dificuldades oferecidas pela legibilidade, através da complementação das informações textuais com contatos pessoais. É interessante observar que, embora já ocupado com aspectos relacionais, tal movimento ainda reafirma um compromisso com o enriquecimento cognitivo como principal recurso para a modificação de comportamentos.

Mazur & Hickham (1994) afirmam que não é a “carga de informação” no seu aspecto quantitativo, que interfere nas decisões e opções dos pacientes e sim o que chamou de “nível de explanação dos dados” (o que interpretamos como algo próximo à adequação às contingências culturais, éticas, emocionais e religiosas dos sujeitos). Alguns estudos como os organizados por Schulman (1979), Stewart (1995) e Horowitz (1990), concordam em afirmar que os pacientes que se sentem participando das decisões e opções em seus tratamentos obtêm maior índice de sucesso terapêutico. Em Horowitz et al (1990) os pacientes recém enfartados que melhor colaboraram na aderência ao tratamento obtiveram mortalidade significativamente menor, quando comparados àqueles entre os quais esta cooperação não se estabelecia.

Uma tendência geral é a escassez de estudos de recepção posteriores à implementação de material. Embora não se possa categorizá-lo como um estudo de recepção completo, merece menção o estudo de Mottram & Reed (1997) que avaliou

quantitativamente a hierarquia de relevância nos conteúdos sobre medicamentos, comparando as visões de diferentes categorias profissionais em relação à dos pacientes. Previsivelmente, as ênfases nas demandas diferiam fundamentalmente entre a visão dos profissionais e destes com a dos pacientes. Raros estudos expressam preocupações com a validação de conteúdos pelos principais interessados, envolvendo-os nas diversas etapas da produção e avaliação do material (com em Kubba, 2000). Outros concentram-se, quando muito, nas avaliações feitas pelas equipes profissionais, como descrito em Zakrzewska (1997) e Batista-Miranda (1995).

Simpson et al(1999) descreveram um programa de testes de HIV pré natal em grupos de gestantes submetidas a várias combinações de abordagens educativas textuais e verbais (fornecidas por assistentes treinadas). Foram observados os melhores resultados (cognitivos e comportamentais) nos grupos coordenados pelas orientadoras com atitudes positivas de liderança – as “influenciadoras”. Simpson finaliza reconhecendo um “comportamento eficaz” nas atitudes positivas de algumas assistentes em interação com as gestantes. Da mesma forma reconhece que a transmissão eficiente de conteúdos não garante mudanças de comportamentos neste contexto. Seals & Keith (1997) também reconhecem influências positivas na interação entre farmacêuticos e detentos na tentativa de influenciá-los na adesão à medicação anticonvulsivante em presídios. Van Es (1998) percebeu entre adolescentes portadores de asma que estes preferiam o contato pessoal com os profissionais e não apenas receber informações por intermédio de PILs. Conclusões semelhantes no campo da adesão ao tratamento com anti-depressivos tricíclicos, foram obtidas por Peveler (1999), que observou resultados mais expressivos no aconselhamento quando comparados à simples distribuição de folhetos. Há autores que acreditam que a informação transmitida pela via discursiva é insubstituível, indo além da mera intenção transmissional, como Granitza, (1997) reafirmando os objetivos éticos da discussão e do esclarecimento no contexto dos contatos profissionais mediados por impressos.

Conclusões

Ao contrário do importante papel representado pelos impressos educativos na dimensão escolar, onde alcançam resultados proeminentes potencializados pelo caráter de dialogicidade da relação entre professores e alunos, os mesmos impactos não têm sido

observados no ambiente hospitalar. Tais folhetos de alegado cunho informativo, têm sido amiúde produzidos e veiculados de maneira instrumental e monológica, para transmitir informações unilateralmente definidas como relevantes e sem estudos de recepção posterior. Por serem concebidos e produzidos como projetos especialistas e individuais seu processo de atualização, quando ocorre, também atende a detalhes localmente priorizados e de natureza especialista, atomização que é característica das organizações hospitalares, como apontado por Mintzberg (1995 e 1998). De um modo geral os impressos tendem a se tornar rapidamente desatualizados e finalmente esquecidos em gavetas e armários, como observou Fawdry (1994).

A proliferação de computadores e impressoras, associada às metas de produtividade que abreviam o tempo de consulta, favorecem a proliferação de materiais impressos que acabam por amputar diálogos e abortar relações de confiança. Neste sentido, a grande autonomia profissional que fundamenta as organizações profissionais de saúde, encontra nos contextos clínicos fracamente interativos um facilitador de distanciamentos.

Débeis como próteses comunicativas, os impressos desvinculados de aproximações pessoais falham em influenciar seus destinatários, meros receptores neutralizados em sua cultura, biografia e subjetividade. Ainda assim, Fawdry, (1994) afirma que tais impressos, embora excessivamente técnicos, são lidos atentamente pelos pacientes, mesmo quando desnudos de ilustrações ou outros adornos. Atribuiu-se este interesse à função ansiolítica da informação sobre procedimentos mais invasivos e que envolvem alta complexidade e riscos.

A revisão da bibliografia revela que não tem sido contempladas estratégias de implantação destes veículos, através de projetos institucionais que envolvendo e motivando profissionais de várias especialidades a interagir, no esforço de se comunicar com seus pacientes. A ênfase percebida nestes estudos é centrada no processo de produção de mensagens unidirecionais destituídas de modulações e ambiguidades, admitidas em sua essência como inquestionáveis, porque cientificamente fundamentadas. Da mesma forma, como afirmam autores na literatura nacional em relação às campanhas de saúde como Fausto-Neto (1995) e Araújo (1995), são raros os estudos de recepção, que permitiriam resgatar sentidos não cogitados pela racionalidade biomédica, posto que esta se tem como unívoca e universal. Isso dificulta uma percepção acurada dos mecanismos de construção

dos significados, das autenticidades das afirmações e de sua coerência com as vivências internas, consideradas verdadeiras para os sujeitos, como exemplificam estudos de Rozemberg (1994 e 1998).

Finalmente, alguns trabalhos recentes, como o de Rozemberg (2002), Baillie (2000) e Dixon-Woods (2001), percebem um discurso hegemônico tecnicista biomédico, subjacente à pesquisa sobre produção e avaliação de folhetos como substitutos da interação entre profissionais e pacientes. Ele abriga um modelo de comunicação mecanicista, comprometido com uma agenda biomédica que observa os pacientes como indivíduos passivos, receptivos à manipulação, o que gera a necessidade de se antecipar ao objeto de suas indagações, abreviando a necessidade de diálogos.

Baillie (2000) se aprofunda de forma mais interessante neste debate, ao atribuir os fracassos nos campos da Educação em Saúde a falhas de modelos explicativos que desconsideram uma abordagem de ação comunicativa, fundamentada na interação humana plena, interessada no diálogo. Ele propõe um modelo fundamentado no “diálogo crítico”, extraído da teoria do agir comunicativo de Habermas (1987). Um processo comunicacional aberto se torna essencial, não apenas para permear barreiras que se erguem entre grupos, mas também para expor e identificar os “interesses” a partir dos quais cada grupo estrutura seu conhecimento. A ação comunicativa, neste sentido, auxiliaria no projeto de desconstrução de sistemas de pensamento fechados, diferenciando objetivos e significados corporativos de um interesse social mais amplo.

Concluimos que, no contexto hospitalar, uma ação racional, especialista, monológica e instrumental tende a fracassar em seu projeto de influenciar comportamentos por não perceber (ou não ter como substituir instrumentalmente) a necessidade de estabelecer relações interpessoais baseadas em regras de reconhecimento mútuo, que garantam o questionamento e a escuta ativa.

A partir de um modelo conceitual subliminar que confunde disseminação de informações com comunicação plena, planejam-se os impressos que serão posteriormente selecionados pelos pacientes em mostruários colocados em ambulatórios e nos saguões de hospitais de grande movimento.

Quanto à avaliação da eficácia de tais “próteses de comunicação” além de

descontextualizada da experiência, se dá através de régua e metros locais, que pouco se prestam a comparações, se esforçando por medir apenas um aspecto estreito de um jogo multifacetado e indissociável de sua ambiência.

Neste contexto, um desafio interessante seria elaborar maneiras de mobilizar formas organizativas que articulem práticas de trabalho sobre modelos mentais ativos, críticos, perceptivos e flexíveis no seio de uma organização que em si mesma é fragmentada e destituída de vinculação com o meio e com os problemas de sua época. A estrutura insular das organizações profissionais hospitalares gera isolamento e incomunicabilidades dos profissionais entre si e destes com os pacientes. Os esboços instrumentalizados e monológicos de pseudo-ação comunicativa entre eles e com o mundo expõem, assim, distâncias desnecessárias e contraproducentes.

VI. Comunicação instrumental, diretiva e afetiva em impressos hospitalares ²¹

Paulo Roberto Vasconcellos-Silva

Francisco Javier Uribe Rivera

Luis David Castiel

Resumo

As organizações hospitalares são estruturadas em equipes de especialistas com escassos recursos comunicativos. Este trabalho se ocupa dos típicos sistemas semânticos extraídos de referências culturais por estas equipes. Estruturamos nossa análise em folhetos hospitalares, que funcionam como “atos de fala” usuais, considerando a natureza econômica e instrumental de tais recursos nos ambientes de trabalho. Nesta atividade encontramos ênfases técnicas, diretivas e educacionais, tentando conferir validade às informações, como um “objeto” a ser transferido aos pacientes.

Objetivos: descrever modelos de comunicação textual em hospitais especializados em câncer. Material: 52 impressos de orientações aos pacientes (Tabela) de 5 unidades hospitalares, coletados de 1996 a 2002. Métodos: Foram analisados os mecanismos argumentativos, fontes implícitas de referência e validação, seleção de termos e verbos técnicos. Resultados: identificamos 3 categorias fundamentadas na teoria dos atos de fala (Austin / Searle modificada por Habermas): A) Conteúdos cognitivo-instrumentais -



²¹ Publicado nos Cadernos de Saúde Pública (Vasconcellos-Silva, 2003b).

descrições de coisas por meio de termos técnicos de fraca contextualização, validados por argumentação auto-referente, incompleta ou inacessível. B) Conteúdos Técnico-diretivos - auto-referentes e contextualizáveis somente no setor-fonte de origem. Descrições de coisas com deslocamento freqüente de atos cotidianos para o terreno técnico; argumentação estruturadora também incompleta ou inacessível; terminologia complexa; fraca contextualização e argumentação; função disciplinadora; impessoalidade. C) Modulações expressivas: necessidade de conexões intersubjetivas para atenuar distanciamentos e fortalecer laços de confiança; tendência à infantilização. Conclusões: nas categorias identificadas percebe-se: Base em origens fragmentárias (para dar conta de funções educativas, disciplinadoras, acolhedoras e identitárias); Pressuposto da univocidade de mensagens; Consumo invariante da informação (motivações e interesses idealizados, alheios às perspectivas individuais); Pressuposto de Interesses universais como geradores de conhecimento. Palavras – chave: Comunicação em saúde; Educação em saúde; Racionalidade cognitivo-instrumental; Sistemas de comunicação no hospital; Relação médico-paciente.

Summary:

Hospital organizations are structured on specialist teams which have few communicative resources. This work is focused on the typical semantic systems extracted from cultural references by these teams. We structured our analysis on hospital leaflets, which work as ordinary “speech acts”, considering the economic and instrumental nature of such resources in work environments. In such activity we found technical, directive and educational emphases, which try to validate the information as an “object” to be transferred to the patients.

Objectives: To describe modes of textual communication in specialized cancer hospitals. Material: 52 patient information leaflets (Table) from 5 hospital units, gathered in the period 1996-2002. Methods: We have analyzed argumentative mechanisms, implicit sources of reference and validation, selection of technical nouns and verbs. Results: 3 categories were identified based upon theory of speech acts (Austin / Searle, modified by Habermas): A)Cognitive-instrumental contents: descriptions of things by means of technical terms, weak contextual reference, validated by self-referred,

incomplete or inaccessible argumentation. B) Technical-directive contents: self-referred, contextual only at the source domains. Description of things by means of a frequent displacement of everyday acts to technical grounds; incomplete or inaccessible structuring argumentation; complex terminology; weak contextual reference and argumentation; disciplinary function; impersonal features. C) Expressive modulations: need of intersubjective connections to attenuate distance and to strengthen trust ties; tendency to use childish arguments. Conclusions: The studied categories showed: fragmentary sources (to deal with educational, disciplinary, holding and identity purposes); Assumption of univocal message; invariable use of information (idealized motivations and interests, apart from individualized standpoints); Assumption of universal interests as generator of knowledge.

Keywords: Health communication; Health Education; Cognitive-instrumental rationality; Hospital communication systems; Doctor-patient relationship.

Introdução

À luz da teoria das organizações, os hospitais são caracterizados por sua natureza autônoma, atomizada e corporativa (Mintzberg 1995) onde projetos coletivos se inviabilizam em contextos fracamente relacionais (Rivera, 1995). Com base nestes aspectos organizativos assim como em perspectivas comunicacionais derivadas, Peduzzi (2001) descreve uma tipologia dos times multiprofissionais de saúde, referindo-se às suas características como equipes/integração ou equipes/agrupamento. Desta forma, define estas últimas como aglomerações de especialistas convivendo com grande independência de seus projetos setoriais e expressando desigualdades de valores, com hierarquização e disciplinação de saberes. Tais configurações se reproduzem, em sua esfera cultural, por intermédio de racionalidades instrumentais, essencialmente despidas de interesse pelo diálogo, que excluem de sua percepção diversos conteúdos sociais, biográficos e culturais por não estarem plenamente acessíveis ao seu foco instrutor. À medida que esta racionalidade, de índole fracamente relacional, entra em contato com as dificuldades geradas por tais lapsos, alguns deficits comunicacionais (que por sua vez geram comportamentos dissonantes) são interpretados como demandas de natureza cognitiva, como observa Lupton (1995).

Partindo destas premissas e premidos pela necessidade de entendimento para ação, alguns profissionais concluem pela superação de tais hiatos por intermédio de recursos igualmente instrumentais – os impressos para orientação de pacientes. Produzem-se textos como resíduos de atos de fala especialistas no formato de mensagens de natureza fragmentária, amiúde redundantes e, por vezes, contraditórias. Neste meio a unidirecionalidade da comunicação impressa, admitida na sua concepção mais linear, acrescenta limitações importantes em determinados aspectos.

A ênfase deste trabalho se concentra no uso do texto escrito como recurso comunicativo, em substituição aos atos de fala nas organizações profissionais. Cartilhas, manuais, folders e folhetos funcionam, em contextos específicos como próteses comunicativas (Vasconcellos-Silva 2002) que, além de insensíveis à alteridade e ao ambiente extra-técnico, frustram seus autores em sua inabilidade em influenciar nas mudanças comportamentais almejadas. (Murphy, 1993; George, 1983; Howells, 1999; Drossaert, 1996; Murray, 2001; Dickson, 2001; Newton LH, 1995; Paul, 1998).

O estímulo à ação se materializa em mensagens (e lacunas) que têm o universo clínico hospitalar, ou um seu compartimento especialista, como fonte de referências. Tal fenômeno se observa independentemente do tipo de atividade especializada a que se dedica a organização, pelo que pode ser observado pela literatura revisada. Tais centros produtores de saberes, aqui denominados de “setores-fonte”, circunscrevem os limites invisíveis de um arquipélago institucional, isolado do ambiente externo e pródigo em papéis que almejam transmitir mensagens. Os atos de fala reduzidos às “próteses de comunicação” freqüentemente são desenvolvidos para compor lapsos na estruturação cognitiva e simbólica de situações, o que se expressa como empobrecimento de competências comunicativas como fonte do entendimento necessário à ação.

Procedimentos metodológicos

A intenção do presente estudo foi oferecer uma ilustração acerca de uma construção teórica, que se tornará mais compreensível nestes formatos. As categorias foram criadas a partir do modelo teórico dos atos de fala de Searle modificadas por Habermas (1987, 1990). Prestam-se a modelos de definição e não a modelos preditivos, essencialmente assertivos. Descrever assertivamente uma tal construção teórica seria uma contradição, já que o que se coloca à frente das ilustrações é um processo argumentativo que se ergue partindo das coerências internas aqui explicitadas, por sua vez apoiadas em referenciais notórios. Nos interessam aspectos textuais e seus derivados, quais sejam: bases de argumentação, jargões e neologismos que cumprem funções assertóricas, apelativas e expressivas. Acreditamos que, neste terreno, as racionalidades que pretendemos retratar se expõem como saberes técnicos, acionados para fins de convencimento que exclui a necessidade de diálogos e consensos.

Com base em revisão recente (Vasconcellos-Silva, 2003) de autores que relatavam suas experiências no campo da produção de impressos na área da saúde, foram observadas ênfases comunicativas transmissionais mal percebidas como tal. As falhas em promover saúde, atenuar ansiedades face à necessidade de procedimentos, esclarecer detalhes sobre diversos tipos de intervenção terapêutica, entre muitas outras tematizações, têm sido encaradas pelos autores, salvo exceções (Baillie, 2000), como desafios puramente cognitivos. Na literatura científica mundial nos últimos 20 anos, foram selecionados para estudo autores de diversas especialidades e categorias profissionais que destacavam os

atributos textuais considerados substantivos em suas áreas. Percebe-se, na área da saúde, tendências invariantes relacionadas à forma de expressão textual – o que se deseja analisar no presente estudo – em contraste com atensão de forças derivadas das falhas destes produtos em influenciar pacientes e promover autonomia como aponta Dixon-Woods (2001). Transcendendo às questões textuais formais e da racionalidade subjacente que os instrui, a autora classifica os textos hospitalares como “iluministas” (herméticos receptáculos da verdade científica oficial) e os impressos que promovem o “*patient empowerment*”, que surgem como contra-reação organizada a superar os lapsos de atributos cognitivos contidos nos primeiros.

No presente estudo não foram avaliados os atributos cognitivos dos impressos em si (legibilidade, adequação eficiente da informação em vista dos propósitos explicitados, incorreções ou lacunas de informação), sobretudo por considerarmos contraditória e improficua a caracterização de racionalidades por intermédio de si mesmas ao avaliar seus próprios produtos, como não raro observado na literatura (Mant, 1998; Cole, 1979; Newton, 1995; Bauman, 1997; Mumford, 1997; Gibbs, 1990 e Little, 1998, entre outros). Não se trata, portanto, de um juízo de eficiência e sim, muito mais, de uma descrição de racionalidades (incluindo comentários sobre pertinências).

Coleta do material - foram coletados 52 impressos de orientação para pacientes ao longo de 6 anos (fevereiro de 1996 a julho de 2002) nas cinco unidades assistenciais do Instituto Nacional de Câncer. Todo material foi elaborado por profissionais da saúde para esclarecer pacientes sobre procedimentos diagnóstico-terapêuticos, influenciá-los na adaptação a determinadas circunstâncias clínicas e alinhar comportamentos às normas de conduta em ambiente hospitalar. Os impressos, segundo a função a que se destinavam, foram classificados em quatro tipos (quadros I a IV). As versões originais foram coletadas e estudadas pelo Comitê de Padronização de Impressos do Instituto Nacional de Câncer / INCA, grupo responsável pela organização textual e gráfica do material impresso distribuído no Instituto. Os impressos foram remetidos ao comitê para estudo de viabilidade de reprodução na gráfica do instituto e, em sua maioria, eram reproduzidos em copiadoras a partir de versões editoradas em computadores. Todos foram produzidos por equipes envolvidas na assistência (na sua maioria enfermeiros) e eram distribuídos nos ambulatórios, enfermarias e nas visitas domiciliares

Foco da Análise – Tendo em vista o enfoque comunicacional aqui adotado, optou-se por enfatizar os conteúdos dos proferimentos textuais como descrições de estado-de-coisas (nas suas dimensões objetivas, sociais e subjetivas) que ensejavam a coordenação de planos para ações. Foram estudados os aspectos assertóricos (afirmações, atos de fala constataivos) relacionados à descrição, explícita ou não, de estado-de-coisas. Além destes, levamos em conta os textos de tom apelativo e imperativo (que remetem às regras do ambiente social em estudo) além dos expressivos (relacionados às experiências e motivações do mundo subjetivo dos autores), como recurso à construção de categorias sensíveis aos modelos instrutores dos discursos.

Construção e características das categorias

Como já mencionado, a construção das categorias se pautou pelo modelo dos atos de fala de Austin (1962) e Searle (1976) modificado por Habermas (1987, 1990), já que foram considerados pelo último como “elementos comunicativos básicos nos quais se inscreve toda a ação social”.

Searle estabeleceu a seguinte taxonomia:

- . **Atos de fala Constatativos:** constatação de estados de coisas
- . **Atos de fala Diretivos:** ordens, intenções de que o outro realize um estado de coisas esperado.
- . **Atos de fala Compromissários:** promessas de realizar uma ação
- . **Atos de fala Declarativos:** criação de algo novo no mundo (declarar um par casado).
- . **Atos de fala Expressivos:** expressão de um estado interno

Habermas assinala que os atos diretivos de Searle se dividem em diretivos legítimos, isto é, em ordens acatadas com base numa institucionalidade ou legalidade aceitas pela maioria (atos com conteúdo normativo – que encerram sentido de justiça e legalidade) e em imperativos, que correspondem a atos de fala que buscam efeitos perlocucionários não explicitados, ou seja, que se inserem em contextos estratégicos, na busca de êxitos. Estes últimos não precisam atender ao critério do entendimento lingüístico, peculiar ao agir comunicativo. Correspondem a atos de fala não

compromissados com a autonomia do ouvinte e sim à coordenação indireta da ação estratégica - que aqui se apoia em sanções, no exercício do poder e no ocultamento de ideologias. Desta maneira, o autor inclui ambos nos atos regulativos, típicos do agir normativo.

Em síntese, os atos de fala reconhecidos por Habermas são quatro: imperativos (ou perlocuções, característicos do agir estratégico); constataativos; regulativos e expressivos. Os três últimos se inserem na categoria dos atos de fala ilocucionários ou inerentes ao agir comunicativo, onde os fins perseguidos com a ação estão plenamente incluídos no conteúdo do ato de fala e o critério de validade do mesmo é o entendimento. Os atos constataativos e os imperativos estariam voltados para o mundo objetivo dos estados de coisas; os primeiros como meros reconhecimentos de situações de fato, e os segundos com um caráter diretivo imediato, no qual o ouvinte teria que cumprir uma ação segundo orientações não pautadas pelo entendimento (uma orientação que não se explicita integralmente, que reconhece um saber oculto ou monopolizador).

É importante ressaltar que, embora os impressos tenham sido divididos e classificados em termos da função pretendida na dinâmica hospitalar, os textos que os estruturam nem sempre se articulam com tais objetivos. Em outras palavras, seria atraente a vinculação da forma e do sentido à sua utilidade, para melhor compreender a origem das racionalidades envolvidas na produção de impressos. Poderíamos admitir que os textos com ênfases cognitivas são essenciais à produção de impressos educativos. Da mesma forma, os estilos diretivos, se adequariam plenamente à organização de serviços e atividades. Não obstante, pelo material empírico analisado, não encontramos padrões que fundamentassem tais correspondências. Conteúdos cognitivos, diretivos e afetivos estão presentes em impressos com origens e utilização diversas. Há intenções educativas e organizadoras que assumem formatos ora cognitivos, ora diretivos. Estas observações se alinham com o trabalho de Fawdry (1994) que descreveu os impressos hospitalares como projetos pessoais desenvolvidos para atender a demandas setoriais. Em seu artigo critica vários aspectos da cultura hospitalar e sua afeição à produção de papel impresso para transmissão de informações (unilateralmente definidas como relevantes). Reconhece, ainda, que a disseminação deste recurso contribuiu para a compartimentalização de setores classicamente herméticos.

Conteúdos cognitivo-instrumentais

Um aspecto importante é o paralelo com os atos de fala constatativos e sua natureza assertiva (afirmativa que exprime compromisso com uma verdade). Frequentemente estão desacompanhados de uma argumentação plena que o vincule à verdade embutida (cuja demanda os autores dos textos não percebem na clientela). Os conteúdos fundamentam-se em pressupostos que não se explicitam de forma clara - o que os aproximaria das perlocuções. Na verdade se aproximam mais de verdades reveladas ou depositadas, como descrito em Freire com o modelo da “educação bancária” (1979, 1983). São auto referenciais já que encontram sentido pleno somente na cientificidade na qual se apoiam. Observa-se abundância de conteúdos impregnados de elementos técnicos, relacionados a fenômenos clínicos de difícil compreensão, embora familiares aos setores-fonte. Há freqüentes descontinuidades argumentativas, por conta de assertivas sem qualquer estruturação lógica perceptível (ou por conta de estruturação incompleta, inadequada ou inacessível ao leigo e que não é percebida como tal): “*Sinais de alarme: entre em contato se observar ... aparecimento de erupções dermatológicas,... impossibilidade de tomar a medicação prescrita (referindo-se às dificuldades de deglutição) ...*” onde se observa a ênfase para o alarme, sem a explicitação do perigo que o encerra.

“*Crianças que receberam irradiação no corpo todo devem ser examinadas e acompanhadas quanto ao desenvolvimento dos dentes permanentes...*” onde não se estabelecem os nexos entre a radioterapia, o corpo e a dentição.

“*É importante observar: ...aumento do tamanho do catéter,... mudanças na saída e trajeto do catéter, como vermelhidão, dor e inchaço...*” onde não é clara a preocupação com a saída acidental do cateter além de manifestações de infecção.

Nestes textos, a informação não se impõe por força de recursos imperativos (como na categoria a seguir), já que seu compromisso com uma “missão educativa” se concentraria em “revelar verdades” e não em ocultá-las. Nesta categoria predominam afirmações relacionadas à objetividade dos fatos clínicos, o que leva seus autores à priorização das pretensões de veracidade (sem explicitar nitidamente pretensões de correção ou sinceridade), ordenadas por critérios inadvertidamente mal esclarecidos.

A missão “educativa bancária” (Freire, 1979), que preside a produção destes itens,

pressupõe como verdadeiras e acessíveis ao conhecimento as afirmações vinculadas a um objeto ou fato biológico em si (ou a uma relação unívoca e “real”). Tais verdades se ligam às Ciências Médicas e independem do entorno intra-institucional, o que dispensaria, pelo menos provisoriamente, os conteúdos disciplinadores como será visto adiante.

Organização dos conteúdos - observou-se com frequência a classificação dos temas por partições anatômico-funcionais, à maneira dos textos técnicos. Desdobramentos de ações diagnóstico-terapêuticas e sintomas que prenunciam complicações são descritos como alterações funcionais segmentadas em sistemas ou aparelhos (A). As percepções e sensações cotidianas são extraídas da dimensão pessoal e deslocados para um campo acessível ao saber/ poder biomédico. Da mesma maneira, fenômenos familiares ao senso comum adquirem *status* de ações intencionais ou de processos patológicos: “se *fizer* febre...; se *evoluir com* alergias...; “*em caso de complicações de natureza gastrointestinal,... respiratória,... neurológica,... imunológica*”, no lugar de: em caso de sintomas como diarreia, falta de ar, tonteados, alergia. As ações corriqueiras são tecnicizadas: “...*É aconselhável o decúbito lateral*” em lugar de “É aconselhável deitar de lado; “... *há indicação de deambulação no 2º dia...*no lugar de “*é prudente retornar a caminhar*”, “...*assim que a ferida formar tecido de granulação*” no lugar de “*assim que a ferida cicatrizar*”. Os processos fisiológicos corriqueiros também assumem feições patológicas: “*em caso de menstruação* no mesmo formato que em caso de febre”, “*na presença de gravidez*” no mesmo formato que *na presença de infecção*.

Interessante observar que o termo “*indicação*” aqui adquire *status* de ato diretivo legítimo no interior da racionalidade médica, instruída por um viés cognitivo-instrumental. A força perlocucionária é atenuada quando a “*indicação*” se reveste de sentido ligado à uma sugestão de alternativa resolução de problemas (à guisa de sugestão da técnica correta). Por outro lado, sua ênfase seria diretiva se colocada em contexto de exigência de conduta frente a situações que devem ser regidas por critérios clínicos não partilháveis: “*em caso de depressão há indicação de medicação antidepressiva*”. Há conotação de premência por circunstâncias adversas de natureza clínica: “*em caso de dor há indicação de analgésicos*” atenuando seu sentido de demonstrar, revelar, apontar, designar, enunciar, expor, determinar, estabelecer, esboçar ou aconselhar (Holanda, 1999).

Conteúdos técnico-diretivos

Nesta categoria encontram-se os textos em que predominam proferimentos apelativos e imperativos relacionados às premências derivadas de necessidades clínicas localmente priorizadas. Importante ressaltar que esta segunda categoria é derivada da primeira (técnica), nos momentos em que esta se apóia em premissas sustentadas pelo saber biomédico. Não obstante, difere no sentido da força perlocutória pretendida quando potencializada pela forma imperativa dos verbos. Além de se estruturar em argumentos independentes de condições individuais e do ambiente externo, incluída aí a ambiência hospitalar, os proferimentos técnico-diretivos se afastam dos cognitivo-instrumentais quanto à sua vinculação unívoca com um único tipo de ambiente, o setor-fonte. Por estes motivos, percebem-se nesta categoria mensagens admitidas como unívocas, que geram desníveis argumentativos e estruturação incompleta, inadequada ou inacessível, posto que esta última se fundamenta em premissas locais.

Enquanto os conteúdos cognitivo-instrumentais valorizam como fonte de conhecimento a exposição aos elementos clínicos em si, isolados e com poder transformador próprio, os técnico-diretivos levam em consideração um único ambiente (o mundo clínico do setor-fonte) onde se inscrevem, exclusivamente, tais elementos. Desta feita, os autores “professam sua fé” (Habermas, 1971) não somente na força da verdade cientificamente validada, mas também na correção e adequação destes a um único mundo – o setor-fonte onde exercem suas atividades, epicentro do arquipélago hospitalar. Aqui, a missão não é apenas educativa / transmissional - revelar conteúdos à maneira dos textos cognitivos-instrumentais – mas também disciplinadora. Desta forma, nestes textos proliferam termos que envolvem concessões admitidas “sob júdice”: *aguarde liberação para... reiniciar a deambulação, ...reiniciar as atividades sexuais etc.*

Função disciplinadora: há necessidade de alinhar comportamentos para salvar pacientes de riscos. É indispensável, portanto, a observação de uma regulamentação técnica a ser validada em normas apoiadas em um saber complexo – pouco acessível ao leigo e que por isto deve ser contornado nos textos. A força perlocucionária de um imperativo necessita de apoio em argumentos de autoridade que validem os proferimentos, no caso, a autoridade biomédica. Desprovido de intersubjetividade, não visa o entendimento mútuo, já que não explicita motivações e sim

êxitos ambicionados objetivamente em um contexto onde estes não são declarados. A ação teleológica-estratégica embutida em alguns textos técnico-diretivos, lança mão dos atos de fala perlocucionários, na busca de efeitos em ouvintes como insumo para obtenção de ações que se desdobrem em êxitos.

Como exemplo citamos uma das versões mais antigas das “orientações para acompanhantes de pacientes internados” de uma das unidades hospitalares do INCA, onde foram incluídas regras sobre os “trajes apropriados aos acompanhantes e visitantes”. Tais recomendações se originaram sob a alegação de que havia mulheres jovens que se trajavam de maneira indecorosa, portanto, “inadequada ao ambiente hospitalar”. A primeira linha de argumentação (não explícita no plano textual), foi de ordem técnica: “as pacientes recém mastectomizadas se sentiriam inferiorizadas ao lado de acompanhantes ou visitantes com decotes mais exuberantes”. A segunda linha de argumentação – mais prosaica e igualmente não explicitada no formato impresso - não recorreu a argumentos colhidos no terreno psicológico: “as mulheres jovens vestidas indecorosamente excitarão os funcionários, desviando sua atenção de seus afazeres”.

Tecnificação da esfera pessoal - Observou-se, como nos conteúdos cognitivo-instrumentais, predileção por verbos derivados de termos atribuídos a procedimentos técnicos, em substituição a atos cotidianos. Não obstante, a revelação de verdades relacionadas à visão de mundo do setor-fonte não é relevante, e sim sua utilização para fins disciplinadores. O texto extrai sua força perlocucionária dos atos cotidianos que se transformam em atos especialistas, deslocando-os da esfera privada para a técnica, onde prevalece a lógica clínica. Desta forma, comportamentos bem familiares ao senso comum se revestem de relevância técnico-instrumental: “*higienize* (no lugar de *lave*) a ferida diariamente”; “*administre* (no lugar de *dê*) os antieméticos (no lugar de *remédios para enjôo*)”; “*caso visualize* (no lugar de *observe*) manchas avermelhadas”; “*não permita que ninguém não habilitado manipule* (no lugar de *toque*) o cateter”; “*não se locomova* (no lugar de *caminhe*) sem apoio nos primeiros dias após...”; “*caso perceba alterações na gustação*” (no lugar de *alterações no gosto*); “atenção às colorações alteradas” (no lugar de alteração das cores).

Distanciamento por lapsos, impessoalidade e normas – Observamos textos que se destacam por suas prescrições essencialmente técnicas, por vezes de difícil

compatibilização com as limitações impostas pela faixa etária e condição clínica (A), limitações sócio-econômicas (B) e condições climáticas (C), o que expressa uma visão homogenizadora, tendência peculiar aos conteúdos impressos: (A) “...após a colocação da colostomia você poderá realizar exercício físicos, esportes e até mesmo atividades aquáticas”... (B) “...evite lâmpadas de bronzamento, ...saunas”, “use luvas para lavar a louça” (C) “...proteja sua pele da luz solar até um ano depois do fim do tratamento e use protetor solar fator 15 ou superior”

O débil comprometimento com a adequação do texto à situação sócio educacional dos pacientes também se expressa na complexidade vocabular - o que já é fartamente descrito na literatura - da qual se pode extrair força perlocucionária: “...em caso de náuseas, ingira anti-eméticos”

Neste contexto, quanto maior a complexidade na fundamentação dos argumentos acerca de instruções a serem acatadas, maior a impessoalidade dos discursos que se desdobravam em tônicas imperativas. A impossibilidade de descrever um fenômeno biológico complexo e, a partir deste, fundamentar argumentação plausível, aliada à necessidade de recorrer à autoridade biomédica, conduz com facilidade a distanciamentos. A postura de índole disciplinadora se distancia ao não esclarecer conteúdos que originam desníveis argumentativos. O discurso impresso é unidirecional e, portanto, não admite espaços para negociação de sentidos. Admite que o conjunto dos receptores é homogêneo, ou seja, assimilam conteúdos unívocos da mesma maneira. A produção de um discurso lacônico e impessoal busca ajustar o molde da univocidade ao ideal de homogeneidade.

O exemplo da interdição à entrada de flores no ambiente hospitalar também é significativo. Na primeira versão do impresso “Orientações aos visitantes do hospital de câncer” existe tal proibição lacônica à entrada de flores, sem argumentação razoável que justifique tal interdição. Na verdade, o texto em um formato mais esclarecedor (que foi acrescentado em versões posteriores) deveria se referir ao risco de infecções que os microorganismos presentes nas flores oferecem aos pacientes imunodeprimidos.

Podem ser citados numerosos exemplos em que se percebem espaços para argumentação abreviados, por vezes substituídos por conteúdos diretivos técnicos lacônicos. Exemplos típicos são os impressos que tratam da preparação dos pacientes para exames e procedimentos que exigem cuidados especiais. Poucas vezes

fornece sentido para informações do tipo “*Coletar o jato de urina intermediário*” (para: evitar sedimentos indesejáveis acumulados nas paredes da uretra e bexiga), “*evitar consumir frutos do mar e pintar os cabelos antes do exame com iodo radioativo*” (porque: os frutos do mar e a tintura para cabelo contém altas concentrações de iodo) “*ficar em jejum e usar laxativos antes do exame*” (para atenuar a interferência de gases e das fezes na qualidade da imagem a ser analisada) entre outros.

Modulações expressivas

Embora as equipes produzam seus papéis educacionais e disciplinadores repletos de jargões, em alguns casos prevalecem elementos expressivos que se revelam tipicamente na necessidade de cultivar conexões intersubjetivas e empatia: “...*a equipe de enfermagem lhe orientará para que você também nos ajude a prestar os cuidados que seu familiar necessita...*” Assim como nos demais, são evidentes conteúdos repletos de ênfases cognitivo-instrumentais e técnico-diretivos, entretanto em alguns trechos emergem nuances afetivas, preocupadas em transmitir mensagens tranquilizadoras e de solidariedade. A título de comparação para melhor esclarecimento, em alguns textos cognitivos ou diretivos encontramos: “*permaneça em decúbito..*”, enquanto em outros, onde se percebe modulações expressivas, lemos: “*fique deitado, repousando...* Em textos especialistas encontramos: “*...Aguarde parecer do especialista...*”, “*...Aguarde instruções do médico...*” ou “*...O especialista lhe passará a técnica correta*” ... em contraste com outros de modulação expressiva onde se lê: “*... Nós lhe ajudaremos a resolver os problemas*”... “*Aguarde ajuda de seu médico*”. Sobre a explanação de procedimentos mais complexos podemos encontrar: “*...Você obterá informações sobre a técnica correta...*” ou “*...Alguém lhe instruirá quanto às normas sobre ...*” o que sob modulação expressiva se expressa como: “*Alguém lhe ajudará...*”, “*...Não hesite em esclarecer suas dúvidas...*” *Pergunte-nos em caso de dificuldades*”.

Percebem-se pretensões de sinceridade e envolvimento afetivo por intermédio de mensagens otimistas, fundamentadas em preocupações com o bem-estar dos pacientes. Também, por conta deste aspecto, os textos são freqüentemente redigidos da primeira pessoa do plural (“*nós, da equipe*”) para a segunda pessoa do singular (“*para você, paciente*”) ao contrário dos conteúdos técnico-diretivos que se valem da forma imperativa na segunda pessoa do singular (“*proceda a preparação, ... higienize a ferida*”) ou na forma

infinitiva: “*observar alterações;... comunicar sintomas*”.

Em função do envolvimento individual de profissionais percebe-se que, em alguns textos, os conteúdos cognitivo-instrumentais e técnico-diretivos são moduladas com frases que contêm elementos da experiência de vida de seus autores: “...*não se preocupe pois seus cabelos voltarão a crescer ainda mais bonitos que antes...*” (pós-quimioterapia).

Seleção de imagens, infantilização e paternalismo - Embora mereça análise em estudo à parte, com metodologia específica a este tipo de conteúdo, é interessante ressaltar a seleção dos elementos gráficos na articulação com os conteúdos textuais. Na dimensão cognitiva técnica, as figuras expostas dizem respeito a imagens relacionadas a procedimentos - colocação de dispositivos de colostomia, trajetos de sondas, cortes frontais, transversais e sagitais do corpo humano (para explicitação de detalhes anátomo-fisiológicos) etc. Por outro lado nas modulações expressivas, as imagens adquirem a função de adorno e embelezamento como recurso às aproximações intersubjetivas, preocupadas em se contrapor ao impacto emocional de contextos de sofrimento e dor. Excluindo-se o contexto dos impressos para a Pediatria (inseridas em contextos gráficos e textuais específicos, que almejam comunicação com crianças e seus pais) a infantilização das figuras e a cartunização de personagens é freqüentemente observada em mensagens que expressam o viés da “educação de pacientes”.

Na infantilização do estilo textual e gráfico aqui observada, admite-se o risco de expressar uma imagem do outro como sujeito incapaz de situações dialógicas em condições de igualdade, o que acrescenta força à lógica da alternativa transmissional. No esforço de simplificação dos conteúdos ocorre certa tendência à infantilização da linguagem, o que já classicamente descrito em outros estudos acerca do tema (Dixon-Woods, 2001; Rozemberg, 2002). Observamos a produção de textos com modulações afetivas tipicamente em setores-fonte relacionados às clínicas pediátricas (“Chegando ao hospital com seu filho”, “Orientações para internação de crianças”, “Radioterapia de crianças”) assim como os textos produzidos pelo Grupo de Acompanhantes e pelo setor de Comunicação Social para divulgação de setores e convencimento para doações (sangue, medula óssea).

Sínteses e discussão

Foram estudados impressos para pacientes como projetos setoriais que ambicionam atingir metas comunicacionais. A racionalidade empregada neste tipo de atividade assume que somente a geração de conhecimentos (como se esta dependesse exclusivamente da via impressa) ou a autoridade apoiada na instituição biomédica são capazes de interferir em mudanças de atitudes. Tais pressupostos por atribuírem um peso excessivo à dimensão cognitiva-transmissional dos textos, tendem a desconsiderar quatro aspectos que emergem da leitura reflexiva do material:

1ª Os impressos refletem a fragmentação e autonomização organizacional:

A estrutura insular demarca nitidamente papéis e funções dentro de um mecanismo de autonomização de seus centros operacionais. O processo de integração institucional é comprometido por múltiplas missões corporativistas despidas de pretensões relacionais, o que se expressa nos canais de comunicação entre equipes e destas com seus clientes. Como ressalta Rivera (1996), esta cultura fragmentária suscita, caracteristicamente, ações puramente instrumentais gerando numerosos hiatos comunicativos. Na estabilidade proporcionada por estes hiatos são reproduzidos os fenômenos da organização do trabalho de maneira estanque (em relação às demais atividades do hospital e à ambiência), assim como seu empobrecimento pela redução às suas dimensões técnicas essenciais. No terreno onde impera a objetivização e a especialização de perspectivas a serviço de um esforço de resolutividade, há aproximações problemáticas com dimensões sócio econômicas e afetivas. Estas tendem a ser consideradas como “infortúnios sócio-econômico-psicológicos”, o que conduz à circunscrição ao âmbito da Psicologia, assim como as dificuldades sócio-econômicas são remetidas ao Serviço Social - onde são tratadas como questões previdenciárias (Rozemberg 2002).

Acerca da complexidade lexical resta um aspecto dúbio a ser esclarecido quanto aos termos técnicos insensíveis aos seus vínculos com o ambiente externo. Ou são ingênuos porque ignoram os desdobramentos de uma complexidade vocabular involuntariamente assumida ou, não tão ingênuos, uma vez que sedimentam jargões para se afirmar como setores-fonte autônomos e tecnicamente arrojados. A autoridade biomédica é aqui evocada com finalidades perlocucionárias, de controle de comportamentos para prevenção de riscos. Seja por insensibilidades a desníveis cognitivos ou por necessidade de

afirmação e controle, a complexidade na fundamentação dos argumentos acerca de instruções a serem acatadas, acaba por gerar distanciamentos e impessoalidade. Neste ponto, vale acrescentar, que a inexistência da partilha de critérios, mesmo quando adequadamente esclarecido eventual desnível cognitivo, se apoiaria na complexidade vocabular para preservar seus planos autônomos à distância do olhar leigo.

Portanto, além da função educativa, organizadora e captadora de parcerias (assumidas explicitamente) localizamos uma Função Identitária, acionável quando na necessidade de fazer valer normas específicas nas quais os setores-fonte se afirmam como referência perante a organização. Em organizações fundamentadas à base de nichos corporativos, o desenvolvimento de regras guarda vínculos com a necessidade de orientação dos atores ao redor de valores comuns, frequentemente (mas não exclusivamente) extraídos do terreno técnico. Nesta função se expressariam as normas decorrentes de acordos firmados coletivamente dentro de uma expectativa de comportamento setorial. As pretensões de validade normativa, reconhecidas intersubjetivamente, se relacionam com critérios de validade social e justificação ao redor de valores culturais vinculantes específicos. São manifestações culturais na qualidade de “conjunto de evidências partilhadas na organização”, ou, “as regras do jogo informais que seriam vivenciadas pelas pessoas no interior da organização” (Thévenet *In*: Rivera, 1996). A corporificação de racionalidades na linguagem, pós-configurada em textos impressos que se relacionam aos seus cenários, funcionam como ordens legítimas através dos quais os participantes da comunicação regulam sua pertença a grupos. As “culturas especialistas” revelam suas estruturas racionais na substituição dos processos de entendimento e coordenação de ações, o que neste trabalho se tenta retratar.

2ª Os textos são conjuntos de mensagens padronizadas e unívocas.

Nas justificativas do uso do impresso na comunicação hospitalar, por vezes a palavra escrita aparece como sendo capaz de padronizar o inevitável processo humano de reinterpretação e ressignificação já que “uma vez impressa, qualquer palavra parece adquirir o *status* de verdade para influenciar o público leigo” (Rozemberg 2002). Percebe-se que os impressos são colocados como recurso para algo que se tem como um “êxito comunicacional”, que na verdade se expressa na busca por alinhamentos comportamentais. Parte-se de pressupostos orientados por idealizações sobre eficácia e

adstritos ao modelo linear de comunicação. Sob tais perspectivas tudo se passa como se os indivíduos estivessem fixados semântica e socialmente em um universo de sentidos únicos e imutáveis, onde não haveria espaço nas práticas argumentativas às pretensões de veracidade, correção e sinceridade. A negociação de significados com os “elementos receptores” estaria descartada, uma vez que só haveria sentidos unívocos, acessíveis universalmente, sem necessidade de consensos entre os “elementos formuladores” e destes com os seus destinatários. A racionalidade orientadora destes produtos se encontra impregnada da perspectiva sintática, afeita às tecnologias de informação (Watzlavick, 1967) como principal instrutora dos estudos de legibilidade de textos.

3ª A recepção dos textos é admitida como homogênea

No campo semântico há ênfase na exposição dos conteúdos, considerados unívocos, partindo-se do pressuposto que sua clientela estaria à procura de referenciais como um grupo homogêneo, que na verdade só existe no imaginário dos autores dos textos. Neste ponto se desconsideram suas motivações específicas como parceiros do processo comunicativo, assim como os lapsos que estes receptores não percebem como omissos, além de sentidos reconfigurados por perspectivas culturais, biográficas etc. Em tese seriam capazes de reconhecer de imediato todos os nós semânticos como sentidos omissos, à maneira de elementos de um quebra cabeças que não faria sentido, mesmo quando completo. Em suma, os elementos receptores, nivelados aos mesmos patamares de significação, são observados como consumidores à procura das informações científicas mais confiáveis. No campo sintático este nivelamento opera por intermédio da redução das mensagens às suas mínimas unidades cognitivas que, no limite, podem se tornar lacônicas ou infantilizadoras (se as modulações afetivas presidirem a produção textual).

As perspectivas biográficas são naturalizadas no discurso técnico, o que se expressa em orientações alienadas (“...*flores, lâmpadas solares*). Seja assumindo uma postura de especialista em relação a um leigo, seja se percebendo como um adulto perante uma criança, estes impressos de vocação transmissional, possuem a busca do contato com o outro por suas lacunas e não por seus potenciais. Não percebem nas práticas dialógicas a possibilidade de um enriquecimento mútuo na habilidade de negociar sentidos a partir de referenciais díspares.

4ª Na produção dos conteúdos, o conhecimento e os interesses que o estruturaram são díspares.

Como descrito nos primeiros estudos epistemológicos de Habermas (1971), a natureza dos interesses é que dá sentido aos conhecimentos, e não apenas a informação que é acessada por seu intermédio. Frente a isto, deve-se considerar que os profissionais que produzem manuais e cartilhas de orientação, adquiriram os conhecimentos que desejam transmitir à sua clientela por mecanismos díspares à de sua clientela. A formação fragmentária dos profissionais, enfocada em uma visão organicista e segmentadora dos problemas explicaria dois aspectos encontrados: a divisão de conteúdos por órgãos e sistemas e a natureza assertórica autoreferenciada dos conteúdos. Os autores dos textos são insensíveis à natureza peculiar e diversa dos interesses (instrumentais, relacionados à atividade laborativa) que geraram o saber utilizado para a produção dos seus impressos. Na prática cotidiana, este saber se cristaliza em objetivos clínicos, ora comprometidos com a percepção de um determinado sinal ou sintoma considerado perigoso (“se fizer febre”), ora interessados em uma evolução (“em caso de gravidez”), mas sempre apoiados em premissas fisiopatológicas complexas de difícil explicitação no formato impresso. Não se percebem dentro do seu próprio caldo de cultura, ao interagir adialogicamente e ignorar as demais dimensões que participam dos jogos de entendimento. As representações atribuídas à instalação e às repercussões das doenças e tratamentos se apresentam como algo externo, sem relação com seus “reais” condicionantes.

Atitudes desviantes - Embora a atividade de produzir textos para pacientes se encontre impregnada de um viés objetivador e impessoal, projetos pessoais repletos de modulações expressivas e atitudes expressivas também podem ser localizadas no arquipélago. Segundo Rozemberg (2002), alguns profissionais que desenvolvem isoladamente ou em grupos seus impressos, demonstram um grande prazer da atividade de adaptar conhecimentos científicos para apropriação leiga. Em muitos casos percebe-se uma enfática referência ao impresso, não como um fim informativo em si mesmo, mas como um instrumento útil ao processo comunicativo dialógico, na qualidade de dispositivo auxiliar para uma dinâmica de natureza relacional. No presente estudo observamos que indo além das mensagens técnicas e diretivas, há aquelas com ênfases afetivas que tendem a transgredir a impessoalidade do figurino oficial, dirigindo-se aos pacientes de modo atencioso e acolhedor. Tais profissionais tendem a reproduzir

individualmente um processo de descobertas e de desenvolvimento do campo da educação/comunicação em saúde, dentro do qual, por conta do acaso e da necessidade, “assumem um admirável espírito quixotesco e a prepotência de quem reinventa diariamente a roda” (Rozemberg, 2002). O processo de isolamento desta iniciativa, expressa sintomaticamente a carência de uma política de comunicação regular e saudável no interior das instituições de saúde e o lugar de exceção que ocupam tais profissionais por iniciativa própria.

Conclusões

O hospital como organização insular aglomera especialistas motivados ao conhecimento por interesses instrumentais. Tais interesses os conduziram às representações biologicizadas, que observam a doença como fenômeno já instalado, à parte de uma ambiência sócio-econômica historicamente inscrita em uma biografia. O caráter organizacional autonomizado e policêntrico do hospital, impulsionado pelos ditames da produtividade e eficiência, cultivam contatos adialógicos circunscritos a diversas categorias profissionais de diferentes especialidades. Estas equipes fundamentam seu discurso na viabilidade de ações coordenadas sem entendimento, além de excluírem a possibilidade das entrevistas profissionais se prestarem ao enriquecimento mútuo pelo diálogo.

A organização se percebe assim como uma conjunção de equipes de especialistas atentos a hiatos cognitivos nos quais seria possível injetar informações (com variadas ênfases expressivas). À medida que tais desafios cognitivos fracassam percebe-se, pelo estudo da literatura dedicada a este tipo de atividade, que há escassez de recursos que dêem conta ambições comunicacionais, ainda não identificadas como tal. A atenção técnico-instrumental se volta para as falhas de seus apetrechos de comunicação.

Este trabalho se ocupa da compreensão da natureza das fontes culturais de onde o saber institucionalizado se abastece para construir seus sistemas de significação. Para construção de um modelo teórico que nos possibilite o acesso a tais sistemas, nosso foco se deslocou à procura dos eixos comunicacionais do discurso impresso. Partimos do estudo de artefatos impressos, substitutos dos atos de fala elaborados para superar as demandas comunicativas. Levamos em consideração a origem econômica e instrumental de suas culturas geradoras, seu processo de reprodução nas relações de trabalho

atomizadas e autônomas e o modelo positivista instrutor da compreensão de seus objetos clínicos. Percebemos, por fim, que na atividade de produzir textos (admitida nestas organizações como comunicação impressa) há metas diretivas, identitárias ou educacionais, enfeixadas pela intenção de conferir concretude à informação, como um objeto que se almeja transferir sob variadas ênfases expressivas.

Tabela – Impressos estudados:

1. Informações sobre Radioterapia (geral)
2. Orientações para Radioterapia na cabeça e pescoço
3. Orientações para Radioterapia de tórax e de mama
4. Orientações para Radioterapia do abdômen
5. Orientações para Radioterapia de tumores ginecológicos
6. Orientações sobre uso de Granulokine
7. Preparação para endoscopias digestivas
8. Orientações sobre Quimioterapia
9. Orientações pré operatórias - implantação de cateteres (adultos)
10. Orientações pós operatórias - implantação de cateteres (adultos)
11. Orientações pré operatórias - implantação de cateteres (Pediatria)
12. Orientações pós operatórias - implantação de cateteres (Pediatria)
13. Orientações sobre sonda enteral
14. Orientações sobre higiene bucal
15. Orientações para doação de sangue
16. Orientações pós-braquiterapia
17. Orientações para Cirurgias abdominais e torácicas
18. Orientações para Cirurgias de alta frequência
19. Orientações pós alta hospitalar (cirurgia ginecológica)
20. Orientações às pacientes mastectomizadas
21. Aconselhamento genético e câncer de mama
22. Orientações sobre Nutrição
23. Orientações sobre Cateteres semi-implantados
24. Orientações sobre Cateteres totalmente implantado
25. Orientações sobre Cateteres de inserção periférica
26. Orientações sobre a prova de função respiratória
27. Orientações sobre a broncoscopia
28. Orientações aos pacientes laringectomizados
29. Orientações aos pacientes ostomizados
30. Orientações aos pacientes traqueostomizados
31. Exercícios no Pós operatório (mastectomias)
32. Encaminhamento ao CSTO (Cuidados Paliativos)
33. Orientações aos acompanhantes de pacientes
34. Orientações aos visitantes de pacientes
35. Orientações para Internação
36. Orientações sobre a Triagem do hospital do câncer
37. Avaliação pré operatória (Cirurgia de abdomen)
38. Normas do ambulatório de Cirurgia Abdominal
39. Normas do ambulatório de Oncologia clínica
40. Normas do ambulatório de cirurgia de cabeça e pescoço
41. Normas do ambulatório de Ginecologia
42. Normas do ambulatório da seção de tórax
43. Orientações aos visitantes no CTI
44. Orientações aos pacientes sobre Radioterapia de crianças
45. Solicitação de doadores de hemoderivados
46. Devolva um sorriso – Hemoterapia
47. Orientações para Internação pediátrica
48. Orientações aos cuidadores de pacientes da seção de tórax
49. Informações aos cuidadores de pacientes acamados
50. Chegando ao hospital com seu filho
51. Amigo de bolso - Como chegar ao Hospital do câncer III e CSTO
52. Amigo de bolso - Como chegar ao Hospital do câncer II

VII. Modelos comunicativos em organizações profissionais de saúde²²

Paulo R. Vasconcellos-Silva
Francisco Javier Uribe Rivera
Flávio Siebeneichler



Resumo

No presente trabalho traçamos um retrato das organizações de saúde admitidas como comunidades lingüísticas, colocando-se em evidência os peculiares recursos comunicativos que se prestam como base para prática profissional. Estes recursos não seriam exclusivos de nenhum setor ou atividade do hospital. Não obstante, é possível encontrar tipicidades – caracterizadas no presente estudo - embora tenha se evitado os estereótipos. Os recursos comunicativos em questão se apresentam como modelos **objetivador-instrumental**, (objetivação de elementos com finalidades clínicas); **dialógico-estratégico** (instrumentaliza uma conversação para alcançar acesso a estados subjetivos); **monológico-iluminista** (substituem as trocas lingüísticas pela distribuição de impressos, com o objetivo de transmitir conhecimentos científicos) e **comunicativo pleno (não linear)**, baseado no conceito de ação comunicativa de Habermas (usa a linguagem como recurso para trocas simbólicas e, em condições de simetria, para coordenar ações). A estanquização de especialidades e discursos, representa um dos grandes obstáculos à formação de redes de parceria e à integração de equipes ao redor de projetos institucionais. A hegemonia de uma forma instrumentalista de interação, quando transposta para as dimensões cotidianas, originam obstáculos à integração das equipes e à

²² Submetido ao periódico *Social Science and Medicine*.

comunicação com os pacientes. Por outro lado, observam-se atividades emergentes no final do século passado (como a Medicina Paliativa), que acenam com rupturas paradigmáticas. Estas atividades, ao contrário das demais, enfatizam interações para trocas simbólicas mediadas pela linguagem como principal recurso para a ação clínica. Admitidas tais premissas, propõe-se a reorganização das equipes norteadas pelos paradigmas da comunicação plena. Estes se fundamentam na estruturação de times multidisciplinares, empenhados em projetos transdisciplinares dinamicamente ajustados por consensos intersubjetivos.

Introdução

A especialização e a sofisticação do conhecimento tornou-se necessária a um mundo que adquire diversificação e complexidade crescentes. Um dos legados da racionalidade disciplinadora do século XVIII foi o ordenamento dos espaços e saberes, que resultou em sua confluência em instituições. Nos primórdios do hospital, como organização centrada em diagnósticos e tratamentos, se desenvolveram os primeiros encontros entre médicos para troca de conhecimentos e experiências. Neste ambiente ainda não organizado em especialidades, interagiam os primeiros médicos institucionais. No dialeto ancestral da Babel hospitalar, a experiência profissional era partilhada e discutida em condições de simetria. Na evolução histórica do hospital, observou-se a sofisticação dos saberes e dos equipamentos de diagnóstico e tratamento. A racionalidade instrumentalista emergente, delimitou ambientes e instrumentos que se diferenciaram em léxicos específicos. Desta diversificação derivaram sub-culturas comunicativas, que aqui procuramos delinear na forma de quatro modelos básicos que se interpenetram e se estabilizam mutuamente.

Nas organizações hospitalares observa-se, por volta da segunda metade do século XX, tendências à fragmentação das equipes hospitalares em domínios espaciais e cognitivos. Como exemplo, por volta de 1950 o advento das drogas curarizantes (poderosos relaxantes musculares) e dos narcóticos nas cirurgias, desencadeou surtos de apnéia (paralisação dos movimentos ventilatórios) após as cirurgias. Assim foram criadas unidades de recuperação pós operatória que serviram de modelo, pouco depois, para a organização dos Centros de terapia intensiva (Bendixen, 1979). Em paralelo observou-se a atomização dos grupos técnicos, cada vez mais autônomos e corporativos.

As organizações profissionais se alicerçam no pressuposto da competência técnica e autonomia de seus centros operadores. A característica complexidade e a imprevisibilidade das tarefas rotineiras, torna impossível a padronização inflexível de técnicas e resultados, o que enfraquece a linha vertical de hierarquia (Mintzberg, 1995. p.189-212). A autonomização exagerada e o corporativismo desagregador proliferam na falta de direcionalidade gerencial, agregada à visão partilhada de um sistema de clínicas independentes. Além disto, as atividades técnicas de valor estratégico, originam supervalorização de processos e múltiplos projetos corporativos. A fragmentação e autonomização acabam por influenciar os formatos organizativos e a cultura institucional. Os processos comunicativos, monológicos e especialistas no berço, criam distâncias desnecessárias e contraproducentes.

Médicos em suas diversas especialidades, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas e fisioterapeutas defendem seus interesses particulares dentro de condomínios peculiares em vieses, idiomas e “fazeres” especializados. Embora tais fragmentações sejam circunstanciais, a habilidade do grupo de se comunicar plenamente permanece perene, embora subutilizada. O estabelecimento de consensos para desenvolvimento de novas técnicas, direcionadas a novos problemas, em novos contextos merece ser um objeto de perseguição intelectual permanente.

Hospitais como comunidades linguísticas.

Organizações podem ser descritas tanto na metáfora de uma máquina ou um organismo vivo (Morgan, 1996) assim como sistemas de senhores e servos (Etzioni, 1989. P.7-26). Também podem ser analisadas como comunidades linguísticas, estruturada sobre atos de fala como em Flores (1993, p.17-22; 1994, p.37-62) e Zafirian (1991). Tal perspectiva facilita a análise dos desníveis entre perspectivas técnicas e leigas, como eventos comunicativos que tendem a se esvaziar em seus elementos discursivos. Há atos comunicativos na necessária interação entre culturas e valores presente em vários atos cotidianos, como uma consulta médica por exemplo. Estes adquirem complexidades crescentes por conta de dois fenômenos de natureza comum: o crescimento da variedade de itens do celeiro cultural contemporâneo e a proliferação das sub-culturas técnicas dos domínios hospitalares especializados (Vasconcellos-Silva 2002 b).

Mundo da vida e a fé na ciência- Para esta comunidade linguisticamente

complexa, convergem múltiplas visões de mundo, leigas e profissionais. Entretanto, os proferimentos apoiados em variadas premissas objetivas, sociais e subjetivas se desenvolvem sobre o contraste de um pano de fundo comum, o “mundo da vida”. Embora o conceito de mundo da vida tenha nascido sob perspectivas fenomenológicas – na consciência dos sujeitos – também é possível e interessante que o ampliemos ao patamar de Habermas. Este autor os situa entre os vínculos intersubjetivos de sujeitos que falam e agem, visando coordenar cooperativamente seus projetos de ação nos múltiplos cenários. Neste sentido, o mundo vital é admitido em Habermas (partindo de Husserl e Schultz) como conjunto das pré-interpretações e saberes implícitos a que nos remetemos nas conversações. Segundo Rivera é o “horizonte onde se realiza uma situação de ação” (Rivera, 1995 p.47-51) que preserva seus componentes essenciais na cultura, na personalidade e na sociedade.


A partir desta estrutura transcendental e invariante, os conteúdos que surgem nos discursos tornam-se contextualizáveis em determinada época e lugar. Podem ser reconfigurados em sociedades e culturas particulares, de forma temporal e historicamente determinada. Neste plano, a cultura como celeiro de conhecimentos e tradições, se agrega aos valores sociais normativos (idéias de justiça, direito e legitimidade) sob os quais agimos. Por fim, no plano da subjetividade, cultura e valores normativos se reconfiguram.

Alienação e atos de fala - uma organização tanto pode ser caracterizada por sua riqueza de interações, como compromissos (Flores, 1993) ou como aprendizado organizacional (Senge, 1990 e Zafirian, 1991). Por outro lado, a organização também pode se caracterizar por lapsos comunicativos a que foi conduzida pela hegemonia de racionalidades instrumentais. Habermas definiu este processo como uma espécie de “colonização do mundo da vida”. A alienação e a submissão à racionalidade técnica do sistema se revelaria na “separação elitista entre culturas de experts e situações de ação comum”. Deste embate resultaria o empobrecimento, esvaziamento, ou “despovoamento do mundo da vida” (Siebeneichler, 1989, p.152).

Este trabalho se ocupa em observar um aspecto deste processo nos hospitais como organizações linguísticas. Nas organizações profissionais presididas por perspectivas técnicas, haveria tendências à autocompreensão e autovalidação que ignoram a importância dos diálogos nas trocas simbólicas cotidianas. Nos hospitais, alguns profissionais tendem a se perceber como fonte de verdades técnicas unívocas. A

perspectiva de um sentido único (correto ou cientificamente validado) os distanciaria das práticas discursivas necessárias, mas não tecnicamente essenciais. As moléstias são descritas em enquadramentos reduzidos à sua dimensão cito-orgânica, na qual aspectos relacionados ao ambiente, valores culturais e biográficos são negligenciados. A “profissão de fé cientificista”(Habermas “Knowledge and human interests” p.315) degenera em alienação como “supervalorização do produto dos homens sobre eles mesmos”, pela diluição do pensamento reflexivo no “controle técnico de processos naturais objetivados” (Habermas 1987). A tecnologia do diagnóstico e da cura tende a se validar por seus próprios fins e meios. Tal formato de alienação exclui os enquadramentos mais ricos e críticos na antevisão de horizontes. Isto cria dificuldades no movimento de síntese que se segue à análise dos problemas que proliferam nos pontos de entrecruzamento entre a missão organizacional, profissionais e clientes.

As interações pela linguagem entre pacientes e profissionais (e destes entre si) são constituídos por segmentos de discurso menores - os atos de fala (Echeverria, 1998). Na teoria dos atos de fala de Austin e Searle, os proferimentos são ações que se expressam de variadas maneiras. Um pedido de esclarecimentos, uma recomendação ou recriminação durante uma consulta, ou a emissão de pareceres são considerados atos de fala. A convivência de profissionais e pacientes os conduz às regras do iniciar, tematizar, ilustrar e modular suas conversações em negociações de significados.

Pelos atos de fala desenvolvem-se competências de compreensão nos membros  e uma comunidade, acerca de normas de comportamento. Ocorre que, em determinados momentos, tal compreensão é dificultada pela multiplicidade de representantes de diferentes nichos culturais que se encontram nos hospitais. Percebe-se então a necessidade de associar esquemas de ação técnica e não técnica, voltados para promoção de trocas simbólicas entre culturas. Esta transição paradigmática desvenda a necessidade das Ciências Médicas em abandonar a “imponência e servidão do individualismo em troca das satisfações da ação coletiva” (Cremadez, 1992 p.240). À Deontologia profissional se acrescentaria uma ética organizacional baseada sobre a valorização da diversidade (*ibid*).

Modelos comunicativos

Na aparência, as conversações entre profissionais e pacientes poderiam nos iludir com a impressão de que há genuínas interações em condições de simetria. Há

práticas que transitam entre variados modelos, sem contudo se tipificar em nenhum deles. Enfermeiros, cirurgiões ou médicos de família podem, em suas conversações, instrumentalizar seus atos de fala para acessar estados subjetivos de seus pacientes. Por outro lado, poderiam simplesmente se isentar deste tipo de interação ao interroga-los sobre sinais e sintomas ou veicular impressos que sintetizam seus discursos técnicos. Tais semelhanças e diferenças se desfazem perante a ação profissional finalmente praticada (ou falada) e de seus interesses instrutores. A ação pode se expressar em vista de um interesse estratégico, almejando um sucesso clínico, por intermédio do acesso unilateral em alguma das três dimensões de mundo de seus clientes. Por outro lado, a ação profissional poderia se apoiar em conexões intersubjetivas. Partindo de trocas simbólicas, em planos simétricos, poderiam coordenar suas ações como pactos.

Os presentes modelos foram propostos com base nos recursos comunicativos usados por profissionais para organizar suas ações. Não são propostos como modelos “fechados” posto que, em seus limites não seria possível enquadrar toda riqueza de contatos possíveis (mediados pela linguagem ou não) entre clientes e profissionais. Tais categorias buscam retratar modelos teóricos, que se tornam mais compreensíveis a partir do conceito de organização como uma comunidade lingüística. Nestas comunidades, a atividade profissional é organizada e executada por intermédio de “ações como fala”, que oferecem interessantes planos para a observação de culturas, códigos, ordens legítimas e visões de mundo.

Não há especialidades inata e irreversivelmente monológicas, iluministas ou comunicativas. Um clínico geral do Programa de Saúde da Família que se esforce em promover saúde pode fazê-lo, efetivamente, pela influência de uma atitude argumentativa repleta de trocas simbólicas na sua ação cotidiana (como as conselheiras que influenciaram positivamente as grávidas em Simpson, 2000). Por outro lado, pode julgar fazê-lo de forma eficiente quando prescreve cartilhas com técnicas de higiene e saneamento que talvez não funcionem a contento. Pode se ligar ao ambiente familiar do paciente de variadas formas, obtendo variados efeitos, seja pela integração / interação / educação plena (adotando um prática crítica, na essência) ou pela transmissão de imperativos técnicos (como criticado em Baillie, 2000 e Freire 1979). Um profissional da saúde pode procurar acessar componentes da cultura e dos hábitos sociais para ampliar seu referencial eminentemente clínico e propiciar uma intervenção mais larga.

Neste sentido estaria sendo norteado por planos estratégicos que almejam metas de sucesso clínico. Por outro lado, pode partir em busca do “*outro*” norteado por uma ética do discurso em cujos limites trace todas as suas linhas de atuação. Parafraseando Kant, pode usar seu entendimento (e não suas técnicas) em direção ao outro para sair (e promover a saída) da menoridade em que ambos se encontram – o que potencializa sua prática profissional como forma de evolução social.

A prática humanizante da Clínica Médica adota, inescapavelmente, técnicas de diagnóstico e tratamento que manipulam e se guiam pelos elementos do mundo objetivo. O discurso é um suplemento mas não um suporte essencial para a obtenção dos fins (vide algumas situações das salas de emergência e o CTI). Por outro lado, o núcleo da Psicanálise e dos Cuidados Paliativos é o discurso para superação de situações extra-clínicas. A Psiquiatria institucional lida, também, com diagnósticos (pelo discurso) e tratamentos (“correção” de comportamentos e controle de sintomas psíquicos) se filiando, portanto, às práticas de objetivação para diagnóstico e tratamento medicalizador.

Em síntese, nosso objetivo não é estereotipar formas de comunicação de especialidades ou de categorias profissionais. As especialidades se definem à medida que a necessária sofisticação tecnológica se desenvolve, o que é governado pela racionalidade cognitiva-instrumental das organizações e da sociedade. No entanto, os diálogos ou monólogos, com ou sem perspectivas relacionais como nos modelos abaixo, estariam mais próximos de caracterizar a racionalidade comunicativa potencializada ou obstruída pela razão instrumental.

A. Modelo objetivador - instrumental

Em um centro cirúrgico todos os atos são padronizados a partir de regras pré-especificadas. O uso do instrumental, o ambiente antisséptico e os contatos físicos parecem ritualizados. Entretanto, esta padronização não alcança as alternativas de técnicas anestésico/cirúrgicas assumidas pelos profissionais. Neste terreno o cirurgião ou o anestesista decidem autonomamente de acordo com suas experiências. Os requintes tecnológicos e o “idioma” codificado e hermético, influenciam-se mutuamente face às inovações tecnológicas. A ação entre os profissionais é coordenada por regras orientadas a meios-fins que enfatizam a visão objetivadora da situação. A ação estratégica admite os profissionais como peças de um conjunto taticamente valorizado, necessário para alcançar

o sucesso da estratégia cirúrgica. A intervenção profissional bem sucedida (uma cirurgia eficiente sem intercorrências que acrescentem risco) é a meta a ser alcançada. O sucesso estratégico se define nos desdobramentos da intervenção sobre o processo patológico geral. Este, por sua vez, se vincula a uma idealização de cura, controle ou palição. Neste contexto, a objetivação por meio do monitoramento de sinais vitais se torna necessária à detecção de insucessos potenciais. Tal cenário admite e prevê ações fracamente interativas, embora estas não sejam de todo excluídas. Sob anestesia ou sedação as conexões intersubjetivas entre pacientes e equipe se extinguem.

O modelo do centro cirúrgico e da Unidade de Terapia Intensiva se prestaria à exemplo de ação estratégica objetivadora, instrumental e especializada. Neste ambiente a razão instrumentalista é extremamente necessária e será bem sucedida na dependência de variáveis objetiváveis. Há necessidade de perícia e domínio de instrumentos a captar e registrar indícios de desequilíbrios orgânicos. Para atender a tais demandas são necessárias acumulações cognitivas, experiência e alguma destreza. Não há elementos sociais nem subjetivos em jogo no decorrer do ato cirúrgico. No entanto as distorções se iniciam quando este ambiente adialógico e instrumentalista se expande, sob variadas nuances, pelos compartimentos do hospital.

Anamneses e inquéritos - As anamneses são definidas como questionários semi-estruturados, necessários para tipificar sintomas em sua vinculação com a “história da doença atual”. São tematizadas patologias do passado, assim como a história do desenvolvimento fisiológico, hábitos e condições ambientais insalubres etc. (Judge, 1982.p.1-26). Na qualidade de questionários, podem não somente ser utilizadas à maneira de instrumentos para obtenção de informações sobre patologias, como também para descrever condições físicas de moradia e alguns hábitos culturais. Desta forma o tipo de alimentação, o hábito de mascar fumo ou de tomar banhos de rio, o uso de teias de aranha no cordão umbilical, entre muitos outros exemplos, podem alcançar valor clínico, desde que ligados a mecanismos fisiopatológicos. Como inquéritos objetivadores, investigam informações que corroborem indícios de processos nosológicos em atividade. Neste processo de extração de dados clínicos de uma biografia, desenvolvem-se técnicas que visam à supressão de “ruídos de subjetividade”, pouco úteis à razão instrumental naquele momento. Outro traço distintivo dos recursos objetivadores é sua fácil adaptação a estatísticas, pelo fato desta se ocupar da contabilização de elementos

classificáveis e quantificáveis. É impossível construir um sistema de informações à base do registro de trocas simbólicas e elementos não objetiváveis. Tais tentativas, não obstante o esmero do controle de suas variáveis, conduzem a poucas conclusões dependendo no terreno pelo qual se aventuram, como observamos em Freemantle (1999) quando organiza sua revisão metanalítica sobre impressos em saúde, como veremos adiante.

A Semiologia Médica geralmente é ensinada como uma das primeiras disciplinas da fase profissionalizante do curso de Medicina (organizada, geralmente, no 5º período do curso). Esta disciplina se ocupa das táticas de extração de “símbolos clínicos” configurados em dados objetivos pessoais (história das patologias, desenvolvimento psico-motor, sinais e sintomas), familiares (forma de adoecimento dos ascendentes) e os chamados “sociais” (etilismo, tabagismo, condições de habitação). Apesar de superficialmente assemelhadas, consideramos um equívoco (no ensino da Semiologia Médica) considerar o que se chama de "arte de cultivar a confiança do paciente e de sua família" como interação genuína. Esta “arte” na verdade se vale de atos perlocucionários - porque instrumentalizam até a "confiança" a ser cultivada para influenciar outros a responder de forma correta às questões clinicamente relevantes. No campo da subjetividade só se restringem à exortação do desenvolvimento desta forma de relacionamento que, previsivelmente, não se define em técnicas – sendo por vezes consideradas “artes” (Judge, 1982) assim como não se sedimenta simetricamente. A subjetividade volta ao currículo somente nos últimos anos do curso em “disciplinas de especialidade” como na Psiquiatria. Nesta fase são tematizadas as estruturas da personalidade assim como seus males em entidades psicopatológicas – o que será desenvolvido adiante.

Portanto, embora se estabeleça um canal de conversação, o diálogo assume características de inquérito, conduzidos por profissionais mais ou menos habilidosos em cultivar confiança em seus clientes. Embora a correta técnica semiológica reconheça a necessidade de interações, admitem-na como algo que lhe é externo – vinculado às habilidades pessoais do entrevistador. Por força das demandas de resolutividade, são relevantes e prioritárias as histórias de desenvolvimentos, adoecimentos, condições de habitação, situação de saneamento e patologias da ascendência. As descrições dos sintomas devem compor um retrato que se pretende objetivo e lógico para o planejamento

das táticas terapêuticas, embora não dispensem algumas eventuais ações dialógicas que não admitem como essenciais.

Desta forma, o traço distintivo de tal modelo é a tentativa de acesso a situações clínicas usando como intermédio técnicas. Informações sobre os sintomas e biografias podem ser necessários estrategicamente, tendo à vista um ideal de correção e estabilização de males, sem nenhum potencial crítico. Isto confere o aspecto de objetivação, assimetria e acriticidade deste modelo comunicativo. Formulam-se perguntas e aguardam-se respostas estreitadas em formatos clínicos pré-estabelecidos. Busca-se caracterizar alguns elementos objetiváveis do adoecer, descritos como “sintomas que devem ser dragados de um pântano de informação e desinformação”(Judge, 1982.p.1-26). Tipicamente são necessárias interações limitadas às dimensões objetivas das disfunções orgânicas. Sob olhares e medidas técnicas, os contextos complexos e multifacetados do meio se simplificam.

No conceito habermasiano de situação e explicação, sintetizado por Rivera (1995) o caráter ativo se anula, inviabilizando projetos de ação pactuados. Não existindo bidirecionalidade de mensagens, o caráter policêntrico ou comunicativo é abolido em função de uma “técnica correta de arguição” que extrai informações úteis de uma biografia. Estas técnicas, em algumas ocasiões, se flexibilizam aceitando interações mais estreitas apenas o suficiente para obter o sucesso clínico. Não há espaços garantidos para as influências da tradição, dos referentes sociais, éticos e cognitivos. Não se configura, em síntese, um contexto situacional onde devem ser incluídas referências histórico-espaciais e sociais. Há, por outro lado, grandes lapsos na negociação de conceitos, considerados desnecessários às técnicas de arguição clínica.

Enquanto em um modelo comunicativo pleno, os referenciais para compreensão e ação são apreendidos nos planos dos mundos objetivo, social e subjetivo, na ação técnica há omissão de tais dimensões. Assim, o recurso à linguagem tende a ser meramente transmissional. Não visa o entendimento mútuo, posto que envolve êxitos ambicionados objetivamente. Desta maneira, tanto os componentes subjetivos como sócio-ambientais-culturais da doença aparecem como variáveis que lhes são externas, embora interfiram de alguma maneira em seu desenvolvimento ou na sua potencialização. Como acentua Rozemberg (2002):

...”as questões sociais são naturalizadas no discurso ...no nível curativo, hospitalar, impera uma objetividade e um esforço de resolutividade que impede os profissionais de se imiscuírem na realidade dos pacientes e que, como consequência, encurrala o “social” para o âmbito clássico da assistência social”. Na padronização de papéis e competências, as variáveis sócio-econômicas se consolidam em “questões previdenciárias”, que ocupam assistentes sociais em informar a que benefícios os pacientes tem direito...

No processo diagnóstico-terapêutico, construído à base de contatos adialógicos instrumentalizados, há um tipo de aprendizado, ou condicionamento, que instrui os pacientes em suas expectativas de tematizações. Quando as doenças são fragmentadas em setores: “com o passar do tempo os pacientes ... supõem que cada especialista estará interessado em ouvir apenas determinados aspectos de sua doença... o discurso do doente parece ser filtrado por ele mesmo, a partir do que ele imagina ser de interesse de cada especialista do hospital”.

B. Modelo dialógico com perspectivas estratégicas.

Não é possível polarizar o cenário hospitalar entre monólogos instrumentais e diálogos ideais, sem correr o risco de deslizar em conceitos exageradamente simplificados. Há particularidades que não poderiam ser omitidas neste tipo de estudo: as conversações direcionadas aos estados subjetivos do paciente que excluem a bidirecionalidade do entendimento. Nestes modelos, embora predominem diálogos, persiste a tendência de instrumentalização dos atos de fala para encobrir intenções clínicas subjacentes à investigação do plano simbólico. Há premências técnicas, estrategicamente determinadas, que visam à obtenção de efeitos taticamente valorizados.

O discurso é desmontado por ferramentas que o decompõem em seus elementos simbólicos. Este modelo não trabalha com elementos objetivos e sim no plano das interpretações. Usa o discurso como suporte para acessá-lo. O Médico de Família que se interessa pelo meio ambiente, a família e as condições de vida de seus pacientes se remete ao plano objetivo – o meio tal como ele (como técnico) o percebe – ao passo que no modelo dialógico-estratégico, o interesse está focado no “como o paciente reinterpreta este mesmo meio”. São revolvidas unilateralmente as fontes do mundo da vida de um dos participantes da conversação. Os estoques de saber consolidados na forma de modelos de interpretação, valores, competências, modos de percepção e identidades tornam-se

pontualmente interessantes a um técnico da subjetividade. Este opera em cenários como o da Psiquiatria Institucional, à cata de categorias psicopatológicas a medicar com psicotrópicos. Estes especialistas podem ser ativados pelo viés da razão instrumental nos ambientes em que se percebem estados emocionais considerados excessivos.

Tais modelos envolvem conversações conduzidas por interações assimétricas, na essência. Produz-se, decerto, um resgate de conteúdos subjetivos, embora a ação se preserve no terreno instrumental, apesar dos formatos dialógicos. Focalizam expectativas, desejos, ansiedades e medos originados por pulsões de toda sorte. O terreno investigado é aquele em que os indivíduos nascem, vivem, experimentam triunfos, humilhações, esperanças, sofrimentos e prazeres. A ansiedade e os temores perante a iminência de procedimentos cruentos tendem a ser encarados como questões pertinentes aos especialistas da subjetividade. Se tais conflitos representam ameaças ao sucesso destes procedimentos, seus portadores poderão ser encaminhados aos consultórios de psicólogos ou psiquiatras onde há portas semi-abertas à medicalização. Os psicotrópicos tratam os excessos emocionais, na mesma medida em que inequidades sociais podem se reduzir às “questões previdenciárias”. Esta atividade é essencialmente acrítica. Apesar do profissional percorrer estes canais de interconexão subjetiva (de maneira assimétrica) esta relação vai se preservar sempre nas mesmas dimensões, como alvo fácil para as ideologias que se impõem pela mídia.

Em síntese, estas conversações apesar de dialógicas são também instrumentais e teleológicas, ou seja, buscam objetivos estratégicos. Os atos de fala instrumentalizados, se prestam à objetivação de subjetividades e experiências de vida. Desta maneira um estado emocional é traduzido em esquemas psicopatológicos, para fins de intervenções terapêuticas. Os “diálogos de especialistas” se institucionalizam como ritos de semi-interlocução, preenchido por inquéritos e discursos assimétricos. Por se sedimentarem em metas fracamente relacionais, amiúde originam vácuos comunicativos. Podem originar conflitos quando os indivíduos em seus valores, se frustram em suas tentativas de afirmação. No terreno da racionalidade instrumental que opera em dimensões subjetivas, a desconstrução do “mundo da vida” é necessária para dar lugar à idéia de um eu transformado em objeto. Como receptáculo de emoções e valores é despossuído de si mesmo. Torna-se concreto somente a este tipo de racionalidade instrumental embora dispensável porque é intangível fora dela.

C. Modelo monológico iluminista.

Observamos que a fragmentação das atividades nas ações cotidianas, tendem a prejudicar o aperfeiçoamento de planos de interação entre as equipes. Da mesma forma, profissionais desenvolvem inabilidades na “escuta ativa” de seus pacientes, que se ressentem da falta de situações de diálogo simétricas. Neste cenário repleto de monólogos, de que forma a racionalidade do sistema transmitiria aos pacientes determinados conteúdos considerados essenciais ao plano terapêutico? Como colocar em movimento o sistema em direção aos ideais de cura sem devolver alguma informação aos pacientes? Nos últimos anos perspectivas que têm a comunicação como um processo de transmissão linear de informações têm sido observados em outros terrenos na área da saúde. A promoção de saúde, por exemplo, tem suscitado intervenções de especialistas para o lançamento de campanhas, como táticas de veiculação de verdades cientificamente validadas (Baillie, 2000).

É previsível na preparação para procedimentos complexos, cruentos ou invasivos, a busca por informações para esclarecimento de dúvidas e neutralização de ansiedades (Kee, 1996; Fawdry, 1994; Meredith, 1995). Não obstante, os desdobramentos da ação profissional, transcendem à mera intervenção técnica. A ação profissional pode, sob certas circunstâncias, desviar ou interromper trajetórias e projetos de vida de indivíduos. Tais demandas são plenamente reconhecidas no plano pessoal. No entanto, na dimensão institucional, a necessidade de intervenções eficazes tem apresentado novos desafios às habilidades dos especialistas em elaborar instrumentos apropriados. Receios e hiatos cognitivos derivados de identidades culturais, estados emocionais e variáveis biológicas se misturam e se confundem. A atuação técnica no plano transmissional, como vimos, se especializou em extrair os dados necessários no formato de inquéritos. Dentro deste enfoque linear, como remeter de volta os conteúdos considerados necessários? (Lamb, 1994) Como desenvolver técnicas para transmissão de informações que transponham toda a amplitude e profundidade dos estados subjetivos adversos?

Próteses de comunicação e vieses técnicos - Sob a ótica iluminista, a “tradução” e disseminação de parte de um conhecimento técnico, se confunde com demandas por interações dialógicas. A equação compreensibilidade = transmissão = assimilação = efeito comportamental, não tem se mostrado resolutive em todos os cenários nos quais foi

estudada. Analisamos recentemente algumas experiências (Vasconcellos-Silva 2003a) no desenvolvimento de *expertise* em comunicação linear (transmissão de informações impressas) por equipes de especialistas. Na função de transmitir dados, quando estes são buscados ativamente pelos pacientes, estes impressos são extremamente úteis como acessórios. Não obstante, foram observadas em alguns casos, práticas ritualizadas inseridas em mensagens impressas a que chamamos de “próteses de comunicação”. Impressos tornam-se “próteses” quando se admite a viabilidade de substituição do discurso natural por textos escritos. Pelo viés instrumental, a interação humana para o entendimento é concebida como uma atividade a ser substituída por artifícios manipuláveis por técnicas. Pelo viés iluminista se expressam os que creditam exclusivamente ao saber científico e à informação a possibilidade de mudanças comportamentais. Estes muitas vezes fracassam em neutralizar ansiedades, embora sejam úteis para transmitir dados essenciais. Embora o plano seja influenciar indivíduos, sua execução desconsidera a interação como um processo de negociação de sentidos entre pacientes e equipes. Os trabalhos acima descritos expressam a tentativa de suplantar hiatos, por intermédio de modelos monológicos.

O tratamento instrumental da comunicação humana pressupõe algumas utopias. Entre elas destacam-se a idéia de univocidade das mensagens. As próteses comunicativas assumiriam a função de transmitir verdades idealizadas como universalmente adequadas. Os conteúdos impressos alcançariam uma validade universal, desde que compreensíveis. Tornam-se invariantes independentemente da cultura e dos estados subjetivos de quem os “consume”. Em síntese, as motivações e interesses do público alvo são idealizadas, independentemente de suas perspectivas particulares reais. Rozemberg (2002) ressalta o paradoxo entre a produção abundante e a escassez de estudos de recepção. A idealização das perspectivas dos consumidores de informação impressa acrescenta dificuldades à percepção acurada dos seus mecanismos particulares de ressignificação.

Tais projetos parecem excluir a comunicação pela linguagem do elenco de habilidades que compõe a boa prática clínica. Parte-se da premissa de que o poder necessário à modificação de um comportamento é cognitivamente determinado e se encontra “estocado” na organização. As conexões intersubjetivas, são substituídas por próteses padronizadas para transmissão de saberes que “normalizariam” o comportamento dos pacientes. Em Kee (1996) destaca-se a tendência paternalista dos médicos

na seleção das informações consideradas importantes. Neste estudo os profissionais se perceberem como os “melhores intérpretes das opções terapêuticas” e, como tal, responsáveis pelas decisões de maior importância. Lamb (1994) critica premissas curiosas, como a “impressão de que quanto mais informado o paciente, mais este sentirá complicações imaginárias”. Pratt (1957) observa que os médicos superestimam a capacidade do paciente em absorver informações. Além disto, tais profissionais julgam que quanto mais culturalmente esclarecidos, menor a necessidade de fornecer dados suplementares.

Muitos trabalhos associam mudanças de comportamento à mera transmissão de informações pontuais, o que denota uma visão cognitivista da educação em saúde. Scott (2000) descreve índices de assimilação considerados satisfatórios (entre 83% e 96%) entre os pacientes que recebiam audiotapes de suas consultas, ou cartas com lembretes sobre as prescrições médicas. O autor concluiu que os pacientes necessitam de instrumentos suplementares à consulta. Propõe técnicas que facilitem o resgate e a compreensão de informações, às vezes não percebidas como perdidas.

Há autores que investigam a eficácia dos escores de legibilidade na avaliação das informações impressas que produzem (Glanz, 1990; Murphy, 1995; Mumford, 1997 e Chung 2000). O mesmo enfoque cognitivista permeia a hipótese da legibilidade como chave para a eficácia das próteses comunicativas. Sob tais enquadramentos os desníveis cognitivos são os responsáveis pelas falhas destes textos em modificar comportamentos. A informação impressa é desmontada, analisada e reclassificada com objetivos educacionais. Tais estudos expressam, na verdade, a preocupação de alinhar uma das metades de um processo dinâmico e complexo. Há atores interagindo como emissores e receptores de informação, em papéis que se alternam constantemente. A legibilidade de uma “carga” de informações representa, na verdade, apenas um de seus atributos. Se a questão se desloca dos formatos dos conteúdos para a essência das demandas de informações, poderíamos concluir que estas deveriam estar sendo produzidas admitindo a contribuição de outros tipos de estudos. Os estudos de recepção, no qual registram-se para análises os discursos da clientela sobre suas impressões acerca dos textos, geralmente não são considerados nestes trabalhos. A unilateralidade na produção das mensagens que deveriam ser assimiladas, acaba por frustrar seus autores em seus efeitos. Talvez isto

possa ser explicado pela inexistência de canais sistemáticos de escuta, que expandisse espaços ao discurso dos principais interessados.

Como exceção que reforça este último argumento, citamos Foltz (1999) que avaliou as informações sobre câncer produzidas por duas organizações americanas de referência (*National Cancer Institute* e *American Cancer Society*). Na dimensão da análise objetiva, os impressos foram consideradas complexos e de legibilidade não uniforme. Nos estudos de recepção, os pacientes enfatizaram a necessidade da discussão de aspectos relacionados às emoções e ao sexo, elementos que freqüentemente escapam tanto ao discurso clínico quanto a seus impressos. Outros exemplos de demandas não percebidas são descritas em Meredith (1995) ao estudar impressos americanos sobre ressecção transuretral de próstata. O autor observa que, além da terminologia inadequada e da falta de uniformidade dos impressos, há freqüentes omissões relacionadas à função sexual e ao potencial de malignização de tumores. Destaca-se a expressiva demanda sobre estes assuntos (sexo e malignização) em parte mal atendida. Em síntese, nos impressos estudados por estes autores, sexo e doença / morte não são tematizações prioritárias.

Mazur (1994) chegou a conclusões que reafirmam a necessidade de aproximações discursivas simétricas no hospital. Afirma que não é a “carga”(quantidade) de informações que interfere nas decisões e opções dos pacientes. Atribuiu a mudança de comportamentos ao que chamou de “nível de explanação dos dados”. Ao nosso ver, este nível pode ser facilmente alcançado pela adaptação natural das conversações humanas às contingências culturais, éticas, emocionais e religiosas dos sujeitos em interação. Reforça-se a necessidade de aproximações pessoais e discursivas para nivelamento de conteúdos, baseada em regras de reciprocidade e de reconhecimento mútuo. Outros estudos concordam em afirmar que os pacientes que se sentem participando das opções de decisões em seus tratamentos, obtêm maior índice de sucesso terapêutico (Schulman, 1979, no tratamento da hipertensão arterial). A partir de uma revisão sistemática envolvendo dezenas de estudos analíticos controlados e randomizados, Stewart (1995) percebeu que a comunicação mais eficiente com os pacientes foi significativamente correlacionada a evoluções mais favoráveis.

Outras estratégias de aproximação com perspectivas mais relacionais (conselheiros, palestras, grupos de debates) também foram localizadas em nossa revisão, embora como

um auxílio acessório. Simpson (1999) reconhece um “comportamento eficaz” nas atitudes positivas de algumas assistentes/parteiras influenciando gestantes na aderência ao teste de HIV pré natal. De forma geral, a observação dos estudos que expõem resultados mais positivos, nos mostra que estes foram observados nos campos das interações pessoais mais próximas e estáveis. No grupo de pacientes atendidos e apoiados por conselheiras, comparado àqueles meramente esclarecidos por material impresso, houve diferenças ilustrativas. As atitudes consideradas mais positivas, como motivação e empenho em esclarecer e convencer, interferiram de forma decisiva nas mudanças de comportamento. Os autores preconizam o treinamento de pessoal especializado para transmitir informações pelo discurso e, desta forma, mudar comportamentos de forma mais eficaz. Destacam o efeito positivo das posturas pessoais destes agentes perante os problemas em questão. Ao nosso ver, admitem a construção e o aprimoramento de novas formas de conexões discursivas e linguagens não verbais profissionalmente adequadas e úteis.

O viés iluminista acrescenta algumas dificuldades quando se concentra exclusivamente nos hiatos cognitivos, desviando seu olhar da importância do recurso discursivo em condições simétricas. Tal tendenciosidade talvez possa ser atribuída à auto-imagem do profissional, como um reservatório de informações científicas a serem transmitidas verticalmente por mídia impressa (mais ou menos enriquecida por aproximações pessoais vinculadas aos contextos) para um receptáculo mudo de identidade, como o modelo de “educação bancária” criticada por Freire (1979, p.65-87).

D. Modelo comunicativo (não-linear) pleno

As situações nas quais os profissionais e pacientes se põem de acordo para coordenar seus planos de ação, ajustados por um reconhecimento intersubjetivo mútuo e simétrico é categorizado como comunicativo pleno. Para definir esta categoria, nos baseamos no conceito de ação comunicativa em Habermas. Esta poderia ser descrita como a motivação racional para uma adesão pelo “efeito ilocucionário (força argumentativa de um discurso) de comprometimento que a oferta de um ato de fala suscita”(1984, p.278). Habermas buscou a descrição de uma forma particular de racionalidade nos processos comunicativos (relações sujeito-sujeito) em contraposição ao enquadramento cognitivo-positivista (relações sujeito-objeto). Em sua obra, descreveu a sociedade como o resultado de acumulações cognitivas de sujeitos que agem sob modelos

teóricos regidos por racionalidades instrumentalistas (Honneth, 1991; p.102-3). Sob um enquadramento comunicativo antevia o pressuposto básico de uma teoria na qual se estabelece o primado dos processos de interação social para a evolução da sociedade (Habermas, 1972). As ações sociais, assim coordenadas, priorizariam o entendimento à frente do cálculo em vista de resultados definidos unilateralmente. A condição essencial desta atividade deveria incluir falantes e ouvintes que buscam o entendimento para coordenação de suas ações. A linguagem, enquanto expressão completa de nossas representações e pensamentos, permitiria acessar a estrutura das racionalidades que nela se manifestam. Partindo de tal pressuposto, Habermas apresenta o imperativo do entendimento mútuo como paradigma social, fundamentado na coordenação de ações entre atores individuais que usam a linguagem como condição básica de interação.

Transpondo estas premissas para o campo em estudo, propõe-se a evolução da ação profissional partindo da necessidade de entendimentos e compromissos entre equipes e seus pacientes por intermédio de trocas lingüísticas, como destacado por Flores (1993, 1994). O paradigma de pactos terapêuticos (e não mais estratégias de intervenção profissional) como compromissos de ação, dependeria do desenvolvimento de condições ideais para trocas intersubjetivas, definidas na relação comunicativa. Nas organizações, tais práticas possibilitariam acesso a visões críticas perante representações e ações incompatíveis com os processos. Percebe-se, em vista dos últimos trabalhos aqui citados, que já se admite a premência da expansão destas competências em terrenos onde a carência de diálogos origina próteses de comunicação.

Como exemplo de demanda que ultrapassa os limites de alcance de perspectivas técnicas, situamos a iminência da morte perante os profissionais de saúde. Uma pesquisa desenvolvida pelo Conselho Americano de Medicina Interna avaliou 55 programas de residência e mais de 1400 residentes, no sentido de aferir suas dificuldades em relação a comunicação com os pacientes em estágios avançados de doenças *crônicas* (*American Board of Internal Medicine*, 1996). Do total de entrevistados, somente 38% se sentiam competentes em lidar com tal tipo de situação e somente 32% se consideravam capazes de se comunicar com pacientes que solicitavam assistência para abreviar a própria vida. Não obstante, 62% admitiram ter recebido treinamento adequado para comunicar situações de morte iminente a pacientes crônicos. Caron (1999) ressaltou a escassez de material sobre este assunto nos textos clássicos de Medicina, entre outros autores que também

apontam para a deficiência na formação médica sobre conteúdos e disciplinas que discorram sobre as fronteiras da finitude (Meier, 1997 e Billings 1997). Mesmo entre especialistas (exceção feita aos paliativistas), que se deparam cotidianamente com este tipo de cenário, não há conceitos harmônicos sobre tal tipo de situação, como observou Ellis (1999) ao descrever o comportamento de oncologistas clínicos perante a iminência de morte de seus pacientes.

Medicina paliativa e novos paradigmas - Recentemente observamos o amadurecimento dos Cuidados Paliativos (*Palliative care*) que se estabelece como nova especialidade. No entanto, acreditamos, este tipo de atividade assume algumas rupturas com os paradigmas instrumentais ainda hegemônicos na sociedade. Os Cuidados paliativos se instituem como campo para atuação de profissionais com variadas formações, que transcende à aplicação de técnicas formalizadas no empenho de assistir pacientes em fase avançada de doença crônica. Além disto, cuidam da adaptação dos familiares destes pacientes às necessidades cotidianas de ordem técnica e emocional (Billings, 2000). Para tanto, se dedicam às questões objetivas (analgesia, cuidados com feridas, orientações nutricionais), assim como às necessidades ligadas às demais dimensões do indivíduo (psíquica, sócio-familiar, espiritual). O conceito de Cuidados Paliativos teve início nos trabalhos de Kübler-Ross e Saunders (1991) permeados por questionamentos éticos, derivados do estilo de cuidar destes pacientes à época (Robbins, 1997). O trabalho de Kübler-Ross se concentrava em uma forma de cuidados que exige grandes aproximações, orientada à qualidade de vida em todas as suas instâncias. Como pressuposto substantivo, deslocou o foco da medicina clássica do princípio da sacralidade da vida, lançando luz sobre a necessidade dos esforços voltados à preservação da dignidade, da autonomia e da qualidade de vida (Singer, 2000). A “doutrina” dos cuidados paliativos, se apresenta como seara fértil aos princípios da não dominação de saberes. Neste sentido, promove a interação de pacientes com diversas categorias profissionais, na busca de consensos em relação às regras que nortearão suas discussões. Neste contexto, frente à proximidade da morte, tais formatos de interação tornam-se um referencial importante. Singer (2000) admite que tais progressos são atingidos como resultado de avanços no exercício da prática clínica, a nível organizacional e no sistema de saúde como um todo. Destacou, sobretudo, as iniciativas em reforçar programas de educação continuada de profissionais da área da saúde, deslocando o foco da formação de

especialistas, para a educação dos médicos em geral sobre a finitude.

Neste terreno, as ações profissionais se concentrariam em aproximações estreitas, refletidas nas visitas domiciliares onde os profissionais tomam contato com o “ambiente afetivo” de seus pacientes. Nestas circunstâncias as premissas do diagnóstico e a premência da antecipação de prognósticos se desfazem. Nas visitas domiciliares cultiva-se espaços férteis à ação interdisciplinar. As equipes se distanciam de seu “*habitat*” para observar o paciente inserido em seu ambiente sócio-familiar. O indivíduo e sua biografia se definem perante os profissionais, na lida cotidiana com medos, ansiedades e frustrações que a iminência da finitude acrescenta às suas dificuldades. Tal modalidade assistencial potencializa a interação entre equipes e familiares no estabelecimento de consensos que nortearão os planos de cuidados. Tais contatos oferecem formas peculiares de aprendizado. Pacientes e familiares se beneficiarão da experiência possibilitada pelo olhar simultâneo de diversas categorias profissionais. Por outro lado, os profissionais são expostos a uma experiência ímpar: momentos de despedida serena, raramente observada em UTIs e Serviços de emergência. Desta forma, desenvolvem uma visão transcendente aos projetos diagnósticos e terapêuticos. Todos se emancipam de enquadramentos que admitem o hospital como único cenário adequado ao início e término da vida. A função crítica também se institui na tematização de conteúdos alinguísticos reprimidos (a iminência da morte), assim como o fazem os psicanalistas – exemplo habermasiano de ciência emancipatória (Habermas, 1972 ; p.214-245).

Em síntese, os cuidados paliativos concentram seus predicados na aproximação dos profissionais, pacientes e familiares em planos que transcendem à dimensão clínica. Nesta atividade são tematizadas não somente questões técnicas como também estados subjetivos derivados do “desconforto existencial” frente à finitude. Na inserção ao contexto ambiental e cultural onde a doença se desenvolve, o olhar dos paliativistas se amplia à altura das vivências de seus pacientes e familiares. Isto cria condições para que os profissionais se desvinculem dos princípios da sacralidade da vida e se aproximem dos preceitos de qualidade de vida. Tal experiência lhes oferece condições interessantes para a superação das frustrações derivadas das limitações da razão instrumental em lidar com tais questões. Em contextos dialógicos, criam-se oportunidades para superação de temores ancestrais: uma função emancipatória destituída de objetivos técnicos e fortemente alinhada ao interesse motor da ação comunicativa.

Quadro – Modelos comunicativos em instituições de saúde

Modelos transmissionais :

Relação sujeito-objeto, trocas lineares de informação, pressupostos de verdade absoluta.

	Suporte	Condições	Função	Fins	Atitude básica		
					Mundo objetivo	Mundo social	Mundo subjetivo
Objetivador Instrumental	Anamneses	Assimetria	Captação de dados	Dados a priori	OBJETIVA-DORA	OBJETIVA-DORA	
Dialógico Estratégico	Discurso	Assimetria	Captação de dados	Dados a priori			OBJETIVA-DORA (plano simbólico)
Monológico Iluminista	Impressos	Assimetria	Transmissão de dados	Dados a priori	Próteses técnicas	Próteses diretivas	Próteses afetivas

Modelos comunicativos plenos: Relação sujeito-sujeito, pressupostos de verdade negociada.

Comunicativo pleno	Discurso	Simetria	Crítica emancipadora (potencial)	Negociação por trocas simbólicas	Atitudes performativas Nexos intersubjetivos, compromissos, negociação cooperativa, reciprocidade.		
---------------------------	----------	----------	----------------------------------	----------------------------------	--	--	--

Discussão - estruturas de racionalização e modelos comunicativos.

Nos modelos monológico-iluministas, observamos traços dos típicos artificialismos técnicos que se reproduzem nos hospitais. As distâncias cultivadas pela natureza insular de nichos complexos e especializados geram frequentes distorções. Sob ponto de vista comunicativo, estas se concentrariam na eliminação da linguagem como força mediadora, competente em revelar elementos da intersubjetividade. Os hospitais cada vez mais especializados e autonomizados, optariam por reproduzir em seus impressos suas visões de mundo cognitivistas, onde a tecnificação das trocas simbólicas os dispensaria da fluência em diálogos. As próteses comunicativas muitas vezes não alcançam, no plano individual, determinados contextos biográfico-sociais. Da mesma forma, no plano coletivo se distanciam de valores culturais que também se complexificam de diversas maneiras.

Nos modelos monológico-instrumentais a riqueza das perspectivas culturais, biográficas, espirituais e sociais se esvaziam em inquéritos objetivadores. No modelo comunicativo dialógico-estratégico, observamos táticas de acesso unilateral a um mundo subjetivo, retratado por vezes em pareceres psicopatológicos. Portanto, as limitações que tais estruturas oferecem ao entendimento, se restringiriam às dimensões objetivas, sociais

e subjetivas contidas nos limites técnicos da instrumentalização para racionalização destes conceitos. A racionalização das dimensões clínicas objetivadoras se estenderiam até o limite de seus recursos diagnósticos. Da mesma forma, as dimensões dialógico-estratégicas se limitariam a retratar categorias psicopatológicas. As estruturas desta compreensão tecnicizada do mundo são traços peculiares das organizações profissionais. Nestes fluxos de informações por *inputs* de textos impressos e *outputs* de inquéritos e anamneses, os sujeitos se separam de suas identidades. A relação profissional-paciente instrumentalizada, tende a dispensar interações para se tornar tão vítima quanto algoz de seus próprios filtros empobrecedores.

A peculiaridade comum aos modelos comunicativo e monológico-iluminista, reside no alcance pretendido por seus recursos comunicativos. Ambos ambicionam o acesso às três dimensões de mundo, simultaneamente, embora discordem ao enfatizar a linguagem ou as próteses impressas como via de acesso às estas dimensões (Vasconcellos-Silva, 2003b). Na distinção entre estes dois modelos, o que se elege como tema central deste trabalho, enfatizamos as possibilidades oferecidas pela linguagem como mediadora de trocas simbólicas, essencialmente bilateral, idealmente simétrica e com alcance nas três dimensões conceituais de mundo. Observamos a ação comunicativa como paradigma em oposição às suas próteses, desenvolvidas na racionalização de lacunas legadas pela especialização e isolamento de saberes técnicos. Como contraposição ao modelo comunicativo, o monológico-iluminista é essencialmente unilateral e transmissional (Little, 1998) por dispensar falantes e ouvintes de interações e de seu potencial crítico. O instrumental desenvolvido no seu processo de produção e distribuição, envolve escores de legibilidade (Newton, 1995a; Murray, 2001; Mant, 1998; Cole, 1979; Newton, 1995b) ou compreensibilidade (Bauman 1997), softwares de validação (Sumner, 1991) e disseminação de informações via WEB (Lau, 1997) em variados contextos clínicos. Mumford ao organizar um estudo crítico sobre este tipo de produção, chega à conclusão que houve pouco avanço nos últimos 40 anos, já que os artigos revistos reproduzem as mesmas frustrações em relação aos objetivos almejados (Mumford, 1997).

Conclusão

No presente estudo traçamos um retrato das organizações de saúde como comunidades lingüísticas. Colocamos em evidência a autonomização, intrinsecamente ligada à prática dos profissionais da saúde, que leva à atomização e

corporativização de práticas e discursos. Neste contexto, a estanquização de atividades representa um dos grandes obstáculos à integração das equipes ao redor de projetos transdisciplinares. A complexificação dos fenômenos e a diversificação dos conhecimentos, conduzem a Medicina à constatação de que sua tarefa não se completará sob o formato clássico da soma de times de especialistas isolados. Por outro lado, as sínteses advindas de equipes articuladas ao redor de interações conduzem a paradigmas interessantes, como observado nas equipes de cuidados paliativos. A aplicação do viés comunicativo à teoria das organizações, nos leva a acreditar na necessidade de desatomização dos segmentos. No entanto, estudar processos e equipes sem compreender a origem de seus modelos comunicativos nos traria o risco de reproduzir equívocos. As visões tubulares de especialistas em “comunicação e integração de equipes” poderiam nos conduzir a pacotes acabados e receitas prontas de resultados pífios. Perderíamos a oportunidade de acrescentar novos pontos de observação, mais adequados às novas sínteses necessárias a cenários posteriores.

A racionalização instrumental, que se faz perceber pelos enfoques especialistas e assistêmicos, tem contribuído para o desenvolvimento de isolamentos. Por outro lado, os efeitos inversos são observados nas atividades emergentes que enfatizam interações para trocas simbólicas mediadas pela linguagem. Admitida a premissa comunicativa, o que aprenderíamos ao nos aproximar das atividades em que se percebem consensos intersubjetivos como base de sua prática? Aprenderíamos a coordenar e fundamentar argumentativamente nossas ações, partindo de trocas de conhecimentos e partilha de experiências? Os sítios de ação comunicativa deveriam ser melhor estudados como exemplos. Neles se percebe a fluência no idioma que os habilita a reconhecer e assegurar espaços à alteridade. Seria útil e oportuno compreender os fatores que os desviaram de trilhas instrumentais e os conduziram por rotas tão enriquecedoras.

VIII. Impressos hospitalares e a dinâmica de construção de seus sentidos: o ponto de vista dos profissionais de saúde.²³

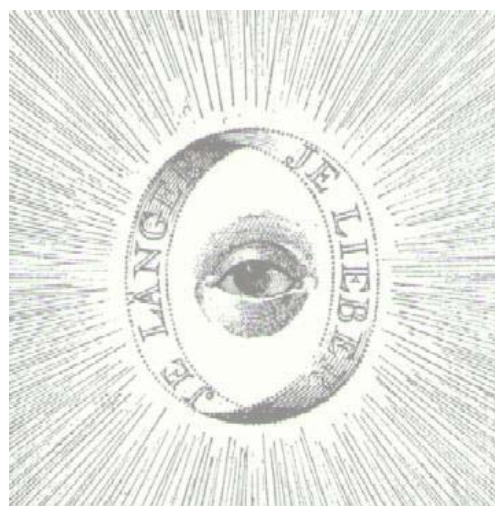
Brani Rozemberg

Ana P.Penna-Silva

Paulo R. Vasconcellos-Silva

Resumo

A partir de entrevistas com profissionais de um hospital do Rio de Janeiro, avaliamos um conjunto de pressupostos, estratégias, preocupações e racionalidades dos profissionais que produzem mensagens impressas sobre doenças infecciosas. A maioria das produções revelou-se presa a uma lógica linear de comunicação, que pressupõe que a mensagem transmitida geraria um único e só efeito. A comunicação visual é tida como campo de conhecimento que o médico não "domina" mas no qual deposita expectativas, principalmente quando afirma os limites da linguagem escrita frente à clientela não alfabetizada. As preocupações mais frequentes recaem sobre a "adequação da linguagem" (função denotativa e não semântica da linguagem) e sobre o aumento da "divulgação". As produções de impressos surgem atreladas à experiência profissional do atendimento, mas a inexistência de pesquisas prévias à produção, resulta em simplificações e generalizações sobre as dúvidas e questionamentos mais comuns do paciente, reforçando o estereótipo da clientela a partir de suas carências e necessidades. A interação com a clientela aparece, como exceção, em apenas duas das produções em análise, e amplia a relação dos profissionais com os valores e decisões tomadas em



²³ Publicado na Cadernos de Saúde Pública (Rozemberg, 2002)

contextos sócio-culturais distintos.

Palavras-chave Propaganda; Serviços de Saúde; Impressos Avulsos

Abstract

Based on interviews in a hospital in Rio de Janeiro, the authors analyze strategies, interests, assumptions, and concerns among producers of patient information leaflets on infectious diseases. Most such publications followed a linear communications model, according to which health messages produce a sole and single effect on their audience. Visual communications are seen as a field of knowledge over which physicians have no "command", but which raises great expectations on their part, principally in light of the limits of written language for an illiterate patient population. The most frequent concerns relate to the "adequacy of the language" (a denotative, non-semantic function of language) and on the increase in "dissemination". Leaflets are generally linked to the professional experience of providing health care, but the lack of pertinent research prior to the production of such publications leads to simplifications and generalizations concerning the patients' most common doubts and questions, reinforcing the stereotyping of the clientele based on their lacks and needs. In two exceptional leaflets, interaction with the clientele appears and expands the relationship between the health care professionals and the values and decisions made in distinct sociocultural contexts.

Key words *Propaganda; Health Services; Broadsides*

Introdução

No ambiente hospitalar existe uma necessidade, reconhecida intuitivamente pelas equipes de profissionais de saúde, de atender à demanda de informações dos pacientes sobre procedimentos diagnósticos e terapêuticos, de facilitar adaptações a situações clínicas, de atenuar ansiedades frente a procedimentos dolorosos, e de modificar hábitos de risco ou promover a aderência a tratamentos de curto e longo prazo. Embora universalmente difundidas, as práticas de produção de materiais impressos dirigidos aos pacientes, como estratégia de atendimento às finalidades acima descritas, são raramente avaliadas. Igualmente, o processo de produção desses materiais com fins educativos/informativos, por parte das instituições que produzem conhecimento em ciências da saúde, é raramente descrito.

Surpreende confrontar a escassez dessas descrições e reflexões na literatura com a abundância de cartilhas, folhetos e cartazes que uma única coleta em qualquer instituição ou serviço de saúde pode proporcionar. Nesse sentido, Fawdry (1994), ao estudar os problemas de distribuição de impressos hospitalares, cataloga nada menos que 250 títulos em uma única instituição. Esse autor atribui a dificuldade de gerência da produção de impressos hospitalares, em parte, ao fato de eles serem gerados por projetos profissionais individuais. A popularização dos impressos editados em computadores pessoais, ajudou a consagrar a prática da reprodução de folhetos informativos para pacientes, sem contar os fornecidos pela indústria farmacêutica.

De um modo geral, desconhecemos o papel que os materiais impressos efetivamente desempenham na comunicação entre os profissionais e usuários dos serviços de saúde. Não obstante os grandes investimentos, há poucos estudos criteriosos em relação ao expressivo volume de material impresso (Arthur, 1995).

Por sua vez, a revisão da literatura no campo da educação em saúde, revelou que a maioria das publicações que lidam com impressos têm na produção desses materiais educativos/informativos seu ponto culminante. Ou seja, quando os esforços educativos culminam na produção de materiais, esses passam a ser tratados como "um fim em si mesmo", sendo evocados, grosso modo, como forma de legitimar a ação institucional e retroalimentar diretamente às metas dos programas no âmbito dos quais "surgiram".

Em um número menor de publicações esse "surgimento" dos produtos é

documentado, mas apenas sob o ponto de vista dos atores envolvidos na formulação/produção das mensagens. Como conclui Baillie et al. (2000), em seu estudo sobre ação comunicativa e promoção da saúde, predomina o "ponto de vista do especialista" em detrimento das expectativas da sociedade leiga.

A avaliação junto ao usuário, quando ocorre, raramente escapa do enfoque mecanicista das "escalas de atitudes e opiniões" ou do terreno do trivial, oferecendo resultados já mais ou menos previstos, do tipo: "o público está sensibilizado..." ou "os pacientes agora sabem melhor" ou "aprendeu um pouquinho mais sobre a doença", o que nada esclarece sobre as estratégias e experiências de apropriação das mensagens por parte dos usuários. Raros estudos se ocupavam das racionalidades, motivações, lógicas de utilização, e do sentido das mensagens informativas/educativas, no universo do público aos quais eram endereçadas. Essas últimas experiências podem, grosso modo, ser reconhecidas como "pesquisas de recepção", que no campo da comunicação em saúde são ainda incipientes.

Como etapa preparatória para um estudo de recepção das mensagens dos impressos com usuários de serviços de saúde, o presente artigo trabalha inicialmente com a perspectiva dos grupos de formulação, ou seja, mapeando um conjunto de pressupostos, estratégias, interesses, preocupações, racionalidades e ações de profissionais de saúde que, por algum motivo, produziram e distribuem impressos.

As análises aqui apresentadas, levantam uma série de outras questões relevantes sobre a comunicação em saúde/doença no universo hospitalar, valendo-se da avaliação dos materiais impressos como um "elemento de mediação" entre estes dois universos: o do profissional e o do usuário dos serviços.

Procedimentos metodológicos

Este estudo foi realizado em um hospital com serviços especializados em diferentes doenças infecciosas, na cidade do Rio de Janeiro. Inicialmente, foi distribuído para todos os funcionários de nível superior, um pequeno questionário (Tabela 1), que foi respondido por 11 profissionais. Somam-se a esses, outros 17 profissionais que por terem participado de produções de impressos, foram convidados a responder a uma entrevista semi-estruturada, gravada, aprofundando os dados do questionário, composta das seguintes perguntas: (1) "*Qual foi a sua motivação para produzir este material?*"; (2) "*Você poderia descrever como foi o processo dessa produção?*"; (3) "*Como você vê esse*

material hoje?"; (4) "Em que situações você utiliza esse material (processo de distribuição)?" Assim, dos 87 profissionais de nível superior do hospital, 28 (32%) se dispuseram a participar.

Tabela 1

Questionário apresentado aos profissionais de nível superior.

Qual o papel dos materiais impressos na comunicação entre profissionais e usuários do hospital?

Este questionário é parte de um projeto de pesquisa sobre a comunicação no ambiente hospitalar. Gostaríamos de contar com a sua colaboração. Mesmo que parcialmente respondido, ele será útil na compreensão do papel desempenhado pelos impressos (cartilhas, cartazes, folhetos) na rotina hospitalar.

- 1 Como você vê a utilização de materiais escritos sobre doenças infecciosas (cartilhas, folhetos, cartazes) junto aos usuários do hospital? (Por exemplo: Materiais escritos são adequados ao seu público? Por quê? Os usuários normalmente se interessam? Lêem? Absorvem? Gostam? Colocam em prática?)
- 2 Com que frequência e em que situações você utiliza materiais escritos na sua rotina de trabalho?
- 3 Você já participou da elaboração de alguma cartilha, poster ou folheto sobre qualquer tema? Qual? Como foi o processo dessa produção?
- 4 (Caso se aplique) Qual foi a sua motivação para produzir/colaborar na produção do material referido na questão 3?
- 5 Mesmo que você nunca tenha se envolvido nesse tipo de atividade, quais as suas sugestões para os materiais impressos sobre doenças infecciosas?
- 6 Você foi convidado a participar da produção da cartilha do usuário deste hospital? (Em caso afirmativo) Como foi a sua participação?

Por ocasião dessa pesquisa, não existia no hospital uma política de ações sistemáticas e definição de setores de produção e distribuição regular de impressos, e sim iniciativas profissionais esporádicas e isoladas, que poderiam ou não contar com parcerias de produção ou recursos orçamentários. Os temas contemplados nos materiais impressos referidos foram: AIDS, doença de Chagas, leishmaniose, HTLV, paracoccidiodomicose, o hospital e seus serviços, e cuidados com medicamentos.

A motivação para produzir impressos

Categorizamos as motivações para produção de impressos, descritas por nossos entrevistados em três níveis:

- 1) o da *orientação* de procedimentos objetivos, buscando atender a uma demanda essencialmente pragmática e pontual da clientela, no cumprimento de determinações de ordem normativa (clínica ou administrativa);
- 2) o da *difusão de informações*, que tenta responder a uma demanda cognitiva da clientela e preocupa-se em preencher lacunas do conhecimento sobre doenças;
- 3) o de contribuir na *educação* da clientela, objetivando algum nível de interação.

Preocupa-se em corresponder a demandas de comunicação. O impresso é incluído em um processo mais abrangente de falas e escutas.

No primeiro nível encontramos, por exemplo, os impressos da farmácia do hospital. Nesse setor é necessário alertar sobre a obrigatoriedade do cartão do paciente e da receita médica, assim como fornecer informações sobre como proteger, transportar ou acondicionar determinados medicamentos dispensados. Acrescentam-se a essas informações, os horários e rotinas de funcionamento, referência a quem procurar no caso de dúvidas e reações adversas, além de certos telefones úteis como o do Conselho Regional de Farmácia e o da Associação de Vítimas de Erros Médicos. Os profissionais do Setor de internação também se referem aos impressos para localizar certas rotinas, horários, alimentação, áreas onde os pacientes podem ou não entrar etc.

A informação nesse nível é monológica, não se propõe a interagir com os clientes e sim a passar determinações de ordem normativa. Foram expressas nesse nível, preocupações com a atualização das prescrições como forma de atualização dos comportamentos dos usuários e de sua adesão aos rituais clínicos e administrativos.

Em um segundo nível, encontramos a categoria de resposta mais freqüente entre profissionais sobre sua motivação para envolver-se na produção de impressos: "*informar*".

"A motivação foi uma enorme demanda, por parte dos pacientes, de informações sobre paracoccidiodomicose, que é uma doença muito pouco conhecida e com um nome difícil para a clientela ...".

"A idéia principal foi informar ... elaboramos primeiro a cartilha sobre o HTLV, até porque era uma doença nova que estava surgindo, as pessoas com muitas dúvidas, até questionavam se não era também o HIV".

Nas respostas dessa categoria, os termos mais freqüentemente utilizados foram, além de "*informar*", "*transferir*", "*dar acesso*" ou "*organizar*" informações sobre as doenças, buscando, portanto, atender a uma demanda cognitiva dos pacientes:

"Bem, a cartilha de doença de Chagas foi que a gente viu pelo contexto todo do hospital que os pacientes necessitam de maiores informações ..., e de cada patologia, para eles entenderem um pouquinho do que era cada doença".

A disseminação de informações, por meio do impresso, incluía também o interesse em divulgar o próprio trabalho dos profissionais e serviços especializados em doenças infecciosas e se estendia, com freqüência, para fora dos limites do hospital.

Em um terceiro nível, reunimos os relatos que apontaram preocupações, para além da transferência do saber médico ao leigo. Foram dois. Chamamos esse nível de *motivações educativas*, esclarecendo que estão incluídas nele, motivações dialógicas que atribuem ao leigo (paciente ou não do hospital) um papel menos passivo do que o de "estação de repetição" ou "multiplicador" do saber médico:

"A cartilha foi feita para sistematizar um trabalho educativo que fazemos aqui com os pacientes, quando eles chegam. ... Então, a cartilha foi baseada nas perguntas que a gente escuta aqui todos os dias no ambulatório".

"Porque eu tinha um projeto de sala de espera onde eu trabalhava com os pacientes. Então, conforme a dinâmica da reunião a gente utilizava ... era um instrumento na reunião da sala de espera. Isso ajudava a gente a fazer os debates".

O que distingue esses dois últimos relatos dos demais é a referência ao impresso, não como um fim informativo em si mesmo, mas como um dispositivo *auxiliar* para uma dinâmica de comunicação com a clientela.

A ausência de outras referências à interação com a clientela indica que, na grande maioria das produções, os impressos, em lugar de aprimorar a comunicação direta, operam algum tipo de "substituição" da antiga relação, atuando como "prótese comunicativa", porém com ganho de tempo e "objetividade" para o trabalho técnico:

"Uma motivação secundária é que o fato de você ter uma cartilha ..., como nós temos um setor muito cheio e poucas pessoas trabalhando, você ganha tempo pois apesar de você estar ali disponível sempre para responder perguntas, você dando a cartilha para ele, você possibilita que a consulta se torne mais objetiva e, de certa forma, seja abreviada. ... Você ganha tempo para ver a parte médica ... e ele levando a cartilha para casa pode trazer para a próxima consulta as dúvidas que eventualmente existam".

Mesmo assim, no final do depoimento anterior, o profissional manifesta sua expectativa de vir a construir um fluxo bilateral, uma troca, em um momento futuro (próxima consulta). Sendo assim, o impresso também aponta uma "promessa de diálogo".

Opiniões e sugestões ao processo de produção de impressos

Nas sugestões dadas pelos entrevistados, destaca-se que quase 100% fizeram referências à questão da "clareza" da linguagem. Os termos *"linguagem clara e simples"*

são os mais frequentes, seguidos de "*linguagem adequada*" e "*acessível*".

"Deve ser feito de forma a chamar a atenção do público alvo e ter uma linguagem acessível para ser entendido por pessoas de todos os níveis".

Enquanto para alguns o mesmo material deveria ser polivalente, entendido por todos os públicos, muitos já demonstram alguma preocupação com a segmentação da audiência, que, de fato, é uma estratégia básica e bem conhecida na área da comunicação:

"Utilização de linguagem diferenciada para explicar o mesmo fato, de acordo com o público.

"Cartilhas em home-page devem ser diferentes das impressas, por exemplo".

"Determinar com muita clareza o público alvo (ao qual o impresso se destina)".

A preocupação com a segmentação da audiência gerou inclusive a expressão "público alvo", emprestada da área do marketing, e muito difundida entre os profissionais de saúde. Araújo & Jordão (1995) criticam o uso desse termo, que nos remete à idéia de uma audiência estática como um "alvo", à mercê da "informação projétil", e sob a mira de profissionais "franco atiradores", ou no caso específico da comunicação hospitalar: "franco medicalizadores".

Depois da clareza do texto, as referências ao uso da comunicação visual e à ampla distribuição dos impressos, foram as recomendações mais frequentes para a produção, traduzindo preocupações válidas com o acesso e a distribuição mais abrangente possível do conhecimento médico de utilidade pública. Fausto Neto (1995), denominou essa tendência hegemônica, na comunicação em saúde contemporânea, de preocupação distributivista. Poucos entrevistados se desviam dessa tendência, que centra esforços nas questões de acesso dos usuários às estratégias em oferta, geralmente acreditando que o acesso *per se* possa se traduzir diretamente em participação e êxito das práticas de saúde.

O motivo pelo qual tantos entrevistados justificam sua preocupação com a adequação da linguagem e com o uso de imagens, está sempre relacionado com a dificuldade do público leigo, com ênfase no contingente de "analfabetos" na clientela do hospital:

"A gente sabe que muitas pessoas são analfabetas, então no grupo você pergunta e se for o caso você sugere que leve de qualquer forma (a cartilha): para sua filha, para sua mãe, para qualquer pessoa, mas informa... Nossa idéia era divulgar mesmo".

"Quando trabalho com pessoas que não têm uma formação mínima, que não sabem ler e tal, eu não

posso ficar usando um material muito escrito. Teria que ser mais à base de figuras, tentando passar a mensagem que eu esteja pretendendo, através daquele material. ... eu acho a questão da linguagem fundamental no material informativo".

Se, por um lado, as dificuldades da clientela são sempre expressas, por outro, raras vezes se enuncia claramente o imenso abismo entre o conhecimento científico e *qualquer* clientela, em alguns casos a própria classe médica. Tal autocrítica apareceu em apenas duas entrevistas que contêm referências à dificuldade de entendimento das mensagens técnico-científicas por profissionais de outras especialidades em saúde. Nas entrevistas restantes, a justificativa para a tão valorizada adequação da linguagem sempre recai na dificuldades de compreensão da clientela:

"A gente compilou e colocou (a informação) da maneira assim mais sucinta e mais clara possível, né, devido à peculiaridade da clientela. A gente tem um pessoal assim de baixa renda, baixo nível cultural, então a gente tem que colocar as coisas de uma maneira que eles realmente consigam compreender".

O resultado é quase sempre uma visão estereotipada e distorcida dessa clientela, caracterizada pela falta ou escassez de recursos materiais, culturais e simbólicos: "baixa renda", "baixo nível cultural", "sem instrução, nem o primeiro grau", "pessoal do interior que não se alfabetizou" etc. Enfim, uma clientela caracterizada por lacunas e vazios de toda a ordem. O saber leigo existe, mas é como se fosse um "saber vazio", a ser preenchido ou retificado. Nesse processo de olhar o outro pelo que lhe falta, a falta da habilidade de leitura, evidentemente, é a mais referida quando o assunto é "impressos". Em um caso extremo, a mitificação do analfabetismo como barreira de comunicação, levou um especialista a comparar pacientes com crianças pequenas, evidenciando a infantilização do adulto sem escolaridade:

"Acho que teríamos que fazer histórias praticamente sem texto, né... histórias em quadrinhos. Porque outra alternativa seria você fazer uma coisa audiovisual, mas como é que o doente vai... pois se for uma fita cassete... mas o pessoal não tem cultura... não tem vídeo em casa, normalmente, né... Acho difícil o audiovisual conseguir ser incorporado pelos analfabetos. Acho que seria mais a idéia de uma... estória em quadrinhos, como você apresenta uma estória para uma criança de três anos. É imagem, né?"

É interessante a comparação com a criança, que tudo precisa aprender sobre o mundo ("saber vazio"). Se o médico comparasse o analfabeto com um adulto de outra nacionalidade, um estrangeiro ("saber cheio", porém diferente) teríamos implícito o

reconhecimento da alteridade e o estabelecimento de uma relação mais simétrica entre adultos com saberes distintos.

Alguns especialistas deixam entrever em seus depoimentos que não se sentem seguros na comunicação com analfabetos. O trecho abaixo reflete uma demanda por intermediação na comunicação entre o médico e seus pacientes, quando o entrevistado foi questionado sobre detalhes da produção de impressos:

"Acho difícil, porque eu não trabalho nessa área ... Teria que ter alguém que entenda do assunto... Isso não é para principiante não. Isso é para quem lida com informação visual. Devem existir pessoas que trabalham com comunicação com analfabetos, com certeza, né... Teria que se contratar uma pessoa dessas para dar opinião".

Para Chauí (1981), a ciência alimenta o discurso da "competência", criando cada vez maiores demandas da mediação da figura do "especialista", interpondo-se entre o homem e seu corpo, seu fazer, seu sentir, em todas as áreas e fases da vida. O depoimento acima reflete essa demanda. O médico clama por um especialista no lugar da construção de uma experiência própria, partilhada com sua clientela. Tal postura foi minoritária entre os formuladores de impressos entrevistados.

O processo de produção dos impressos

A seleção de conteúdos e a adequação da linguagem

As descrições feitas pelos entrevistados que se debruçaram sobre a tarefa de produzir impressos, retomam os dois aspectos centrais abordados até aqui: (1) o desejo de transmitir conhecimentos e (2) as barreiras percebidas como "de linguagem". A linguagem é geralmente referida como um conjunto de palavras "fáceis e difíceis", uma vez que todos compartilham a crença de que adequar a linguagem é traduzir termos técnicos utilizados em textos científicos, para explicar as doenças em termos acessíveis aos usuários. Para Rodrigues (1995), essa fixação na função denotativa da linguagem deixa de lado sua função semântica, que a antropologia insiste em preservar. A maior evidência de que a idéia de "linguagem" está aprisionada nos "códigos" e não em seu "significado", é que alguns impressos são produzidos diretamente a partir da simplificação de manuais técnicos voltados para profissionais, como nos seguintes relatos:

"Seguimos os esquemas tradicionais, falamos sobre a história, agente etiológico, aspectos epidemiológicos, clínica, tratamento e prevenção. Quer dizer, esse é um roteiro que já existe mais ou

menos definido quando você vai apresentar qualquer doença. Mas procuramos dar uma coisa didática".

"Descrevemos o ciclo, né: o que é a doença, os sintomas, ao que ela pode levar, quem transmite a doença, quais os animais... A doença como um todo. Então, a gente pegou um manual ... e tentou adaptar na mesma linha de pensamento. Eu, a enfermeira, a médica e a assistente social ... É óbvio, discutimos à beça para ficar numa linguagem acessível".

Em comum, os formuladores de impressos enfatizaram o esforço que fizeram na adequação da linguagem, entendida como tradução de códigos unívocos:

"A grande dificuldade de se fazer uma cartilha é usar as palavras que não sejam ambíguas, que não dêem margem a um duplo sentido. Você tem que ser muito preciso quando faz alguma frase ou cria um critério. Tem que ter muita precisão na palavra que está usando e aquela palavra tem que ser acessível. Isso não é fácil, isso é muito difícil".

Além da crença no encontro da palavra ideal que não possa ser interpretada de outra maneira em outro contexto, existe ainda a pretensão de que seu sentido cristalizado não se perca com o passar do tempo e com a transferência para um grande número de novos receptores do saber médico. Nas justificativas do uso do impresso na comunicação hospitalar, por vezes, a palavra escrita aparece como sendo capaz de cristalizar o inevitável processo humano de reinterpretação e ressignificação:

"Com uma cartilha feita especialmente para leigos, o paciente poderá levar para casa esse conhecimento sem perda de conteúdo. Porque muitas vezes na consulta você explica coisas ou dúvidas, mas no percurso do hospital para casa o paciente distorce um pouco as informações. Um material escrito é uma forma de você resguardar a informação e manter aquele conteúdo intacto. Então ... essa informação pode ser multiplicada ...".

Se o entrevistado acima valoriza a palavra impressa como forma de "preservar" uma verdade médica, outra entrevistada, ressalta que, uma vez impressa, *qualquer* palavra pode adquirir o *status* de verdade, e se surpreende com a força que a palavra escrita adquire *sobre* o público leigo:

"... Muito interessante como a cartilha, o folheto, ganha força... Porque ele é a palavra escrita, e a palavra escrita tem uma outra força, tem um outro valor. Quer dizer, embora eu tenha dito para eles todas aquelas coisas ali, quando eles lêem, que eles vêem que está escrito, escrito vale, entendeu? E eles não têm a menor idéia que fui eu mesma que escrevi e eu nem falo nada que fui eu... Como a palavra escrita ganha força!".

No processo de produção de impressos, enquanto a "adequação da linguagem" é muito valorizada, a "seleção dos conteúdos" não surge como objeto de problematização entre os entrevistados. Ao contrário, como observa Kee (1996), destaca-se uma tendência paternalista dos médicos, que se mostram bastante seguros quanto à definição das informações consideradas "pertinentes". Em parte se apóiam nos manuais técnicos mas, com freqüência, na própria experiência do atendimento.

Nesse sentido, as perguntas ou dúvidas mais comuns dos pacientes também foram referidas como fonte de seleção de conteúdos (central ou complementar, dependendo do impresso). Alguns impressos, inclusive, adotavam o formato de "perguntas e respostas" no intuito de contemplar tais demandas mais freqüentes da clientela e ainda, de dar uma estrutura dinâmica e objetiva ao material. Ocorre que, segundo a maioria das entrevistas, o exercício para validação de tais perguntas e respostas tem lugar apenas *entre pares*:

"Eu acho que na hora que você põe a pergunta (no impresso), responder dá o maior trabalho. Então, a gente se reuniu mais de duas vezes ... Quando você senta para responder, aí você tem que primeiro pensar em quem vai ler, quem é essa população ... qual é o nível dela, o que você quer falar, e da maneira mais simples possível ..."

A definição das perguntas que interessariam ao paciente é também muito restrita:

"Bem, são duas as perguntas que o doente faz: se eu tenho cura ou não, se eu vou morrer ou não, e se eu posso me aposentar ou não, né? São duas perguntas que o paciente faz constantemente. Foi em cima disso, né, que nós nos baseamos"

Se por um lado a experiência com as dúvidas mais freqüentes é importante, por outro, processa-se uma simplificação das questões e apreensões dos pacientes, restringindo-se àquelas mais evidentes, que são inerentes à condição humana, como o medo da morte física (pela doença) ou social (pela incapacitação), não havendo espaço para a singularidade de outras questões "menores" (do que as de "vida ou morte") e que, talvez, se revelariam com a participação da clientela na elaboração das mensagens.

A inclusão dos grupos de pacientes no processo de elaboração do impresso, caracterizando uma dinâmica de grupo, foi descrita por apenas dois entrevistados:

"O processo de elaboração desse material foi aproveitando o espaço do grupo de pacientes ... a gente começou a ver quais eram as principais dúvidas, discutir essas dúvidas na própria reunião. Esse material era analisado ... depois a gente dava uma arrumada nas respostas para voltar para o grupo. Aconteceu durante uns três meses"

No entanto, a história da produção da grande maioria dos impressos difere em muito da descrita acima. São, em geral, produções rápidas, com o objetivo de convencimento unilateral e aproveitando pouco os espaços de interação com a clientela.

Cabe ressaltar que, de qualquer modo, reunir-se com a clientela não garante o reconhecimento de modos cognitivos e simbólicos diferenciados, o mergulho em outra escuta, ou a promoção do diálogo. Tanto a escuta pode ser superficial ou direcionada, quanto o discurso profissional, coercitivo ou encerrado em si mesmo. As reuniões representam apenas "chances" de comunicação.

A associação de profissionais para a produção

Outro aspecto ressaltado nas entrevistas, foi a produção de impressos a partir da associação de profissionais provenientes de diferentes áreas de atuação (biomédicas e humanas). Tais materiais têm a sua produção marcada por uma divisão de tarefas, onde o médico faz um primeiro texto técnico e os outros profissionais "traduzem-no" para uma linguagem considerada mais acessível:

"Não foi difícil, não. A gente simplificou um texto técnico que ele (o médico) distribuía. A gente simplificou, deu uma enxugada no geral e começou a botar numa linguagem mais acessível para eles, para os usuários" (assistente social).

A importância de se contar com pontos de vista de profissionais com formações distintas, foi reforçada por alguns entrevistados como forma de superar um olhar reducionista sobre a doença, mas pode, por outro lado, acentuá-lo. Na equipe multiprofissional, o profissional tanto pode estar interagindo com outros saberes da equipe, quanto fragmentando as atribuições e responsabilidades, isentando-se da interação com as demais categorias. Tudo vai depender do padrão de racionalidade corrente no meio em que são produzidos os impressos. Nesse sentido, a divisão dos textos nos impressos entre "aquilo que é parte do social e aquilo que é parte do clínico" exemplifica bem a dificuldade de reunir em um mesmo debate a questão saúde/doença sob os diferentes pontos de vista (biomédicos e sociais):

"Em princípio a gente dividiu o material em dois pontos. Um que seria mais a parte do serviço social, né, que estudava como esses pacientes seriam informados de seus direitos, INSS, aposentadoria, benefícios.. Tinha um enfoque neste sentido. E, para que isso fosse feito, era necessário ter também uma parte com informação clínica. Até para definir para o paciente porque ele poderia ser encaminhado para o INSS ou não".

Finalmente, os depoimentos revelaram que o componente social da doença é tido como algo externo à doença e reduzido em sua complexidade, pois o termo "social" é utilizado estritamente como sinônimo para as questões previdenciárias:

"... então a gente colocou o que era a doença, como é que transmitia e tal e tal... E, no final, a gente colocou a parte social: quais eram os direitos dele, como é que ele poderia se aposentar, como é que ele poderia entrar em benefício. Essa foi a idéia".

A distribuição de impressos

Se o processo da produção de impressos, com raras exceções, prescindiu da participação do usuário, sua distribuição necessariamente remete o profissional de saúde a refletir, de alguma forma, sobre sua interação com a clientela. Para descrever *como* e a partir *de que critérios* eles distribuem as cartilhas produzidas, três de nossos entrevistados acabaram por nos fornecer uma imagem mais positiva e ativa do paciente como participante do conhecimento e não como mero depositário do saber:

"Boa parte tinha noção muito boa de prevenção (HIV) e se prevenia. Tinham uma consciência crítica bem aguçada também. Eu cresci muito e aprendi muito com eles".

Em relação à distribuição, é preciso distinguir as condições reais, descritas pelos entrevistados, nas quais ela efetivamente se processa (ou não), daquelas que foram inicialmente idealizadas, por ocasião da elaboração dos impressos. Assim, do ponto de vista idealizado, foram freqüentes as referências à distribuição dos materiais em situações de grupo, na forma de oficinas e com estímulo à participação, porém apenas dois entrevistados relataram efetivamente realizá-la dessa forma. A freqüência e as situações de distribuição de impressos são apresentadas respectivamente nas Tabelas 2 e 3.

Tabela 2

Freqüência de distribuição de impressos, segundo os 11 questionários e 17 entrevistas.

Freqüência	n
Esporadicamente/em ocasiões especiais/quando tenho dúvidas	12
Bastante/regularmente/habitualmente para manter-me atualizado	8
Pouco/muito pouco/não uso impressos em minha rotina de trabalho/raramente temos acesso a impressos sobre doenças/raramente, pois trabalho em pesquisa	7

Tabela 3

Ocasões/situações e clientela da distribuição de impressos, segundo os 11 questionários e 17 entrevistas (cada entrevistado contribuiu em mais de uma categoria).

Ocasião/Situação	n
Muitos alunos nos procuram para ter esses materiais/Em escolas também/Muita gente pede para levar para a escola/Estudantes procuram muito esses folhetos que são direcionados aos pacientes	5
Era complementar ao trabalho individual com os voluntários/Uma orientação complementar à consulta/Um apoio "além da voz" durante a consulta	4
Quando tem evento de divulgação da instituição ou feiras de ciências/Congressos	3
No ambulatório/Basicamente no ambulatório	2
Quando preciso esclarecer um grupo grande de pessoas/Em grupo de sala de espera	2
Quando o paciente internado não tem informação/Quando o paciente não consegue entender na consulta o que está acontecendo com ele/ou está ansioso	2
Quando a comunicação individual não se faz possível	1
Quando ocorre conflito do paciente com a previdência	1

Surpreende o número de referências a alunos, escolas, feiras, eventos e congressos (8) onde os impressos são distribuídos, quase tão freqüentes quanto às referências à distribuição aos pacientes (12) a quem os impressos são dirigidos. Isso se explica, em parte, pelo fato de o hospital cumprir o papel de informar, não só a sua clientela, mas a sociedade como um todo, sobre as doenças infecciosas. No entanto, esses dois papéis do impresso se confundem um pouco na produção e, com freqüência, os produtos resultantes deixam de atender especificamente sua clientela e passam a falar sobre "si mesmos", ou seja, sobre os serviços, sua competência especializada, suas pesquisas etc.

A OPINIÃO DOS PROFISSIONAIS SOBRE OS MATERIAIS PRODUZIDOS

De um modo geral, os profissionais que participaram da produção de impressos se mostravam satisfeitos com o produto no que tange às mensagens produzidas.

"Sou suspeita, eu gosto dela. Vejo que ela atende às necessidades"; "desperta questionamentos nas pessoas". "Acho uma boa cartilha, abrange a maioria das dúvidas que os pacientes têm"; "a abordagem é boa, eficaz"; "o conteúdo é bom, ao meu ver".

Se há algum retorno recebido da clientela, ele foi apreendido apenas informal ou intuitivamente, sem maiores detalhes sobre *como* a abordagem é "boa" ou "eficaz", por ausência de estudos de recepção ou qualquer tipo de avaliação externa. A experiência direta e a intuição fornecem o *feedback* necessário às decisões.

Satisfeitos com seus impressos, os formuladores pensavam em novas cartilhas para ampliar conteúdos não contemplados pela primeira: "*Ela é boa. Eu acho que falta ainda, uma coisa que pretendo fazer, é uma outra que oriente sobre a medicação*". "*Falta, assim, o ciclo, a gente não mostra muito sobre o parasita, sobre o ciclo*".

Além da continuidade e inclusões, apenas pequenos detalhes são apontados como revisão dos impressos. Curiosamente, a principal "falha" apontada não diz respeito aos materiais, mas sim a sua pouca divulgação e distribuição:

"Eu acho que ele teria que estar sendo mais utilizado, para a gente poder avaliar"; "foi feito pouco material, tem pouca cartilha". "A divulgação é falha, perdida, solta"; "tem muitos folderzinhos que ficam jogados aí ... chega no setor, encosta, não tem uma distribuição, não tem uma divulgação".

Talvez a divulgação deficiente decorra, em parte, do que Fawdry (1994), descreve como produção de impressos derivada de "projetos profissionais individuais", que não contagiam os profissionais colaboradores.

Ainda, dos 28 entrevistados, 20 referem-se à importância da comunicação visual:

"o conteúdo é bom, mas ela perde em impacto visual, ela não é bonita de se ver"; "quase não tem figuras"; "podia ser colorida"; "talvez mais ilustrada com menos palavras...".

No entanto, *nenhum* dos materiais produzidos apresenta tais elementos. Esse paradoxo é indício do caráter monológico das produções, centradas em seu próprio universo cultural, onde o peso da linguagem escrita é grande. A linguagem visual é considerada como um campo de conhecimento que o médico não "domina", mas no qual deposita grande expectativa de superação dos limites da comunicação com sua clientela.

Considerações finais

De um modo geral, as produções analisadas neste artigo revelaram-se presas a uma lógica do modelo linear de comunicação (Fausto Neto, 1995): procurando examinar o "êxito" das experiências a partir da mera transmissibilidade das emissões de suas mensagens, da exposição dos usuários aos conteúdos propostos e, finalmente, à idéia de que a mensagem transmitida geraria um único e só efeito. Tudo se passa como

se os seres humanos estivessem fixados semântica e socialmente em um universo de sentido único e imutável. Como se existisse um "adequado", um "correto" e um "acessível" universais que pudessem ser encontrados pelo consenso entre os formuladores do impresso, sem negociação de significados com a estrutura receptora. Parece não existir ainda um reconhecimento formal, por parte das instituições, de que, apesar de se ocuparem aparentemente da mesma temática, profissionais e clientela são núcleos discursivamente distintos, elaborando significados segundo experiências e mundos identitários próprios.

Segundo Goode et al. (1996), a lógica que acompanha a noção do indivíduo como "recipiente vazio", inclui uma expectativa de que eles não persigam estilos de vida mais saudáveis, por não terem conhecimentos suficientes para fazer melhores escolhas em saúde, e de que, uma vez informados pelo médico, isso ocorrerá. Essa atitude historicamente impregna a memória institucional do campo da saúde, e reemerge de várias maneiras nos programas de prevenção primária (Baillie et al., 2000). Superar esse mito relacionado ao poder da transferência de informação, requer dos programas, um amplo reconhecimento de que tanto a saúde quanto seu significado não podem ser separados da situação em que essa definição se dá (Fawzy et al., 1995). Tanto a prevenção quanto a promoção precisam compreender e problematizar de maneira crítica e aberta, a sua relação com os valores e decisões tomadas em contextos socioculturais distintos.

Nossos dados evidenciaram a inexistência de pesquisas prévias à criação de impressos, porém as produções são atreladas à experiência do atendimento, o que faz com que contemplem algumas dúvidas e questionamentos mais comuns da clientela sobre os problemas específicos abordados nos materiais. Verificamos, no entanto, que desse procedimento resultam simplificações, generalizações e reducionismos relacionados ao que "o paciente quer". As únicas referências a estudos prévios à produção restringiam-se a conhecer o "nível de escolaridade da clientela", o que, somado à inexistência de outras pesquisas, reforçam o estereótipo da clientela a partir de suas carências e necessidades.

A interação com a clientela aparece em apenas duas das produções em análise. No primeiro caso, o trabalho de grupo, hoje extinto, proporcionou o estreitamento de laços e a aprendizagem das negociações de significados das mensagens impressas.

No segundo, o trabalho de um profissional isolado, que valoriza saberes e experiências de seus pacientes, acaba por reproduzir no nível individual todo um processo

de descobertas e de desenvolvimento do campo da educação/ comunicação em saúde, ao formular e distribuir sozinho, impressos sobre sua especialidade médica. Esse exercício (in)voluntário do médico na educação em saúde, fruto do acaso e da necessidade, lhe confere, ao mesmo tempo, um admirável espírito quixotesco e a prepotência de quem reinventa diariamente a roda. O lugar de exceção que ocupam essas iniciativas profissionais e a ausência de outras de mesma natureza, revelam a ausência de uma política de comunicação regular e saudável no interior das instituições de saúde.

Sendo assim, são altamente recomendáveis não só a inclusão dos pacientes nos trabalhos, mas também a criação de espaços de reflexão coletiva dos profissionais que lidam com o público, abrindo múltiplas frentes de compartilhamento de conhecimentos.

Finalmente, pode-se concluir com Fausto Neto (1995), que: a área da saúde necessita ainda desenvolver uma "cultura da avaliação", sendo o campo da comunicação na saúde, de um modo geral, uma área de conhecimento incipiente, onde formulações vagas e expressões "de efeito" necessitam ainda desenvolver-se na direção de um exame mais sistemático das práticas em andamento, na forma de pesquisas, de modo a poder oferecer propostas teóricas coerentes, que orientem novas ações.

IX. Internet e o autocuidado em saúde: como juntar os trapinhos?²⁴

Luis David Castiel
Paulo R. Vasconcellos-Silva

Resumo

As tecnologias de informação e comunicação via internet (TICs) são transformadas em elementos/processos/objetos produzidos para serem utilizados no âmbito das tecnobiociências humanas, vinculadas tanto às práticas da biomedicina como às da saúde pública. As TICs ocupam domínios cada vez mais abrangentes da informática médica, produzindo setores de especialização denominados telemedicina, cibermedicina e a chamada informática para a saúde do consumidor (ISC). A ISC, em especial, procura suprir as necessidades de que informação de consumidores, poderia fazer escolhas para aquisições a a princípio mais bem informadas. Começam inclusive a surgir programas computacionais para auxílio a decisões – tradução de *decision aids'* software. Percebe-se nesta situação a imbricação de três sistemas: o predomínio da razão instrumental e suas produções tecnocientíficas; o poder enfeixado pela junção de instituições e ideologias; a crença na supremacia dos mitos, símbolos e ritos promovidos pela tecnociência. Como possível resultante, temos uma colonização da sociedade pela aliança entre autoridades geradoras de conhecimentos especializados, profissionais encarregados de produzi-los como objetos técnicos ou empacotá-los com invólucros tecnológicos, o conjunto do



²⁴ Publicado em *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* (Castiel, 2002).

sistema industrial e as redes de comunicação, distribuição e consumo.

PALAVRAS-CHAVE: internet, informática médica, telemedicina, cibermedicina, promoção de saúde, auto-cuidado em saúde.

Abstract

Information and communication technology through the Internet has brought about elements/processes/objects produced in order to be used by humane bio-sciences related to bio-medicine activities, such as public health. ICT has been covering larger domains of medical information, producing fields of specialization known as telemedicine, cyber-medicine and consumers' health information. It tries to meet consumers' need of information, by apparently creating something similar to self-treatment with some expertise. This way, consumers would be able to make more 'educated' decisions in terms of their acquisitions in the area of health. In order to reach this objective, computer programs have come up with health decision aids software. It is clear the mingling of three powers that participate in the mechanisms that organize present day life – instrumental reasoning and its technical production, the power created by the union of institutions and ideologies, and the belief in the myths, symbols and rites of scientific technology. As a possible result, we may have the colonization of societies by authorities that produce specialized knowledge, by professionals that apply such knowledge to produce technological items or pack them in technological cases, by industrial systems and by information, distribution and commercial nets.

KEYWORDS: *the internet, computerscience and medicine, tele-medicine, cyber-medicine, health care, health self-improvement.*

Introdução

Para apontar a dimensão da presença sociocultural das questões abordadas neste artigo, serão apresentadas, à guisa de 'vinhetas' de abertura, trechos de matérias publicadas em um difundido semanário brasileiro de notícias, a revista *Veja*:

1) O articulista Diogo Mainardi, na edição de 9 de maio de 2001 (p. 155), saiu de seu costumeiro estilo elegantemente cáustico para escrever uma tocante matéria, intitulada 'Meu pequeno búlgaro'. Nela relatava o diagnóstico de paralisia cerebral do seu filho, então com sete meses. Disse haver sentido um estupor, como se tivessem lhe informado que seu filho era búlgaro. Assim, se soubesse que seu filho tinha esta origem, sua primeira atitude seria consultar um almanaque com dados sobre a Bulgária para conhecer suas características socioeconômicas, geográficas, seus costumes, e até aprender a língua para se comunicar com ele. Almanques tornaram-se obsoletos e, então, como 'leigo' internetizado, embrenhou-se em navegação na grande rede para estudar a paralisia cerebral em seus aspectos descritivos, diagnósticos, terapêuticos, estatísticos, e entrar em correspondentes listas de discussão e fóruns. Mainardi transita por dimensões morais ao dizer que algum dia seu filho talvez reclame da divulgação de sua doença. Ao mesmo tempo, enuncia que sempre trabalhou com uma ótica antiiluminista – descrença nos avanços sociais, na força do amor, nas invenções da ciência –, mas agora tem a esperança iluminista que a ciência venha a descobrir tratamentos para a doença de seu filho, em função da força do amor por um pequeno búlgaro. Além dos pungentes aspectos da narrativa do autor, vale destacar sua conduta de pesquisa ativa na internet para saber mais sobre as sérias questões de saúde que o afligiam.

2) Na seção 'Saúde', da edição de 15 de agosto de 2001 (p. 143), surge a indagação de quando se deve usar o correio eletrônico para se comunicar com seu médico. Relata-se não se haver atingido um consenso sobre a questão. São citados, então, os pontos de vista de Daniel Sigulem, chefe do departamento de informática em saúde da Universidade Federal de São Paulo (USP). À guisa de orientação (implicitamente para os médicos), Sigulem sinaliza com 'luz verde' para situações em que o paciente informa a compra de um medicamento prescrito e seu respectivo uso. 'Amarela' para os caso de informe do resultado de exame que pode alterar a conduta terapêutica (o médico deverá avaliar criteriosamente a situação). 'Vermelha' quando o indivíduo (não é mais dito 'o paciente')

faz consulta ou pede uma segunda opinião. Nesse caso, recomenda-se a "velha e boa consulta cara a cara". O referido especialista considera que este recurso deve ser utilizado de maneira cuidadosa entre as partes, pois "toda informação trocada entre os dois equivale a um documento". Nada mais é explicitado. Ora, nesta formulação, para além da saúde do paciente, aparece nas entrelinhas a preocupação de uso jurídico nesta correspondência. Diferentemente dos contatos normais por telefone (desde que não grampeados...), o fato de as mensagens ficarem gravadas faz com que se tornem documentos, passíveis de serem empregadas em eventuais ações jurídicas.

3) Na edição de 5 de setembro de 2001 (p. 64), em matéria intitulada 'A dor de nunca saber o bastante', de Cristiana Baptista, sobre a "angústia típica dos tempos atuais" devido aos efeitos "psicológicos dos excessos de informação, há um trecho que faz menção aos cybercondríacos, "pessoas que por meio de pesquisas sobre saúde na internet descobrem informações que deveriam estar disponíveis apenas para médicos". Além disso, há declarações do infectologista do hospital paulista Albert Einstein, Artur Timerman, que considera ter se tornado rotineiro "atender pacientes que fazem pesquisa na internet e, sem a menor base, querem palpar no tratamento". Diz ele: "Sem um bom conhecimento prévio, a Internet é um caos que joga com a ignorância das pessoas." Como introdução a questões desta ordem, ainda de modo preliminar, cabe indagar: qual a pertinência e as implicações das múltiplas facetas do complexo cenário na atualidade nas interseções saúde/meios eletrônicos de comunicação parcialmente representadas por estas breves ilustrações? Como é possível se orientar diante de diversas e eventualmente conflituosas perspectivas que emanam das inter-relações entre usuários/consumidores/pacientes, portais de saúde (públicos e privados), páginas de profissionais/serviços responsáveis por assistência de variados tipos disponibilizando informações com distintos níveis de qualidade? Como dimensionar a confiabilidade da informação (e dos produtos e serviços apresentados)? Este texto pretende discutir estes e outros tópicos diretamente relacionados a tal temática.

Antes de prosseguir, cabem esclarecimentos sobre o título. 'Juntar os trapinhos' refere-se, evidentemente, a uma expressão popular brasileira, indicativa de casamento, ou de decisão de assumir uma nova forma de união com a coabitação entre pessoas que desfrutam de intimidade sexual e afetiva (também designado por 'amigar-se'). Nesse caso, trata-se de destacar a questão de como poderíamos, ainda que metaforicamente,

juntar/casar, com uma desejada harmonia, duas instâncias de indiscutível enraizamento na ambiência sociocultural contemporânea, onde uma aparece como meio – as tecnologias de informação de comunicação – e a outra como fim – a promoção da saúde. Ainda aproveitando um elemento da mencionada expressão, “trapinho” veicula, apesar da benevolência chistosa da forma diminutiva, a conotação de precariedade, pobreza. Aspecto que, em grande parte, infelizmente, caracteriza a distribuição desigual de renda e de educação e o limitado acesso, em países como o nosso, às benesses tecnológicas, em geral, e aos recursos informáticos, em particular.

Ao mesmo tempo, em um esforço de ampliação semântica, pretende-se sinalizar a dimensão acelerada e fragmentária com que temáticas e idéias novas logo envelhecem e/ou se tornam obsoletas, como a moda. Quando não é descartada, assume o papel depreciado de algo usado, gasto. E, que, portanto, deve ser retirada dos locais onde era guardada como indumentárias para eventualmente, quando não forem objetos de comércio da dita 'segunda mão' ou de doação, perderem suas funções de vestuário para desempenhar atividades menos nobres, como as de trapos para limpeza doméstica... Se os novos tecidos logo envelhecem e se tornam panos, seguramente não devemos envergar andrajos. Mas também não parece que a única possibilidade é a de ceder irrefletidamente aos apelos de pronta aquisição de novas vestimentas, marcadas pelo signo de modismos tão custosos quanto transitórios. Cabe exercitar nossa capacidade de análise e de crítica a este estado de coisas e, como reza a história infantil, desconfiar das vestes de tantos reis e rainhas apresentados como modelos a seguir. Inclusive das nossas próprias...

Veja-se como, na voragem da obsolescência (programada ou não), equipamentos computacionais, programas informáticos, portais e empreendimentos do chamado *e-business* rapidamente perdem a suposta vitalidade: envelhecem. Se não desaparecerem no lixo, estes elementos podem ser aproveitados pelos novos trapeiros para consumidores de segunda mão, justamente, em 'trapo'. Destino final das novidades tecnológicas, diante da alta velocidade do circuito inovação-produção-difusão-consumo-uso-desgaste-obsolescência-desaparecimento. Estas contingências sucedem “a todo o trapo”, regionalismo gauchesco indicativo de 'disparada' (Ferreira, 1999). É pertinente, aqui, a menção à “epistemologia do lixo”, referida por Sousa-Santos (2000) ao discutir a grande capacidade de destruição criativa do capitalismo, mas, também da ciência moderna, ao propor romper com conhecimentos anteriores. No caso em foco, a ruptura também

ocorreria com objetos técnicos que rapidamente alcançam o estatuto de refugáveis, ao serem 'superados' por novas versões e modelos (claro que com uma boa dose de artificialismo ou maquiagem). Muitas vezes, sentimo-nos desgastados – reduzidos a trapos – diante do vórtice informacional, onde se acoplam meios e mensagens, em uma poderosa sinergia geradora de compulsividades, tanto ligadas à impraticável atualização de conhecimentos, como na busca insaciável de orientações, preceitos, aconselhamentos, referências. Em especial aquelas dirigidas ao âmbito da saúde, que infelizmente, tendem, também, a perder sua validade. Basta ver como certas dietas alimentares são consideradas adequadas durante algum tempo, para depois serem substituídas por outras novidades, que superariam supostas falhas não detectadas das anteriores.

Novos aspectos da ética médica ou nova ética médica?

Os objetos e temas da assim chamada ética médica começaram a sofrer transformações desde que a biomedicina passou a assumir feições tecnobiocientíficas, com o desenvolvimento exponencial de novos recursos técnicos dirigidos especialmente ao diagnóstico e ao tratamento. Estas circunstâncias criaram situações geradoras de novos problemas éticos. Como decorrência inapelável desta panóplia de transformações, a visão tradicional da deontologia médica se desfoca. Esta, usualmente, é considerada como a reunião de preceitos norteadores das condutas de um determinado grupo profissional nas relações com suas áreas de atuação. No caso da medicina, com seus pares e suas clientela, onde se destacava a relação médico-paciente e suas vicissitudes.

Se há mudanças flagrantes originárias especialmente das inovações tecnológicas, sem dúvida, o terreno da ética médica vem sendo ocupado por novas modalidades de problemas. Por exemplo, o renomado bioeticista Peter Singer (2000) apresenta uma resenha de tais aspectos e aponta tópicos como: a crescente preocupação com a qualidade nos cuidados no final de vida; a criação de princípios para servir como fundamento ético para lidar com o erro médico; o desenvolvimento de enfoques éticos para sustentar decisões legítimas e justas no estabelecimento de prioridades e alocação de recursos; a busca de consenso na biotecnologia e nas fontes de financiamento quanto a aceitabilidade da pesquisa com células-mãe (tronco) (*stem cells*); a discussão sobre a inclusão da ética médica nos currículos médicos e o momento mais conveniente de introduzi-la. Há outras circunstâncias emergentes que sinalizam mais claramente uma necessidade de revalidação de nosso campo deontológico. Por exemplo, as discussões sobre uma dita

bioética global, dirigida não apenas a problemas das nações economicamente fortes. Uma questão recente a este respeito trata das iniquidades em saúde e envolveu a quebra de patentes de medicamentos anti-HIV para torná-los mais acessíveis a infectados de países economicamente mais fracos. Há também questões éticas envolvendo a dita “e-saúde” (*e-health* – disponibilização de conteúdos sobre temas de saúde em redes eletrônicas de informação).

Nesta abordagem, vamos enfatizar como as tecnologias comunicacionais via internet são transformadas em elementos/processos/objetos produzidos para serem utilizados no âmbito das tecnobiociências humanas, especialmente vinculada às práticas da biomedicina. As hibridizações com as tecnologias comunicacionais geram novas áreas, como a telemedicina e outras vertentes 'mediacionais'. Nesse caso, no terreno da informática médica, especialmente nos domínios da chamada telemedicina/cibermedicina e mais especificamente ainda na chamada 'informática para a saúde do consumidor' (Eysenbach, 2000a).

O autocuidado

Curiosamente o vocábulo 'cuidar' provém do latim *cogitare*, o mesmo que origina 'pensar', 'cogitar', 'julgar', 'supor' – uma atividade nobre da mente humana. Na forma reflexiva – cuidar-se – significa ter cuidado consigo mesmo, com a sua saúde, a sua aparência ou apresentação (Ferreira, 1999). Podemos, então, considerar que a idéia de cuidado de si veicula uma conotação ditada por aspectos cognitivos, conscientes e, sobretudo, volitivos. Parece, então, cabível pensar na sugestiva reflexividade – autocogitação – embutida na noção de autocuidado. Como encarar, primeiramente, a idéia de 'auto' (*self*) como categoria diante das dimensões socioculturais do autocuidado? A noção individualista de identidade-de-si que conhecemos se ancora nas chamadas fontes ortodoxas do *self* da tradição filosófica ocidental, cuja gênese, desde os gregos, até os dias de hoje, configurou uma noção de identidade individuada, destacada do coletivo – singularizada, estabilizada e que se define reflexivamente (Taylor, 1994). No entanto, nos dias atuais, esta suposta estabilidade está sendo revista. A constituição da identidade vem se tornando para alguns autores cada vez mais inconsistente e cambiante. Segundo Bauman:

"...resumidamente, a 'individualização' consiste em transformar a 'identidade' humana de um 'dado' em uma 'tarefa' e encarregar os atores da responsabilidade de realizar essa tarefa e das

conseqüências (assim como dos efeitos colaterais) de sua realização"(2000, p. 40).

Nestas circunstâncias, podemos sugerir que a concepção de autocuidado possui facetas que entrariam em sintonia com a atividade constante de (re)modelação da identidade. Entretanto, esta não se constitui na perspectiva predominante de muitos povos e culturas não-ocidentais, por exemplo, sociedades de nações como Índia, China, ou de vastas regiões do Sudeste Asiático e da África (enfim, cerca de 80% da população planetária). Sob diversas formas, os respectivos contextos culturais sustentam posturas geradoras de identidades instituídas de modo heteronômico, onde se destacam imperativos familiares e cumprimento de normas éticas fundadas, primordialmente, nos valores da coletividade, sobrepujando idéias de autonomia de 'eus'):

"O 'self', mesmo onde é encarado como sendo singularmente individual é visto como estando sociocentricamente imbricado em redes sociais inextricáveis, vínculos íntimos que tornam processos interpessoais a fonte de decisões vitais...A idéia de primazia do individual é, no entanto, ainda, uma presunção da ocidentalização." (Kleinman, 1995, p. 47).

Tal parece ser a perspectiva ordenadora da trajetória que deve ser trilhada pelos povos do planeta em direção à globalização, almejada pelo capitalismo monopolista em suas várias facetas (especialmente, na dita sociedade pós-industrial, onde ocorre a hegemonia econômica obtida pelos setores de serviços e de produção de conhecimentos). Mesmo com as evidentes mostras de boas intenções, isto parece incidir nas políticas de saúde propugnadas por organismos internacionais que enfatizam a autonomia, traço marcante do individualismo do Ocidente. Tanto a promoção da saúde como a epidemiologia que lhe serve de suporte produzem uma reorganização tarso-moderna da medicina (Bunton e Burrows, 1995) que assume novos formatos. Isto é flagrante no caso do autocuidado. Existem formas diversificadas de 'autoconstruir-se saudavelmente' mediante atividades físicas dirigidas para:

- evitação de riscos (cardiovasculares, p. ex.);
- aspectos estéticos (voltados para a produção de aparências pessoais de beleza e atratividade corporal freqüentemente padronizadas, cultuadas por expressões populares como sarado/a);
- funções reabilitatórias (para os muito obesos ou de meia-idade que buscam se sentir mais 'bem-dispostos');

- relativas a desempenhos (competições atléticas, amadoras ou não), entre outras.

Mas existem elementos merecedores de consideração específica no que se refere à dimensão da 'aptidão' (*fitness*) (Bauman, 2000). Sem entrar nas distinções e imbricações deste conceito e o de boa saúde, cabe apontar a pertinência dos cuidados com a saúde estarem vinculados também à idéia de se estar apto, bem-disposto fisicamente. Em especial, importam as sensações subjetivas de ser possuidor de aptidão, obtidas através de disciplinado treinamento. Em muitas contingências na atualidade, homens e mulheres procuram manter seus corpos preparados/ajustados/em forma para lidar com as oportunidades em aberto, arriscadas – como nos ralis e provas de resistência em áreas inóspitas, esportes radicais. E, também, para o inesperado em potencial proporcionável por múltiplas possibilidades de escolha no cardápio de aventuras da vida contemporânea. A procura de aptidão consiste em um estado de freqüente e infundável treinamento, em que o auto-escrutínio está sempre presente e a ansiedade diante da possibilidade de perda da forma é permanente. Há indícios de compulsividade adictiva em tais condições, possivelmente ligada a liberações de neuro-hormônios euforizantes, sendo assim comparadas a estados equivalentes de dependência farmacológica.

Mas, inegavelmente, a difusão da noção de promoção da saúde está em franca expansão. Em uma rápida pesquisa no *Medline*, acessamos grande quantidade de trabalhos sobre o tema em suas várias (e nem sempre claras) designações. Aliás, esta percepção foi assinalada por Kulbok *et alii* (1997) ao referirem-se à confusão relacionada ao campo em foco. Após uma análise crítica dos mesmos termos, assinalaram diferentes sentidos nas formas como profissionais especializados empregam idéias/conceptualizações inerentes à área: 'promoção à saúde'; 'comportamento na promoção à saúde', 'comportamento na proteção à saúde', 'comportamento na prevenção à doença', 'comportamento na saúde preventiva', 'comportamento de saúde', 'estilo de vida saudável'. Curiosamente, 'promoção' e 'promover' apresentam interessantes aspectos polissêmicos (Ferreira, 1999). Por um lado, podem referir-se a avanço, elevação a situação superior, ascensão (e, por extensão, ascese). Inclui noções causais, originárias e, mesmo, de 'instância viabilizadora'. Por outro, vinculam-se a imagens recorrentes de *marketing*, de propaganda, como estímulo publicitário (com vistas à divulgação e ao consumo) de determinados produtos, idéias, pontos de vista.

No campo da saúde, tais sentidos tendem a se unificar e adquirem uma poderosa

dimensão semântica: instâncias viabilizadoras de elementos propiciadores de situações superiores. Para atingir os pretendidos efeitos, utilizam-se de estratégias de difusão pública, que, inevitavelmente, se vinculam a aspectos retóricos. No caso em questão, com vistas à boa saúde, ou melhor, à evitação de riscos que a comprometam. Promover à saúde, promovendo a saúde.

Entretanto, pode-se fazer, em síntese, uma série de críticas às proposições da promoção da saúde e da decorrente 'saúde pública promocional'. Esta caracterizar-se-ia por sua postura modernista. Isto é, "dependente da ciência como baluarte da sua credibilidade e posição social compartilhando uma crença nos poderes da racionalidade e organização para alcançar progresso na luta contra o sofrimento e a doença" (**Petersen, 1996; p.6**).

Esta perspectiva é discutida pelos teóricos da governamentalidade foucaultiana aplicada ao conceito de risco. Para eles, a regulação e 'disciplinização' está voltada para os indivíduos autonomizados, que se autovigiam em busca de otimizar seus supostos interesses de "melhorar na vida" (**Lupton, 1999**). Dentre eles, está a saúde, mas sobretudo do ponto de vista da aptidão, em uma curiosa mescla de meio e finalidade. Indiscutivelmente, surgem novas questões éticas e repercussões socioculturais referentes ao campo dos cuidados em saúde e também ao autocuidado (aspecto essencial da promoção da saúde), em função das mediações entre meios informáticos, profissionais de saúde e clientelas que, por sua vez, são transformadas em agentes consumidores.

Telemedicina, cibermedicina, a informática para a saúde do consumidor e as escolhas do paciente baseadas em evidências

Definições

Gunther Eysenbach (2000b), um dos mais prolíficos autores do campo cibernético, editor do periódico virtual *Journal of Medical Internet Research* (<http://www.jmir.org>), constata que na soma dos Yahoos americano e europeu há cerca de 34 mil *sites* ligados à saúde, estimando que isto represente algo em torno de 30% dos *sites* existentes. Então haveria cerca de cem mil *sites* relacionados à saúde no âmbito estudado. No Brasil, é difícil precisar a quantidade de tais *sites*. Esta dificuldade pode ser ilustrada pela rápida pesquisa no tópico específico relativo à 'saúde: informações médicas' no <www.cade.com.br>. Foram obtidos (em 16.9.2001) 1.092 itens com as mais variadas

características, finalidades, temas e teores. No entanto, ao tentarmos acessá-los, vamos obter portais não mais existentes em um número considerável de casos (<http://www.cade.com.br/sauinf.shtm>).

Há trabalhos realizados em portais norte-americanos especializados em pesquisas (www.harrisinteractive.com) que procuram mostrar as tendências progressivas de utilização da internet em geral e de visita a *sites* tanto por parte de médicos como dos (indevidamente) chamados cybercondríacos. Por exemplo, em 2001, a partir de uma amostra de 834 médicos, 93% estão no momento em que este texto é escrito *on-line*; destes, 64% usam a internet diariamente e 45% atuam em *websites* (http://www.harrisinteractive.com/news/index.asp?NewsID=237&HI_election=All).

Se compararmos a incidência nos sistemas de busca bibliográfica biomédica *Medline* dos termos 'telemedicina' e 'cibermedicina' (em 16.9.2001), verificamos que o segundo (11 indicações) (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/>) está longe de possuir a presença do primeiro (4.358 referências em 16.9.2001) (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/>). Ainda assim, há discussões conceituais com vistas a distinguir tais campos, apesar das assumidas superposições.

Wootton (2001) considera o termo 'telemedicina' como um guarda-chuva que engloba qualquer atividade médica envolvendo um elemento de distância. Creio ser importante explicitar que este autor é o editor da primeira revista acadêmica a abordar tais tópicos – justamente chamada *Journal of Telemedicine and Telecare*. Neste grau de generalidade, um tradicional telefonema entre médico e paciente poderia se abrigar sob este amplo guarda-chuva. Creio que a referência às modernas tecnologias comunicacionais é necessária para as tentativas de difícil circunscrição deste novo território. Apareceram outros termos que visam melhor definir o campo: *telessaúde* (*telehealth*), e, mais recentemente, *saúde on-line* e *e-saúde* (*e-health*).

Um dos mentores da cibermedicina, Eysenbach, juntamente com seus colaboradores (1999) estabelecem demarcações que, implicitamente, veiculam maior amplitude e alcance das modalidades ligadas à cibermedicina. De modo geral, as diferenças tendem a reproduzir especificidades que caracterizam a medicina diagnóstica/curativa e a medicina preventiva/saúde pública moderna, com ênfase na prevenção, promoção da saúde e autocuidado. Estes últimos aspectos assumiriam novas configurações ao envolverem predominantemente consumidores, dentro dos cânones do chamado projeto neoliberal.

Ainda assim, não é absurdo cogitar na possibilidade de estarmos diante também de uma polêmica de caráter retórico, passível de encobrir lutas de prestígio mais do que na busca de clara delimitação de fronteiras disciplinares. Basta ver o sintomático título da tabela 1 do artigo de Eysenbach *et alii* (1999, pp. 1294-5): '*Telemedicine versus Cybermedicine*' (grifo nosso), onde são delimitadas as diferenças nos quesitos cobertura geográfica, área de aplicação, segurança, dados intercambiados, trocas entre tipos de usuários, metas, meios (para atingir tais metas), *setting*, avaliação e alcance.

O referido autor assume arbitrariamente a definição de cibermedicina como sendo "a ciência da aplicação da internet e a rede de tecnologias globais à medicina e à saúde pública, do estudo do impacto e implicações da internet e da avaliação de oportunidades e desafios para o cuidado em saúde". É discutível esta atribuição categórica de ciência aplicada às pretensões cibernéticas. Mas, enfim, pode-se admitir a pertença a um âmbito instrumental ao se dedicar: à participação da internet na educação em saúde do consumidor, no auto-apoio (*self support*) dos pacientes, na pesquisa e educação de profissionais de saúde, na avaliação da qualidade da informação médica na internet, no impacto da internet na relação médico-paciente e na qualidade dos cuidados em saúde.

Apesar das assumidamente inevitáveis superposições, para efeitos regulatórios, houve uma tentativa de classificar o âmbito da informática para saúde em: serviços de software e correlatos; telemedicina; sítios de internet. Esta foi a proposta do projeto europeu TEAC-health – Towards European accreditation and certification of telematics services in health. Este grupo procura estabelecer os riscos próprios aos usos indevidos em cada uma destas categorias e desenvolver recomendações correspondentes (**Rigby *et alii*, 2001**).

Nos domínios da e-saúde

Voltemos a uma ilustração delineada na introdução, que consiste no uso de correio eletrônico entre médicos e pacientes. Há estudos que propõem protocolos éticos para lidar com problemas oriundos da recepção de mensagens não-solicitadas de pacientes na ausência da relação médico-paciente preexistente (**Eysenbach, 2000b**).

Assim, construiu-se uma tipologia de modalidades de contatos: tipo B (relações *bona fide*), onde há uma relação médico-paciente preexistente (ou, então, que o paciente tenha tido um primeiro contato com o profissional de saúde em sua atividade prática, ou que este tenha tido acesso a seus dados médicos eletrônicos ou, ainda, que haja

ocorrido uma consulta com tal médico); tipo A (ausência de relação médico-paciente prévia), onde as interações *on-line* carecem das características já descritas (a comunicação tende a ser impessoal, eventualmente anônima; mais informal, menos específica, mais acessível que pessoalmente). Exemplos: paciente envia uma mensagem não solicitada a um médico; serviços tipo 'pergunte ao doutor' na internet; resposta de um médico a um pedido de aconselhamento público em uma *homepage* ou *newsgroup*.

Tais contatos possuem características e implicações distintas. Isto mostra as dificuldades de definir o estatuto do contato em cada contingência. Esta temática vem sendo alvo de estudos e proposições de princípios éticos para nortear tais contatos e evitar possíveis desdobramentos indesejáveis. *A priori*, parece existir acordo quanto à necessidade de educar pacientes para indicar falhas deontológicas médicas em diagnosticar e tratar pela internet, na ausência de relação médico-paciente de base (idem, *ibidem*). Ainda assim, são perceptíveis os enredamentos das novas questões midiáticas e a necessidade de maiores estudos e reflexões. Nesse sentido, no ano de 2001, a pesquisa já citada da <www.harrisinteractive.com> mostrou que 79% dos médicos entrevistados não veiculavam informações clínicas por *e-mail*, mas em torno da metade se disporia a fazê-lo se houvesse garantias de segurança e privacidade. O restante não o faria por razões outras que as citadas (http://www.harrisinteractive.com/news/index.asp?NewsID=237&HI_election).

A informática para a saúde do consumidor (ISC)

Por sua vez, a ISC surge como conseqüência de a chamada cibermedicina dirigir-se para as necessidades de informação e de decisão de consumidores. A criação de uma suposta *auto-expertise* do consumidor que, *a priori*, teria como propósito funcionar como instrumento para escolhas mais informadas. Um dos emblemáticos exemplos da idéia moderna individualista dos consumidores de autocuidado pode ser percebida nas propostas de avaliação de risco em saúde da Sociedade da Medicina Prospectiva norte-americana e seu portal sintomaticamente denominado <www.youfirst.com>. Ao acessarmos o sítio, descobrimos mais um elemento digno de nota: aparece no cabeçalho a grafia *YouFirsttm*, onde, como sabemos, a sigla sobrescrita indica tratar-se de marca registrada com sua devida legislação de proteção jurídica de propriedade privada.

Na página de abertura, temos uma sucinta apresentação que diz: "Você está sob o risco (*risking*) de morte precoce? Como o estresse, a falta de exercício, a nutrição deficiente, o alcoolismo, a hipertensão arterial, o colesterol elevado, e a obesidade

atingem seu bem-estar pessoal? Descubra como com uma avaliação de saúde pessoal grátis. "...Manter-se saudável significa cuidar de si próprio. Em outras palavras – colocando você em primeiro lugar" (<http://www.youfirst.com/about.asp>). Em síntese, o portal propõe-se a produzir um relatório sobre risco após o preenchimento de um questionário com cinquenta perguntas pelo usuário com dados relativos à sua saúde. Apregoa ser confidencial e utilizar as últimas estatísticas nacionais disponíveis. Depois de submetidas as respostas ao portal, recebe-se uma computação do risco e são feitos relatórios com mensagens educativas individualizadas.

Evidentemente, são explicitados alertas indicando que mesmo sendo a avaliação de risco à saúde (ARS) "extremamente útil para avaliar riscos à saúde de indivíduos e grupos, não são substitutos da história e do exame médico completo". Também, as ARSs não são apropriadas para todas as pessoas. Pessoas com doenças crônicas como câncer ou doença cardíaca, por exemplo, não obterão projeções acuradas de risco nestas áreas. Também, alguns bancos de dados populacionais excluem informações referentes a jovens e/ou idosos, em populações socioeconômicamente desfavorecidas (*challenged*) e em algumas minorias. Nestes casos, as ARSs podem não projetar acuradamente riscos para estes grupos (<http://www.youfirst.com/about.asp>, setembro 2001).

A idéia de vigilância dos fatores de risco embute uma noção de possível procrastinação da morte para além de sua perspectiva radical, mediante sua 'fragmentação' em fatores de risco e correspondentes tentativas de controle destes virtuais, múltiplos e traiçoeiros componentes (**Bauman, 1998**). Não é despropositado pensar que o portal se volta primordialmente para indivíduos que se constituam, de fato, como potenciais consumidores de bens e serviços considerados protetores dos riscos. O portal não explica por que não se dirige a consumidores falhos, excluídos do acesso aos supostos benefícios da prevenção dos riscos em virtude de não disporem de condições econômicas necessárias e suficientes para atuarem efetivamente como agentes de consumo.

Ademais, começam a surgir programas de auxílio a decisões em questões de saúde que não substituem a ida ao médico (não se constituem em auxílios de acesso à informação!). Um deles se chama HouseCall, que produz um diagnóstico a partir dos sintomas dos usuários e da história médica pregressa (**Eysenbach, 2000a**).

Mas pouco se sabe como pacientes interagem com tais recursos. Como lidar com a possibilidade de estímulo à automedicação e a suposta proliferação de 'cybercondríacos'?

No Brasil, temos o *site* <www.medicart.com>, aparentemente sediado no estado do Paraná e sem indicar (pelo menos de modo visível) os responsáveis pelo portal (a única forma de identificar responsabilidades na visita ao portal, em setembro de 2001, residia no nome, breve currículo e o respectivo registro em seu conselho do farmacêutico responsável pelas informações especializadas, técnicas e farmacológicas). Temos aí um exemplo de instrumento capaz de permitir tanto a pesquisa de preços comparativos entre medicamentos como a existência de similares e genéricos.

De fato, o portal atua como se fosse um sintético dicionário de especialidades farmacêuticas com a característica de discriminar preços *on-line*. Na sua página de entrada, enfatiza os riscos da chamada auto-medicação e da mudança de medicamentos sem a devida consulta ao médico. Pretende desestimular a automedicação mas sugere trocadilho com a forma reflexiva do verbo 'medicar'... Se vale a analogia, estes alertas nos fazem lembrar os obrigatórios avisos dos malefícios do tabagismo que estão impressos nos maços de cigarros por determinação das autoridades governamentais de saúde. Pois, a estrutura do portal virtualmente (nos dois sentidos da expressão) se constitui em um potente veículo para aqueles que buscam a autoprescrição de medicamentos: o modo de acessar os produtos farmacêuticos e seus preços pode se dar através de designações químicas, dos nomes 'fantasia', das ações farmacológicas e da sintomatologia do paciente/consumidor. Dessa forma, o resultado da pesquisa gera configurações com estes quatro elementos, de modo a permitir a obtenção de supostas relações entre 'sinais/sintomas/diagnósticos', 'efeitos farmacológicos' e 'medicamento'.

Apesar de possíveis críticas metodológicas, o *site* www.harrisinteractive.com, em uma pesquisa por telefone, observou que, em março de 2001, de 675 adultos com acesso à internet, somente 25% nunca procuraram por informação sobre saúde na rede. Daqueles que buscaram, foram considerados cybecondríacos 'leves' os que passaram menos de três horas nesta atividade na última semana, e 'pesados', os que ultrapassaram oito horas na última semana. Vale notar a nomenclatura adictiva empregada pelos pesquisadores.

Outro aspecto do projeto cibernético seria a criação/adoção de sistemas de acesso e armazenamento de dados de saúde de indivíduos. Poderiam, por exemplo, assumir a forma de *smartcards* que conteriam informações integradas sobre a saúde do seu possuidor passíveis, inclusive, de serem transferidas pela internet. Ferramentas computacionais estão sendo desenvolvidas para auxiliar clínicos a conjugarem

particularidades, preferências dos pacientes às questões clínicas e às restrições contextuais. Um aspecto crucial reside no acesso e controle dos pacientes sobre seus registros e também na confidencialidade da informação. É preciso conceber formas de reduzir a fragmentação dos registros médicos, ao permitir a agregação de dados provenientes de diferentes fontes com teores diversos (**Mandl et alii, 2001**).

A qualidade da informação na rede

Surge o considerável problema de controle de qualidade dos conteúdos relativos à saúde na internet. Estudos da Rand elegeram dez instrumentos de busca de língua inglesa e quatro em língua espanhola e buscaram informação sobre câncer de mama, asma infantil, depressão e obesidade. Médicos investigaram a qualidade de informação em 25 *websites*. Em linhas gerais, vários *sites* continham informações contraditórias e/ou datadas e/ou incompletas em diversos aspectos de seus temas específicos. Mas, os elementos mais dignos de atenção são as questões relativas à compreensão dos receptores das informações (**Feder, 2001**).

Em termos globais, as preocupações quanto a qualidade da informação estão voltadas para: educar o consumidor, estimular a regulação dos emissores de informação em saúde, possuir instâncias não comprometidas para avaliar a informação e estabelecer sanções em casos de disseminação nociva ou fraudulenta de informação. Há alguns projetos de certificação e classificação da informação confiável em saúde na internet como o MEDPics – plataformas de avaliação de conteúdos relacionados à medicina na internet (**Eysenbach, 2000a**) e o já citado TEAC-health (**Rigby, 2001**).

Existem, também, iniciativas voluntárias de códigos de conduta na rede (exemplos: American Medical Association, Internet Health Coalition, Health Internet Ethics, Quackwatch – Your guide to health fraud, quackery and intelligent services e Health on the Net Foundation – HON).

Para efeitos de nosso trabalho, vamos procurar enfocar esta última como uma simplificada 'descrição de caso', destituída de pretensões metodológicas. A HON está sediada em Genebra e seu código de conduta dirige-se à padronização da confiabilidade da informação na rede, sem, no entanto, avaliar a qualidade de tal informação. Os portais que, em tese, seguem tais preceitos recebem o direito de exibir o selo de qualidade da

HON. Os princípios, sinteticamente, são:

- 1) **autoridade** – profissionais treinados e qualificados serão responsáveis pela informação apresentada, a menos que seja declarado expressamente em caso disto não suceder;
- 2) **complementaridade** – a informação não substitui o relacionamento existente entre pacientes e respectivos profissionais;
- 3) **confidencialidade** – os dados disponibilizados por usuários serão mantido em sigilo (incluindo a identidade);
- 4) **atribuições** – quando for o caso, as informações terão a chancela de referências claras a fontes de consulta, inclusive indicando *links* para acesso a tais fontes. A data em que cada página médica foi atualizada deverá ser evidenciada;
- 5) **justificativas** – similar ao anterior no que se refere a comprovar benefícios e resultados de tratamentos, produtos, serviços apresentados;
- 6) **transparência na propriedade** – os administradores visuais do portal devem apresentar claramente a informação e indicar endereços de contato para visitantes. O *webmaster* deverá exibir seu endereço eletrônico em todas as páginas;
- 7) **transparência de patrocínio** – os apoios (financeiros, materiais e de serviços) devem ser explicitados claramente, identificando, inclusive, as organizações comerciais e não-comerciais que tenham participado da construção do *site*;
- 8) **honestidade da publicidade e da política editorial** – deve ser claramente explicitado se a publicidade se constitui em fonte de renda do *site*. Os proprietários devem esclarecer sumariamente a política de divulgação empregada. Anúncios e publicidade devem ser diferenciados em seus contextos de apresentação dos conteúdos originais produzidos (<<http://www.hon.ch/HONcode/Portuguese/>>, setembro 2001).

Um portal brasileiro que recebe o selo HON é o <www.saude.com.br>. Uma rápida navegação no *site* de caráter particular e comercial – com *banners* anunciando preços e local para aquisição de Sildenafil (Viagra®) e Finasteride (Propecia®) – aparentemente não apresenta nada que contrarie os preceitos da HON. No entanto, chama atenção a página de entrada que indica tópicos como busca por profissionais, clínicas e hospitais, laboratórios médicos, laboratórios farmacêuticos, farmácias e drogarias, planos

e seguros de saúde, conselhos e sociedades. No final desta lista, surge 'B2B', uma abreviatura inacessível aos não iniciados (existe, em inglês, 'P2P' – *peer to peer*, no sentido de negócios entre usuários sem intervenção, por exemplo, uma empresa que venda ou preste um serviço a um consumidor). Ao entrarmos no local, confirmamos: "Este ambiente restrito está sendo desenvolvido para que fornecedores e compradores de produtos, insumos e serviços para a área de saúde possam realizar negócios de forma objetiva, direta e sem intermediários. Cadastre-se gratuitamente, e garanta a sua presença!" (<<http://www.saude.com.br/b2b.htm>>, setembro, 2001). Enfim, fica a pergunta: como será que a HON Foundation lida com estas propostas restritas de negócios em suas avaliações com vistas à manutenção de seu selo de qualidade? Alguns autores afirmam, pelo visto com razão, que a HON Foundation apresenta deficiências por não possuir verificação externa. E, portanto, está vulnerável a abusos, podendo proporcionar uma falsa impressão de segurança (**Rigby, 2001**).

Ademais, é interessante observar que estes portais assumem, de forma geral, dois dos três princípios de conduta que no nosso modo de ver estão em jogo nas questões da comunicação de conteúdos em saúde. A informação tem que ser correta, pertinente, adequada (princípio de correção), explícita quanto aos autores e patrocinadores (princípio ético). Entretanto, não se percebe menção a aspectos referentes à reflexão de questões básicas relativas aos processos de construção/difusão/consumo dos produtos tecnocientíficos, essencial para o exercício da crítica. Não notamos estes portais questionando o aumento dos preços de medicamentos, as debilidades das políticas públicas, a ênfase da mídia sobre aspectos 'selecionados' etc.

As escolhas dos pacientes/consumidores baseadas em evidências

Outra forma de 'juntar os trapinhos' é constituída pela junção entre a ISC e a MBE (medicina baseada em evidências), sendo batizada como 'escolha do paciente baseada em evidências'. Curiosamente, neste momento, o termo 'consumidor' sai de cena sendo substituído pelo tradicional 'paciente'. Uma possível explicação seria a argumentação oferecida pelos autores desta vertente ser resultante da interseção entre a citada MBE (que enfatiza a necessidade de 'evidências cientificamente corretas' para intervenções em busca de efetividade) e a 'medicina centrada no paciente', cuja premissa essencial é: pacientes devem desempenhar papel central nas decisões sobre a assistência à sua saúde e de seus familiares. Tais informações podem ser divididas em: as específicas ao caso daquele

paciente (diagnóstico, dados como faixa etária, gênero, condições gerais de saúde) e as de caráter generalizado, como, por exemplo, estatísticas de efetividade das distintas intervenções para a doença em foco.

Há diversas questões importantes envolvidas nesta temática, tais como os problemas de acessibilidade à linguagem médica, as formas de lidar com a incerteza, a ênfase na redução de custos etc., mas não é o propósito deste texto se deter nelas. Aqui, vamos comentar a aparente candura em meio ao tom supostamente caricatural com que se propõe a ascese do paciente/consumidor ao saber via e-saúde. Esta postura fica evidenciada na tipologia analógica ilustrada dos modelos de relação consumidor (que volta à cena) e profissional de saúde criada por Eysenbach: paternalista – na qual o clínico, na 'terra sagrada dos conhecedores' (*holy land of the knowing*), está ao lado de um 'poço' vazio (o buraco da ignorância) para onde lança o medicamento em pílulas para um paciente prostrado no fundo do poço, dizendo como o mesmo deve ser ministrado e ordenando que não sejam feitas perguntas; educacional – onde o clínico anuncia que vai educar o paciente e lança para ele uma corda e este inicia uma subida pela parede (com a observação '*ex ducere* – conduzir para fora'); era internet – o médico olha estupefato pacientes subindo para sair do poço pela escada de madeira *www*, através de *self-support*, uns galgando os ombros dos outros ou alçando-se mediante um balão *e-mail*, e o que conseguiu sair joga fora a tabuleta; consumidor como parceiro – o médico recebe de mão estendida dizendo bem-vindo ao paciente que saiu pela sólida escada da educação do paciente via internet (**Eysenbach, 2001**). Aí, suas escolhas serão baseadas em evidências no contexto da medicina centrada no paciente.

Ora, as relações de poder/saber entre médicos e pacientes estão longe de ser tão esquematizáveis. Em termos sucintos, basta citar Canter (**2001**), ao indicar que há distintas dimensões no exercício do poder: 1) A força B a fazer algo; 2) A controla a 'agenda' nas interações com B; 3) A define a visão de mundo onde B vai estar. Ou seja, mesmo que o médico não assuma posturas claramente dominantes, o conhecimento médico se baseia em imagens, símbolos, ritos da ciência cuja mitologia constrói a idéia de seu poder de se aproximar e, eventualmente, evidenciar as 'verdades'. Sabemos que o dispositivo de construção dos saberes científicos sofre efeitos de crenças indutivistas, e lida com dificuldades, ambigüidades e anomalias. Então, cabe indagar acerca da consecução do ideal neo-iluminista quanto às reais possibilidades de ascese e de

autonomia do paciente/consumidor ao buscar elementos para orientar sua participação na decisão de tratamento através de meios eletrônicos.

De qualquer forma, há ensaios randomizados para mensurar a efetividade de instrumentos de auxílio à decisão na assistência primária (*primary care*) no caso de reposição hormonal pós-menopausa, sem mediação pela internet. Em geral, os resultados são considerados satisfatórios no que se refere à melhoria do conhecimento do paciente, à redução do conflito decisório e ao estímulo ao paciente desempenhar funções mais ativas na decisão sem aumentar sua ansiedade (Murray, 2001). Mas serão suficientes neste processo de decisão de caráter racional para não só 'orientar' o doente em suas escolhas cognitivas, mas também na esfera emocional? Será que pelo fato de não se produzirem nítidas evidências da importância de aspectos de caráter subjetivo/relacional (de mensuração problemática) não sejam relevantes? Como evidenciar os efeitos das manifestações de acolhimento por parte do profissional, dos signos de empatia entre as pessoas envolvidas na interação – que podem se manifestar, por exemplo, em uma conversa afável sobre educação de filhos.

Como diz Rushton (2001) em uma pertinente crítica à medicina baseada em evidências:

“Muitas vezes a resposta baseada em evidências à maioria destas questões não é clara ou a 'evidência é incompleta'. De alguma forma, em nossa volúpia dos dados duros (hard data), estas respostas desconhecidas transformam-se em 'não'. Se não há clara e convincente evidência, o modo 'automático' (default) é encarar a prática como sem valor. Reduções drásticas em despesas hospitalares e recusa de pagamentos utilizam esta abordagem para cortar duramente atividades destituídas do impossível, muitas vezes inalcançável, peso da evidência”.

Em síntese: apesar das contribuições das atividades técnicas na medicina, que procura se basear em evidências, parece existir uma exagero de busca de evidências na relação médico-paciente, em detrimento de tal relação.

Desafios na junção saúde e novas tecnologias de comunicação: breves comentários finais

Bruno Latour (1998) escreveu sobre o espantoso desenvolvimento científico no século XX e ao mesmo tempo enfatizou como o entendimento deste avanço mudou drasticamente. Para ele, teria havido uma transição da cultura da 'ciência' para a cultura da 'pesquisa'. Esta questão pode ser encarada de distintos pontos de vista. Mas,

esquemáticamente, a idéia era de que a ciência seria uma forma (iluminista) de permitir que indivíduos treinados em técnicas de estudo e experimentação pudessem evitar fontes de desvio oriundas das ideologias, paixões, emoções (todas colocáveis no âmbito da subjetividade) e se aproximar objetivamente das verdades para trazer o conhecimento com vistas a resolver disputas e minimizar as respectivas fragilidades humanas. Já a pesquisa seria algo (se mantivermos a metáfora ótica), mais estroboscópico, produtora de controvérsias, arriscada, realizada por indivíduos treinados, mas que também se preocupam com suas carreiras e a visibilidade do resultado de seus estudos. Em suma, a pesquisa mostra que ciência e sociedade não podem ser separadas. A ciência não mais entra em uma sociedade caótica para organizar, trazer a ordem, e até pôr fim a controvérsias. Eventualmente, ela própria introduz mais elementos de ruído ao alarido vigente.

Ainda mais agora que convivemos com a difusão pública dos achados científicos (ou das pesquisas...) e que, no caso da saúde, muitos pacientes e familiares não hesitam em buscar informação através dos sofisticados meios de comunicação disponibilizados. Se trouxermos esta discussão para o lado abaixo do equador (possivelmente com exceção de Austrália e Nova Zelândia), iremos nos deparar com as dificuldades inerentes aos países economicamente mais fracos. No panorama informático, as precariedades em termos de acesso à infra-estrutura informática e à *web* são evidentes nos grupos sociais mais desfavorecidos em termos socioeconômicos e culturais.

Em determinadas nações africanas, o quadro é dramático. Segundo dados coletados por Arunachalam (1999), cerca de 95% de todos os computadores estão nos países economicamente mais fortes. Em termos comparativos entre os extremos quanto à conectividade à rede, os valores absolutos para a África remontam a meados de 2001 em torno de 4.150.000 (segundo estatísticas específicas para a África do Sul, há 2.400.000 em dezembro de 2000). Em termos de proporção de usuários em relação à população, temos cerca de 0,5%. Para os Estados Unidos somados ao Canadá, obtemos 58,3 % para o mesmo período.

Na América Latina, a proporção geral é de 4,8%. No Brasil, há estimativas de que, no período considerado, cerca de 6,84% da população tenha acesso à internet – mas, há países com valores superiores ao Brasil, como o Chile, 11,6% (dezembro de 2000), Uruguai, 11,1% (dezembro de 2000) e Argentina, 10,4% (julho de 2001).

Entretanto, a variação bianual no período 1997-2001 foi, respectivamente, 1997: 0,6%; 1999: 1,8% (incremento de três vezes); 2001: 6,8% (incremento de 3,8 vezes) (fontes: acesso à rede: http://www.nua.com/surveys/how_many_online?index.html; dados populacionais: <http://www.census.gov/ipc/www/idbnew.html>). Há projeções para chegar a 18% (34 milhões) em 2006 (Pereira, 2001). É preciso levar em conta que tais dados são sujeitos a críticas, pois foram obtidos por diferentes institutos de pesquisa. E, além disso, importa considerar que o padrão de utilização da internet varia. Uma mesma pessoa pode possuir várias contas de acesso à rede, enquanto uma única conta pode ter vários usuários (Ishaq, 2001).

Há esforços para amenizar a importante questão da 'divisão/brecha digital global' entre as populações informatizadas e as despossuídas que tende a ampliar as discrepâncias socioeconômicas. Mas as propostas tendem a ser primordialmente técnicas. Para além da falta de acesso dos desinformatizados (*sem-hardware e/ou software e/ou web*), é preciso levar em conta o fato de que estes recursos não foram concebidos, nem desenvolvidos pelos respectivos produtores de bens e serviços para tais grupos. Basta ver o idioma predominante na rede. Portanto, são mais desafiadores os problemas de aproximar culturalmente indivíduos desinformatizados às novas tecnologias e seus desdobramentos (Edejer, 2000).

Apesar disso, há valorosas e admiráveis iniciativas para enfrentar tais limitações. Um dos melhores exemplos não é governamental. Trata-se do Comitê para a Democratização da Informática, criado por Rodrigo Baggio, filho de um ex-executivo da IBM. Ele e sua equipe procuram locais de aula, treinam instrutores e fornecem computadores para favelas. Já recebeu auxílio de empresas nacionais e estrangeiras e dá consultoria em outros países.

Ademais, é perceptível a qualidade desigual da informação na rede, como aponta uma nova linha de estudos avaliativos, por exemplo, o dimensionamento da qualidade da informação na *web* sobre tratamento da depressão (Griffiths, 2000). O que dizer sobre nossos portais de saúde? Em nosso trabalho, à guisa de ilustração, destituída de rigor avaliativo, sinalizamos breves aspectos que sugerem a necessidade de investigação nesta área.

No caso de informações sobre saúde, existem aspectos relativos a dimensões socioculturais e educacionais para decisões bem informadas. Estas envolvem

entendimentos, nem sempre acessíveis, dos processos de construção dos conhecimentos tecnobiocientíficos na resolutividade de questões de saúde. Quais seriam os conteúdos básicos de epidemiologia e de estatística necessários para os indivíduos decidirem racionalmente acerca de medidas de autocuidado sobre dieta, exercício e não-tabagismo? Será que se trata de fornecer informação e técnicas de auxílio à decisão baseadas em evidências? Estas condições podem ser necessárias, mas talvez não suficientes, se levarmos em conta dimensões não racionais, inconscientes que habitam a volição humana.

Em meio às tentativas de análise sobre a contemporaneidade (seja tecnófila, seja tecnófoba, seja tecnoambivalente), podemos visualizar a imbricação de três sistemas que participam da organização das configurações do mundo atual: o domínio da razão instrumental e suas produções tecnocientíficas; o poder enfeixado pela junção de instituições e ideologias; a crença na supremacia dos mitos, símbolos e ritos promovidos pela tecnociência.

Como possível resultante deste cenário, presenciamos uma colonização da sociedade pela aliança entre geradores de conhecimentos especializados, especialistas que os produzem como objetos tecnológicos, o conjunto do sistema industrial (os macrossistemas técnicos) e as redes de comunicação, distribuição e consumo. Convivemos com excesso de imagens, textos e de escolhas possíveis. Uma das conseqüências palpáveis se constitui na ampliação de rupturas com as configurações simbólicas e com as mediações que regem as maneiras de ser em conjunto (Balandier, 1999).

No caso da saúde, temos a geração de uma sociedade de indivíduos que se reconfiguram sob a forma de protopacientes sem médicos, em consumidores de mercadorias/serviços ligadas tanto à informática como à pretendida proteção da saúde.

Baseando-nos em Cohn (2001), cabe aqui um comentário sobre a relação consumidor/cidadão/indivíduo: nos países economicamente mais fortes, as políticas sociais proporcionaram maior igualdade no interior de suas sociedades, através dos chamados *welfare states*. Apesar de seus atuais 'encolhimentos' a partir dos ditames neoliberais e das crises fiscais, foi aí que se constituíram e se estabeleceram os direitos de cidadania. Estes, de fato, não vieram separados do movimento de afirmação do próprio estatuto do ser 'cidadão', viabilizado pelas inerentes condições socioculturais e políticas de seus contextos socioculturais. Assim, tais cidadãos ocupariam criteriosamente seu lugar de consumidores bem informados que lidariam com as injunções do mercado de forma mais

autônoma, pois estariam cientes de seus direitos.

Porém, como indica Bauman (2000, p.46), em função do inexorável processo de individualização contemporâneo (como mencionado no início do texto), o indivíduo se constitui como um vetor de desgaste e fragmentação para o cidadão. O primeiro usufrui da liberdade pessoal de escolha, inclusive para consumir como melhor lhe aprouver, descrente, indiferente, ou, na melhor das hipóteses, cauteloso quanto a participar de ações efetivas dirigidas ao 'bem comum'. Já o segundo buscaria seu próprio bem-estar através do bem-estar da 'cidade'. Por mais resultados favoráveis que proporcionem, a busca de interesses comuns dos cidadãos é vista, no limite, como restrição à liberdade de escolha pessoalizada por parte do indivíduo de direito. Mas, para este se tornar um indivíduo de fato, é imperioso que se torne antes cidadão.

Enfim, inegavelmente, vivemos no Ocidente, com variações conforme as características das distintas formações sociais, políticas e econômicas, em situações hipermediatizadas – sociedades de indivíduos submetidos à nova trindade: informação, comunicação, técnica. Como assinala Balandier (1999), somos todos cada vez mais pertencentes à categoria *Homo cathodicus*, seres mediados por teclas e telas. Nestas circunstâncias, proliferam informações nem sempre congruentes e, também, aumento das incertezas e das ansiedades diante desta saturação de possibilidades.

Apesar da importância atribuída à faceta libertária e democratizante da internet, são necessários pré-requisitos tecnoculturais para acessá-la. Vale retomar a discussão de Sousa-Santos (2000, p.248) sobre a dupla ruptura epistemológica entre conhecimento científico e senso comum: a primeira se dá quando a ciência se diferencia do senso comum, a segunda consistiria em romper com a primeira para transformar o conhecimento científico em um novo senso comum. Mas que este não se torne regulatório e sim emancipatório. Então, como as estratégias comunicacionais viabilizadas pelos objetos tecnocientíficos nos permitiriam sair do senso comum conservador e chegar ao conhecimento emancipatório, aquele que não recusa a tecnologia, inclusive a utiliza para aceder ao "autoconhecimento ... e traduzir-se em sabedoria de vida"? Para isto, o referido autor detalha os elementos de uma "epistemologia dos conhecimentos ausentes" no interior de uma " epistemologia da visão" que lida com a tensão entre as facetas regulatórias e emancipatórias do conhecimento. Aí, o sociólogo luso aponta a necessidade de prudência com vistas a perceber e controlar a maior insegurança, especialmente nos

grupos oprimidos, excluídos, vulneráveis da sociedade e que mais se beneficiariam de práticas emancipatórias.

Se, por um lado, são visíveis as manifestações de descontrole da técnica tais como se observa:

- na proliferação de *sites* que difundem pedofilia, nazi-fascismo, que ensinam processos químicos e técnicas laboratoriais para a produção de psicofármacos (como o *ecstasy*), ou mesmo artefatos explosivos;
- na criação incessante de novos e virulentos vírus de computador (transgressões da técnica contra si própria);
- no recrudescimento e ampliação do terrorismo fundamentalista que utilizou a *web* em suas comunicações, fato que gerou restrições e controle do fluxo de mensagens da rede.

Por outro lado, é preciso assumir os indiscutíveis benefícios da inovação, da produção e da eficácia dos recursos tecnobiocientíficos no âmbito da saúde: vacinas, fármacos mais potentes, equipamentos médicos para aumentar a acurácia do diagnóstico, tratamento e reabilitação. São evidentes os efeitos em termos de aumento da longevidade e nas tentativas de procrastinação dos efeitos do envelhecimento para aqueles capazes de atuar como agentes de consumo. A disponibilização de dados e de programas computacionais de auxílio à decisão via internet pode ampliar o acesso das populações a informações sobre cruciais questões da vida e da saúde. Pode, também, ajudar a reduzir desgastes e ansiedades decorrentes das incertezas que se insinuam nas práticas de saúde, tanto no lado do profissional como no daquele que necessita de cuidados, não obstante o nome ou papel que se lhe atribua. Sem dúvida, é importante o estudo de usos da informática em saúde e respectivos riscos conforme a inadequação dos contextos de comunicação e, também, acerca das dificuldades de regulamentação consistente diante de temas relativos à saúde na rede.

Mas, sobretudo, mesmo com os problemas decorrentes da individualização, ainda é essencial que se criem condições de aproximação entre os estatutos de cidadão e de consumidor (e de conhecimentos regulatório e emancipatório) em sociedades profundamente iníquas como a nossa, para evitar que o eventual casamento (se possível) entre tecnologias comunicacionais e saúde das populações e dos indivíduos de fato não signifique, em termos socioculturais, tentar juntar trapinhos.

X. Do the internet messages promote health? Log files analysis to assess health media impact ²⁵



Paulo R. Vasconcellos-Silva

Luis D. Castiel

Abstract

Strategies centered on Internet, TV and press media dissemination of information has been considered as powerful vehicles for influencing health behavioral changes. The Public Health authorities, as health information producers, have a weak sense of opportunity in this field. They usually produce information that compete and are submerged by commercial media messages. In this field, a substantive question is: which contents emerge from the media cacophony? How can we detect the social attention to relevant health issues, that leads to behavioral changes?

It is proposed the log analysis as a technology to observe cognitive movements in response to media stimuli, by tracing “audience curves” that reflect the attention of lay people in WEB matters. This technology can be divided in 2 kinds of resources: software analysis and statistic analysis by indicators. Reports generated by the log analyser software, present crude data, which can be interpreted in ‘cognitive movements’ and

²⁵ Publicado no *Pan American Journal of Public Health* (Vasconcellos-Silva, 2003d).

‘interest indicators’. It can reveal transient trends that reflect lay interest generated by mass media health messages.

Some examples of media impact on the Brazilian National Cancer Institute Website (cancer education campaigns, diseases in soap opera characters and famous people) are mentioned.

Introduction

Strategies centred on Internet, TV and press media dissemination of information has been prescribed as a shortcut for influencing behavioral changes. Primary prevention actions have been prescribed as a matter of personal enlightenment that would neutralize pernicious habits like nicotine addiction, abusive sunbathing, lack of exercises and fatty nutrition. Nevertheless, while necessary, information alone is not sufficient to induce lifestyle choices. Nicotine addiction, for example, has been cited as the reason for people to continue smoking in the face of proof that smoking causes several diseases. If tobacco was not an addictive substance, the knowledge of its effects would be adequate to change smokers’ behaviour. Research into skin cancer and risk behaviours would suggest the opposite. Sunbathing cannot be considered addictive, however, 38% of sunbathers were fully aware of the risks of sun exposure but did not use any skin protection and intended to continue sunbathing (**Robertson, 1994**). Even credible and relevant information is not enough to alter the behaviours of these individuals.

On the other hand, we can have social attention being diverted from the important and preventable causes of diseases by misinformation. Indiscriminate media focus on the more sensational aspects of diseases can result in an overestimated attention on minimal or non proven risks (**Kreuter, 1993**). This misplaced concern, frequently caused by commercial purposes and unqualified health information producers, can have serious consequences for more realistic primary prevention. One of the behavioral changes observed in cancer-related topics can be compared to the “ostrich behaviour”. It seems to people that everything is carcinogenic and that they are helpless in the face of such overwhelming odds (**Evans, 1994**).

For the last 10 years we have expected for the information revolution as a social transformation of epic proportions. The Information technology would solve our democracy and education problems because nothing, since Guttenberg, has

provided us such a potential for making more information available for more people at lower cost. This electronic information environment age is concentrated on Internet as an important source of knowledge, wealth and power. Nevertheless, we haven't testified the same large impact on the health social learning field as we have seen in the e-health commerce and health consumerism. As described by Eysenbach (2000a), consumer informatics analyses consumers' needs for information; it studies and implements methods of making information accessible to consumers and models and integrates consumer's preferences into medical information systems. Information technology and consumer health informatics are becoming integral parts of the modern concept of public health and national healthcare policies. Nevertheless, the massive growth of health messages, impelled by users that look for health advisors, has been a problem in a field where there is no clear quality and ethical standards allied to regulatory mechanisms. The more commercials messages embodied as public health issues are exposed in the mass media, the more cacophony is produced (Baillie, 2000).

Health and commercial promotion in media messages

A recent review addressed the major self-regulatory initiatives in the English-speaking world to develop quality and ethical standards for health on the Wide world Web. These quality initiatives reveal many gaps that need to be considered (Risk, 2001) which are directly proportional to the wide spreading of health sites. In the United States, the proportion of Internet health-information seekers are estimated to be about 86% of 168 million American adults who have access to the Web (Eng, 2001). The number of health-related Web sites is estimated over than 100,000 and only half of these sites have their content reviewed by doctors (Gottlieb, 2000). We have over 79,430,000 pages if we enter with the word "health" in a generic search engine (www.altavista.com), half of them have laypersons assessing the quality of health information that are disseminated.

In this scenery, public health institutional messages are mixed in an amalgam with unmeasured number of pharmaceutical industry-related and personal professional Web sites. The trend towards use of the Internet for health purposes is rising and much of the information is subject to manipulation because the reliability of provenance are constantly in question (Gottlieb, 2000). There is a profusion of movements seeking to protect the rights of "e-Health consumers". They are requiring ethical contents and improved safety standards for the health sites (Risk, 2001; Eysenbach, 1998) in a field in which a

commercial rationality leads to a need for specific ethical regulation and assessment instruments.

The search for health Websites that violate safety standards codes is a retrospective way by which we can minimize WEB abuses. Quality and ethical standards are useful to establish safety boundaries. Their main questions: are people seeking advice from qualified sites? Is there any kind of commercial purpose in the information they produce? How can we protect the society from commercial abuse? In this field what is the difference between users and consumers? In our point of view there are some other questions that precedes our concern in a regulation of health sites contents: What are people interested in? What do they seek on the Internet oracle? Can we assess their main interests? Are we able to measure and trace audience trends in health issues and use this to plan our WEB contents? Can we offer qualified information and satisfy the social cognitive interest ethically? Can we construct a web of institutional reference sites updated with subliminal contents that emerges from the media cacophony? Can we use them to promote health?

In other words, we need prospective technology sensible to interest trends. Maybe these trends reflect social learning and we can make it useful to produce visibility in the social search for meanings on Internet. If we assume the WEB as a Public Health facility (Eysenbach, 2000a), in which ethical boundaries are important (in a retrospective and individual way), we should concentrate our efforts in developing prospectives assessment mechanisms sensible to collective interest oscillations. A substantive question in this field is: which contents emerge from the media cacophony? We have to plan our contents based on what is crystallized in the social memory, here and now, using the mass media as a source and not as an obstacle. The prevention voice has no sense of timing and so is overwhelmed by the cacophony of the mass media.

In our work, we propose the log analysis technology as a prospective tool, sensible to some social cognitive movements. Our efforts are concentrated in conquer the social attention to relevant health issues that leads to behavioral changes. The Public Health authorities as health information producers, have a weak sense of opportunity in this field. They usually produce information that compete and are submerged by commercial media messages. On the other hand, some of the available log file technology is just used to detect market interests and not to construct reference sites that promote health. There is

not fully developed and mature technology sensible to “interest trends”, that reflects the so-called “social cognitive movements”. Until now, we were unable to articulate efficiently both mass media messages and health prevention messages.

Developing effective Health campaigns

To the newspaper editors it is possible to know the exact number of newspapers sold in a week. They can estimate the impact of their journalistic work by the number of copies sold. However, it's impossible to know how many minutes and seconds, on an average, one spends in reading each single page of the newspaper, which words were outlined and which pages were cut out for future references. We can not detect in details how many times people came back to a section and what path did they choose to get there. We have sophisticated technology to produce and promote educative TV programs, magazines and books. Nevertheless we have a very limited “sense of impact” of this kind of resources in the so-called social learning.

Some movements that use Internet as a kind of source of research seeks "to acknowledge the existence of and study the interplay of multiple views and voices including, importantly, lay voices" (Barbour, 2000). In their surveys the researchers identify themselves as such and gather information as online semistructured interviews or online focus groups (Eysenbach, 2001). They can use the WEB just to recruit participants for Internet based surveys and traditional personal interviews. We can also study the interactions on discussion groups and the content analysis of helping mechanisms of online self help groups for colorectal cancer (Klemm, 1998) and breast cancer (Sharf, 1997). Internet postings are also accessible sources for research of lay voices. We can easily determine information needs or investigate how health related information can best be converted into knowledge (Eysenbach, 2000a). Nevertheless, three main aspects limit this kind of surveys: the small size of the samples, the highly biased views of the participants that express particular interest and the transversal and static nature of the studies.

We propose the log analysis as a technology to observe cognitive movements in response to media stimuli. This “on line assessment” is reached by tracing “audience curves”, that reflect the attention of lay people in WEB matters. These tools open the possibility to study trends, unreachable by other Internet research methodologies. We can

focus our observation in a given matter, by selecting “sentinels pages” or sites which summarize specific contents. The “audience” to the WEB site is dynamically measured in terms of number and length of sessions to the pages, most visited and downloaded contents, top paths and much more. These pages can be monitored and some indicators can be used to follow specific interests in health matters. The log files analysers are softwares developed to attend to commercial purposes, but in the Brazilian National Cancer Institute we use this technology to reach a large amount of users and observe their movements in an unbiased way. Our work deals with “cognitive movements” related to “interest indicators”, essential elements to develop efficient sites in health education and promotion. In Brazil, the strategy adopted by the National Cancer Institute (sponsored by Brazilian government) to reduce e-Health abuse in cancer information field is to develop an ethical and qualified reference site, always updated with social cognitive movements.

Log analysis technology

A Log file is a text file created by the server computer during a WEB session, which contains all the access information regarding the activity on a given page. The log files technology was develop to create comprehensive analysis of web traffic, by recording actions that have occurred within a site. Commercial sites translate visitors' behaviour in terms of effectiveness of on line advertising, referring sites and visitor paths. The WEB servers - computers that host information available to anyone accessing the Internet system - maintain log files listing every request made to the pages. With log file analysis tools, it's possible to get a good idea of where visitors are coming from, how often they return, and how they navigate through a site. Using information stored on the customers' machine (cookies folder), enables webmasters to log even more detailed information about how individual users are accessing a site. The ability to extract statistical information from the server's log files is crucial to shaping web sites to better serve users' needs. This enables the web designers to focus attention on the most popular pages, for updates and improvements, and indicates where we might need to add more content. Seeing which pages are the most popular, we can ensure that the navigation menu items are chosen to allow rapid access to those pages. The log analysis softwares can report the top 100 pages from the previous month access log by “reading” the web traffic and counting the accesses to each page in a site. It outputs a file containing records specifying for each URL and the number of successful page views. Another useful thing to know

about is which URLs sent the most visitors to our page. If they are relevant to our purposes, and are of clear merit, we might want to link to them.

Data and indicators

This technology can be divided in 2 kinds of resources: software analysis and statistic analysis by indicators. Reports generated by the log analyser software present crude data, which can be interpreted in ‘cognitive movements’ and ‘interest indicators’.

Data generated by the log analyser software:

. Hits - Any action on a web site (like to click on a link to view a page, send personal information by electronic forms or download a file). Page: Any document or form. Documents that generate hits are defined by the system administrator, but generally include all static content, such as complete html pages. Forms are scripted pages, which get information from a visitor that gets passed back to the server.

. Page views – A hit to any file that is classified as a Page. Contrast with Hit, which counts files of every type.

. Visitor sessions or User Session - A session of activity (set of all hits) for one user of a web site. By default a user session is terminated when a user is inactive for more than 30 minutes.

. Unique user – users identity determined by the IP address (or the information stored on the cookies folder).

. Length of sessions – average time spent for all the users in each page.

From the data reported by the software, we can construct line trends based on the web traffic detected. We consider these trends as cognitive movements, which reflects the search for information that potentially generates behavioral changes:

1. Oscillation on Return Ratios (number of sessions / number of visitors)
2. Oscillation on Number of Page Views (whole site and specific matters)
3. Oscillation on Number of Visitors (whole site and specific matters)

4. Oscillation on Visit lengths (whole site and specific matters)
5. Activity indicators (Activity Level by month and length of visit)
6. Top Entry Pages (pages which attracts people to the site)
7. Top paths (paths more prevalent within the site)
8. Sentinel pages (central pages which summarize issues related to the main message)

How to use the log file analysis - National Cancer Institute experience

The log analysis technology does not measure the “static efficiency” of a given Internet site in a given moment. It reveals transient trends that reflect the ephemeral interests generated for the mass media messages. It was not developed to compare sites performances. It deals with the movements within the information market arouse by the media stimuli. Once we can detect the “peaks of interest”, we can plan more effective campaigns to reach people’s attention. We can reach some gaps of information, in this kind of media, by accessing the cognitive movements of a lay audience interested in cancer matters. We can also analyze the e-mail messages and FAQ to determine specific interests in other issues.

We analyzed the <http://www.inca.org.br> log files from September 1999 to August 2001 (October 1999 to February 2001 for leukemia and prostate cancer). We found an incremental trend, with periodic “waves of audience” which could be related with National Campaigns focused on Tobacco and Cancer Prevention (May 2000, 2001- world day without tobacco; August 2000, 2001- national day against the tobacco; November 1999, 2000 - national day against cancer and other *media stimuli*) – chart 1. Tobaccoism pages: during the months with major media interventions, we observed a remarkable growing in absolute numbers: PAGE VIEWS - 1422,56 to 3338,14(134,65%); and relative numbers: (number of page views proportional to the whole site) 1,37% to 2,0%. Aleatoric peaks were related with TV serials (leukemia in soap opera characters – chart 2) and caused by the public impact of diseases in famous people (prostate cancer and death of a famous politician, as shown in chart 3). Leukemia pages and soap opera character disease: PAGE VIEWS - 805,91 to 1597,2 (growing of 98,18%); Prostate cancer pages during the

disease and death of a famous politician: PAGE VIEWS: 507,8 to 850,41 (growing of 67,46% on average from February 2000 to February 2001) with remarkable oscillations: SD=319,36 (compared to previous months SD=115,52) which can be related with sporadic media exposures. (charts 2 and 3).The health messages could be inserted on Internet site media at the same moment with these peaks of interest. We could use the mass media intervention to generated interest on our health messages. A good example of a well succeed action in this field was the Brazilian National Cancer Institute bone marrow donation campaign, during a television soap opera in which a character had leukemia. The log analysis technology and e-mail / FAQ was used to detect early peaks of audience, which oriented subsequent TV announcements. After the TV campaign we had a substantial growing in the number of bone marrow donors.

Conclusions:

The log files analysis technology and the interest indicators are useful to evaluate interest trends on Internet. The log analysers are softwares developed to attend to commercial purposes, but it is possible to use it to reach a large amount of users and observe their movements in an unbiased way. By using “sentinel pages”, which summarize relevant issues, we can detect trends in public audience related with other cultural events.

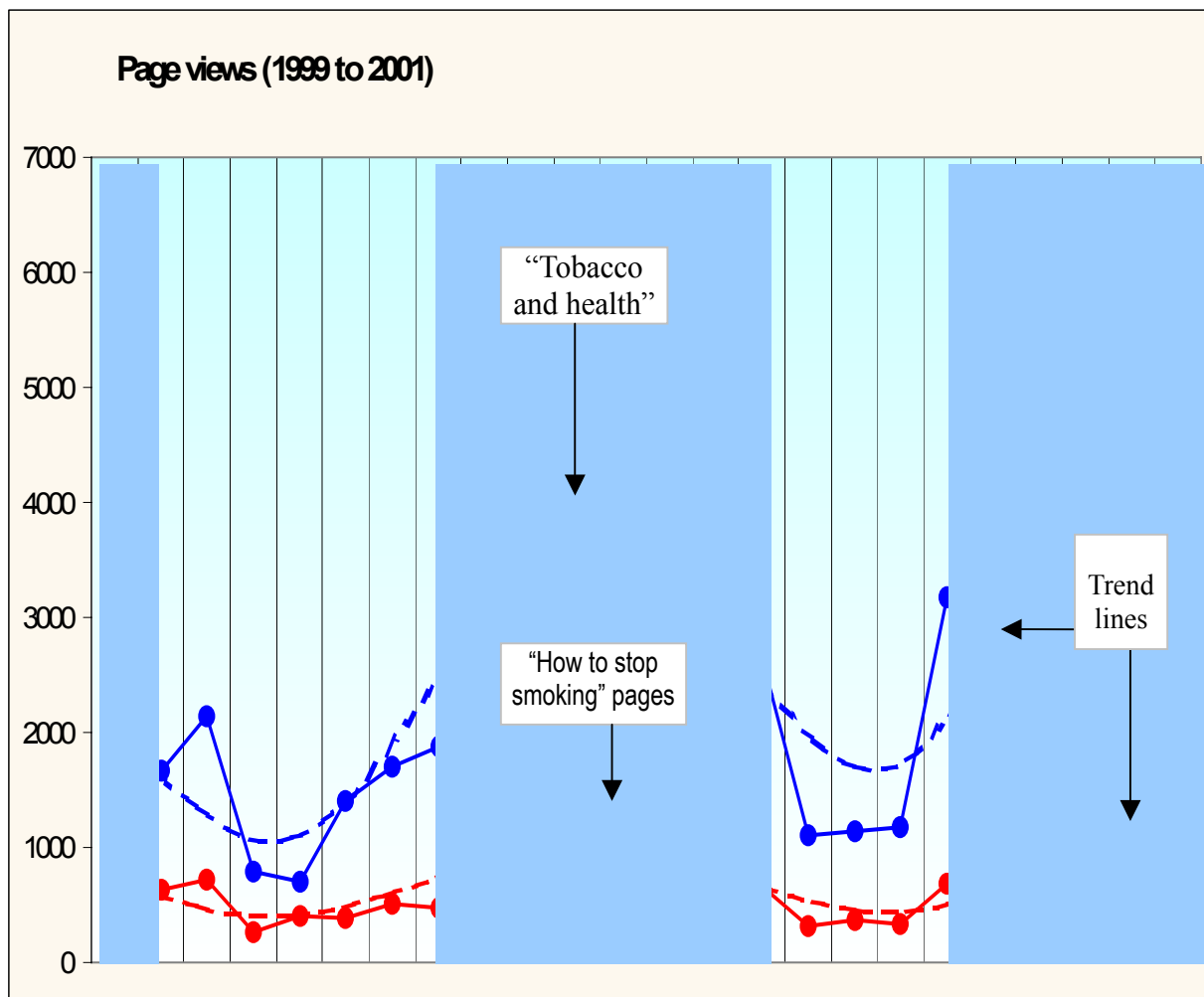
We admit the mass media messages as source of abundant and distorted information. Nevertheless, this noise can be refined in social interest trends, which can be enriched with qualified information disseminated by reference sites. Once we can detect the “peaks of social interest”, we can plan more effective campaigns to get people’s attention. We can make possible the fine adjustment of a WEB site to specifics and transitory issues in health promotion. In this field, we can count on the e-mail / FAQ analysis to determine new individuals interests. In a larger perspective, we can plan the effective dissemination of social relevant issues in a more ethical and qualified Internet.

Acknowledgments

We thank Mr.Walter Zoss (Brazilian National Cancer Institute) for his invaluable help.

Chart 1

“Tobacco and health” Page Views and National Campaigns (from September 1999 to August 2001).



Tobaccoism pages and media impact – page views:

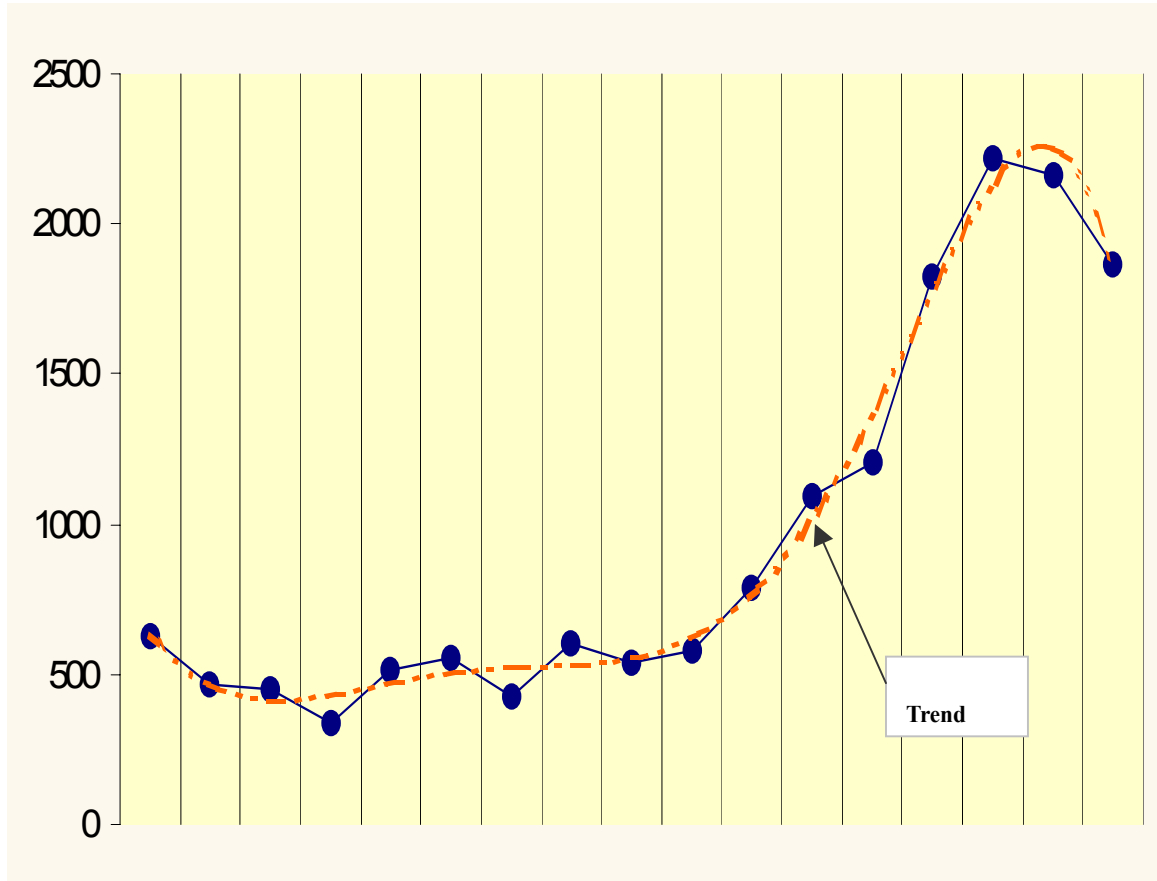
Mean (without media exposure - November to March): 1422,56 (SD=641,64)

Mean (during national campaigns - April to October): 3338,14 (SD=795,65)

Average growing: 134,65%

Chart 2

Leukemia Page Views and disease in soap opera character (October 1999 to February 2001).



Soap novels and leukemia pages – page views:

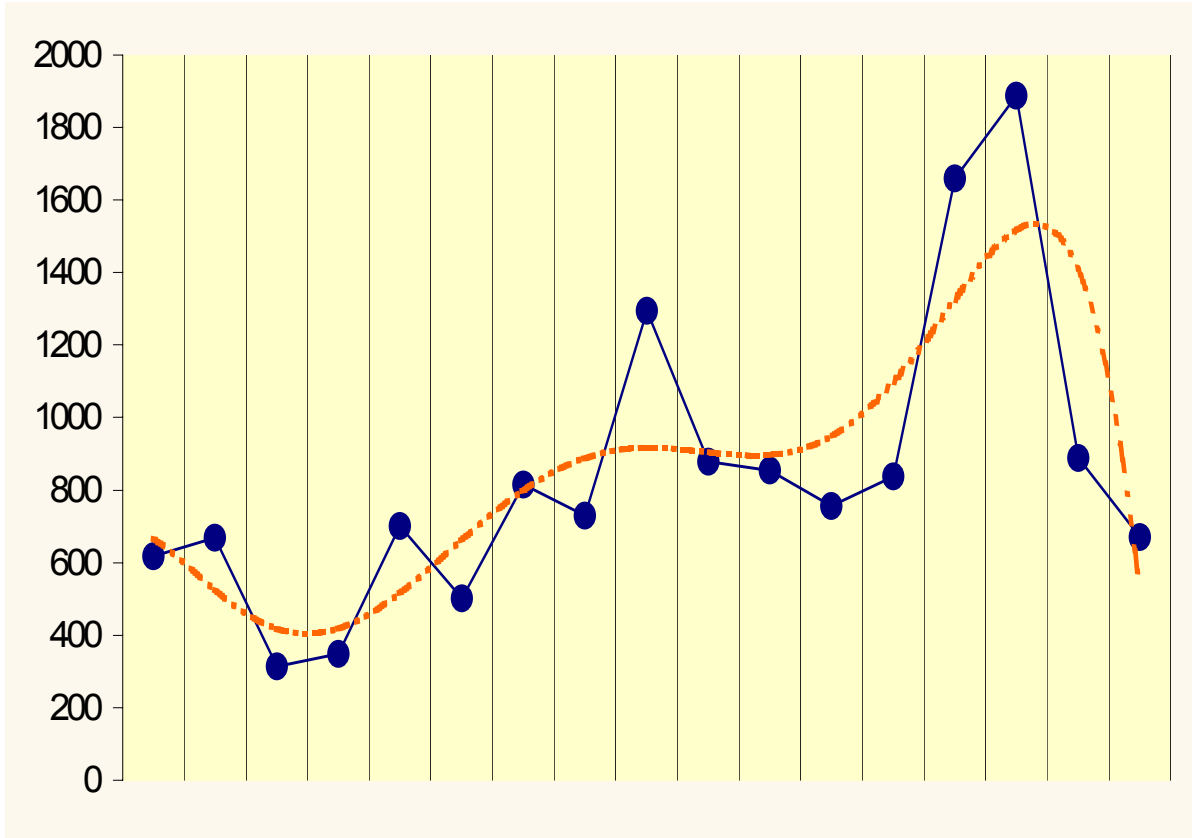
Mean (previous the character disease): 805,91 (SD=383,35)

Mean (during the character disease): 1597,2 (SD=269,9)

Average growing: 98,18%

Chart 3

Impact of disease and death of a famous politician (prostate cancer Page Views - October 1999 to February 2001).



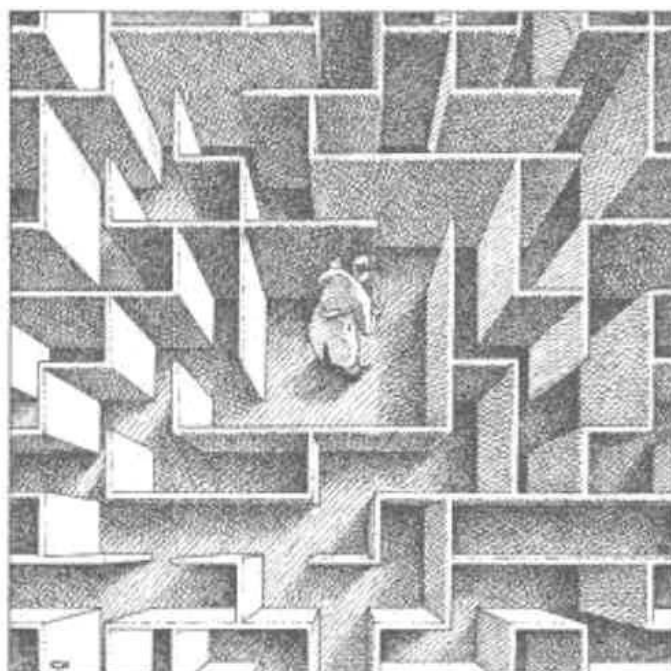
Prostate cancer pages and death of a famous politician – page views:

Mean (before the media exposure): 507,8 (SD= 115,52)

Mean (during the media exposure): 850,41 (SD= 319,36)

Average growing: 67,46%

XI. Arquivos de acesso à Internet e campanhas de prevenção de câncer: promovendo saúde ou doenças? ²⁶



Resumo

Este trabalho busca caracterizar padrões de acesso às páginas de um sítio da Internet sobre câncer (www.inca.gov.br), relacionando as oscilações observadas em seus arquivos de acesso (log files), às campanhas sobre prevenção. Usando softwares de avaliação de *log files*, observamos sete páginas-sentinela do sítio (páginas que focalizam um determinado assunto dentro do sítio) durante 24 meses. Foram registrados o número de acessos às páginas (e proporção deste número em relação ao total de páginas do sítio), o tempo de permanência nas páginas e a razão de retorno (quantos usuários retornaram às mesmas páginas no mesmo mês). As páginas-sentinela condensavam os temas relacionados ao câncer já instalado (tipos de neoplasias, diagnósticos, tratamentos, carcinogênese) em comparação a páginas sobre hábitos de prevenção Durante eventos

²⁶ Submetido à Revista da OPAS (em fase de revisão estatística; Vasconcellos-Silva, 2003e).

amplamente divulgados nos principais meios de comunicação (campanhas de promoção de saúde relacionadas ao e ao controle do tabagismo) foram observadas as seguintes oscilações entre as páginas-sentinela sobre prevenção: escasso número de acessos e poucas oscilações em relação aos demais períodos do ano. As páginas que tematizavam o câncer como doença já instalada, pelo contrário, exibiam “alta sensibilidade” às campanhas relacionadas à prevenção de câncer e ao tabagismo: maior número de acessos (absoluto e proporcional) e maiores “ondas de oscilação” refletindo maior interesse. Concluímos que as campanhas sobre prevenção de câncer e controle do tabagismo desencadearam, no site em estudo, buscas frequentes por informações relacionadas às doenças já instaladas. De forma paradoxal, percebeu-se um fraco interesse pelas páginas sobre prevenção e hábitos saudáveis de vida.

Introdução

Ao contrário do interesse comercial, que é imediatista e visa a captura do desejo consumista para obter lucros, o interesse em disseminar educação e promoção de saúde se assemelha a um investimento a fundo perdido. O que importa no primeiro é a captura da atenção como forma de suscitar o interesse e o desejo que se consuma na aquisição do produto. No segundo, o importante é influenciar comportamentos não raro em uma direção inversa àquela dos comportamentos de "aceitação social", frequentemente associados à divulgação de produtos à venda no mercado.

Os primeiros estudos sobre Comunicação e seus impactos sobre o comportamento da sociedade foram influenciados por teorias behavioristas da Psicologia de Willian James, Burrhus Skinner e J.B.Watson na primeira metade do século XX. Estas se afirmavam como capazes de avaliar e medir comportamentos a partir de estímulos pré-condicionados. Tais teorias levaram os primeiros teóricos da Comunicação a acreditar na possibilidade de emissão de mensagens codificadas de forma a desencadear um amplo “consumo” pela massa, o que conduziria à modificação de comportamentos. Dos anos 20 à década de 50 as pesquisas acreditavam tanto na passividade dos receptores como na capacidade ilimitada dos meios de comunicação de massa em manipular opiniões e atitudes (Costa, 1995). A mudança do comportamento social se limitava à seleção de mensagens (estímulos) veiculadas por um canal (meio) para obter respostas (reação) de receptores(consumidores) (Breton, 2002). Durante e após a II Guerra, as primeiras objeções a tais postulados surgiram da Escola de Frankfurt, sobretudo em

Adorno e Horkheimer (1986) que inovaram com seus conceitos de “indústria cultural” e “lazer administrado”. A teoria da Comunicação Social se expandiu admitindo seu papel não tão ilimitado no interior da complexidade das tensões entre forças sociais. Não obstante, ainda resistem tendências campanhistas enfeixadas por técnicas de “marketing em saúde” elaboradas por especialistas (Baillie, 2000). A racionalidade instrutora destas tendências preserva um viés cognitivista, que credita os comportamentos insalubres à ignorância social ou a desejos irracionais incontidos (Lupton, 1999).

Uma das características mais interessantes da WEB é a sua natureza de teia anárquica, sem fronteiras, que viabiliza acesso a informações distantes e discussões abertas sem intervenção de censores. Além da acessibilidade ao fantástico manancial de informações, o sucesso estrondoso da rede se deveu a duas características herdadas da mídia televisiva: a linguagem visual dinâmica, (preferido à leitura textual estática) e a ilusão do conhecimento *on line*, em simultaneidade com os fatos (Johnson, 1997). Não obstante, em decorrência de sua rápida popularização e proliferação das páginas disponíveis, observam-se muitas dificuldades no controle dos conteúdos publicados na Internet. Além dos problemas mais notórios (divulgação de conteúdos de ênfase racista, pedofilia etc.) nos últimos anos percebe-se a proliferação de textos sobre saúde na proporção inversa da qualificação técnica de seus autores (Eysenbach, 2000). A mesma racionalidade que promove saúde por exposição e destaque de conteúdos na mídia, demonstra uma crescente preocupação frente ao fluxo caudaloso de informações sobre saúde na Internet (Eysenbach, 1998, 1999, 2000a, 2000b). Os esforços para o controle de qualidade sobre a procedência das informações sobre saúde, talvez denuncie uma confiança exagerada na univocidade das mensagens.

Procedimentos metodológicos

Análise de arquivos de acesso (*log files*) na Internet.

Pelo fato desta forma de abordagem ter sido recentemente desenvolvida, as publicações sobre a análise dos *log files* é rarefeita na literatura. As primeiras observações foram descritas por Vasconcellos-Silva (2003b) no fluxo de acesso às páginas sobre leucemia do Instituto Nacional de Câncer, durante o adocimento de um personagem de uma novela de TV, entre outros fenômenos. O fluxo de acessos a sítios institucionais podem ser registrados, tornando possível perceber certas tendências vinculáveis a

estímulos midiáticos de grande expressão. Tem sido um recurso até agora pouco explorado como forma acessória e indireta de estudar mecanismos de recepção. Não explicita o “porquê” de determinadas reações frente a estímulos midiáticos de grande expressão, embora aponte para alguns fenômenos curiosos. Entre as mídias de massa, a Internet é única neste potencial de auto-medição dinâmica e imediata. Durante as campanhas de promoção de saúde, é possível observar oscilações dos arquivos de acesso direcionados a determinadas páginas, que encerram temas diretamente relacionados a estes eventos. Além das campanhas de saúde, podem ser observadas reações a outros fatos que ocupam as tematizações cotidianas. Em Vasconcellos-Silva (2003d), observa-se o incremento de acessos a páginas sobre determinados tipos de cânceres quando estes vitimam personalidades de destaque na mídia.

Em síntese, o estudo dos arquivos de acesso possibilita a avaliação do “tráfego” em um sítio por intermédio de *softwares* que analisam o acesso aos servidores que abrigam estes sítios. Nestes computadores encontram-se todas as informações relacionadas às *visitor sessions* - seu número, duração e a origem das máquinas visitantes, as páginas e os arquivos mais acessados (e por quanto tempo) e as reações desencadeadas por estas consultas. Todas as *visitor sessions* deixam rastros que explicitam o “interesse médio” de seus usuários por determinados assuntos. São registrados nos *log files* as páginas mais impressas, *downloads*, *links* (conexões com outras páginas ou sítios etc.) e os caminhos (*paths*) mais percorridos, o que aponta para o percurso e o foco de interesse dos visitantes. O refinamento da análise pode identificar aqueles que visitaram o sítio somente uma ou várias vezes dentro de um espaço de tempo pré determinado. Indicadores construídos a partir dos dados dos arquivos de acesso contextualizam e redimensionam os dados brutos.

Indicadores - Na organização das informações de um sítio, ligadas à home page (página principal) há páginas primárias, secundárias (ligadas diretamente às primárias) terciárias etc. O nível de detalhamento, geralmente acompanha o grau de “profundidade” desta organização. O interesse por um determinado assunto pode ser estimado pelo tempo médio de permanência dos visitantes nesta página, aqui considerado um indicador de aderência (captura de atenção). O fluxo às páginas secundárias indicam a confirmação do interesse, assim como a busca por informações suplementares. Outro indicador de captura é a razão de retorno/ mês, obtida pela divisão do número de *views* (observações de páginas) pelo número de visitantes desta página em 30 dias. Este indicador retrata a

“fidelidade”, ou volta de um visitante às mesmas páginas ao longo de um curto período.

Há indicadores que refletem uma captura fugaz da atenção dos visitantes, decorrente do comportamento de *browsing* como busca aleatória, sem um objeto de esclarecimento bem definido. O *browsing* desencadeia o crescimento do número de *views* com sessões de curta permanência e associadas a um número escasso de impressões, links e downloads, assim também como não origina muitos retornos (razão de retorno próximo a 1). O *browsing* também se verifica quando os usuários partem de um objeto de esclarecimento bem definido, mas frustam suas expectativas no conjunto das páginas visitadas. O tempo de permanência nas páginas, neste contexto, nos auxilia a distinguir a busca por um conteúdo bem definido da observação desinteressada. O sucesso de captura da atenção pelas páginas-sentinela se expressa no tempo de permanência na página e na razão de retorno que cresce em concordância com o número de *downloads* e impressões.

O método aqui descrito não se presta à quantificação da “eficácia estática” de um determinado sítio em um determinado momento. Tampouco se presta à comparação de performances em relação a outros da mesma área. Em vista do caráter altamente volátil da Internet, seria arriscado concluir que um determinado sítio foi o mais eficiente, na medida em que obteve números mais expressivos em relação à quantificação de *views*, *visitors sessions* ou qualquer outro indicador.

A análise dos *logs files* pode ser útil ao apontar para oscilações de audiência de determinados temas sob o estímulo de várias mídias - incluindo o próprio sítio que, se bem construído, pode exercer um grande poder de “atração e captura” para seus conteúdos. Tais oscilações poderiam apontar para os momentos de maior receptividade de temas que se deseja abordar, como ressaltado em estudos prévios (Vasconcellos-Silva, 2003d). Por outro lado, também seriam úteis ao apontar para “reações paradoxais” frente às campanhas na mídia, o que se deseja explicitar no presente artigo.

Seleção de “páginas sentinela”

A home page do Instituto Nacional de Câncer conta com mais de 120 páginas relacionadas ao diagnóstico, tratamento epidemiologia e pesquisa do câncer, além de informações sobre a instituição. As páginas-sentinela foram selecionadas no segmento direcionado à clientela leiga, e condensavam assuntos relacionados ao diagnóstico,

tratamento e descrição do câncer. Estas páginas foram comparadas com outras do mesmo segmento, relacionadas à educação e à prevenção. Procurou-se selecionar e comparar as páginas com o mesmo nível de profundidade (primárias ou secundárias) considerando que estas são semelhantes em termos de nível de destaque e acessibilidade no interior do site, o que lhes confere pesos equivalentes. Foram escolhidos três grupos-tema, o primeiro considera os textos sobre carcinogênese:

Como surge o câncer: <http://www.inca.gov.br/cancer/comosurge.html>

O que causa o câncer: <http://www.inca.gov.br/cancer/causacancer.html> (páginas primárias vinculada ao *link* “câncer” da *home page*, que foram comparadas às relacionadas à prevenção: **Como prevenir o câncer:** <http://www.inca.gov.br/prevencao/comoprevenir.html>. (página primária - *link* principal para as páginas sobre como prevenir o câncer).

O segundo grupo compara as oscilações de tráfego entre a página com informações sobre o câncer de mama com a página sobre sua detecção precoce pelo auto-exame (que é destacada na primeira como principal forma de diagnóstico precoce da doença):

Câncer de mama (sinais e sintomas): <http://www.inca.gov.br/cancer/tipos/mama.html> (página secundária vinculada ao *link* “tipos de câncer” – informações sobre o câncer de mama).

Auto-exame das mamas: <http://www.inca.gov.br/prevencao/autoexame.html> (página secundária vinculada ao *link* sobre prevenção).

O terceiro grupo compara o acesso à página com informações sobre tipos de câncer, com o acesso ao segmento com recomendações sobre hábitos de prevenção “10 dicas para evitar o câncer”:

Tipos de câncer: <http://www.inca.gov.br/cancer/tipos.html> (página primária vinculada ao tópico “câncer” da HP – entrada para todas as páginas que descrevem os tipos de câncer, sinais, sintomas iniciais e tratamentos).

Dez dicas para evitar o câncer: <http://www.inca.gov.br/cancer/10dicas.html>. (página secundária, vinculada à página sobre prevenção, que fornece informações sobre hábitos saudáveis para evitar o câncer).

Resultados

Durante o período de observação (24 meses) observou-se em todas as páginas do

site uma lenta inclinação ascendente, proporcional ao crescimento do número de pessoas que acessam a Internet no Brasil. Em quase todas as páginas foram observados padrões que sugerem ciclos anuais, com períodos de queda no número dos acessos no início do ano, lenta recuperação no primeiro semestre até o pico de maio / julho (quando se ultrapassa a média anual). Após este primeiro pico os acessos decrescem até uma recuperação em novembro. A partir daí os acessos voltam a cair até a recuperação de abril/maio do ano seguinte. Houve coincidência deste padrão de acesso com períodos do ano em que receberam destaque na mídia os eventos/ campanhas relacionados ao câncer e ao anti-tabagismo (31 de maio - dia mundial sem tabaco; 29 de agosto - dia nacional de combate ao fumo e dia 27 de novembro - dia nacional de combate ao câncer). Embora os acessos de forma geral tenham crescido acompanhando os eventos, estas oscilações não foram homogêneas. Houve notáveis (e desproporcionais) impactos sobre algumas páginas em contraste com pequenas oscilações e acessos escassos em outras, como será pormenorizado adiante na avaliação do número de views absoluto e proporcional, razões de retorno e tempo de permanência nas páginas.

Número de views - em relação às páginas dedicadas à prevenção observaram-se pequenas oscilações face às campanhas, expressa nos pequenos desvios-padrão (tabela 1): dP globais no grupo 1=300,43; no grupo 2=215,83 e no grupo 3=306,76 em comparação às páginas sobre carcinogênese, tumor de mama e tipos de câncer, com dP globais no grupo 1=793,32; no grupo 2=547,33 e no grupo 3=1786,62. Registraram-se os menores impactos (o que se repetiu em quase todos os indicadores) nas páginas sobre educação - “10 dicas para evitar o câncer” com uma média global de acessos de 661,46; além de pequena oscilação após os destaques da mídia: desvio-padrão geral=306,76. A página que exibiu os maiores impactos em termos de número de *views* foi a relacionada aos tipos de câncer, com média global de **4951,46** acessos. Em relação às páginas do grupo 1 sobre carcinogênese (“o que causa” e “como surge o câncer”), foram observadas oscilações muito semelhantes em todos os indicadores aferidos, com uma tendência geral ao crescimento. Sua média geral de views foi de 1772,88 e 1825, significativamente maiores quando comparadas às de prevenção, cuja média foi de 680.

Proporção do acesso às páginas em relação ao acesso geral – as oscilações deste tipo de indicador representam valores relativos, uma vez que expressam proporções dos números de *views* nas páginas em relação ao sítio inteiro. Assim, as páginas mais

sensíveis aos eventos afins tendem a subir mais e pressionar as menos sensíveis para baixo. Estas informações podem ser úteis para atribuir peso às subidas de um determinado assunto em relação aos demais. O exemplo mais notável é o da página sobre “10 dicas para prevenir o câncer” que, além da baixa audiência característica, exibiu um platô descendente iniciado justamente nos meses de 2000, em que há as maiores atividades no sítio. A página sobre o câncer de mama também cresceu expressivamente em novembro de 2000 com 1,0% de proporção de *views*, em relação a uma média neste ano de 0,7% (tabela 2) em resposta ao dia nacional contra o câncer. Entretanto a página sobre auto-exame de mamas manteve-se em 0,41% (abaixo da média anual de 0,44%) portanto, pouco sensível à propaganda oficial sobre o combate ao câncer. Em novembro do ano anterior, a página sobre neoplasia de mama manteve-se em 0,74%, praticamente dentro da média geral (0,75%) relativamente pressionada para baixo pela notável proporção de acessos às páginas sobre tipos de câncer em 1999 (3,83%, a mais alta deste ano). Todas as páginas sobre educação e prevenção dos 3 grupos se mantiveram em platô ou sob descenso nos meses de eventos sobre tabagismo e câncer.

Tempo de permanência nas páginas – Um padrão semelhante foi observado em relação ao tempo de permanência. As informações sobre carcinogênese (“o que causa câncer”) obteve média geral de 1 minuto e 44 segundos (dp=0:30 segundos) e “como surge o câncer” obteve média de 1’:34” (dp=0:32”) superando em tempo de aderência as informações sobre prevenção (média=0:44”, dp= 0,08” (tabela 3). O mesmo se verifica nas páginas do grupo 2 onde informações sobre câncer de mama capturam a atenção por uma média de 2’ e 41” (dp=0:25”) em comparação com 45” para o auto-exame das mamas (dp=0:22”). O volume de informações interfere no tempo de permanência nas páginas, desta forma o grupo 3 não representa grupos para comparação homogêneos em relação aos demais. A página sobre “tipos de câncer” é um “portal” de transição para entrada em outras páginas sobre doenças, o que tende a provocar tempos de aderência menores. Não obstante, a página sobre conselhos para evitar o câncer do grupo 3 também perde em aderência (média= 2’ e 4” dp= 0:43) quando comparada ao tópico sobre câncer de mama (do grupo 2), que contém um volume de informações proporcional.

Razão de retorno – com exceção do grupo 3, onde se observaram grandes desníveis nas razões de retorno entre a página sobre “tipos de câncer” (média geral de 1,58 dp= 0,11) e “10 dicas para se prevenir”(média geral de 1,14 dp= 0,12) os demais

grupos estudados não exibiram as mesmas diferenças na análise de impacto e aderência deste tipo de indicador. Tal fato pode se dever à função de portal da “tipos de câncer” ao qual se retorna sempre que se deseja ler sobre as modalidades de câncer. Os eventos veiculados pela mídia não influíram no retorno às páginas sobre carcinogênese, ao contrário das demais que tratavam do câncer de mama e de outros tipos de câncer (picos de retorno nos meses de maio, julho e novembro). Em julho de 2000 houve um incremento acentuado nas razões de retorno da página sobre “como surge o câncer”, originado por um número desproporcional de retornos dos visitantes deste mês (983 visitantes acessaram a página 2490 vezes com $r.\text{retorno} = 2,53$ (tabela 4) o que não se repetiu com as outras páginas nem com a mesma em outros meses.

Discussão

Na matriz cultural contemporânea a saúde tem se definido em formatos cada vez mais impregnados da idéia de riscos e probabilidades (Lupton, 1999), assim como à salvação pelo resgate operado por técnicas de diagnóstico e tratamento sofisticadas. Percebe-se um gradual esmaecimento da visão de saúde como um estado de equilíbrio com o meio, a ser cultivado nos hábitos cotidianos mais simples. As ações mais importantes para prevenir o câncer se resumem a: adotar o hábito de fazer exercícios periodicamente e ter uma dieta balanceada; evitar o tabagismo ativo e passivo; a exposição às radiações solares; e o abuso do álcool (*Ontario task force on the primary prevention of cancer*, 1995). Em contraste, o que desponta com destaque na mídia são avanços tecnológicos sobre a elucidação dos enigmas citogenéticos que envolvem a cura do câncer.

No processo de descentramento da natureza peculiar ao espaço simbólico da cultura ocidental (Habermas, 1984; Weber 2002a), uma racionalidade cognitiva-instrumental se ocupou da coisificação da saúde, convertendo valores de harmonia em probabilidades de risco e a imagens associadas à potência e à estética. No campo das informações sobre promoção de saúde e educação em câncer, predomina a idéia de “risco” (Petersen, 1996; Lupton, 1999) habitando o imaginário coletivo. Este risco é cultivado por mensagens liminares de teor especialista com base em vieses citogenéticos (Baillie, 2000) ou subliminares, reproduzidos pelas mídias a partir de indeterminações e lapsos sobre o conceito de saúde e doença. Os especialistas em promoção de saúde, preocupados com uma validação de natureza técnica das informações disseminadas, relegaram a

um segundo plano o efeito destas no plano simbólico, em sua articulação com outras referências culturais. Certamente se há dificuldades óbvias em regulamentar a produção e a disseminação de informações sobre saúde (tecnicamente competentes e eticamente comprometidas) em escala mundial, estes problemas se exponencializariam em estudos de recepção amplos e detalhados o suficiente para retratar os efeitos que tais mensagens operam na cultura contemporânea.

Uma análise das representações sociais sobre informações sobre câncer ampliariam nossos horizontes de entendimento sobre os mecanismos de recepção das mensagens. No entanto, este não é o objetivo do presente estudo. Procuramos caracterizar padrões típicos de acesso a temas específicos em um dos mais volumosos mananciais de referências usados por segmentos ainda restritos da sociedade. A aferição das oscilações de uma curva de audiência na Internet não substitui a análise de discursos. Estas nos exporiam, de forma mais enriquecedora, às categorias de simbolização sobre o adoecer. No entanto, os dados aqui apresentados nos suscitam interrogações que merecem ser expostas, para talvez serem esclarecidas oportunamente, a partir de estratégias metodológicas mais amplas e adequadas. Estes registros poderiam se prestar à avaliação indireta das campanhas de promoção de saúde, medidas sobre o impacto de acesso às suas páginas-sentinela. Não poderíamos avaliar precisa e diretamente o impacto modificador de comportamentos de uma campanha anti-tabagismo ao se inserir na trama simbólica / cultural. Não é possível avaliar o potencial anti-tabagista de um *out door*, ou de mensagens de alerta impressas nos maços de cigarro. Não obstante na WEB, poderíamos avaliar a capacidade de um conteúdo de chamar a atenção sobre si e conduzir seus leitores na busca por informações derivadas, embora não saibamos como estas informações são ressimbolizadas e em que contextos. Neste estudo percebemos que as informações sobre prevenção de câncer disseminadas, encontram um campo simbólico que as distorce na direção do mero interesse pelas doenças que se deseja evitar.

É notória a capacidade humana de se abrir às informações que confirmam idéias mais profundamente arraigadas, ao mesmo tempo que se fecha cepticamente àquelas que as contradizem. Na contração e eclipsamento do discurso e das trocas simbólicas pela linguagem como forma de evolução da sociedade (Habermas, 1972) nos habituamos a resistir às informações que não se adaptam a padrões ideológicos. O mundo moderno, segundo Habermas (1990; p.158), é desencantado apenas na aparência, pois sobre ele

para um espectro que produz “coisificações demoníacas” e isolamentos mortais, como sínteses de tentativas de dominação da natureza (externa) objetivada e de nossa natureza interior reprimida.

Somos, por outro lado, impulsionados ao consumo ávido de tudo que é categorizado como precioso pelo imaginário coletivo, reproduzido nas mídias. É preciso reconhecer, que a exposição massificada de informações não garante sua reprodução no terreno da ação cotidiana do homem comum, pois entre este e aquelas existe um vasto terreno a ser compreendido. Ao atravessar e se mesclar a tal terreno as informações sobre saúde se distorcem em idéias de risco, probabilidades e fetiches tecnológicos. Segundo os postulados da teoria de Shannon (Bemmel, 1997), a informação desordenada, que não se expressa em significados para o receptor, é categorizada como “ruído”. Desta forma, “ruído” é uma entidade abstrata, imanente à natureza do meio e do receptor e à sua capacidade em compreender mensagens a ele remetidas. Segundo tais postulados e frente à experimentação aqui exposta, estaríamos submersos em um universo de ruídos que se modulam invertendo nossa competência em decodificar mensagens.

Os excessos de ruídos na comunicação devem ser separados de uma outra categoria, que poderia erroneamente lhe ser colocada como antítese: a superinformação. Enquanto o ruído impurifica mensagens, a superinformação as banaliza (Morin, 1986; p.31). Seria ingênuo supor que os produtos informativos das instituições gerem de forma linear as conseqüências comportamentais planejadas, sem banalização por excesso de contato ou distorção por ruídos. Isto seria ignorar a pluralidade de referências e símbolos culturais da sociedade contemporânea. É um engano emblemático acreditar que, insensível a modulações culturais e subjetivas que influenciam fortemente seus focos de atenção e ressignificação, o homem comum calcule economicamente os desdobramentos de seus atos, à maneira de um processador de informações.

Neste trabalho a análise de *log files* (além dos indicadores desenvolvidos para depurar e potencializar sua análise) é proposta como recurso acessório a ser complementado por estudos de recepção. O registro de tais oscilações têm apontado para curiosos padrões que podem vir a subsidiar o planejamento e a avaliação de campanhas institucionais de promoção de saúde. Percebe-se que a promoção de saúde pela mídia, em vista do cenário atual que manifesta seu apego cego à tecnologia pela “profissão de fé cientificista” (Habermas, 1987a) se converte em promoção de tecnologias e

doenças. Os conteúdos que deveriam conduzir às práticas cotidianas mais simples, se distorcem quando alcançam o espaço simbólico colonizado na modernidade pela esfera científica, que acrescenta vieses inacessíveis aos seus próprios instrumentos.

Conclusão

Uma questão, classicamente debatida no terreno da promoção de saúde, é o potencial modificador de comportamentos que a informação encerra. A informação planejada para promover saúde pode ser percebida na mídia veiculada por propaganda liminar ou subliminar, intencional ou não. Não obstante, as mudanças de comportamento são multicausais e, em alguns casos, percebidas ao longo de anos sem que muitas vezes se tenha estabelecido, de forma inequívoca, o impacto específico desencadeado por determinado conteúdo divulgado nos meios de comunicação de massa. Concluímos que no Brasil, o impacto dos grandes eventos para prevenção do câncer veiculados pela mídia, se observa fundamentalmente no acesso às páginas com informações sobre descrições de doenças, seus diagnósticos e tratamentos. Em nosso estudo, em particular, na reação aos estímulos da mídia, o grande impacto observado ocorreu no acesso às páginas sobre tipos de câncer e sua gênese e não no interesse por maneiras de preveni-lo. As páginas com conteúdos sobre prevenção e educação atendem a uma demanda pequena e estável, ainda não sensível ao apelo midiático oficial.

Apêndice 1 - Tabelas**Tabela 1** - Médias e desvios-padrão dos números de *views*

	Grupo 1		Grupo 2		Grupo 3	
	O que causa? Como surge?	Como prevenir?	Câncer de mama	Auto exame	Tipos de câncer	10 dicas para prevenir o câncer
Médias						
1999	1182,25 / 1245	552,25	705,25	425,25	3090,75	403,5
2000	1671,42 / 1796,42	706,42	931,5	578,42	4489,58	533,25
2001	2679 / 2668,63	907,38	1655,88	791,38	6574,63	982,75
Desvios-padrão						
1999	377,8 / 402,49	192,63	222,06	122,96	1075,7	124,82
2000	468,53 / 539,44	260,09	327,55	147,61	11143,51	119,12
2001	765,87 / 773,76	347,1	554,95	232,8	1606,91	309,91

Tabela 2 - Médias e desvios-padrão dos percentuais de *views* de cada página em relação ao sítio inteiro

	Grupo 1		Grupo 2		Grupo 3	
	O que causa? / Como surge?	Como prevenir?	Câncer de mama	Auto exame	Tipos de câncer	10 dicas para prevenir o câncer
Médias (%)						
1999	1,26 / 1,32	0,58	0,75	0,45	3,3	0,43
2000	1,29 / 1,39	0,52	0,70	0,44	3,49	0,41
2001	1,45 / 1,44	0,47	0,88	0,42	3,6	0,54
Desvios-padrão (%)						
1999	0,14 / 0,15	0,09	0,1	0,03	0,42	0,07
2000	0,19 / 0,25	0,08	0,11	0,06	0,33	0,1
2001	0,2 / 0,16	0,08	0,16	0,03	0,4	0,13

Tabela 3 - Médias e desvios-padrão dos tempos de permanência em cada página

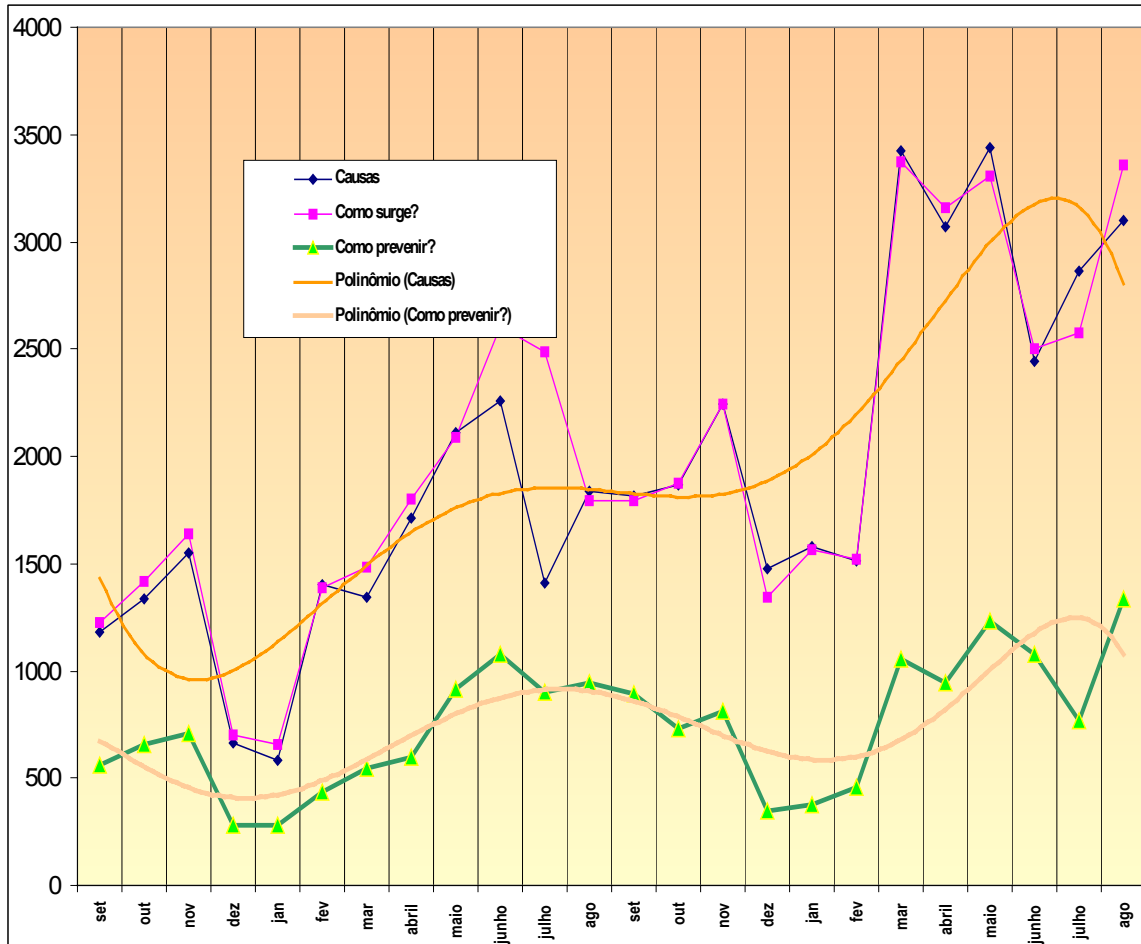
	Grupo 1		Grupo 2		Grupo 3	
	O que causa? / Como surge?	Como prevenir?	Câncer de mama	Auto exame	Tipos de câncer	10 dicas para prevenir o câncer
Médias						
1999	1:16 / 1:11	0:32	2:14	0:29	0:37	1:46
2000	1:34 / 1:34	0:43	2:38	0:47	1:01	1:45
2001	2:12 / 1:47	0:50	2:59	0:49	1:06	2:40
Desvios-padrão						
1999	0:07 / 0:03	0:08	0:06	0:07	0:03	0:11
2000	0:23 / 0:41	0:06	0:24	0:28	0:24	0:28
2001	0:24 / 0:11	0:03	0:17	0:14	0:12	0:51

Tabela 4 - Médias e desvios-padrão das razões de retorno (sessões / visitantes)

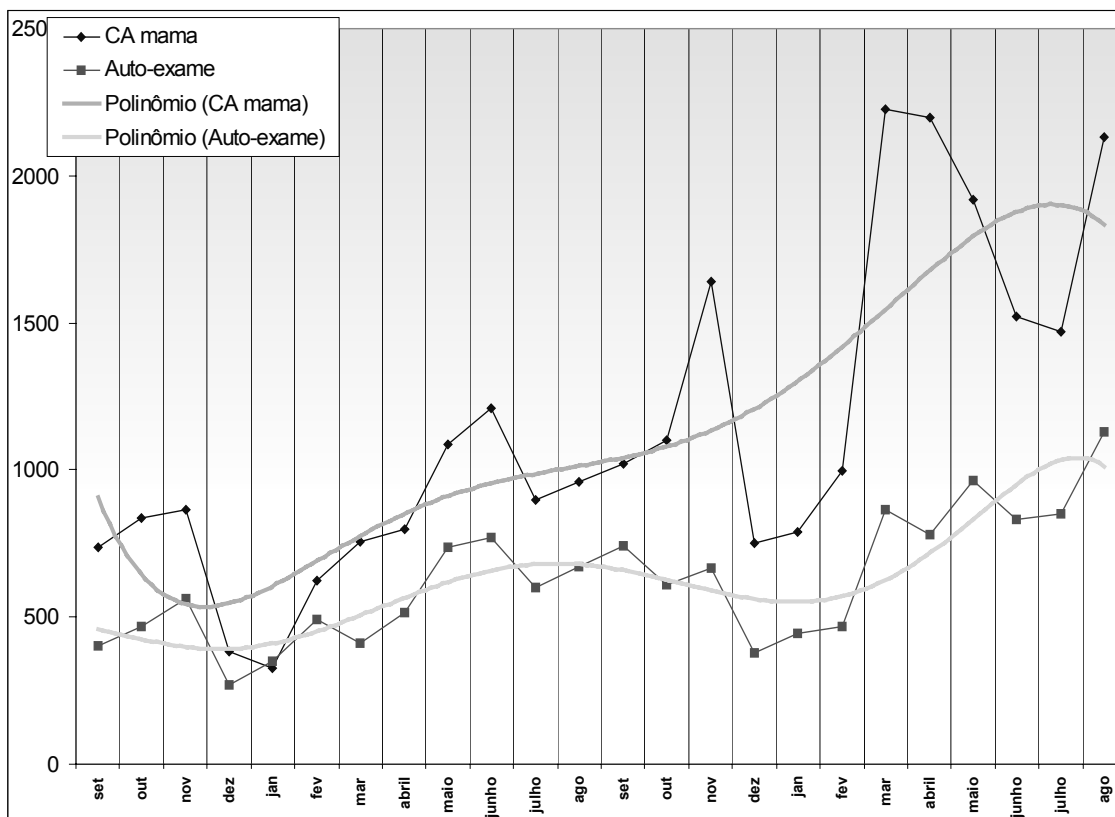
	Grupo 1		Grupo 2		Grupo 3	
	O que causa? / Como surge?	Como prevenir?	Câncer de mama	Auto exame	Tipos de câncer	10 dicas para prevenir o câncer
Médias						
1999	1,34 / 1,43	1,31	1,24	1,25	1,57	1,12
2000	1,31 / 1,54	1,3	1,26	1,24	1,6	1,1
2001	1,35 / 1,46	1,25	1,26	1,21	1,56	1,23
Desvios-padrão						
1999	0,03 / 0,05	0,06	0,03	0,08	0,14	0,01
2000	0,05 / 0,33	0,07	0,1	0,04	0,12	0,06
2001	0,13 / 0,08	0,04	0,05	0,04	0,06	0,18

Apêndice 2 – Gráficos

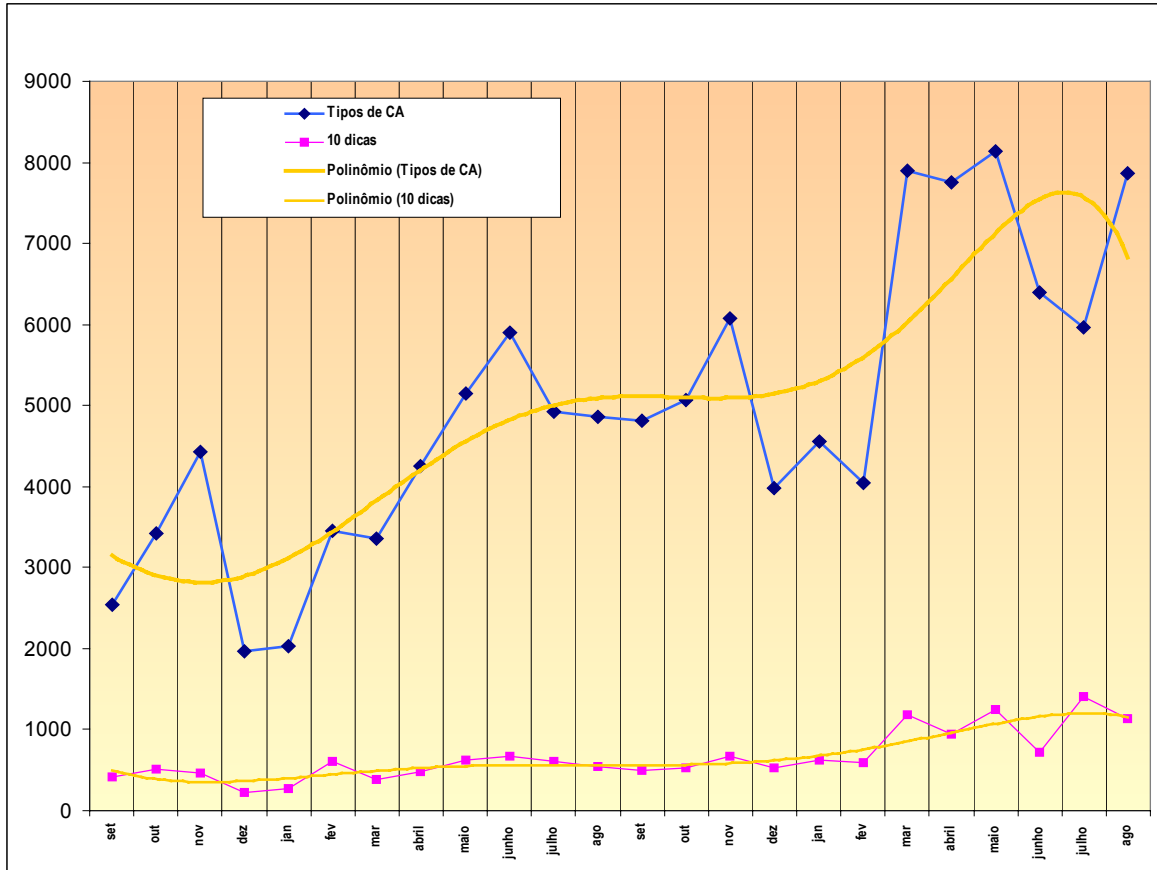
Grupo 1 – Número de acessos a “causas de câncer / como surge” e “como prevenir”



Grupo 2 – Número de acessos a “Câncer de mama” e “autoexame”



Grupo 3 - Número de acessos a “tipos de câncer” e “10 dicas para prevenir o câncer”



CONCLUSÃO

Até onde poderiam chegar nossos instrumentos?

Segundo Gehlen, citado por Habermas (1987a), as evoluções tecnológicas se estenderiam apenas aos limites da funcionalidade humana, para além do qual não poderiam ser demarcados âmbitos que não se pudesse objetivar. Ou seja, a racionalidade instrumental em seus limites intratécnicos, não poderia se perpetuar indefinidamente, ultrapassando os campos onde há limitações humanas objetiváveis.

Colocado sob outras perspectivas, o desenvolvimento de uma prótese não poderia anteceder à descoberta da deficiência que a torna útil, assim como o desenvolvimento de um fármaco não poderia anteceder à percepção dos sintomas da doença que se deseja tratar. No capítulo V descrevemos o processo de produção das “próteses de comunicação”, que não se percebem como substitutas nas falhas de uma realização de cunho interpretativo, partilhada discursivamente pelos membros de uma organização como comunidade linguística. Por incapacidade em diferenciar próteses de deficiências, seus autores se condenam à repetição em escalas de legibilidade e escores de inteligibilidade. A produção destes pastiches, com ênfases extraídas de discursos centrados em elementos objetivos, diretivos ou expressivos (capítulo VI), expressam uma racionalidade técnica ocupada em alcançar terrenos não acessíveis por ferramentas, posto que não objetiváveis, exceto em seus fracassos e disfunções. Tais incapacidades são inatingíveis por tais artefatos e inconclusivas em determinar, sequer, seus próprios insucessos.

O fetichismo tecnológico em saúde não é construído racionalmente como uma ideologia, embora a ela se assemelhe em muitos pontos. Seria, ao nosso ver, uma espécie de imaturidade por renúncia inadvertida a um potencial comunicativo, do qual deveríamos nos valer como tração em nossas discussões rumo ao entendimento para seleção de técnicas. Os artefatos por ele gerados suportam e conferem pertinência a que se deseja discutir no presente estudo: uma abordagem crítica à comunicação em saúde em âmbitos técnicos organizacionais e nos meios de comunicação de massa. Tanto no fenômeno das “próteses de comunicação”, quanto no âmbito da Telemedicina, *Cybermedicina* e no consumo de informações sobre saúde na Internet

(capítulo IX), observam-se traços destes fetiches tecnológicos, como suportes e fins em si mesmos.

A racionalização da sociedade moderna, conferiu *status* de fins a meios técnicos, criando próteses que se antecedem às deficiências que julgam atenuar. Isto lhes atribui a natureza de “anti-próteses”, pois acrescentam inabilidades aos dotes naturais por elas mesmas atrofiados. Por vezes tais artefatos se expandem a subtrair oportunidades de superação de ideologias e conteúdos alinguísticos reprimidos. Neste ponto, ultrapassam a limitação de suas funções protéticas e se reproduzem em patologias, que originam a necessidade de novos suplementos técnicos – igualmente protéticos. No empenho de controlar manifestações humanas nos âmbitos subjetivo e social, à maneira dos fenômenos naturais, desenvolvem-se imperativos técnicos que conduzem à ilusão de independência dos saberes e dependência à Tecnologia. Neste processo, a necessidade de comunicação (na qualidade de interação) é substituída por demandas de informação (como transmissão de estímulos). Surgem projetos de “construção” de mensagens que dispensam os estudos de suas recepções. Há demanda por instrumentos para controlar fenômenos que ainda não são plenamente compreensíveis em bases instrumentais.

Além dos limites do hospital, no caldo social da racionalidade em que este se embebe, observamos a evolução de padrões de acesso a sítios sobre saúde na Internet. Embora carente de significados que as trocas lingüísticas nos ofereceriam, tais estudos nos expõem, direta e indiretamente, fenômenos interessantes. Por um lado, se detecta um impacto pífio das mensagens oficiais sobre o comportamento preventivo em relação ao câncer relacionado à busca por informações nos sítios especializados na Internet (capítulo X e capítulo XI). Por outro, percebemos que o efeito colateral deste estímulo da mídia é o de gerar interesse por outros conteúdos, que nada acrescentam em termos de comportamento preventivo. A surda consciência de uma tecnologia - promoção de saúde pela *mass media* - na destreza e agilidade de suas inovações voltadas ao Norte de sua própria potencialização, se esvazia em seus objetivos de promover o esclarecimento. Este estudo também retrata, de forma acessória, a imprevisibilidade do assédio às páginas sobre saúde, desencadeado pela ficção no formato de folhetim eletrônico. Talvez tal impacto se deva à exposição cotidiana e à conseqüente tematização nas conversações do dia a dia. Talvez se deva, principalmente, ao atributo peculiar a este tipo de produção, que almeja revolver as emoções mais universais para

conquistar audiência e mercado (sexo ou medo da doença e da morte, como em questão). A compreensão plena destes fenômenos não caberia em seus múltiplos aspectos na discussão do presente trabalho, sem que nos arriscássemos a incorreções, incoerências ou incompletudes.

Este trabalho se limita a descrever modelos teóricos que trazem à luz da discussão alguns fenômenos organizacionais e sociais, articulados no cenário contemporâneo. Acreditamos que tais manifestações podem ser melhor observadas pelo ângulo da teoria da racionalidade comunicativa habermasiana, que oferece categorias ricas e espaço amplo para observar os inúmeros elementos em cena. O objeto de nossa crítica não se dirige, necessário reiterar, à Ciência ou à Tecnologia das Comunicações e Informação em um senso amplo, mas aos artefatos produzidos no isolamento do saber de especialistas, que é um dos fenômenos que se buscou retratar.

Ao longo da coletânea são citados alguns exemplos que confirmam o poder potencializador dos grupos multidisciplinares, articulados na interdisciplinaridade de suas ações performativas - partem, renovam-se e se estabilizam em metas transdisciplinares. Por vezes tais atividades se articulam ao redor de fins puramente instrumentais, como na interação entre os primeiros médicos institucionais (descrita na introdução ao capítulo VII), ou no desenvolvimento dos primeiros computadores pessoais em Palo Alto (capítulo III). Por outro lado, tais atividades podem avançar em direção a fins emancipatórios, tematizando conteúdos reprimidos que descortinam nossas dificuldades ancestrais perante a morte – como nos cuidados paliativos (capítulo VII). No campo da saúde surgem novos paradigmas de atividade centrada na racionalidade comunicativa, que abririam espaços a questões igualmente prementes (que não caberiam no espaço do presente trabalho).

Neste cenário, uma “ética do discurso” enriqueceria o debate científico com interconexões sistematicamente estabelecidas, onde se perceberiam com mais facilidade os caminhos que poderiam conduzir à superação de nossos medos ancestrais. Nas relações sujeito-sujeito se estabeleceriam com mais facilidade as diferenças entre ferramentas e anti-próteses. Nestas últimas o sujeito é substituído pelo objeto, os meios se confundem com os fins e a prótese se converte em deficiência. Há expansão indevida

de um projeto técnico e científico que escapa ao controle do homem, embora possa a ele retornar pela via comunicativa.

Referências bibliográficas:

Adorno TW, Horkheimer M, 1985. *Dialética do esclarecimento* (2ª ed.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Albarran JW, Bridger S, 1997. Problems with providing education on resuming sexual activity after myocardium infarction: developing written information for patients. *Intensive Critical Care Nursing*, 13(1):2-11.

Alcântara CH, 2001. The development divide in a digital age, an issues paper. *Technology, business and society*. (Program paper N° 4).Genebra:UNRISD.

American Board of Internal Medicine Comitee on Evaluation of Clinical Competence, 1996. *Caring for the dying: identification and promotion of physician competency*. Philadelphia: American Board of Internal Medicine.

Aragão LMS, 1992. *Razão Comunicativa e razão social crítica em Habermas*. Rio de Janeiro: Tempo brasileiro.

Araújo I, Jordão E, 1995. Velhos dilemas, novos enfoques: uma contribuição para o debate sobre estudos de recepção. *In: Saúde e Comunicação: visibilidades e silêncios* (A.M.R. PITTA org.) p. 172-189, São Paulo / Rio de Janeiro: HUCITEC / ABRASCO.

Arthur VA, 1995. Written patient information: a review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 21(6):1081-6

Arunachalam S, 1999. Informatics in clinical practice in developing countries: still early years. *British Medical Journal*, 319:1297-9.

Austin J L, 1962. *How to do things with the Words*. Oxford: Oxford.

- Baillie L, Basset-Smith J, Broughton S, 2000. Using communicative action in the primary prevention of cancer. *Health Education and Behavior*, 27(4):442-53.
- Baker R, 1993. A ética da futilidade terapêutica. *Clínicas de Terapia Intensiva* 9(3):611-622.
- Balandier G, 1999. O dédalo. Para finalizar o século XX. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.
- Baptista C, 2001. A dor de nunca saber o bastante. *Veja*, 1716: 62-6.
- Barbour RS, 2000. The role of qualitative research in broadening the "evidence base" for clinical practice. *Journal of Evaluation of Clinical Practice*, 6: 155-163
- Barkhordar A, Pollard D, Hobkirk JA, 2000. A comparison of written and multimedia material for informing patients about dental implants. *Dental Update*, 27(2)80-4.
- Batista-Miranda JE, Darbey M, Kelly M, 1995. Entorno, informacion al paciente y organizacion en una Unidad de Urodinamia Pediatrica. *Archivos Españoles de Urologia*, 48(1):15-22
- Bauman A, 1997. The comprehensibility of asthma educational materials. *Patient Education and Counseling*,;32 (1 supl.):51-9.
- Bauman Z, 1998. O mal-estar da pós-modernidade. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Bauman Z, 2000. Modernidade líquida. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Bendixen HH, Kinney JM, 1979. História do tratamento intensivo in KinneyJM, Bendixen HH, Powers SR (eds.) *Assistência cirúrgica intensiva – comitê de cuidados pré e pós operatórios*. Rio de Janeiro: Interamericana.
- Bernardini C, Ambrogi V, Fardella G et al, 2001. How to improve the readability of

- the patient package leaflet: a survey on the use of colour, print size and layout. *Pharmacology Research*, 43(5):437-44.
- Bernardini C, Ambrogi V, Perioli LC et al, 2000. Comprehensibility of the package leaflets of all medicinal products for human use: a questionnaire survey about the use of symbols and pictograms. *Pharmacology Research*. 41(6):679-88.
- Billings JA, 2000. Recent advances, Palliative care. *Br Med J*. 2000; 321: 555-8.
- Billings JA, Block S, 1997. Paliative care in undergraduate medical education: status report and future direction. *Journal of the American Medical Association*, 278: 733-738
- Bjorn E, Rossel P, Holm S, 1999. Can the written information to research subjects be improved? An empirical study. *Journal of Medical Ethics*, 25(3):263-7.
- Blackburn S, 1997. Dicionário Oxford de Filosofia. Rio de Janeiro, Jorge Zaar, Racionalidade, p.332.
- Breton P, Proulx S, 2002. A cibernética, ou a emergência da idéia moderna de comunicação. *In: Sociologia da comunicação*. São Paulo: Edições Loyola.
- Bunton R, e Burrows R, 1995 Consumption and health in the epidemiological clinic of late modern medicine. In: Bunton R, Nettleton S e Burrows R (orgs.). *The sociology of health promotion. Critical analyses of consumption, lifestyle and risk*. Nova York:Routledge.
- Canter R. 2001, Patients and medical power. *British Medical Journal*, 323 (25):414
- Capurro R, 2001. Ética para provedores e usuários da informação. *In: Kolb A, Esterbauer R, Ruckebauer HW. Ciberética*. São Paulo: Loyola.
- Carapinheiro G, 1998. Saberes e poderes no hospital - uma sociologia dos serviços hospitalares. Porto: Afrontamento.

- Caron AT, Lynn J, Keaney P, 1999. End of life care in medical textbooks. *Annals of Internal Medicine*, 130:82-86.
- Castiel LD, Vasconcellos-Silva PR, 2002. Internet e o autocuidado em saúde: como juntar os trapinhos? *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 9(2):291-314.
- Chauí M, 1981. *Cultura e Democracia: O Discurso Competente e Outras Falas*. 2a Ed. São Paulo: Editora Moderna.
- Chung KF, Cheung RC, Tam JW, 1999. Long-term benzodiazepine users-characteristics, views and effectiveness of benzodiazepine reduction information leaflet. *Singapore Medical Journal*, 40(3):138-43
- Chung V, Horowitz AM, Canto MT, Siriphant P, 2000. Oral cancer educational materials for the general public:1998. *Journal of Public Health Dentistry*, 60(1):49-52.
- Cohen JL, 1993. Estabelecimento e Justificativa das equipes especializadas nas Unidades de Terapia Intensiva para Nutrição, Assistência Respiratória e Tratamento Paliativo. *Clínicas de Terapia Intensiva* 9(3):533-544
- Cohn A, 2001. Saúde e democracia: o resgate da política. Artigo preparatório para o VII Congresso Paulista de Saúde Pública, 16p. (mimeo.)
- Coiera E, Tombs V, 1998. Communication behaviours in a hospital setting: an observational study. *British Medical Journal*, 316:673-6.
- Cole R, 1979. The understanding of medical terminology used in printed health education materials. *Health Education Journal*, 38(4):111-21.
- Costa BCG, 1995. Indústria cultural: análise crítica e suas possibilidades de revelar ou ocultar a realidade *In: Teoria crítica e educação*, Pucci B (org.) Petrópolis: Vozes.
- Costa C, 2002. *Filosofia da Linguagem*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

- Cremadez M, Grateau F, 1992. L'identité, renouveler le contrat psychologique in *Le management stratégique hospitalier*. Paris: Intereditions.
- Delacampagne C, 1997. A razão em questão *In: História da Filosofia no século XX*. Rio de Janeiro: Jorge Zaar.
- Dickson D, Raynor DK, Duman M, 2001. Patient information leaflets for medicines: using consumer testing to determine the most effective design. *Patient Education and Counseling*, 43(2):147-59.
- Dixon-Woods M, 2001. Writing wrongs? An analysis of published discourses about the use of patient information leaflets. *Social Science and Medicine*, 52(9):1417-32.
- Drossaert CH, Boer H, Seydel ER, 1996. Health education to improve repeat participation in the Dutch breast cancer screening program: evaluation of a leaflet tailored to previous participants. *Patient Educ Couns*, 28(2):121-31
- Echeverria R, 1998. *Ontologia del lenguaje*(5ª ed.). Santiago: Dolmen.
- Ellis MR, Vison DC, Ewigman B, 1999. Addressing spiritual concerns of patients. *Journal of Family Practice*, 48: 105-109.
- Eng TR, 2001. *e-Health Landscape – A terrain map of emerging information and communication technologies in health and health care*. Princeton NJ: Robert Wood Johnson Foundation [on line]. Disponível em <http://www.rwjf.org/app/rw_publications_and_links/publicationsPdfs?eHealth.pdf>
- Entwistle VA, Watt IS, 1998. Disseminating information about healthcare effectiveness: a survey of consumer health information services. *Qual Health Care*, 7(3):124-9
- Etzioni A, 1967. *Organizações complexas*. São Paulo: Atlas.

- Etzioni A, 1989. O objetivo da organização: senhor ou servo? In: Organizações modernas. São Paulo: Pioneira.
- Evans R, Barer M, Marmor T, (eds.) 1994. Why are some people healthy and others not? The determinants of health of populations. New York: Aldine.
- Eysenbach G, 2000a Consumer health informatics. *British Medical Journal*, 320:1713-6.
- Eysenbach G, 2000b. Towards ethical guidelines for dealing with unsolicited patient emails and giving teleadvice in the absence of a pre-existing patient-physician relationship – systematic review and expert survey. *Journal of Medical Internet Research*, 2(1) [*on line*] Disponível em <<http://www.jmir.org/2000/1/e1/>> .
- Eysenbach G, 2001a. Ethical issues in qualitative research on internet communities. *British Medical Journal*, 323:1103-1105.
- Eysenbach G, Diepgen TL, 1998. Towards quality management of medical information on the internet: evaluation, labelling and filtering of information. *British Medical Journal*, 317: 1496-1500
- Eysenbach G, Diepgen TL, 2001b. The role of e-health and consumer health informatics for evidence-based patient choice in the 21st century. In: *Clinics in Dermatology*, 19:11-7.
- Eysenbach G, Sa ER, e Diepgen TL, 1999. Shopping around the Internet today and tomorrow: towards the millenium of cybermedicine. *British Medical Journal*, 319:1294-6.
- Farias LO, Vaitsman J, 2002. Interação e conflito entre categorias profissionais em organizações hospitalares públicas. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(5).
- Fausto-Neto A, 1995. Percepções acerca dos campos da saúde e da comunicação. In: *Saúde e Comunicação: visibilidades e silêncios* (A.M.R. PITTA org.) p. 267-294, São Paulo / Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO.

- Fawdry, R. 1994. Prescribing the leaflets. *British Medical Journal*, 51(10):551-3.
- Fawzy F, Fawzy N, AMDT R, 1995. Critical review of psychosocial interventions in cancer care. *Archives of General Psychiatry*, 52: 100-113.
- Feder B, e Lyons JS, 2001. Study gives mixed reviews to health sites on Web Online medical - informations can be uneven, hard to find. Disponível em: <<http://www.siliconvalley.com/docs/news/depth/health052301.htm>>
- Feenberg A, 1996. Marcuse or Habermas: two critiques of technology. *Inquiry* 39:45-70.
- Ferejohn J, Pasquino P, 2001. A teoria da escolha racional na Ciência Política: conceitos de racionalidade em teoria política. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 16(45).
- Ferreira ABH, 1999. *Novo Aurélio Século XXI: o dicionário da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Fitzmaurice DA, Adams JL, 2000. A systematic review of patient information leaflets for hypertension. *Journal of Human Hypertension*, 14(4):259-62.
- Flores F, 1993. *Administración y comunicación in Inventando la empresa del siglo XXI*. Santiago do Chile: Hachette.
- Flores F, 1994. *El caracter lingüístico de las organizaciones in Creando organizaciones para el futuro*. Santiago do Chile: Dolmen.
- Foley K, 1999. Mulher de 44 anos com dor de grande intensidade no final da vida. Desafios na prática clínica. *Journal of the American Medical Association Brasil*, 3 (8) 2379-2388.
- Foltz AT, Sullivan JM, 1999. Limited literacy revisited implications for patient education. *Cancer Practice*, 7(3):145-50.

- Foucault M. 1987. Panoptismo *In: Vigiar e punir: nascimento da prisão*. Petrópolis: Vozes.
- Freemantle N, Harvey EL, Wolf F, et al. 2000. Printed educational materials: effects on professional practice and health care outcomes (Cochrane Review) *In: The Cochrane Library (Issue 3)*. Oxford: Update Software.
- Freire P, 1979. *Pedagogia do Oprimido*. (7ª ed.) Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Freire P, 1983. *Educação como Prática de Liberdade*. (14ª Ed.). Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983.
- Freire P, 1997a. *Extensão ou Comunicação?* Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Freire P, 1997b. *Pedagogia da autonomia: Saberes Necessários à Prática Educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 1997.
- Garden AL, Merry AF, Holland RL et al, 1996. Anaesthesia information – what patients want to know. *Anaesthesia in Intensive Care*, 24(5):594-8
- Garrud P, Wood M, Stainsby L, 2001. Impact of risk information in a patient education leaflet. *Patient Education and Counselling*, 43(3):303-6
- George CF, Waters WE, Nicholas JA, 1983. Prescription information leaflets: a pilot study in general practice. *British Medical Journal (Clinical Research Edition)*, 287(6400):1193-6
- Gibbs S, Watres WE, George CF, 1990. Prescription information leaflets: a national survey. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 83(5):292-7.
- Gibson R, 1999. *Paulo Freire and Pedagogy for Social Justice*. Theory and Research in Social Education, Spring. (disponível em <http://www.pipeline.com/~rgibson/>).
- Glanz K, Rudd J, 1990. Readability and content analysis of print cholesterol education materials. *Patient Education and Counseling*, 16(2):109-18.

- Goode J, Beardsworth A, Keil T, Sherratt E, Haslam C, 1996. Changing the nation's diet: A study of responses to current nutritional messages. *Health Education Journal*, 55:285.
- Gottlieb S, 2000. Health information on Internet is often unreliable. *British Medical Journal*, 321:136
- Graham W, Smith P, Kamal A, 2000. Randomised controlled trial comparing effectiveness of touch screen system with leaflet for providing women with information on prenatal tests. *British Medical Journal*, 320(7228):155-60
- Granitza A, 1997. Aufklärungspflicht, Fach- und Gebrauchsinformationen aus der Sicht der pharmazeutischen Industrie (patient education responsibility, specialty and administration information from the viewpoint of the pharmaceutical industry). *Z Arztl Fortbild Qualitätssich*, 91(7):649-53.
- Gregori W, 1988. *Cibernética Social*. São Paulo: Perspectiva.
- Griffiths KM, e Christensen H, 2000. Quality of web based information on treatment of depression: cross sectional survey. *British Medical Journal*, 321:1511-5.
- Habermas J, 1972. *Knowledge and human interests*. Boston: Beacon.
- Habermas J, 1979 *What is universal pragmatics? In: Communication and the evolution of society*, Boston: Beacon.
- Habermas J, 1984. *The theory of communicative action. Vol.1- Reason and the rationalization of society*. Boston: Beacon.
- Habermas J, 1987a. *Técnica e Ciência como ideologia*. Lisboa: Edições 70.
- Habermas J, 1987b. *Dialética e Hermenêutica*. Porto Alegre: L&PM
- Habermas J, 1990. *Pensamento pós-metafísico – estudos filosóficos*. Rio de Janeiro: Tempo brasileiro.

- Habermas J, 2000. O discurso filosófico da Modernidade. São Paulo: Martins Fontes.
- Habermas J, 2001. The liberating power of symbols. Cambridge: MIT Press.
- Hacking I, 1999. O inatismo de Noam Chomsky *In: Por que a Linguagem interessa à Filosofia?* São Paulo, UNESP.
- Harvey HD, Fleming P, Cregan K et al, 2000. The health promotion implications of the knowledge and attitude of emp'lyees in relation to health and safety leaflets. *International Journal of Environment Health Research*, 10(4):315-29.
- Hendley S, 1996. From communicative action to the Face of the other: Habermas e Lévinas on the foundations of moral theory. *Philosophy today*, winter: 504-530
- Hollanda AB, 2001. Dicionário da Língua portuguesa. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Honneth A, 1991. The critique of power – reflective stages in a critical social theory. Cambridge, Londres: MIT Press.
- Horowitz R, Viscoli C, Berkman L, 1990. Treatment adherence and risk of death after a myocardial infarction. *Lancet*, 342:1142-5.
- Howells RE, Dunn PD, Isasi T et al, 1999. Is the provision of information leaflets before colposcopy beneficial? A prospective randomized study. *British Journal of Obstetric and Gynecology*, 106(6):528-34
- Humphris GM, Duncalf M, Holt D, 1999. The experimental evaluation of an oral cancer information leaflet. *Oral Oncology*, 35(6):575-82
- Humphris GM, Ireland RS, Field EA, 2001. Immediate knowledge increase from an oral cancer information leaflet in patients attending a primary health care facility: a randomized controlled trial. *Oral Oncology*, 37(1):99-102.

- Ingram D, 1987. A teoria da racionalização de Weber *In: Habermas e a dialética da razão*. Brasília: Universidade de Brasília.
- Ishaq A, 2001. On the global digital divide. *Finance & Development*, 38 (3). Disponível em: <http://www.imf.org/external/pubs/ft/fandd/2001/09/ishaq.htm>
- Jackson C, Lindsey S, 1995. Reducing anxiety in new dental patients by means of leaflets. *British Dentistry Journal*, 179: 163-7.
- Johnson S, 1997. *Interface culture: how new technology transforms the way we create and communicate*. Nova York: Harper Edge.
- Jones R, Finlay F, Crouch V et al, 2000. Drug information leaflets: adolescent and professional perspectives. *Child Care Health Development*, 26(1):41-8
- Judge RD, Zuidema GD, Fitzgerald FT, 1982. *Clinical Diagnosis - a physiologic approach*. Boston: Little Brown, 1982.
- Kant I, 2002. O que é esclarecimento? *In: Fundamentação da metafísica dos costumes e outros escritos*. São Paulo: Martin Claret.
- Kee F, 1996. Patients' prerogatives and perceptions of benefit. *British Medical Journal*, 312:958-60
- Kleinman A, 1995. *Writing at the margin. Discourse between anthropology and medicine*. Berkeley:University of California Press.
- Klemm P, Reppert K, Visich L, 1998. A nontraditional cancer support group. The internet. *Computing Nursery*, 16: 31-36.
- Kreuter M, 1993. Human behaviour and cancer: forget the magic bullet. *Cancer*, 72:996-1001.
- Kruse AY, Kjaergard LL, Krogsgaard K et al, 2000. A randomized trial assessing the impact of written information on outpatients' knowledge about and

- attitude toward randomized clinical trials. The INFO trial group. *Control Clinical Trials*, 21(3):223-40.
- Kubba H, 2000. An evidence-based patient information leaflet about otitis media with effusion. *Clinical Performance and Quality Health Care*, 8(2):93-9
- Kuhn T, 1995. *A Estrutura das revoluções científicas*. São Paulo: Perspectiva.
- Kulbok PA, Baldwin JH, Cox CL e Duffy R, 1997. Advancing discourse on health promotion: beyond mainstream thinking. *Advanced Nursing Science*, 20(1):12-20.
- Lamb G, Green S, Heron J, 1994. Can a physician warn patients of potential side effects without causing fear of those side effects? *Archives of Internal Medicine*, 154:2753-6
- Latour B, 1998. From the world of science to the world of research? *Science*, 280(5361):208-9.
- Lau RK, 1997. Genitourinary medicine and the Internet nº4. *Genitourinary Medicine*, 73(1):73-4.
- Lessa CA, 1998. Racionalidade estratégica e instituições. *Revista brasileira de Ciências Sociais*, 13(37):1-15.
- Lévy P, 1993. Por uma Tecnodemocracia In: *As tecnologias da inteligência*. Rio de Janeiro: Ed.34.
- Little P, Griffin S, Kelly J et al, 1998. Effect of educational leaflets and questions on knowledge of contraception in women taking the combined contraceptive pill: randomized controlled trial. *British Medical Journal*, 316 (7149):1948-52.
- Little P, Somerville J, Williamson I et al, 2001. Randomised controlled trial of self management leaflets and booklets for minor illness provided by post. *British Medical Journal*, 322(7296):1214-6

- Luck A, Pearson S, Maddern G et al, 1999. Effects of video information on precolonoscopy anxiety and knowledge: a randomised trial. *Lancet*, 354(9195):2032-5.
- Lupton D, 1995. Communicating health: the mass media and advertising in health promotion. In *The imperative of health. Public health and the regulated body*. Londres: Sage.
- Lupton D, 1999. *Risk*. Londres:Routledge.
- Macedo M, 2002. WEB semântica. Disponível em: <<http://www.comciencia.br/reportagens/internet/cred.htm>>.
- Macfarlane JT, Holmes WF, Macfarlane RM, 1997. Reducing reconsultations for acute lower respiratory tract illness with an information leaflet: a randomized controlled study of patients in primary care. *British Journal of General Practice*, 47(424):719-22
- Maggs, FM, Jubb RW, Kemm JR, 1996. Single-blind randomized controlled trial of an educational booklet for patients with chronic arthritis. *British Journal of Rheumatology*, 35(8)775-7.
- Mainardi D, 2001. O pequeno búlgaro. *Revista Veja*, 1699:155.
- Mandl KD, Szolovits P e Kohane I,2001. Public standards and patients control: how to keep electronic, medical records accessible but private. *British Medical Journal*, 322:283-6.
- Mant J, Carter J, Wade DT, 1998. The impact of an information pack on patients with stroke and their carers: a randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*, 12(6):465-76.
- Masuda Y, 1982. *A sociedade da informação como sociedade pós industrial*. Rio de Janeiro: Ed.Rio.

- Maurer H, 2001. Grandes sistemas da WWW - novos fenômenos, novos problemas e novas soluções. *In: Kolb A, Esterbauer R, Ruckebauer HW. Ciberética. São Paulo: Loyola.*
- Mazur D, Hickham D, 1994. The effect of physicians explanations on patients' treatment preferences: five year survive data. *Medical Decision Making, 14:255-8.*
- Meier DE, Morrison RS, Cassel CK, 1997. Improving palliative care. *Annals of Internal Medicine, 127:3-5.*
- Meredith P, Emberton M, Wood C, et al, 1995. Comparison of patients' needs for information on prostate surgery with printed materials provided by surgeons. *Quality and Health Care, 4(1):18-23.*
- Mintzberg H, 1989. *Mintzberg on management. Nova York, Londres: Free Press.*
- Mintzberg H, 1995. A burocracia profissional *In: Criando organizações eficazes – estruturas em cinco configurações. São Paulo: Atlas.*
- Mintzberg H, Ahlstrand B, Lampel J, 1998. *Strategy safari: a guided tour through the wilds of strategic management. Nova York: The Free Press.*
- Morgan G, 1996. *Imagens da organização. São Paulo: Atlas.*
- Morin E, 1986. *Para sair do século XX. Rio de Janeiro: Nova fronteira.*
- Mottram DR, Reed C, 1997. Comparative evaluation of patient information leaflets by pharmacists, doctors and the general public. *Journal of Clinical Pharmacology and Therapeutics, 22(2):127-34*
- Mumford ME, 1997. A descriptive study of the readability of patient information leaflets designed by nurses. *Journal of Advanced Nursing, 26(5):985-91.*

- Murphy B, Schofield H, Herman H, 1995. Information for family carers: does it help? *Australian Journal of Public Health*, 19(2):192-7.
- Murphy S, Smith C, 1993. Crutches, confetti or useful tools? Professionals' views on and use of health educational leaflets. *Health Education Research*, 8(2):205-15
- Murray E, Davis H, Tai SS, Coulter A, Gray A e Haines A, 2001. Randomised controlled trial of an interactive multimedia decision aid on hormone replacement therapy in primary care. *British Medical Journal*, 323:490-3.
- Murray J, Cuckle H, Sehmi I et al, 2001. Quality of written information used in Down syndrome screening. *Prenatal Diagnosis*, 21(2):138-42.
- Nelson D, Coleman K, Walver J, 1997. Why are you waiting? Formulating an information pamphlet for use in an accident and emergency department. *Accident and Emergency Nursing*, 5(1):39-41.
- Newton JT, 1995. The readability and utility of general dental practice patient information leaflets: an evaluation. *British Dental Journal*, 178(9):329-32.
- Newton LH, Hall SM, 1995. A survey of health education material for the primary prevention of congenital toxoplasmosis. *Community Disease Report CDR Revue*, 5(2):R21-7.
- Nietzsche F, 2000. *A gaia ciência*. São Paulo: Companhia das letras.
- Ontario task force on the primary prevention of cancer, 1995. *Recommendations for the primary prevention of cancer*. Toronto: Ontario task force
- Paul CL, Redman S, Sanson-Fisher RW, 1998. Print material as a public health education tool. *Australian and New Zealand Journal of Public Health* 22(1):146-8.
- Peduzzi M, 2001. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Revista de Saúde Pública*, 35(1):103-9

- Pereira RJ, 2001. Redes de sintomas: facetas digitais da depressão. Anteprojeto de doutoramento em saúde pública, submetido à Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz.
- Petersen A, Lupton D, 1996. The new public health. Health and self in the age of risk. Londres:Sage.
- Petrie S, Stone R, 1973. Hipnocibernética. Rio de Janeiro: Record.
- Petterson T, Dornan TL, Albert T et al, 1994. Are information leaflets given to elderly people with diabetes easy to read? Diabetis and Medicine, 4;11(1):111-3.
- Peveler R, George C, Kinmonth AL et al, 1999. Effect of antidepressant drug counselling and information leaflets on adherence to drug treatment in primary care: randomized controlled trial. British Medical Journal, 319(7210):612-5.
- Ponchirolli O, 2000. O capital humano como elemento estratégico na economia da sociedade do conhecimento sob a perspectiva da teoria do agir comunicativo. Florianópolis, tese (mestrado em Engenharia de produção). Universidade Federal de Santa Catarina.
- Pratt L, Seligman A, Reader G, 1957. Physicians view on the level of medical information among patients. American Journal of Public Health, 47:1277-83.
- Pusey M, 1987. The political Sociology of advanced capitalist societies In: Jürgen Habermas. Londres, Nova York: Routledge.
- Rangel R, 1999. De onde viemos In: Passado e futuro na era da informação. Rio de Janeiro: Nova fronteira p.45-7.
- Revista Veja, 2001. Para usar – saúde, 1713:143.
- Richard MA, Martin S, Gouvernet J et al, 1999. Humour and alarmism in melanoma prevention: a randomized controlled study of three types of information leaflet. British Journal of Dermatology, 140 (5):909-14.

- Rigby M, Forsström J, Roberts R, Wyatt J, 2001. Verifying quality and safety in health informatics services. *British Medical Journal*, 323:552-6.
- Risk A., Dzenowagis J, 2001. Review of Internet health information quality initiatives. *Journal of Medical Internet Research*, 3(4): e28.
- Rivera FJU, 1995. Agir comunicativo e planejamento social: uma crítica ao enfoque estratégico. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- Rivera FJU, 1996. A gestão situacional (em saúde) e a organização comunicante. *Cadernos de Saúde Pública*, 12(3):357-372.
- Rivera FJU, 1997. A démarche estratégica: a metodologia de gestão do Centro Hospitalar Regional Universitário de Lille, França. *Cadernos de Saúde Pública*, 13(1):73-80.
- Robbins M, 1997. Assessing needs and effectiveness: is palliative care a special case? In: Clark, D; Hockley, J; Ahmezdai, S. *Facing death. New themes in palliative care*. Buckingham: Open University Press.
- Robertson A, Minkler M, 1994. New health promotion movements: A critical examination. *Health Education Quarterly*, 21:285-312.
- Rodrigues AD, 1995. A relevância e a atualidade dos processos interlocutivos. In: Braga LJ, Porto SD e Fausto-Neto A (org.) *Mídia e Encenação dos Sentidos. Mídia, Cultura e Política*. Rio de Janeiro: Compós.
- Rohmann C, 2000. *O livro das idéias*. Rio de Janeiro: Campus.
- Rozemberg B, 1994. Representação Social de Eventos Somáticos Ligados à Esquistossomose. *Cadernos de Saúde Pública*, 10(1):30-46.
- Rozemberg B, 1998. Saneamento Rural em Áreas Endêmicas de esquistossomose: Experiência e Aprendizagem. *Ciência Saude Coletiva*, 3(2):125-141.

- Rozemberg B, Penna-Silva AP, Vasconcellos-Silva PR, 2002. Impressos hospitalares e a dinâmica de construção de seus sentidos: o ponto de vista dos profissionais de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(6):1685-94
- Rushton JL, 2001 The burden of evidence. *British Medical Journal*, 323:349.
- Saunders C, 1991. *Hospice and palliative care. An interdisciplinary approach.* London, Edward Arnold.
- Schulman BA, 1979. Active patient orientation and outcomes in hypertensive treatment. Application of a socio-organisational perspective. *Medical Care*, 17:267-80.
- Scott JT, Entwistle VA, Sowden AJ, Watt I, 2000. Recordings of summaries of consultations for people with cancer (Cochrane review) Oxford; The Cochrane Library.
- Seals TD, Keith MR, 1997. Influence of patient information leaflets on anticonvulsant drug compliance in prison. *American Journal of Health on System Pharmacy*, 54(22):2585-7
- Searle J R, 1976. *A Taxonomy of Illocutionary Acts in Language ,Mind and Knowledge.* Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Sharf BF, 1997. Communicating breast cancer on-line: support and empowerment on the internet. *Women Health*, 26(1): 65-84.
- Siebeneichler FB, 1989. *Jurgen Habermas: razão comunicativa e emancipação.* Rio de Janeiro: Tempo brasileiro.
- Simpson W, Johnstone F, Boyd F et al, 1999. A randomized controlled trial of different approaches to universal antenatal HIV testing: uptake and acceptability. Annex: antenatal HIV testing – assessment of a routine voluntary approach. *Health Technology Assessment*, 3(4):1-112.

- Singer, Peter A. 2000 Medical ethics- recent advances. *British Medical Journal*, 321:282-5.
- Smith MS, 2002. Além da liberdade e da dignidade In: Os 100 livros que mais influenciaram a humanidade. Rio de Janeiro: DIFEL.
- Sousa-Santos B, 2000. A crítica da razão indolente. Contra o desperdício da experiência. Para um novo senso comum. A ciência, o direito e a política na transição para-digmática (vol.1). São Paulo:Cortez.
- Stewart M, 1995. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ*, 152:1423-33.
- Strathern P, 2000. Turing e o computador. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Street E, Drew PJ, Carleton PJ et al, 1998. Interactive multimedia information program for use by breast-care nurses – a patient acceptability study. *European Journal of Surgery and Oncology*, 35(4):264-6
- Sumner W N, 1991. An evaluation of readable preventive health messages. *Family Medicine*, 23(6):463-6.
- Tan-Torres E, 2000. Disseminating health information in developing countries: the role of internet. *British Medical Journal*, 321:797-800.
- Taylor C, 1994. As fontes do self. A construção da identidade moderna. São Paulo:Loyola.
- Tourigny J, 1998. Les effects d'une intervention educative preoperatoire sur la conduite de parents d'enfants de trois a six ans operes dans le cadre d'une chirurgie d'un jour. *Canadian Journal of Nursing Research*, 30(2):135-59.
- Tzu TC, 1998. Comunicação 11 – A sabedoria In Hoisel, B. Anais de um Simpósio Imaginário. São Paulo: Palas Athena.

- Van Bommel JH, 1997. Handbook of medical informatics. Heidelberg: Springer.
- Van Es SM, le Coq EM, Brower AI et al, 1998. Adherence-related behavior in adolescents with asthma: results from focus group interviews. *Journal of Asthma*, 35(8):637-46
- Vasconcellos-Silva PR, Rivera FJU, Sibeneichler FB, 2003c. Modelos comunicativos em organizações profissionais de saúde. (em processo de conversão para a língua inglesa).
- Vasconcellos-Silva PR, Rivera, FJU, Castiel, LD, 2003b. Comunicação instrumental, diretiva e afetiva em sistemas hospitalares. (em fase de avaliação) *Cadernos de Saúde Pública* 19(3):pp-pp.
- Vasconcellos-Silva PR, Rivera, FJU, Rozemberg B, 2003a. Próteses de comunicação e alinhamento comportamental: uma revisão da literatura sobre impressos hospitalares. *Revista de Saúde Pública* 37(4): 53-542.
- Vasconcellos-Silva PR, Castiel, LD, 2003d. Do the internet messages promote health?
Log files analisys to assess health media impact. Artigo aceito pelo *Pan American Journal of Public Health*. Publicação prevista para 1º semestre de 2003
- Vasconcellos-Silva PR, 2003e. Arquivos de acesso à Internet e campanhas de prevenção de câncer: promovendo saúde ou doenças? A ser submetido à Revista da OPAS.
- Velasco M, 2001. Ética do discurso: Apel ou Habermas? Rio de Janeiro: FAPERJ, Mauad.
- W3C, 2003. Technology and society domain. Disponível em:
<<http://www.w3.org/2001/sw/Activity>>.
- Ward B, Shah S, Eaden JA, 1998. Patients with inflammatory bowel disease: their

- response to information leaflets about medical therapy in particular azathioprine. *Archives of Gastroenterology*, 35(4):264-6
- Watzlavick P, Beavin JH, Jackson DD, 1967. *Pragmática da comunicação humana*. São Paulo: Cultrix.
- Weber M. 2002a. *A ética protestante e o espírito do capitalismo*. São Paulo: Martin Claret
- Weber M., 2002b. *Ciência como vocação*. São Paulo: Martin Claret
- Wiener N, 1955; Time series, information and communication *In: Cybernetics – control and communication in the animal and the machine*. Nova York, Paris: The technology press.
- Wiener N, 1968. *Cibernética e sociedade - o uso humano de seres humanos*. São Paulo: Cultrix.
- Wilson FL, 1996. Patient educational materials nurses use in community health. *Western Journal Nursery Research*, 18(2):195-205.
- Wise PH, Pietroni RG, Bhatt VB et al, 1996. Development and evaluation of a novel patient information system. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 89(10):557-60
- Wootton R, 2001. Recent advances: Telemedicine. *British Medical Journal*, 323:557-60.
- Zafirian, P, 1991. Trabalho e comunicação nas indústrias automatizadas. *Tempo Social; Revista de Sociologia da USP*, 3 (1-2): 119-130.
- Zakrzewska JM, Leeson RM, Mcluskey M, 1997. The development of patient information leaflets. Care of the mouth after radiotherapy. *Gerodontology*, 14(1): 48-53