

Mediação da informação na área da medicina: possibilidades de interlocução entre os saberes científico, profissional e sociocultural

Henriette Ferreira Gomes

Profa. Titular do Instituto de Ciência da Informação e do PPPGCI/UFBA

Aida Varela Varela

Profa. Associada do Instituto de Ciência da Informação e do PPPGCI/UFBA

<http://dx.doi.org/10.1590/1981-5344/1529>

O processo de mediação se dá através da inter-relação de dispositivos técnicos, humanos, ambientais e semiológicos que permitem o compartilhamento e a construção do conhecimento. Ao se discutir a mediação da informação, há de se considerar os vários mecanismos e estratégias de comunicação que visam atingir, não apenas o receptor das informações, mas também desenvolver valores culturais, específicos, éticos e estéticos. Na mediação da informação médica, o profissional médico tem o domínio do saber científico especializado da sua área, construído a partir de atividades de pesquisa realizadas numa determinada época, obedecendo às regras e protocolos da pesquisa, de formalização e divulgação de resultados, definidos pela comunidade científica, com reconhecimento e legitimação, o que o coloca na condição central de mediador legítimo da informação médica. No entanto, sozinho, ele não pode, com suas respostas científicas, atender às demandas tanto objetivas quanto subjetivas do receptor-paciente, necessitando estabelecer uma dialogia com um conjunto de 'vozes' que transitam por outros saberes, entre os quais os do profissional da informação, que interferem e atuam no complexo processo interativo em busca dos procedimentos para a manutenção e qualidade do viver.

Palavras-chave: *Mediação da informação; Mediação – Informação médica; Atores da Mediação.*

Mediation of information in medicine: possibilities for dialogue among knowledge scientific, professional and sociocultural

The mediation process takes place through the interrelationship of technical devices, human, environmental, and semiotic systems that enable knowledge sharing and construction. In discussing information mediation, we must consider the various mechanisms and communication strategies aimed at reaching not only the receiver of information, but also to develop cultural, specific, ethical and aesthetic values. In mediation of medical information, the doctor masters the specialized field of scientific knowledge, built from research activities performed by subjects in a given time, obeying the rules and protocols of research, formalization and dissemination of results, defined by the scientific community, with recognition and legitimacy, which puts him on the central condition of the legitimate mediator of the medical information. However, he cannot, alone, with his scientific answer, to meet both objective and subjective demands that come from patient-receptor. He needs to establish a dialogue with a range of other knowledge "voices" transiting through other knowledge, including the professional information, which interferes and act on complex interactive process in search of procedures for the maintenance and quality of living.

Keywords: *Mediation of information; Mediation - Medical information; Actors of mediation.*

Recebido em 17.05.2013 Aceito em 11.03.2016

1 Introdução

Este trabalho objetiva tratar da mediação da informação médica, visando demonstrar a importância dessa ação no tripé médico-paciente-profissional da informação, na busca do compartilhamento de conhecimentos na área da saúde. Desse modo, discute-se a necessidade de fortalecer o processo de mediação da informação em saúde como

estratégia de ampliação de uma interlocução produtiva entre médico e paciente.

Procedeu-se a um estudo bibliográfico da temática da mediação, no qual mereceram destaque as contribuições teóricas de Peraya (1999), Morin (1989), Habermas (2009), Orozco Gómez (2000), Bakhtin (1981), Folscheid (1990), Freire (1979; 1980; 1985; 2002), Vygotsky (1984), Perrotti e Pieruccini (2007), Feuerstein e Jensen (1980), Barreto (1994), ALA (1989) e Gonzalez de Gómez (1995), por suas reflexões em torno do processo de mediação na construção da identidade dos sujeitos sociais, na construção do conhecimento e da própria mediação da informação.

Utilizou-se, ainda, os estudos teóricos e empíricos dos autores Andolfi (1996), Andrus e Roth (2002), Birman (1980), Campal García e Pastor Morán (2008), Carvalho (2009), Freebody e Luke (1990), Jaspers (1991), Moraes (1994), Soar Filho (1998), UNIÓN INTERNACIONAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD (UIPES, 2007) e AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION (AMA, 2004), do campo da saúde como também de distintas especialidades médicas, os quais focalizam aspectos de interesse comum dos campos da informação e da saúde e contribuíram neste trabalho para a análise das zonas potenciais de interseção entre essas áreas no processo de mediação da informação médica.

A abordagem do tema foi desmembrada em três enfoques que parecem centrais nessa discussão, e, por meio dos quais, se buscou firmar o *locus* da mediação da informação na área da saúde. O primeiro enfoque tem um caráter mais conceitual, no qual se busca apresentar o conceito de mediação. No segundo enfoque são abordadas questões relacionadas a certas características das práticas médicas, retomando aspectos da mediação da informação e as especificidades da mediação da informação médica. O terceiro e último foco de discussão concentra-se nas relações de mediação entre médico, paciente e profissional da informação.

Por fim, espera-se que as discussões apresentadas possam contribuir para a ampliação do entendimento em torno da necessidade de ações de mediação interdisciplinar e complementares em apoio às atividades médicas no diagnóstico, tratamento e cura dos problemas de saúde.

2 A mediação e as práticas médicas

O processo de mediação se dá através da inter-relação de dispositivos técnicos, humanos, ambientais e semiológicos que permitem o compartilhamento e a construção do conhecimento. Ao se discutir a mediação da informação, há de se considerar os vários mecanismos e estratégias de comunicação que visam atingir não apenas o receptor das informações, mas também desenvolver valores culturais, específicos, éticos e estéticos. A maneira como essa informação é oferecida e captada é de vital interesse para a socialização da informação médica.

O desenvolvimento tecnológico no campo da Medicina, embora represente um grande avanço da busca do aperfeiçoamento dos diagnósticos, por outro lado, interfere na relação pessoal entre o médico e o paciente. O exercício da Medicina passou a incorporar a tecnologia, o que desencadeou um processo de afastamento entre médico e paciente e enfraqueceu os aspectos subjetivos dessa relação.

Os significativos avanços tecnológicos ganharam tanta importância nas práticas médicas que acabaram por ofuscar a necessidade de aperfeiçoamento das atividades de comunicação, de observação, do trabalho coletivo e interdisciplinar nas práticas de saúde, as quais representam atitudes pautadas em valores humanitários fundamentais.

Nesse complexo contexto, os cuidados com a saúde se dão numa perspectiva fragmentária em face da significativa importância das especialidades, da qual decorrem dificuldades quanto à habilidade do médico em considerar o homem na sua totalidade, ao diagnosticar e ao propor um projeto de tratamento (JASPERS, 1991).

Contraditoriamente, a sociedade estabelece, cada vez mais, inúmeras atribuições ao médico, a ponto de deificar esse profissional e levar a Medicina a alcançar, conforme Birman (1980), um poder assombroso. Por outro lado, para compreender e vencer essas barreiras, apresenta-se como necessária a reflexão em torno dos conceitos de trabalho e interação que, associados à linguagem, são elementos constitutivos da história humana.

Conforme Habermas (2009), deve-se interpretar o trabalho como uma ação teleológica, instrumental, advinda de uma escolha e de um comportamento racionais, ou da associação de ambos. Na ação instrumental, o trabalho depende de normas técnicas, inerentes a um saber empírico que envolve a observação e prognóstico. Já o trabalho como escolha racional rege-se por um saber analítico, produzido a partir de elaborações influenciadas pelos sistemas de valores, fundamentos teóricos e técnicos e, também, por escolhas subjetivas. Por outro lado, o trabalho ocorre por meio da interação entre sujeitos, denominado por Habermas (2009) "agir comunicativo".

Isto posto, pode-se dizer que a ação comunicativa se caracteriza como uma atividade racional e intersubjetiva mediada pela linguagem, orientada por normas incorporadas ao repertório dos atores desse processo de comunicação. Segundo Habermas (1987), o entendimento é a base que sustenta o agir comunicativo e que ocorre a partir da razão comunicativa. Nessa perspectiva, deve-se reportar aos tipos de agir humano destacados por este autor (1987): o agir teleológico ou instrumental; o agir estratégico (planeja ações na expectativa de obter sucesso e também de obter decisões e atitudes de outros atores envolvidos); o agir comunicativo dependente da interação de, pelo menos, dois sujeitos que interagem intersubjetivamente para alcançar um entendimento sobre determinada situação, estabelecendo-se um consenso quanto aos planos de ação.

O entendimento resultante do agir comunicativo compreende um processo cognitivo e um processo de interação entre sujeitos que desenvolveram competências de "fala", capazes de distinguir quando influenciam estrategicamente outras pessoas ou quando têm como objetivo central alcançar o entendimento junto com os sujeitos dessa interação, para estabelecer um consenso sustentado em argumentos racionais, incessantemente renováveis diante de novos problemas e processos de aprendizagem.

Desta reflexão sobre a natureza complexa de qualquer trabalho humano, ressalta-se que toda ação que recai sobre indivíduos, requer uma concepção filosófica consciente e criticamente construída. Essa posição direcionará as ações a serem realizadas, tendo em vista possibilitar uma linha de trabalho em harmonia com seus propósitos.

De acordo com Morin (1998), a noção de indivíduo/sujeito implica, simultaneamente, autonomia e dependência, sem, contudo, reduzir-se a isso. Faz-se necessário compreender o que é, fundamentalmente, a organização viva. A biologia molecular e a genética deram-nos todos os elementos para compreender essa organização. Portanto, é preciso, antes de tudo, partir do princípio de identidade, que possibilita um tratamento objetivo a todas as operações das moléculas, das células de um organismo policelular.

No entanto, essa objetividade também tem uma dimensão subjetiva que possibilita a autorreferência. Posso tratar a mim mesmo, referir-me a mim mesmo, porque necessito de um mínimo de objetivação de mim mesmo, uma vez que permaneço "eu", ou seja, como sujeito.

Por outro lado, torna-se fundamental a distinção entre o 'si' e o 'não si', distinção não apenas cognitiva, mas, ao mesmo tempo, distributiva de valor: atribui-se valor ao 'si', mas a maior dificuldade está em se estabelecer valor em relação ao 'não si'. Morin (1998, p. 49) lembra que "[...] esse processo de auto-exo-referência [sic] é o que é constitutivo da identidade subjetiva. É assim que se opera a distinção entre si/não-si, mim/não-mim, entre eu e os outros eus."

Dessa forma, dois princípios subjetivos se associam: o princípio da exclusão e o da inclusão. Para os linguistas, qualquer um pode dizer 'eu', mas ninguém pode dizê-lo por mim. Apesar de o 'eu' ser a coisa mais corrente, não é, ao mesmo tempo, coisa absolutamente única. O princípio da exclusão é inseparável do princípio de inclusão e isso torna possível integrar a objetividade a sujeitos diferentes de nós. Pode-se integrar a subjetividade pessoal a uma subjetividade mais coletiva: 'nós'.

Há, também, um terceiro princípio que, de algum modo, deriva do princípio da inclusão – a intercomunicação com o semelhante, o congênere. Ela existe no mundo unicelular, no mundo vegetal e, sobretudo, no mundo animal. Entre os humanos, não obstante, estabelece-se o paradoxo do jogo dialético dos princípios de inclusão e de exclusão, da comunicação e da incomunicabilidade. Existe a possibilidade de comunicar a incomunicabilidade, o que efetivamente torna ainda mais complexo o problema da comunicação.

Nessa perspectiva, ainda em acordo com Morin (1998), pode-se delinear o sujeito a partir de uma qualidade essencial – a comunicação – própria do ser vivo, que não se reduz à singularidade morfológica ou psicológica.

O indivíduo/sujeito pode tomar consciência de si mesmo por meio do instrumento de objetivação que é a linguagem. Surge, então, a consciência de ser consciente e a consciência de si mesmo, de forma claramente inseparável da autorreferência e da reflexividade. É na consciência, diz Morin (1998), que se objetiva a si mesmo para se ressubjetivar num círculo recursivo incessante.

Na subjetividade, tem-se a liberdade que possibilita a escolha entre diversas alternativas. A liberdade supõe dois tipos de condições: as condições internas (as capacidades cerebral, mental, intelectual), necessárias à análise de determinada situação e ao estabelecimento das próprias escolhas e respostas, e as condições externas (do mundo), por meio das quais essas escolhas são possíveis.

Existe, ainda, na subjetividade humana, a noção de alma, de espírito, *animus*, *anima*, manifestando-se no sentimento profundo de uma insuficiência que só pode se satisfazer com 'o outro'. Ainda segundo Morin (1998, p. 53), "[...] é no sentimento de amor que está presente a idéia [sic] de que o outro restitui a nós mesmos a plenitude de nossa própria alma, permanecendo totalmente diferente de nós mesmos."

Assim, reafirma-se que o processo de mediação ocorre na inter-relação de elementos de caráter técnico, elementos humanos, ambientais e semiológicos que permitem a comunicação, o partilhamento e a construção do conhecimento. No que tange à comunicação do conhecimento, ressalta-se que o compartilhamento é dependente do registro, da inscrição desse conhecimento, que gere a informação. Nesse sentido, deve-se também refletir acerca do processo de mediação da informação.

3 A mediação da informação

Ao se abordar a questão da mediação da informação, torna-se imprescindível lembrar que esta é uma ação ligada ao processo de construção de sentidos. Todos os indivíduos atuam na vida tomando como referência o significado que eles são capazes de atribuir à realidade. Por outro lado, todos constroem esse significado nas interações sociais e mediações simbólicas, destacando-se a mediação linguística, que é central na constituição da experiência e da identidade.

Como assinala Orozco Gómez (2000), a mediação é o *locus* de geração do sentido que se dá no processo da comunicação e, por seu lado, sempre ocorre no âmbito de alguma cultura. No mundo da cultura são construídos os signos, dos quais, como afirma Bakhtin (1981), nascem tanto a consciência quanto a capacidade do sujeito de desenvolver a compreensão, que sempre dependerá do substrato semiótico gerado nas relações interpessoais. O mundo simbólico nasce

nas relações intersubjetivas. Nesse processo, também emergem as contradições, que só podem ser elaboradas no debate, na dialogia, enfim, no processo dialético. Segundo Folscheid (1990), a mediação requer a diferença, a alteridade e a relação. Assim, a mediação, por exigir o jogo dialético, opõe-se ao imediatismo.

Outro aspecto ressaltado por Freire (1979; 2002), relaciona-se à importância e à necessidade de se compreender a existência humana com base em sua substancialidade, ou seja, de reconhecer os seres humanos como sujeitos históricos, cujos atributos não podem sobrepujar o reconhecimento da existência humana: a presença no mundo como sujeitos.

Nesse enfoque, o diálogo assume papel central na constituição da consciência, por ela ser essencialmente dialógica. A consciência emerge por meio das relações estabelecidas com os outros e com o mundo. No diálogo, a tomada de consciência se transforma em conscientização. É no diálogo e no consenso que os seres humanos se conscientizam. (FREIRE, 1980).

A tomada de consciência constitui o primeiro momento de apreensão da realidade, o que não implica, ainda, o alcance da consciência crítica, porquanto exige uma maior intensidade do desenvolvimento crítico que ultrapassa a esfera da apreensão espontânea e imediata da realidade. (FREIRE, 1985). Por meio dessa crítica, a realidade passa a ser reconhecida como um objeto diante do qual o homem assume uma posição epistemológica: o homem em busca do conhecimento.

No processo de comunicação, a linguagem possibilita a expressão e a inscrição dos significados, os quais permitem a materialidade e a imaterialidade da informação. Nas atividades que lidam com a imaterialidade da informação, surgem questões ligadas à diversidade e às características dos suportes de registro, armazenamento, recuperação, divulgação, acesso e uso da informação, assim como ao processo dialógico que permite a interlocução entre os sujeitos que expressam e acessam a informação. Na dialogia, o exercício da crítica ganha possibilidade, além disso, a tomada de consciência de que há algo ainda por conhecer desestabiliza os conhecimentos já consolidados como certos, o que pode gerar entre os sujeitos da interlocução o espírito colaborativo, a partir do qual se pode acionar a zona de desenvolvimento proximal que, segundo Vygotsky (1984), corresponde à instância a partir da qual pode ocorrer a construção de novos sentidos e a apropriação da informação.

Na ação comunicativa, a mediação pode favorecer o acesso e a apropriação da informação. Mas, para que ela se desenvolva, são utilizados dispositivos de natureza técnica, semiológica e pragmática, como resalta Peraya (1999). Nesse sentido, ao se colocar em foco a mediação da informação, deve-se considerar a necessidade de utilização de técnicas, instrumentos, suportes, recursos, agentes e processos que, na compreensão de Perrotti e Pieruccini (2007), extrapolam, nesse contexto, a noção de meros artifícios de transferência de conteúdos

informativos, se caracterizando como dispositivos que interferem na produção de sentidos.

As transformações constantes no mundo contemporâneo repercutem no processo de construção de sentidos, já que os dispositivos de mediação da informação são cada vez mais diversificados e passam a coexistir nas práticas sociais, políticas, econômicas e culturais, que acabam ocorrendo em processo de hibridização ou interseção entre esses diversos dispositivos.

Ao se tratar, ainda, da mediação da informação, é preciso lembrar que o conhecimento surge não apenas na divisão colaborativa da experiência, mas também no processo de classificação ou categorização de ideias. Para Feuerstein e Jensen (1980) e Feuerstein (1991), o mediador ajuda o sujeito a construir, filtrar e escalonar estímulos. Cumpre ao mediador a explicação de termos e conceitos, a orientação espacial e temporal, estimulação do raciocínio reflexivo, explicação acerca de elementos específicos e a produção de ligação com outras áreas relacionadas ao conteúdo e à vida em geral, tendo em vista a generalização e a abstração conceitual. Cabe ressaltar que os indivíduos exibem diferenças de estrutura cognitiva, de base de conhecimento e de funcionamento operacional. O mesmo estímulo em diferentes pessoas pode mostrar consideráveis variações nos graus de rapidez de compreensão, de generalização e de constância em mudanças de atitudes e comportamentos.

A informação que circula entre os dois principais polos da comunicação - emissor e receptor - somente pode ser compreendida se ambos dispuserem de um repertório comum de signos para que não sejam produzidas distorções. Obstáculos de codificação e decodificação também podem advir da instituição que transfere a informação. Há obstáculos de caráter técnico, provenientes das escolhas feitas no processo de representação e organização da informação; outros, de caráter sociopsicológico, provenientes das ações e interações entre usuários e especialistas e, finalmente, outros de caráter ideológico e político que permeiam os demais.

A posição de sujeito dos discursos informativos remete à dialética entre o sujeito que enuncia e a posição do sujeito que acessa a enunciação, movimento que produz relações sobre um vazio inesgotável e sempre renovado, que faz das identidades sociais uma tarefa da política e não o seu ponto de partida. Os atores são, primeiramente, definidos por suas relações e não por sua posição (GONZALEZ DE GOMÉZ, 1995).

Desse modo, os empecilhos da transferência da informação resultam, na maioria das vezes, da assimetria dos participantes dos polos de emissão e recepção, com respeito às condições pragmáticas da geração e uso da informação e, principalmente, da inexistência de critérios comuns de aceitação e atribuição de valor à informação.

No caso da mediação da informação médica, ela pode ser prejudicada por alguns fatores da interação médico-paciente, a exemplo das características da personalidade, tanto do médico quanto do paciente;

da qualidade da informação que se deseja transmitir ante a natureza do problema em foco; e também do modo como a instituição de saúde e o profissional da saúde recebem e acolhem o paciente, buscando atender às suas necessidades advindas do seu problema de saúde.

Quanto às características de personalidade do paciente, se este se apresenta inseguro em relação a aspectos da sua própria identidade, e, portanto, com maior tendência à baixa autoestima, é mais dependente e bloqueia o contato com seus próprios sentimentos. Já quanto ao médico, quando se sente com *status* de superioridade, tende a reagir de modo impaciente ou autoritário diante do paciente e dos desafios impostos para a superação do problema de saúde.

No que diz respeito à qualidade da informação acerca do problema e dos procedimentos a serem realizados, o paciente normalmente se apresenta com temores diante do desconhecimento sobre a sua doença, suas causas e possíveis soluções, assim como em relação à confiabilidade na competência do profissional médico, o que intensifica a sua ansiedade.

Outro fator que pode prejudicar a interação médico-paciente corresponde à forma como a instituição de saúde e o médico recebem o paciente e respondem as suas demandas. Como exemplifica Soar Filho (1998), se o paciente é tratado de modo que o infantiliza, reduz-se-lhe a possibilidade de participar, efetivamente, da tarefa terapêutica.

Observa-se, desse modo, na mediação da informação médica, que o profissional médico tem o domínio do saber científico especializado da sua área, construído a partir de atividades de pesquisa realizadas por sujeitos, numa determinada época, obedecendo regras e protocolos de pesquisa, de formalização e divulgação de resultados, definidos pela comunidade científica, com reconhecimento e legitimação, o que o coloca na condição central de mediador legítimo da informação médica. Essa condição faz com que no "in-consciente" coletivo ele represente a autoridade máxima e, mais que isso, a posição de "redentor" capaz de resgatar e ressignificar vidas humanas, o que o coloca num *locus* de responsabilidade social na mediação da informação.

No entanto, o profissional da saúde não pode dizer tudo sobre todas as dimensões da vida, ou ainda, tudo que espera ouvir o receptor-paciente. Ele, sozinho, com suas respostas científicas, não tem condições de atender às demandas tanto objetivas quanto subjetivas do receptor-paciente, necessitando estabelecer uma dialogia com um conjunto de 'vozes' que transitam por outros saberes que interferem e atuam no complexo processo interativo em busca dos procedimentos para a manutenção e qualidade do viver.

Segundo Moraes (1994), a informação ganhou maior visibilidade no campo da saúde a partir do processo de transição da Medicina clássica para a Medicina moderna (com o pensamento anatomoclínico e patológico). Nesse processo, a doença ganha novo significado, passando a estar corporificada no indivíduo. As informações inerentes à área da saúde tornaram-se estratégicas ao ampliar a visão do médico, antes restrita ao corpo do paciente e, agora, mais abrangente, procura também observar

as realidades das populações, as questões que envolvem a saúde coletiva e a própria responsabilidade do Estado em oferecer a infraestrutura de saúde e em promover campanhas preventivas.

No âmbito da gestão da informação na área da saúde, Carvalho (2009) assinala que a informação é um instrumento de apoio ao processo decisório, cuja finalidade consiste em identificar problemas individuais e coletivos do quadro sanitário de uma dada população; auxiliar no reconhecimento dos problemas de saúde passíveis de intervenção; na compreensão desses problemas no âmbito do quadro sanitário em agrupamentos sociais; na análise da situação e busca de possíveis soluções; na definição das prioridades e na tomada de decisão; na incorporação de informações relacionadas à saúde aos conhecimentos acerca da realidade em foco, destacando ainda que a informação na área da saúde torna-se um elemento de aproximação de interesses, que proporciona a construção do processo dialógico entre a área da saúde e a sociedade.

Observa-se que a produção da informação com qualidade para a tomada de decisão demanda a existência do trabalho do profissional da informação, que colete e transforme os dados quantitativos em informação capaz de subsidiar o planejamento estratégico e a tomada de decisão na área da saúde.

Como alerta Carvalho (2009, p. 22), o desenvolvimento qualificado desse processo, não envolve apenas recursos tecnológicos, mas também profissionais especializados em coleta, processamento, armazenamento, consolidação e análise dos dados e das informações para o uso adequado. Esse autor ratifica tal necessidade levantando algumas questões que envolvem a produção de informações em saúde, como:

Que dados devem ser coletados e registrados?

Como e quais instrumentos, periodicidade e de que maneira?

De quem é a responsabilidade de registrar os dados?

Os profissionais de saúde estão qualificados para trabalhar com dados e informações?

Como analisar e de que forma apresentar as informações?

O que fazer para circular as informações auxiliando a tomada de decisão?

Como assegurar que as informações apresentadas tenham qualidade?

Como garantir que o controle social faça uso das informações de saúde auxiliando a qualificação da gestão e o direito a saúde? [...]

Como a gestão faz uso destas informações para se comunicar com a comunidade?

Além de dar sustentação à gestão em saúde e ao trabalho médico, o profissional da informação pode ainda atuar no foco da socialização qualificada da informação médica, utilizando seus conhecimentos, atividades presenciais ou na *web*, usando inclusive os dispositivos de comunicação da *web social*, atuando como um mediador qualificado na busca, acesso e uso da informação por parte dos pacientes e da sociedade em geral. Desse modo, poderá contribuir na oferta de informações com maior grau de confiabilidade, que funcionem em contraponto à avalanche informacional sobre saúde na *web* que, muitas vezes, levam a interpretações indevidas, gerando maior ansiedade na população, no doente e seus familiares.

4 As relações de mediação entre médico, paciente e profissional da informação

As interações médico-paciente ocorrem como as demais interações sociais, em determinados contextos, que também são produtores de significados. Alguns aspectos relacionados ao estabelecimento de contextos são mais favoráveis a uma relação cooperativa entre médico e paciente, como buscar realizar o atendimento com *hora* marcada e com um tempo de espera reduzido; oferecer um bom ambiente de atendimento, que preserve a privacidade; tratar o cliente pelo nome; olhar para o paciente enquanto conversa com ele; criar o espaço de 'voz' para o paciente; usar uma linguagem acessível ao paciente, informando-o, claramente, sobre seus problemas e possíveis procedimentos para tratamento e referir-se sobre o paciente de modo respeitoso e positivo ao dialogar com outros profissionais acerca do problema do paciente (SOAR FILHO, 1998).

A interação médico-paciente pode ser explicada sob a ótica da teoria de sistema, já que nesse contexto médico e paciente formam um pequeno e complexo sistema, que permite a visão do paciente tanto no seu lado aberto às mudanças, quanto no seu lado conservador. Em qualquer sistema, se lida com a inovação (mudança), a conservação (autorregulação) e transformação.

A inovação lida com o campo das ideias e com a troca de informações para facilitar a aceitação, pelo paciente e seus familiares, das informações novas sobre o caso. Os desafios nesse momento centralizam-se na capacidade do médico de convencer o paciente e de aproximá-lo e envolvê-lo no sistema por meio do diálogo.

Na esfera da conservação, o profissional médico tenta equacionar as dificuldades para manter a viabilidade do sistema e alcançar um processo de autorregulação. Todo paciente, ao participar de um sistema, busca a conservação de valores físicos, emocionais e mentais. Assim, a conservação tem como objetivo regular a inovação que será introduzida na vida do paciente e de sua família, de modo que não se sintam ameaçados em sua estabilidade, integridade e sobrevivência. Paciente e

família sempre buscam avaliar os cuidados para manutenção do bem-estar, para encontrarem apoio e proteção, e, por fim, obterem segurança de, sempre, poder contar com a assistência do médico.

Como assinala Soar Filho (1998), o desafio do médico está em encontrar o ponto de equilíbrio dessas três ações para assegurar que o sistema funcione com sucesso e para alcançar transformações efetivas no tratamento das doenças. Assim, pode-se afirmar que a transformação resulta da modificação gerada no sistema a partir de uma interação de equilíbrio entre inovação e autorregulação. Para tanto, o médico deve testar a possibilidade de pequenas mudanças iniciais na rotina do paciente e da família, de maneira que passem a compreender e aceitar mais tranquilamente as mudanças, percebendo que elas não representam uma ameaça de destruição da dinâmica do sistema de vida já instalado.

A mediação da informação no campo da saúde implica na compreensão clara por parte dos profissionais envolvidos, de que, se por um lado, a inovação tem seu foco mais expressivo no intelecto, a conservação está ligada à emoção e à necessidade de proteção, tolerância e acolhimento do paciente e seus familiares.

O médico tem pleno domínio do conhecimento na sua especialidade, mas, na sua condição de sujeito social ativo, também possui capacidades de liderança, em maior ou menor grau, em um desses focos de atenção do sistema. Suas características pessoais, associadas às condições da sua formação, podem favorecer mais ou menos o desenvolvimento de liderança para a inovação, conservação ou transformação. Cada um desses focos requer um tipo de liderança, motivação, atuação e comunicação, exigindo do profissional da saúde o papel de gestor desse sistema, identificando as necessidades de intensificação e/ou articulação desses focos para a estabilidade e sucesso do sistema.

A mediação da informação entre médico e paciente pode favorecer a construção de uma parceria produtiva que facilite o desenvolvimento das terapêuticas. Essa mediação requer a presença da empatia, a partir da qual o médico possa se colocar no lugar do paciente, na busca de compreender o seu sofrimento e ansiedade, suas dúvidas e inseguranças, entretanto, evitando confundir-se com o próprio paciente.

Na interação entre médico e paciente, para que a informação possa ser acessada e compreendida pelo paciente e sua família, torna-se importante que o atributo da continência esteja presente, de maneira que a capacidade de tolerância equilibre a ação frente à carga de pensamentos e sentimentos expressados durante o atendimento.

Comportamentos e atitudes de respeito às diferenças permite, inclusive, a postura de reconhecimento das limitações humanas e também profissionais que sempre permeiam as interações. Igualmente importante é a atitude de expressar curiosidade, demonstrar a capacidade de se manter aberto a questionamentos, atributo essencial para o desenvolvimento de uma compreensão mais profunda do contexto em análise.

Por fim, a capacidade de comunicação verbal e não verbal permite o avanço no estabelecimento da compreensão e do consenso em torno das hipóteses de diagnóstico e de tratamento, guardando o respeito às possíveis diferenças culturais entre o médico e seu paciente.

Certamente, no processo de mediação da informação, poder-se-ia agregar outros atributos, mas foram aqui destacados alguns de grande valia no trato com atores submetidos ao sofrimento físico ou mental, que buscam nas instituições e profissionais da saúde uma solução para seus problemas. Em verdade, o contexto indicará a configuração na qual limites e possibilidades determinarão quais e quantos atores podem ser interligados nesse processo de mediação da informação em saúde. Em primeira instância, essa mediação dar-se-á entre o médico e paciente/família. Mas, na busca de informações que apoiam esse sistema de comunicação para a saúde, há outros atores que podem se integrar ao processo, formando uma triangulação que sustente e favoreça a dialogia promissora para o sucesso do sistema, podendo-se integrar ao sistema outros profissionais da saúde como enfermeiros e fisioterapeutas, como também os profissionais da informação - arquivistas e bibliotecários -, o primeiro atuante nos arquivos médicos e o segundo atuante no assessorando da busca, do acesso e uso das informações especializadas.

Conforme Andolfi (1996), um triângulo representa uma unidade mínima de observação para se compreender as relações interpessoais. Segundo esse autor, há vários tipos de triangulação que se deve considerar na mediação para as práticas médicas: a triangulação médico-enfermidade-paciente; a triangulação médico-família-paciente e a triangulação médico-instituição-paciente. Ao se tratar da mediação da informação médica, torna-se importante acrescentar ainda a triangulação médico-paciente-informação e a triangulação médico-paciente-profissional da informação.

A triangulação médico-enfermidade-paciente envolve fantasias e sentimentos provocados pela enfermidade, por experiências anteriores do paciente e pela história familiar. Por outro lado, a família desempenha papel importante no sistema, assim, a triangulação médico-família-paciente é também relevante na solução dos problemas de saúde. As terapias sistêmicas de família têm permitido a ampliação da compreensão acerca dos fatores familiares implicados na doença e no processo de cura.

Já na triangulação médico-instituição-paciente, a instituição, ao atuar positivamente e com responsabilidade social, pode fortalecer o sistema terapêutico, gerando sentimentos e expectativas positivas em função da qualidade dos serviços, dos profissionais, das técnicas e terapias adotadas. Essa triangulação possibilita o estabelecimento de laços de confiança que ampliam a disposição de acolhimento e manutenção do projeto de tratamento por parte do paciente e da família, instalando as condições das ações mais cooperativas (ANDOLFI, 1996).

Ao tratar da mediação da informação na área da saúde, acrescentam-se duas novas triangulações: a triangulação médico-paciente-informação e médico-paciente-profissional da informação para

melhor se compreender a dinâmica e complexidade desse processo e sua contribuição para o sucesso do sistema voltado ao melhor diagnóstico e tratamento dos problemas de saúde.

Na interação médico-paciente, as informações ganham cada vez mais importância, em especial na contemporaneidade, quando tem crescido a disseminação da informação em saúde e dados que envolvem doenças, resultados de pesquisas, diagnósticos pelos meios de comunicação de massa e na *web*, observando-se, contudo, que os grandes desafios consistem em tornar identificável a informação de qualidade e confiabilidade, como também a adoção de linguagens adequadas que permitam a apropriação do conhecimento pelos sujeitos. A informação, quando adequadamente apropriada pelos sujeitos, produz conhecimento, modifica comportamentos e proporciona benefícios a sociedade em geral. (BARRETO, 1994). Esse cenário tornou visível que a informação em saúde é um direito universal. Há uma crescente demanda de informação em saúde.

Cotidianamente, um incalculável número de pessoas busca a obtenção de informações que permitam o conhecimento, a reflexão e a adoção de medidas e comportamentos que melhorem suas condições de saúde. Desse modo, a articulação entre informação e saúde se consolida e se transforma em um binômio inseparável.

Por outro lado, o volume extraordinário de informações produzidas e divulgadas sobre saúde também gera uma saturação e provoca a "desinformação". O cidadão, ao mesmo tempo em que encontra inúmeras fontes de informação sobre saúde, na mídia impressa, televisiva e no ambiente da *web*, também se depara com inúmeras dificuldades em distinguir a informação de qualidade e confiável.

Conforme Campal García e Pastor Morán (2008), numerosas pesquisas indicam que o tema saúde se caracteriza como uma das principais demandas informacionais dos cidadãos deste século. As pessoas precisam encontrar soluções sobre seus problemas de saúde e já não mais satisfazem plenamente suas necessidades de informação através dos diagnósticos médicos. De algum modo, as pessoas buscam conhecer mais sobre seus problemas para melhor dialogar com os profissionais da saúde. Por essa razão, é necessário facilitar o acesso à informação médica de qualidade.

Várias são as atividades em todo o mundo para concretizar medidas de informar e desenvolver competências em saúde, a exemplo das atividades de formação de usuários (FU) e alfabetização informacional (ALFIN) com o objetivo de ensinar a buscar e a manejar as fontes mais confiáveis em matéria de saúde e a navegar pela informação inscrita nessas fontes. A alfabetização funcional em saúde se define como a habilidade de entender recomendações de saúde básicas, como um prospecto ou um formulário sanitário (AMA, 2003) e como a habilidade para ler, entender e trabalhar com informação e saúde (ANDRUS; ROTH, 2002).

Para a *American Library Association* (ALA, 1989, p.1), a alfabetização em informação é um conjunto de competências e habilidades que capacitam os indivíduos para “[...] reconhecer quando se necessita informação e possuir a capacidade de localizar, avaliar e utilizar eficazmente a informação requerida.” Essa conceituação tornou-se referencial e passou a ser adotada internacionalmente.

Já o conceito de Alfabetização para a Saúde (*health literacy*) tem sido utilizado com diversos enfoques. Inicialmente esse conceito se desenvolveu no contexto clínico, considerando as dificuldades de comunicação entre médico e paciente. Paralelamente, passou a ser incorporado no campo da disseminação da informação em saúde, já que a promoção em saúde ganhou dimensões disciplinares, reconhecida na Carta de Ottawa de 1986, que firmou as bases teóricas e práticas da promoção da saúde (UIPES, 2007).

Pode-se considerar que a “alfabetização para a saúde” supõe o trabalho ligado ao acesso e apropriação de conhecimentos, ao desenvolvimento de habilidades e à construção de laços de confiança entre pacientes e profissionais médicos que possibilitem a adoção de medidas que melhorem as condições de saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. O objetivo central é o de promover mudanças nos estilos de vida, comportamentos e atitudes em relação à saúde. Isso implica em considerar que a alfabetização em saúde está além do mero desenvolvimento de competências para ler e compreender um folheto, receituários ou bulas de medicamentos, como também saber como proceder em consultas e exames médicos.

A alfabetização para a saúde pressupõe a mediação da informação que se dá no próprio processo de alfabetização que, por sua vez, fortalece a construção de conhecimento e, conseqüentemente, melhora o processo de mediação da informação na interação médico-paciente. Mediação da informação para a saúde é crucial para o empoderamento desse conhecimento especializado por parte dos sujeitos sociais.

Freedbody e Luke (1990) defendem a integração das áreas da Saúde, Educação e Informação, reconhecendo os diferentes níveis de alfabetização para o acesso qualificado de informação em saúde. O nível 1 corresponde à alfabetização voltada à comunicação da informação sobre os riscos para a saúde e como utilizar o sistema de saúde. Para tanto, é necessária a produção de folhetos informativos com uma linguagem acessível. O nível 2 já equivale à alfabetização para a saúde interativa, que focaliza o desenvolvimento e capacidade pessoal do indivíduo, desenvolvendo motivação e confiança que permitem a apropriação e o uso adequado da informação, para atuar com a informação recebida. Por último, o nível 3 se volta ao desenvolvimento da saúde em bases críticas, quando o sujeito torna-se capaz de refletir criticamente, como resultado do seu desenvolvimento cognitivo e do exercício de habilidades orientadas para análise e sustentação de ações sociais e políticas. Além disso, isso se dá quando o sujeito torna-se capaz de adotar atitudes, contribuir e influir

no coletivo, de maneira que essa mudança comportamental se expanda socialmente.

A necessidade de se desenvolver a competência em informação e a alfabetização em saúde desencadeia-se a partir da triangulação básica médico-paciente-informação. Nesse contexto, a figura do profissional da informação assume um papel crucial nas ações voltadas ao desenvolvimento das competências para o busca, acesso e uso da informação em saúde. Em várias partes do mundo, bibliotecas públicas têm desenvolvido projetos e implantado programas para a formação dos usuários para a busca, acesso e uso das informações em saúde, como também para que estes se apropriem e se transformem em disseminadores da informação em prol de ações preventivas. Entre essas bibliotecas, Campal García e Pastor Morán (2008) destacam as bibliotecas públicas de Iowa, Denver, Toronto que desenvolvem serviços, produtos e projetos próprios para a saúde, outras como as de Colorado, Kansas, Missouri, Nebraska, Wyoming que desenvolvem trabalhos em colaboração com bibliotecas especializadas em Medicina.

Esses autores destacam ainda outras bibliotecas que realizam projetos em rede, a exemplo da *National Network PF Libraries of Medicine* para desenvolver as bases de trabalho conjunto com as bibliotecas públicas. Quando os ambientes informacionais e os profissionais da informação são integrados às ações voltadas à expansão de melhores condições de saúde na sociedade, torna-se mais evidente o valor a triangulação médico-paciente-profissional da informação.

Nessa triangulação médico-paciente-profissional da informação, a mediação da informação em saúde ganha mais uma dimensão: a de desenvolver competências para o acesso à metainformação (informação descritiva dos registros e dos conteúdos informacionais), para manuseá-la adequadamente, estabelecendo as melhores estratégias de busca. Na continuação do processo, o profissional da informação também pode atuar como capacitador dos usuários para selecionar as informações a partir da leitura de reconhecimento e seletiva, que permitem a verificação de elementos indicadores do grau de confiabilidade, como também para a realização da leitura reflexiva e interpretativa dos conteúdos, que favorecem o processo de apropriação da informação.

5 Conclusão

Ao término desse estudo, pode-se reafirmar a importância da informação para o bom desempenho das práticas médicas, para o desenvolvimento da Medicina como um campo do conhecimento, para a ampliação da Medicina preventiva por meios de programas e campanhas sociais e, enfim, para o processo de progressiva mudança de comportamentos e atitudes dos sujeitos sociais em prol da saúde e do bem-estar.

A informação está contida em todas as ações ligadas à saúde, assim, figura nas diversas triangulações que representam as diferentes

instâncias da mediação médico-paciente, que se compreende neste estudo como uma zona de saber laboral. Mas, o exercício da Medicina impulsiona o seu próprio desenvolvimento enquanto campo científico que, por seu lado, demanda o uso da informação de qualidade e também gera novas informações no movimento de criação e inovação da ciência, representando a zona do saber científico.

O saber laboral e o saber científico necessitam do substrato informacional especializado, sendo que, no caso do primeiro, em um nível de informações de caráter individual e familiar de cada paciente, que formam um conjunto de "informações primeiras" que interferem na interação positiva que pode assegurar o projeto terapêutico.

Entretanto, a informação em saúde ganha uma dimensão ainda maior na contemporaneidade, não apenas pelas descobertas científicas, sofisticação de tecnologias e terapias existentes, proliferação de doenças e problemas de saúde, mas também pela expansão dos canais de socialização da informação especializada, dos meios de comunicação de massas e pela disponibilização de grandes volumes de informação na *web*.

Muitas são as "vozes" sociais e científicas que se cruzam na busca de melhores condições de saúde. Entre essas "vozes", pode-se situar a do profissional da informação que também é buscado pelo emissor qualificado (médico) e pelo receptor (paciente) que, dentro de um emaranhado de emoções e atitudes, também deseja encontrar informações alternativas para identificar novas perspectivas de solução para o seu problema, o que anuncia a posição do paciente num tripé de mediação da informação médica.

Esse contexto aponta a emergência de se firmar o lugar da mediação da informação nesse processo de busca de melhores condições de saúde. Também parece importante admitir e compreender dois tipos de triangulação existentes nas interações relacionadas às questões de saúde: a triangulação médico-paciente-informação e a triangulação médico-paciente-profissional da informação.

Esta é uma nova dimensão acerca da informação na área da saúde que aponta a mediação da informação como uma zona de interseção entre os saberes científico, laboral e sociocultural, evidenciando-a como objeto de estudo e de práticas interdisciplinares que ressaltam a importância da intensificação da dialogia entre campos científicos como o da Medicina e da Ciência da Informação.

Desse modo, espera-se que este trabalho venha a contribuir nessa vertente reflexiva, sinalizando a importância da mediação da informação no tripé médico-paciente-profissional da informação, cuja meta principal é a partilha efetiva e eficaz de conhecimentos em prol da vida e da esperança do bom viver.

Referências

AMERICAN LIBRARY ASSOCIATION (ALA). *Presidential Committee on Information Literacy*. Final report. 1989. Disponível em: <<http://www.ala.org/ala/acrl/acrlpubs/whitepapers/presidential.cfm>>. Acesso em: 14 set. 2011.

AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION (AMA). Health literacy top priority. *Retrieved September*, n. 8, sept. 2004. Disponível em: <<http://www.ama-assn.org/ama/pub/category/print/954i.html>>. Acesso em: 14 set. 2011.

ANDOLFI, M. *A linguagem do encontro terapêutico*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

ANDRUS, M. R.; ROTH, M. T. Health literacy: a review. *Pharmacotherapy*, v. 22, n. 3, p. 282-302, 2002. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?db=pubmed&uid=11898888&cmd=showdetailview&indexded=google>>. Acesso em: 14 set. 2011.

BAKTHIN, M. *Marxismo e filosofia da linguagem*. São Paulo: Hucitec, 1981.

BARRETO, A. de A. A questão da informação. *São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, v. 8, n. 4, p. 3-8, out./dez. 1994.

BIRMAN, J. *Enfermidade e loucura*. Rio de Janeiro: Campus, 1980.

CAMPAL GARCÍA, F.; PASTOR MORÁN, M. Informando en salud en la biblioteca pública. In: CUEVAS, A. (Coord.). *Competencias en información y salud pública*. Brasília, DF: Editora do Departamento de Ciência da Informação e Documentação da UnB, 2008. (Série Tempos na Saúde Coletiva, 8). p. 606-617.

CARVALHO, A. L. B. de. Informação em saúde como ferramenta estratégica para a qualificação da gestão e o fortalecimento do controle social no SUS. *Revista Tempus Actas em Saúde Coletiva*, Brasília, DF, ano 3, n. 3, p. 16-30, 2009.

FEUERSTEIN, R. MLE: a theoretical review. In: FEUERSTEIN, R. (Org.). *International conference on mediated learning experience: theoretical, psychological and educational implications*. Londres: Freund, 1991. p. 3-69.

FEUERSTEIN, R.; JENSEN, M. R. Instrumental enrichment theoretical basis: goals and instruments. *The Educational Forum*, n. 44, p. 401-423, may 1980.

FREEDBODY, P.; LUKE, A. Literacies programs: debates and demandas in cultural context. *Prospect*, n. 5, p. 7-16, 1990.

FREIRE, P. *Educação e mudança*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.

FREIRE, P. *Conscientização: teoria e prática da libertação. Uma introdução ao pensamento de Paulo Freire*. São Paulo: Moraes, 1980.

FREIRE, P. *Extensão ou comunicação*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1985.

FREIRE, P. *Pedagogia do oprimido*. 32. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002.

FOLSCHEID, D. Médiation. In: JACOB, A. *Les notions philosophiques: dictionnaire*. Paris: Presses Universitaires de France, 1990. p. 1584-1585.

GONZALEZ DE GOMÉZ, M. N. A informação: dos estoques às redes. *Ciência da Informação*, Brasília, DF, v. 24, n. 1, jan./abr. 1995.

HABERMAS, J. *Técnica e ciência como ideologia*. Lisboa: Edições 70, 2009.

HABERMAS, J. *Teoría de la acción comunicativa II: crítica de la razón funcionalista*. Madrid: Taurus, 1987.

JASPERS, K. *Il medico nell'età della tecnica*. Milão: Raffaello Cortina, 1991.

MORAES, I. H. S. *Informações em saúde: da prática fragmentada ao exercício da cidadania*. São Paulo: Hucitec, 1994.

MORIN, E. *Ciência com consciência*. 2. ed. rev. Rio de Janeiro: Bratrand Brasil, 1998.

OROZCO GOMEZ, G. *La investigación en comunicación desde la perspectiva cualitativa*. México: Universidade Nacional de la Plata, 2000.

PERAYA, D. Médiation et médiatisation: le campus virtuel. *Hermès*, Paris, n. 25, 1999. Disponível em: <<http://documents.irevues.inist.fr/handle/2042/14983>>. Acesso em: 25 jun. 2010.

PERROTTI, E.; PIERUCCINI, I. Infoeducação: saberes e fazeres da contemporaneidade. In: LARA, M. L. G. de; FUJINO, A.; NORONHA, D. P. (Orgs.). *Informação e contemporaneidade: perspectivas*. Recife: Néctar, 2007. p. 47-96.

SOAR FILHO, E. J. A interação médico–cliente. *Rev. Ass. Med. Brasil*, v. 44, n. 1, p. 35-42, 1998.

UNIÓN INTERNACIONAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD (UIPES). Consorcio Canadiense de Investigación en Promoción de La Salud. *Determinar el futuro de la promoción de la salud: acciones prioritarias*. 2007. Disponível em: <http://www.iuhpe.org/upload/File/Shaping%20the%20future%20of%20helth%20promotion_priorities%20for%20action_ESP.pdf>. Acesso em: 14 set. 2011.

VYGOTSKY, L. S. *A formação social da mente*. São Paulo: Martins Fontes, 1984.

