



## Os usos do cuidado de si na produção de informação<sup>1</sup>

Marcia Rodrigues Lisboa<sup>2</sup>  
Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ

### Resumo

Este trabalho procura refletir sobre a construção da categoria foucaultiana “cuidar de si” como objeto da saúde e sua aproximação do conceito de risco. Parte do entendimento de que o pensamento e as práticas acerca do cuidado de si, no contexto atual, não estão dissociados do processo de midiaticização e do projeto hegemônico centrado nas tecnologias de informação, que promovem a hipervalorização do conhecimento técnico-científico internacionalizado e a submissão dos saberes e da cultura locais. Em contraposição, aponta propostas interdisciplinares de construção compartilhada do conhecimento como um espaço de autonomia dos sujeitos.

### Palavras-chave

Cuidado; risco; promoção de saúde; comunicação.

### Introdução

De que forma são construídos os discursos acerca do cuidado de si como objeto de promoção de saúde? O objetivo deste estudo é discutir o conceito do cuidado de si, no contexto atual, em uma abordagem histórico-social que levará em conta os fenômenos da midiaticização e da expansão da visão tecnicista, norteadores dos pensamentos e das intervenções hegemônicas na saúde.

Inicialmente, procura-se abordar a genealogia do cuidar/curar, a partir das formulações de Michel Foucault (1979; 1985) e Martin Heidegger (1993). Em seguida, é situado o surgimento do cuidado médico como uma prática de interesse do Estado liberal (ROSEN, 1980) e em formas pulverizadas de controle dos sujeitos e de seus corpos (FOUCAULT, 1979; 1985a).

Na segunda parte, o objetivo foi destacar os principais marcos na construção dos conceitos de saúde e de promoção de saúde. O primeiro deles é a grande contribuição de Georges Canguilhem para o entendimento da saúde desassociada da ausência de doença.

---

<sup>1</sup> Trabalho apresentado no GP Comunicação, Ciência, Meio Ambiente e Sociedade, XI Encontro dos Grupos de Pesquisas em Comunicação, evento componente do XXXIV Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação.

<sup>2</sup> Mestre em Comunicação e Cultura pela UFRJ, doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Informação e Comunicação em Saúde da Fiocruz. E-mail: lisboa.marcia@gmail.com.



Sua percepção não-linear da fisiologia e da patologia fundamentou a medicina contemporânea. No que se refere ao conceito de promoção de saúde, é ressaltada a perspectiva interdisciplinar para produção de conhecimento e a atuação no campo, ao mesmo tempo em que são sublinhados os limites do trinômio saúde-doença-cuidado (ALMEIDA FILHO, 2000).

Redução de risco e vulnerabilidade são categorias frequentemente associadas ao cuidado de si, nos discursos da promoção da saúde. Por este motivo, foram incorporadas algumas discussões relevantes sobre proposições nessa linha, mantendo a clareza de que merecem análise específica, haja vista a vasta literatura sobre o assunto, não apenas na área da epidemiologia, mas no campo do direito, da comunicação, entre outros.

Na terceira parte, põe-se em evidência o fenômeno da midiaticização, que se apropria do campo da comunicação para produzir simulacros da realidade. O bios midiático, conforme conceitua Muniz Sodré (2002), atua na desvinculação do sujeito de sua história (memória) e de sua cultura. Ao lado deste processo, aparece, como grande repercussão do presentismo que se instaurou no pós-guerra, o conceito de sociedade da informação, pautado no primado da ciência e da tecnologia (MATTELART, 2005).

Em oposição à midiaticização estaria a mediação, que traz o sentido original da comunicação, de pensar o comum e entender os sentidos dos discursos sociais. É a partir da cultura, e não dos meios, que os teóricos da mediação (Martin-Barbero e Canclini, entre outros) refletem sobre os fenômenos da comunicação. Seja propondo uma antropológica do vínculo (SODRÉ, 2002), refletindo sobre a construção de um terceiro conhecimento (MARTELETO e VALLA, 2003) ou sugerindo a mobilização de redes de atores sociais e profissionais em prol de uma nova filosofia do bem comum (MATTELART, 2005), as análises apontam para as possibilidades de emancipação dos sujeitos e dos seus saberes.

Na última parte, a título de conclusão, propõe-se uma reflexão sobre os desafios para a construção interdisciplinar do conceito “cuidar de si”, considerando as amplas percepções das diferentes áreas e, fundamentalmente, buscando ouvir e compreender as múltiplas vozes dos sujeitos históricos.

## **1 – Origens do cuidado de si**

### **1.1 – Cuidar/curar: a percepção do ser e do outro**



Cuidar, segundo o Dicionário Etimológico Nova Fronteira de Língua Portuguesa, vem do latim *cogitare*, tendo origem no século XIII, e significa cogitar, imaginar, pensar, tratar de, dar atenção a, ter cuidado com a saúde de, curar (CUNHA, 1992). A vinculação com o último verbo traz à tona a percepção originária do ser e da relação com o outro. “Cura”, para Heidegger, é um fenômeno ontológico-existencial básico, um *a priori* de toda a atitude humana.

Em *Ser e tempo*, o filósofo sublinha que a “cura” não deve ser caracterizada somente pela essencialidade, e tampouco indica uma atitude isolada do eu consigo mesmo. A expressão “cura de si mesmo” seria uma tautologia, já que a cura não pode significar uma atitude especial para consigo, pois já se caracteriza ontologicamente como precedente a si mesma (1993, p. 257).

O princípio de que é preciso ter cuidados consigo, segundo Michel Foucault, estaria na base da existência, fundamentando a sua necessidade, comandando seu desenvolvimento e organizando sua prática.

[...] o preceito segundo o qual convém ocupar-se consigo mesmo é em todo caso um imperativo que circula entre numerosas doutrinas diferentes; ele também tomou a forma de uma atitude, de uma maneira de se comportar, impregnou formas de viver; desenvolveu-se em procedimentos, em práticas e em receitas que eram refletidas, desenvolvidas, aperfeiçoadas e ensinadas; ele constituiu assim uma prática social, dando lugar a relações interindividuais, a trocas e comunicações, e até mesmo a instituições; ele proporcionou, enfim, um certo modo de conhecimento e a elaboração de um saber (1985b, p.50).

Foucault destaca, no entanto, que o rótulo “individualismo” no mundo grego e romano, nos dois primeiros séculos da época imperial<sup>3</sup>, deve ser observado em seu contexto. A intensificação da relação consigo, que dá ao sujeito autonomia de seus atos, reforça valores de conduta pessoal e interesses por si próprio, tenderia a misturar fenômenos diversos em épocas diferentes.

Na cultura grega, o cuidar de si já mantinha estreita correlação com o pensamento e a prática médica. O cuidado estaria relacionado à possibilidade de um jogo de trocas com o outro e de um sistema de obrigações recíprocas, que comporiam o que Foucault chama de “um serviço da alma”. “O cuidado de si – ou os cuidados que se tem com o cuidado que os outros devem ter consigo mesmos – aparece como uma intensificação das relações sociais” (FOUCAULT, 1985b, p. 58-59).

---

<sup>3</sup> Considerada a idade de ouro da cultura de si.



A cultura de si propiciou o aumento do cuidado médico, que foi traduzido por uma forma de atenção com o corpo, distinta, no entanto, da valorização do vigor físico – numa época em que a ginástica, o treinamento esportivo e militar eram parte integrante da formação do homem livre.

O corpo com o qual o adulto tem que se ocupar quando cuida dele mesmo não é mais um corpo jovem que se tratava de formar pela ginástica; é um corpo frágil, ameaçado, minado de pequenas misérias e que, em troca, ameaça a alma, menos por suas exigências demasiado vigorosas do que por suas próprias fraquezas. (FOUCAULT, 1985b, p. 61- 62)

Nas práticas médicas, esse cuidado com o corpo refletia-se na preocupação com o excesso, na escuta dos distúrbios, na atenção detalhada às disfunções, na consideração de todos os elementos que podem perturbar o corpo (estação, clima alimentação, modo de vida) e, através dele, a alma (FOUCAULT, 1985b, p. 62).

É justamente essa aproximação ente medicina e moral que vai propiciar a valorização do conhecimento de si. O indivíduo doente ou ameaçado por uma enfermidade precisa se reconhecer como tal. Além de se assumir como alguém que sofre de certos males, na cultura de si, ele é impelido a cuidar deles, seja por si mesmo ou por quem tenha competência para isto (FOUCAULT, 1985b, p. 62-3).

## 1.2 – O (novo) cuidado médico e a disciplina

A consolidação do sistema capitalista moderno propiciou maior amplitude da perspectiva do cuidado. Cuidar/curar tornou-se interesse do Estado liberal, que precisava ter o maior número possível de súditos sadios (ROSEN, 1980, p.215). Desta forma, doença e morte passaram a ser encaradas como problema econômico, redutores de produtividade.

Até o século XVIII, o hospital era um lugar de filantropia, de exclusão e de morte – não de cura –, sob a administração e o controle de instituições religiosas. Nesse cenário, no qual o saber médico limitava-se a grandes tratados, a presença do profissional no hospital era bastante restrita e desvalorizada.

A prática médica naquela altura seria profundamente individualista e não teria justificação científica. O médico era um observador do doente e da doença, com a função de prever os desdobramentos do quadro, mas sem exercer qualquer intervenção. Estava ali, próximo do enfermo, como um aliado da natureza contra a doença, olhando para ele, mas sem, de fato, ver o que se passava (FOUCAULT, 1979, p. 101-102).



A reforma hospitalar começou a acontecer, por motivos econômicos, nos hospitais marítimos e militares: seja pela desordem causada pelos que se faziam passar por doentes para traficar mercadorias e escaparem ilesos (prática comum no caso dos primeiros), seja pelo alto custo da perda de um soldado e o risco de epidemias (no segundo caso). Tal reforma aconteceu com disciplina e reorganização administrativa e política. Manter a disciplina implica estabelecer mecanismos permanentes de vigilância e dispositivos de controle. Isto traz uma demanda associada, que é um rigoroso registro de informações.

A intervenção médica e a disciplinarização do espaço hospitalar alteraram as configurações de poder dentro do hospital, deslocando para o médico o controle sobre os indivíduos, sua alimentação, seu sono etc. O exame torna-se o instrumento fundamental para o exercício do poder da medicina.

O hospital passa a ser um lugar também de formação e transmissão do saber médico. Os estudos e registros a partir desse período permitem constatar fenômenos patológicos comuns, contribuindo também para uma medicina da população.

É nesse contexto que se situa a construção da saúde como um campo, entendido como espaço estruturado de posições (ou de postos) que podem ser analisadas independentemente das características de seus ocupantes, em partes determinadas por eles (BOURDIEU, 1983, p.89).

A ideia de biopoder está contida nos processos de normalização e adestramento do indivíduo e do seu corpo. Na percepção de Foucault, ele foi indispensável para o desenvolvimento do capitalismo, com a inserção controlada dos corpos no aparelho de produção e o ajuste dos fenômenos da população aos processos econômicos (1985a, p. 131-132).

O entendimento da medicina como política aplicada ao campo da saúde e da política como a aplicação da medicina no âmbito social, a fim de curar “os males da sociedade”, estava na base do surgimento da medicina social (PAIM e ALMEIDA FILHO, 1979, p. 302), no bojo da Revolução Industrial, tendo de um lado a incorporação feita pelas classes trabalhadoras dos temas relativos à saúde em sua pauta das reivindicações – principalmente em países como Inglaterra, França e Alemanha – e de outro, o posicionamento de médicos e filósofos em direção ao caráter social da medicina e da doença.



## 2 – O cuidado na promoção de saúde

### 2.1 – Da saúde à promoção

No cenário de pós-guerra, a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu, em 1946, a saúde como “o estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença ou incapacidade”.

A desvinculação do conceito de saúde à inexistência de patologia já havia sido feita por Georges Canguilhem, alguns anos antes, em sua tese de doutorado em medicina, que se tornou um marco da epistemologia da saúde. Doença deixa de ter o caráter de desaparecimento de uma ordem fisiológica para ser definida como o aparecimento de uma nova ordem vital; e a saúde torna-se “margem de tolerância às infidelidades do meio” (1995, p. 156-159).

Conceito-chave na obra de Canguilhem, a normatividade vital configura um ponto de vista novo para a constituição de um campo. Existe uma polaridade dinâmica refletida na percepção do sujeito sobre a doença. “O objeto de uma ciência é pensado como algo estável, mas a vida é evolução, variação de formas, invenção de comportamentos” (p.164).

Ainda na década de 1940, surgiram as primeiras referências à expressão promoção de saúde, naquele momento associada à atenção primária. Ao longo das décadas seguintes, sofreu modificações, sendo impulsionado pelo movimento que propõe uma nova concepção de saúde, calcada em sua determinação social e econômica e na construção dessa perspectiva cujo foco não é a doença.

Um marco dessa mudança é o Relatório Lalonde<sup>4</sup>, de 1974, base da reforma do sistema de saúde canadense. No documento, a promoção de saúde é uma das cinco estratégias para o enfrentamento dos problemas da saúde. A proposta dá destaque à perspectiva de disseminar informação e persuadir a mudança de comportamentos (de estilo de vida) de indivíduos, cobrando destes a responsabilidade pelo cuidado de si (LALONDE, 1981).

Doze anos depois, a I Conferência Internacional de Promoção à Saúde, realizada no Canadá, retirava o foco singular (no indivíduo) e o direcionava a um conjunto de mecanismos, no qual as ações individuais de cuidado com a saúde refletiriam apenas um dos aspectos a serem considerados nas estratégias voltadas à execução da meta “saúde

---

<sup>4</sup> Nome como ficou conhecido o documento *A New Perspective on the Health of Canadians* (1973-1974).



para todos”. A Carta de Ottawa<sup>5</sup> sublinha que este objetivo só poderá ser atingido com ações políticas de combate às desigualdades sociais e com a maior participação dos cidadãos e de suas representações.

De maneira sintética, a nova promoção de saúde envolveria protagonismo e diferentes atores sociais, enquanto a prevenção estaria centrada na difusão de um conhecimento especializado, validado cientificamente, com a intenção de alterar comportamentos considerados “prejudiciais à saúde”. É importante ressaltar, contudo, a convivência de elaborações distintas do conceito de promoção de saúde: de uma linha mais conservadora, ainda centrada na maior responsabilidade individual que do Estado pelo cuidado de si, à perspectiva que busca fortalecer a capacidade individual e coletiva de lidar com a multiplicidade de condicionantes (CZERESNIA, 2009).

O questionamento de concepções do modelo de promoção de saúde, em um cenário de mudanças no panorama político e social do mundo e da situação de saúde, provocou o surgimento, na América Latina, de um movimento crítico ao universalismo naturalista do saber médico, batizado, no Brasil, como saúde coletiva. Ele rompe com a concepção de saúde pública, negando o monopólio do discurso biológico.

O conceito de promoção de saúde e suas proposições têm gerado críticas e propostas de pesquisadores e profissionais. Para Naomar de Almeida Filho (2000, p. 16), a própria epidemiologia deve ser reconsiderada, incluindo a sua apropriação da noção de risco, tema do item a seguir.

## 2.2 - Risco e controle

Desde meados do século XX, a noção de cuidado na saúde vem sendo vinculada ao conceito epidemiológico de risco. De acordo com José Ricardo Ayres, este último assumiu três tarefas simultâneas: estender a tradução da doença para além dos limites do corpo (um fator ambiental, por exemplo, pode ser visto como um dano mesmo antes de se materializar no corpo), expandir o raciocínio patogênico, através de um rigoroso manuseio de regularidades, e retraduzir continuamente a interpretação dos seus limites como necessidade de um "saber como" ainda mais rigoroso, “fazendo coincidir toda ideia de sucesso prático com uma infinita busca de controle técnico” (2001, p. 9-10).

Se o que se sabe sobre uma associação de risco é pouco, ou se o que se sabe não permite intervenções muito eficazes, parte-se para o controle, mais uma vez nomológico, da incerteza, ou para o controle técnico dos

---

<sup>5</sup> Documento produzido na conferência.



fatores que se associam regularmente ao mau resultado. Sempre a arguição sobre o como fazer, raramente sobre o que se está fazendo. (2001, p. 10)

Nessa linha (voltada ao controle de doenças), dois conceitos oriundos do direito são apropriados: vulnerabilidade e responsabilidade. Para Ayres, o que move o primeiro é a ideia de sucesso prático, pautado em horizontes normativos tecnicistas de validade proposicional (2001, p. 11). Já a responsabilidade estaria ancorada na definição de livre arbítrio. Castiel e Diaz situam a retórica da responsabilização individual e da mudança de comportamento “sob a ambiência do individualismo e da moralidade das sociedades modernas e das crises fiscais e econômicas dos sistemas de bem-estar social de muitas nações” (2007, p. 30).

Além de estar presente no direito e na epidemiologia, o conceito de risco orienta práticas em diferentes campos, a exemplo da ciência política, da economia, da engenharia e da ecologia, e tem gerado também inúmeras contribuições de autores da antropologia, como Douglas e Lupton; da sociologia, como Castel, Beck e Giddens; da comunicação, como Dunwoody; e estudiosos de outras áreas.

Vale ressaltar que a expressão nem sempre teve conotação negativa, e ainda traz a dicotomia dos sentidos de perigo (a ser evitado) e aventura (estimulada). A ideia de governabilidade, em um período de incertezas, está presente nas noções de risco percebido e risco calculável. O chamado gerenciamento de risco apoia-se na racionalidade para justificar a previdência, procurando identificar possíveis ameaças a serem configuradas como fatores de risco.

Antecipar-se aos problemas, na tentativa de evitar que aconteçam, é o foco das medidas voltadas à prevenção de riscos. Nessa perspectiva está inserido o princípio de precaução, presente em instrumentos regulatórios nacionais e em acordos internacionais de áreas distintas, envolvendo diferentes atores (SANDIN, 2006).

O lugar central ocupado pelo conceito de risco na sociedade contemporânea, de acordo com Vaz, reflete a proposição de um compromisso entre os valores do presente que é capaz de evitar a consequência negativa.

A informação sobre o que o futuro pode ser é modo de obter um futuro que se deseja; a simulação é modo de delimitar aquilo que os homens podem fazer, pois informar sobre os riscos é dizer aquilo que pode e deve ser feito; por fim, antecipar o futuro para propor compromissos é modo de estabilizar os valores do presente na medida em que não são confrontados com um mundo onde valores totalmente outros pudessem vigorar. Trata-se sempre de preservar o mundo e os indivíduos, e não de transformá-los. (1999,





p.110)

Ayres aponta para a necessidade de uma reflexão sobre a intervenção “que estabelece e justifica os diálogos travados no campo da saúde”. Curar, tratar e controlar seriam práticas limitadas, que supõem relações estáticas, individualizadas e individualizantes, objetificadoras dos sujeitos-alvo das intervenções dos profissionais de saúde (2001, p. 11).

Crítico do conceito epidemiológico de risco, que define como uma aproximação de segunda ordem do fenômeno da doença em populações, Naomar de Almeida Filho propõe a construção de um novo objeto-modelo da epidemiologia.

Não tenho dúvidas de que o objeto possível da saúde-doença-cuidado é um desses objetos heurísticos complexos, plurais e sensíveis aos contextos, que só se define em sua configuração total, já que a apreensão de cada um dos seus elementos e dimensões não nos dá acesso à integralidade deste objeto. Tenho dúvidas, isso sim, de se a Epidemiologia, tal como a conhecemos, terá condições de enfrentar esse desafio (2000, p. 17).

### **3 – A comunicação do cuidado e do risco**

#### **3.1 – Miatização x mediação**

Compreender as propostas e ações relacionadas às categorias cuidado, risco, controle, promoção de saúde, entre outras aqui abordadas, implica em situá-las para além das fronteiras das áreas tradicionais da saúde. Elas estão inexoravelmente ligadas às redes de informação ou mediadas por veículos de comunicação.

Comunicar significa instaurar a comunidade, definida como “a relação de um com o outro”, que traz dois problemas para o centro do debate: pensar o que é o comum e entender os sentidos dos discursos sociais. A comunicação estaria, portanto, inserida originalmente no âmbito da mediação (SODRÉ, 2002). A miatização, por sua vez, é uma ordem de mediações no sentido da comunicação como processo informacional, a reboque das organizações empresariais, com ênfase na “tecnointeração”, que toma o lugar da mediação.

Tal processo comporia o que Sodré definiu como bios midiático (quarto bios ou bios virtual), cujo conceito parte de cinco processos de transformação: a pauta de interesses comuns para a qualificação virtualizante da vida (ethos miatizado); as referências simbólicas com as quais se forma a consciência de jovens e adultos (hexis educativa); os modos operativos da consciência dos processos de construção da



realidade (virtus como metáfora); o campo das normas e dos valores da sociabilidade (communitas, ethiké); o sistema de pensamento pelo qual são aferidos os fatos socioculturais (communicatio e episteme) (2002, p. 9-21). Em última instância, a mediatização seria uma mediação social tecnologicamente exacerbada.

A mídia configura-se como uma apropriação tecnológica da comunicação, caracterizada pela velocidade, pela fragmentação e pela fluidez dos processos informacionais. Ela não determina as formas de apreensão das informações pelos indivíduos, mas, de acordo com Sodré, as prescreve (2002, p. 61-75).

Elaborados por especialistas, os receituários acerca do cuidado com a saúde ganharam espaço de destaque, particularmente nas duas últimas décadas, em diferentes canais, da mídia tradicional a veículos alternativos, incluindo aqueles promovidos por organizações sociais. Com o aval da ciência, os cidadãos consumidores de notícias são informados, por exemplo, que determinado alimento pode causar aumento do colesterol e que outro, anteriormente considerado fator de risco para hipertensão, foi “reabilitado” em nova pesquisa<sup>6</sup>.

Na esteira das informações sobre a prevenção de riscos à saúde reproduzidas nos meios de comunicação, a fala “científica” contribui para a construção de um modelo de vida saudável que deve ser seguido por todos os viventes. Mas como as informações especializadas são fluidas, é recomendada a atualização permanente das novas versões de padrões de comportamento e consumo para se tornar um ser saudável. Caso faça uma “escolha equivocada”, o indivíduo é culpabilizado pelo erro.

Legitimados pelas instituições às quais representam e ligados pelos meios de comunicação, neste cenário de excessiva valorização tecnológica, os especialistas mantêm seu domínio sobre a produção e a difusão de informações (e não de conhecimento). Isto não se dá sem o descredenciamento de saberes desvinculados desse modelo hegemônico. Por isto, uma taxonomia do risco implica em fazer também a taxonomia dos *experts*, considerando a existência de outras fontes (tradicionais) de conhecimento e as relações de controle.

### 3.2 – Sociedade da informação: hegemonia do conhecimento técnico-científico

A perspectiva instrumental da informação, que a reduz a um canal, desconectando-a da cultura, da memória e da produção de sentido, ganhou repercussão

---

<sup>6</sup> Há diversos trabalhos que analisam os discursos sobre risco nos meios de comunicação, a partir de resultados de pesquisas em diferentes setores.



no período da Guerra Fria, tomado pelo culto ao presente e pela valorização da velocidade. É neste contexto que se constrói o conceito de “sociedade da informação”, com base no primado da ciência e da tecnologia (MATTELART, 2005).

Tal concepção inspira um modelo linear do processo de comunicação, no qual a inovação se difunde do alto para baixo e do centro para as periferias. O futuro, na era pós-industrial, estaria calcado na construção de um projeto hegemônico planetário centrado nas tecnologias de informação.

Neste mundo sem fronteiras para a expansão de empresas, o conhecimento tornou-se commodity valiosa. Esta percepção originou, nos Estados Unidos, o conceito *“knowledge societ”*. Tanto a sociedade do conhecimento quanto a sociedade da informação estão associadas à evolução das doutrinas e práticas da construção da hegemonia. A questão central é qual seria o conhecimento e quem o produziria (MATTELART, 2005, p. 14).

Para Muniz Sodré, sociedade da informação é mais um slogan do que um conceito (2002, p. 20). Ela seria uma monocultura traduzida pelo estado monopolista do saber, que reduziria o conhecimento à máquina.

A informação e o saber são tratados como um bem imaterial e apropriável. Nessa lógica proprietária, o domínio público é, contraditoriamente, uma forma de restringir os direitos do público, além daqueles do autor (MATTELART, 2005, p.15). Dentre os bens públicos captados, estão a saúde, o meio ambiente, a água, além da cultura, da informação, da educação etc.

O que é possível propor diante da redução dos espaços discursivos e institucionais de construção do conhecimento, ao mesmo tempo em que ocorre um forte investimento no desenvolvimento de tecnologias da informação, conforme discute Néida Gonzalez de Gomez (2001)? Como atuar nas múltiplas arenas metadiscursivas frente ao modelo tecnointeracionista vigente nas sociedades contemporâneas, caracterizado pelo fluxo intenso e dispersivo de informações?

O fortalecimento de uma nova filosofia do bem comum, com a mobilização de redes de atores sociais e profissionais, seria, na opinião de Mattelart, um caminho para “a formulação de um direito mundial apto a deter a corrosão pelas lógicas privadas da área de competência dos conceitos de bem coletivo e público” (2005, p. 18-19).

Ao mesmo tempo em que ideólogos da sociedade do conhecimento conclamam intelectuais a uma aliança em torno do pragmatismo, que Mattelart resume como uma forma de captação pela empresa do chamado “capital humano”, para fins de lucro, o



desafio global para as “sociedades dos saberes” seria o permanente questionamento dos processos de concentração capitalista e a articulação entre políticas: cultural, de comunicação, de ensino e científica (2005, p. 20-22)

### 3.3 – Tornar comum: vínculo, apropriação e emancipação

Saber que o conhecimento não se dá pelo acesso às informações, mas pela capacidade de reflexão, a partir de conexões feitas por pessoas e grupos sociais, é um ponto de partida para perceber o processo comunicativo – em suas etapas de produção, circulação e consumo de bens simbólicos – numa perspectiva espiral, segundo a qual o circuito produtivo é mediado pela negociação permanente entre os interlocutores, que podem ser indivíduos ou grupos de pessoas, organizados ou não (ARAÚJO, 2006).

Esta percepção do processo dialógico de construção dos saberes tem norteado as ações de educação popular em saúde que aproximam o conhecimento científico e o conhecimento da população, não no sentido de subjugar um deles, mas de refletir sobre suas convergências e divergências e fim de chegar a um novo lugar. O conhecimento social traduz uma visão dos atores sociais e dos usuários dos serviços de saúde e dos sistemas de informação como sujeitos coletivos. Para que ele possa produzir sentido e orientar decisões é necessário que seja compartilhado (MARTELETO e VALLA, 2003). Tal processo não ocorre, no entanto, sem combinações e disputas entre o conhecimento científico e o conhecimento midiático.

Pensar os indivíduos como sujeitos da informação, tendo em vista sua emancipação e seu empoderamento vem gerando propostas do chamado terceiro conhecimento. Ele ultrapassa a visão de estoque, trazendo a perspectiva da práxis, com ênfase na autonomia do sujeito, reflete o pensamento de Paulo Freire de uma pedagogia libertadora e transformadora. Na educação, são estabelecidos os vínculos, e do terreno do afeto vem a consciência crítica. Educar é selecionar (incluir e excluir), diz Muniz Sodré (2002, p. 87), para quem o simples olhar do outro é formador.

Ressalta-se que educação não é sinônimo de ensino ou escolarização. A educação seria sempre local e comunitária. Já a escola teria o objetivo de naturalizar cientificamente e tecnologicamente as diferenças sociais. Ela não seria apenas reprodutora, mas produtora das diferenças de classe. A educação também se diferencia do ensino à medida que é definida por princípios que estruturam o bem comum de uma comunidade (aquilo que garante a coesão, o equilíbrio), enquanto o ensino seria o modo de levar esses princípios à comunidade.



Essa práxis educativa aparece na formulação teórica feita por Muniz Sodré de uma antropológica do vínculo e das relações, definida como um novo sistema de inteligibilidade para a diversidade processual da comunicação. “A vinculação é muito mais que um processo interativo porque pressupõe a inserção social do sujeito desde a dimensão imaginária até a liberdade frente às orientações práticas de conduta, isto é, os valores” (2002, p. 223-224).

#### **4 – Saúde e comunicação e informação e educação**

Buscar compreender as formas como os indivíduos elaboram as informações que recebem sobre sua própria saúde e o que fazem com elas é um tema que extrapola os limites das interpretações moduladas, compartimentadas em disciplinas isoladas. Já faz algum tempo que se percebeu que não se trata de um problema exclusivo das ciências médicas, da educação, da comunicação, da ciência da informação, da antropologia, da sociologia ou da filosofia.

Tampouco se trata de pensar a interdisciplinaridade como um recurso (momentâneo ou não) para uma situação sobre a qual se perdeu o controle ou para resolver uma parte do problema. O conceito de interdisciplinaridade é fundado no diálogo, na troca de informações e críticas, com o objetivo de contribuir para a reorganização do meio científico (JAPIASSU, 1976, p. 32-34).

A abordagem interdisciplinar do tema deve contribuir não apenas para a compreensão do fenômeno, mas para a produção de insumos que possibilitem a sua apropriação pelos sujeitos históricos, por meio de redes sociais, na perspectiva de novas construções. O termo não possui um sentido epistemológico único e estável, mas deve ser distinto dos conceitos de multidisciplinar (gama de disciplinas propostas simultaneamente), pluridisciplinar (justaposição de disciplinas, geralmente no mesmo nível hierárquico, e agrupadas de modo a fazer aparecer as relações entre elas), e transdisciplinar (coordenação de todas as disciplinas e interdisciplinas) (JAPIASSU, 1976, p. 73-74).

A opção pelo uso do conectivo “e” na associação das áreas de informação e comunicação e saúde traz à proposta interdisciplinar o desafio da construção de um campo, resultado do diálogo entre elas. Tal caminho deixa para trás propostas que refletem visões instrumentais dessas áreas tradicionais (ARAÚJO e CARDOSO, p. 20).



Às três áreas citadas deve-se associar uma quarta, que aparece com destaque nas formulações aqui apresentadas sobre os processos emancipatórios dos sujeitos: a educação. A aproximação já vem sendo feita há algumas décadas, com a contribuição fundamental da pedagogia da práxis. Desde então, não se pode mais pensar nos processos de transformação social sem considerar as interlocuções dos sujeitos históricos e a circularidade da construção dos saberes.

Esta linha de pensamento vem sendo fortalecida pelas reflexões trazidas pela teoria das mediações, que aflorou na América Latina, e pelas análises críticas das monoculturas do conhecimento. Parece ser um caminho possível para as construções de discursos acerca do cuidado de si, em direção ao resgate do sentido original de vínculo da comunicação.

### **Referências bibliográficas**

ALMEIDA FILHO, Naomar de. O conceito de saúde: ponto-cego da epidemiologia? **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.3, n. 1-3, abr/dez 2000.

ARAÚJO, Inesita Soares de. Polifonia, concorrência discursiva e produção dos sentidos. O método do mapa do mercado simbólico. **Unirevista**, v.1, n.3, julho 2006.

ARAÚJO, Inesita e CARDOSO, Janine. **Comunicação e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.6 n. 1, p. 63-72. Rio de Janeiro, 2001.

BOURDIEU, Pierre. **Questões de sociologia**. Rio de Janeiro: Marco Zero, 1983.

CANCLINI, Nestor García. **Consumidores e cidadãos**. 6 ed. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2006.

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. 4 ed., Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

CASTIEL, Luis David e DIAZ, Carlos. **A saúde persecutória: os limites da responsabilidade**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

CUNHA, Antônio Geraldo da. **Dicionário Etimológico Nova Fronteira de Língua Portuguesa**. 2 ed., 5 imp. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1992.

CZERESNIA, Dina. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In CZERESNIA, Dina e FREITAS, Carlos Machado de (orgs). **Promoção de saúde: conceitos, reflexões, tendências**. 2 ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.



\_\_\_\_\_. **História da Sexualidade I: a vontade de saber.** 7 ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985(a).

\_\_\_\_\_. **História da Sexualidade III: o cuidado de si.** Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985(b).

GONZÁLEZ DE GÓMEZ, Maria Nélide. Para uma reflexão epistemológica acerca da ciência da informação. **Perspectivas em Ciência da Informação**, Belo Horizonte, v. 6, n. 1, p. 5-18, jan/jun 2001.

HEIDEGGER, Martin. **Ser e tempo.** 1ª parte. 4ª ed, Petrópolis: Vozes, 1993.

JAPIASSU, Hilton. **Interdisciplinaridade e patologia do saber.** Rio de Janeiro: Imago, 1976, p. 29-113.

LALONDE Marc. **A new perspective on the health of Canadians.** A working document. Ottawa: Government of Canada, 1974. Disponível em: [http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt\\_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/1974-lalonde/lalonde-eng.pdf](http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/1974-lalonde/lalonde-eng.pdf). Acesso em 8 jun 2011.

MARTELETO, Regina e VALLA, Vitor. Informação e educação popular: o conhecimento social no campo da saúde. **Perspectivas em Ciência da Informação**. v. 8, n. especial. 'A informação da sociedade na sociedade da informação', 2003.

MARTÍN-BARBERO, Jesús. **Dos meios às mediações: comunicação, cultura e hegemonia.** 4. ed. Rio de Janeiro: UFRJ, 2006.

MATTELART, Armand. Sociedade do conhecimento e controle da informação e da comunicação. **V Encontro Latino de Economia Política da Informação, Comunicação e Cultura.** Conferência de abertura. Salvador, BA, 9-11 de novembro de 2005.

PAIM, Jairnilson Silva e ALMEIDA FILHO, Naomar de. Saúde coletiva: uma 'nova saúde pública' ou campo aberto a novos paradigmas? **Rev. Saúde Pública**, v.32, n.4, p.299-316, 1998.

ROSEN, George. **Da polícia médica à medicina social.** Rio de Janeiro, Graal, 1980.

SANDIN, Per. The precautionary principle and food safety. **Journal für Verbraucherschutz und Lebensmittelsicherheit.** Stockholm, v.1, n.1, 2-4, 2006.

SODRÉ, Muniz. **Antropológica do espelho: uma teoria da comunicação linear e em rede.** Petrópolis: Vozes, 2002.

VAZ, Paulo. Corpo e Risco. **Forum Media**, Viseu, v.1, n.1, p.101-111, 1999. Disponível em: <[http://www.ipv.pt/forumedia/fi\\_4.htm](http://www.ipv.pt/forumedia/fi_4.htm)>. Acesso em 10 jun 2011.