

# Ciência e senso comum: a divulgação do conhecimento no campo da saúde

José Wellington de Araújo

Doutorando em Saúde Pública — ENSP/FIOCRUZ

Pesquisador do Núcleo de Estudos Locais em Saúde - ELOS/ENSP/FIOCRUZ

Aborda a divulgação do conhecimento em saúde na perspectiva da relação entre ciência e senso comum. Remete às metodologias de produção e às formas de apropriação social do conhecimento científico. Supõe uma tensão dinâmica entre regulação e emancipação social como decorrência desse conhecimento. Discute a experiência da enfermidade e a vivência política de problemas comunitários como fonte de informações para o senso comum. Critica as práticas de educação e comunicação social em saúde e apresenta a construção compartilhada do conhecimento. Essa última abordagem propõe uma crítica recíproca entre senso comum e ciência em prol de um terceiro conhecimento, fruto construtivista do diálogo problematizador.

Palavras-chave: Ciência - Senso comum; Educação - Saúde; Comunicação - Saúde;

Recebido em: 14.05.2003 Aceito em: 29.07.2003

## Introdução

A relação entre ciência e senso comum remete à questão da divulgação do conhecimento científico para um público além daquele estritamente especializado. A opinião generalizada entre os *especializados* reduz essa questão a uma mera vulgarização de um conhecimento genuíno, mas o problema pode ser bem mais complexo.

Na área da saúde, a divulgação dos saberes compreende todos os processos de comunicação que se dão no contato com médicos e demais agentes da assistência e sua tecnologia impessoal; pelos meios de comunicação de massa; pela educação sanitária; pela escolaridade de todos os graus e outras formas. Nem sempre esses processos se dão de forma verbalizada ou mesmo intencional: o próprio modelo assistencial centrado no indivíduo já informa uma concepção da doença que exclui a visão de um condicionamento social para o processo saúde/enfermidade.

Os conteúdos divulgados podem ser tanto de informações prescritivas como de conhecimentos – ou sistemas de conhecimentos – e suas visões de mundo subjacentes. A divulgação pode se dar a partir do campo estrito da saúde ou de fora dele, como o atesta o crescente interesse de jornais, revistas e televisões por esse assunto. O processo da divulgação se completa quando a informação circula pela sociedade – ou melhor, por redes sociais –, lugar em que é reapropriada de acordo com os saberes e valores locais, adquirindo novos sentidos, não raras vezes estranhos às intenções originais.

Quando há intencionalidade e estratégia de divulgação de acordo com os interesses do campo da saúde, pode-se configurar um subcampo na fronteira da saúde com a comunicação, a *comunicação e saúde*. O interesse dessa demarcação refere-se à possibilidade de problematização conjunta das culturas respectivas dos dois campos tradicionais. Por outro lado, deve-se considerar que grande parte da comunicação desses saberes independe do setor saúde, embora também aqui haja reciprocidades e correspondência de interesses.

A educação sanitária, por sua vez, é um subcampo tradicional que agrega a pedagogia aos saberes constituídos com o intuito de divulgá-los para um público de interesse, o que nunca prescindiu das ferramentas da comunicação. Atualmente é mais conhecida como *educação em saúde*, enquanto uma vertente crítica prefere ser nomeada de *educação e saúde*.

A caracterização geral dessas questões e sua problematização conduzirão a discussão para um contexto comunicativo em que a fronteira entre um conhecimento genuinamente científico e o conhecimento em circulação apresenta-se borrada, mesclada ou sincretizada. A imagem figurada para essa situação seria a de um *continuum* de contextos intercomunicativos (Bawer, 1994). Essas análises poderiam abrir perspectivas práticas tanto na linha da pedagogia da problematização paulofreiriana como na discussão transepistemológica de Boaventura Santos, que preconiza a construção de um terceiro conhecimento ou senso comum esclarecido que, por sua vez, orientaria a prudência científica.

A discussão que se segue apresenta indagações referentes às interações de campos disciplinares como o das ciências da saúde (principalmente a epidemiologia), a pedagogia, a comunicação e as ciências sociais; e destas com o senso comum. Isso requer uma abordagem panorâmica (rápida) da relação da ciência com a sociedade contemporânea, bem como do próprio senso comum.

## Ciência e sociedade contemporânea

Não há dúvida de que a ciência moderna está inserida no cotidiano das pessoas, perpassando sua cultura e suas mentes e interferindo local e globalmente no planeta. Enquanto o conhecimento científico passa a fazer parte do arsenal cognitivo de um número cada vez maior de pessoas, a sociedade moderna vê na ciência o lugar de onde se atribui fidedignidade e veracidade às coisas do mundo (Camargo Jr., 1995).

Sabe-se que a imersão em um meio industrializado, independente do acesso a informações e conhecimentos, condiciona a vida das pessoas. Mesmo quando, ao estabelecer uma relação de causa e efeito entre o acionar um interruptor de corrente e o acender-se uma lâmpada elétrica, uma pessoa comum não pense em meios condutores e fluxos eletrônicos. [Isso seria correlato ao que Bachelard (1974a) denomina de *conduta da balança*, ou seja, que a balança já era um instrumento útil muito antes de Newton estabelecer as leis da gravitação]. E como a ciência nunca foi contemplativa e sempre teve uma relação de estreita interdependência com a tecnologia, se poderia usar o termo *tecnociência*, para nomear esse fenômeno da atualidade. A tecnociência seria o “vetor dinâmico da cultura material contemporânea, em seu movimento que se ramifica pelo laboratório, pela fábrica, pelo meio ambiente e pelas residências” (Araújo, 1998, p.13).

Para este último autor, os objetos técnicos e os fatos científicos são a concretização de *redes de relações* que se mantêm constantemente atualizadas e que ligam os homens entre si e com as coisas, não excluindo interesses econômicos e políticos nem valores morais ou sociais. Portanto, os conteúdos científicos não seriam externos e impostos à sociedade por uma *pura racionalidade aplicada* – como alguns poderiam supor – mas seriam, em si, uma dimensão dessa mesma sociedade. No entanto, o autor preocupa-se com a possibilidade de uma *racionalização totalitária*, dada a crescente influência da tecnociência no cotidiano e nas estratégias em escala mundial. Impõe-se que essas questões sejam “*permanentemente discutidas e avaliadas, como forma de garantir uma gestão coletiva da sociedade*” (Araújo, 1998, p. 15).

Numa outra linha de discussão, Boaventura Santos (2000) aborda o que ele chama de *paradigma da modernidade*, que teria emergido no ocidente a partir dos séculos XVI e XVII como um ambicioso projeto sócio-cultural, sustentado por uma tensão dinâmica entre regulação e emancipação da sociedade. A partir da segunda metade do século XIX, consolida-se uma tendência convergente entre esse paradigma e o capitalismo, o que teria provocado um processo crescente de degradação da tensão entre regulação e emancipação: energias emancipatórias transformam-se, então, em energias regulatórias. Na perspectiva dialética de B. Santos, o colapso da emancipação na regulação, um fato contemporâneo, esgotaria as possibilidades de renovação desse paradigma da modernidade, o que acarretaria a sua crise final. E se este continua como paradigma dominante, isto se deveria tão somente à inércia histórica ou *razão indolente* (termo emprestado de Leibniz).

Se vivemos um tempo de transição paradigmática, é preciso aprofundar a crise do paradigma dominante e acelerar a sua transição. A consciência necessária para estas lutas é possibilitada pela imaginação utópica, assegura o autor.

Boaventura Santos distingue duas dimensões principais na sua transição o paradigma dominante seria ditado pela ciência moderna, enquanto o paradigma emergente seria o projeto de um “*conhecimento prudente para uma vida decente*” (Santos, 2001, p. 16). A transição societal seria menos visível mas ainda assim se poderiam sentir *vibrações ascendentes* a minar os alicerces da sociedade patriarcal, da produção capitalista, do consumismo, da democracia autoritária e do desenvolvimento global desigual e excludente.

Uma teoria crítica da modernidade deve ser distinta da crítica moderna, segundo a qual o objetivo do trabalho é criar desfamiliarização, residindo aí o seu carácter vanguardista. Boaventura Santos não nega essa desfamiliarização mas a concebe como *um momento de suspensão necessário para criar uma nova familiaridade*, pois a vida não pode negar familiaridade à vida. Por isso a nova teoria crítica seria vocacionada para transformar-se em um novo senso comum: “*um senso comum emancipatório*” (Santos, 2001, p. 17).

## O senso nosso de cada dia

O termo *senso comum* tem origem na filosofia e refere-se, no geral, aos saberes e conhecimentos originados na prática cotidiana e voltados para ela; o pensamento comum, ou seja: aquilo que não é filosofia. Portanto, o senso comum é, por oposição, um demarcador histórico do campo filosófico, e essa função diferenciadora foi utilizada também para a demarcação do campo de prática científica. Mas é um termo controverso e, mesmo nos dicionários especializados, pode ter conotações distanciadas quanto à sua abrangência espaço-temporal: “*conjunto das opiniões tão geralmente admitidas, numa dada época e num dado meio, que as opiniões contrárias aparecem como aberrações individuais*” (Lalande, 1996, p. 998); ou o “*modo próprio de sentir los principios, esto es, la aprehensión de la evidencia de los principios*” (Mora, 1994). Em Mora, estes princípios são as noções comuns, as verdades evidentes por si mesmas e que não precisam de demonstrações. Podem ser de carácter teórico, como o princípio de que há um mundo exterior ou de que há regularidade ou uniformidade nos processos naturais; ou de carácter prático, como os supremos princípios morais.

O *bom senso* – as ilhas de crítica espontânea contidas no senso comum – também apresenta acepções diversas. Em um sentido forte, é a “*faculdade de distinguir espontaneamente o verdadeiro do falso e de apreciar as coisas pelo seu justo valor*” (Lalande, 1996, p. 996). Nesse caso, seria a capacidade de bem discernir a respeito das questões concretas que não precisam de um raciocínio rigoroso para a sua resolução. Supõe uma faculdade mais elevada, “*mais próprio da especulação filosófica da qual as pessoas modestamente se declaram incapazes*” (Lalande, 1996, p. 995). Em um sentido fraco, seria, segundo esse autor, apenas o estado de normalidade da inteligência e do juízo, oposto à loucura, à cólera e às paixões que perturbam o discernimento.

Analisando as relações de produção na economia, do ponto de vista da concepção vulgar, Marx (1979) constata que essa concepção reproduz doutrinariamente as idéias dos agentes da produção, subservientes ao regime burguês. E, apesar de que essa mesma concepção esteja em perfeita e absoluta contradição com a realidade dos fatos – quando analisados em sua profundidade –, o pensamento comum encontra-se submerso e familiarizado com a versão do pensamento hegemônico. Daí então um dos famosos ditos

de Marx, quase um adágio: “*Toda ciencia estaria de más si la forma de manifestarse las cosas y la esencia de éstas coincidiesen directamente*” (Lalande, 1996, p. 757).

Kosik discute essa questão marxiana e considera que a realidade - a *coisa em si* - não se manifesta direta e imediatamente para o homem. Por isso distinguem-se duas qualidades da *práxis* humana, isto é, duas formas e dois graus de conhecimento da realidade: a *representação* do fenômeno e o *conceito* da coisa em si. Na prática utilitária, a realidade transparece como o “*mundo dos meios, fins, instrumentos, exigências e esforços*” (Kosik, 1985, p. 10) que satisfazem as necessidades da vida cotidiana. Mas a *práxis* utilitária (e sua expressão, o senso comum, que condiciona a orientação do homem no mundo, sua familiaridade e o manejo das coisas) não proporciona ao mesmo tempo uma compreensão da realidade. Essa *práxis* é fragmentária e condicionada principalmente pela divisão social do trabalho e pela hierarquia de classes sociais. O autor alerta contra a romantização das representações comuns.

Para conhecer as coisas *em si* deve-se primeiro transformá-las em coisas *para si*. Mas para isso, tornando clara e explícita a sua percepção dos objetos e do *todo* que os envolve, o homem tem que fazer um desvio (*détour*) mediante a abstração, a tematização e a projeção. No entanto, as duas formas de consciência - a representação e o conceito - são unitárias e se interpenetram e influenciam reciprocamente, pois as suas bases são inexoravelmente a mesma *práxis* objetiva e a apropriação prático-espiritual do mundo pelo homem (Kosik, 1985, p. 10).

Embora o senso comum, como a religião, não possa ser reduzido à unidade e à coerência, e portanto não seja uma ordem intelectual como a filosofia, todos os homens são filósofos de uma filosofia espontânea e peculiar, isto é, “*da filosofia contida na própria linguagem, que é um conjunto de noções e conceitos determinados; no senso comum e no bom senso; na religião popular e todo o sistema de crenças, superstições, opiniões, modos de ver e de agir*” (Gramsci, 1981, p. 11). Ao mesmo tempo, o senso comum não passa de “*um agregado caótico de concepções disparatadas*” (Gramsci, 1981, p. 146); enquanto o bom senso coincide com a filosofia. O interesse do autor por essas questões direciona-se a um projeto de divulgação da ciência e da filosofia. Uma nova cultura não se limitaria à produção de idéias originais senão que também deveria proceder a difusão crítica de conhecimentos já estabelecidos. Gramsci reconhece que haja, entre as pessoas simples do povo, “*um sincero entusiasmo e forte desejo de elevação a uma forma superior de cultura e de concepção do mundo*” (Gramsci, 1981, p. 17).

Todos os homens e todas as mulheres são filósofos, embora não tenham consciência de seus problemas filosóficos: essa é a opinião de Popper, que não acredita em descontinuidades entre a filosofia e o senso comum. Porém, na medida em que os saberes fossem adotados sem um exame crítico – absorvidos do ambiente intelectual ou ensinados pela tradição –, o senso comum lidaria apenas com *pré-conceitos filosóficos*, mesmo que estes possam ser de grande importância para a vida prática. Por outro lado, a filosofia deveria partir sempre dos “*pontos dúbios e muitas vezes perniciosos do senso comum não crítico, pois seu objetivo é alcançar o senso comum crítico e esclarecido*” (Popper, 1978, p. 93). A experiência científica, por sua vez, não passaria de uma extensão da nossa experiência ordinária.

As idéias de *ordem, causa e acaso*, que são fundamentais para a ciência moderna, não lhes são exclusivas e mesmo a precedem, embora essa ciência

as tenha ampliado para além da percepção sensível (Bronowski, 1977). Originariamente são idéias do senso comum, "*generalizações que todos fazem no dia-a-dia e que usamos continuamente para nos ajudarem a governar a vida*" (Bronowski, 1977, p. 19). A previsão humana depende de reconhecer ou intuir qualquer espécie de ordem no mundo, quer atentemos para isto ou não. A cada passo, continua o autor, o homem tem que escolher entre diversas alternativas, e a escolha significa ação, ação voltada para o futuro. A capacidade de previsão é uma adaptação ao futuro. Também a ciência é um método de previsão e adaptação, e uma lei científica que "*só difere do modo habitual de dirigir as ações para o futuro pelo fato de ser mais sistemática e explícita*" (Bronowski, 1977, p. 93).

O senso comum, segundo B. Santos (1989), interpreta o que existe tal como é dado conhecer na sua evidência, e a todo custo tenta reconciliar a consciência consigo mesma. É a expressão de um pensamento necessariamente conservador e fixista. Nas atuais sociedades de classes, o senso comum assumiria um viés conservador que reconcilia a consciência com a injustiça, naturaliza as desigualdades e mistifica o desejo de transformação. O senso comum refletiria sobre o modo como os grupos *subalternos* vivem a sua *subordinação*. Mas não seria correto - continua o autor - ter do senso comum uma concepção exclusivamente fixista. O seu caráter ilusório, preconceituoso e superficial pode ser mais ou menos acentuado, não é algo fixo. Uma pedagogia solidária com a emancipação deverá abrir caminhos para um senso comum crítico e esclarecido.

B. Santos faz um esforço de caracterização positiva do senso comum, uma vez que este, referenciado geralmente pela ciência ou filosofia, estaria saturado de negatividade. Fazer coincidir causa e intenção e ter uma concepção do mundo assente na ação e no princípio da criatividade e da responsabilidade individual seriam rudimentos que bem poderiam orientar as políticas e as práticas científicas. O senso comum é prático e pragmático e reproduz-se solidário com a vivência dos grupos sociais. Desconfia da opacidade dos objetos tecnológicos em nome do "*princípio da igualdade do acesso ao discurso e às competências cognitiva e lingüística*" (Santos, 1989, p. 40). O senso comum é indisciplinar e imetódico: não resulta de uma prática especificamente orientada para produzi-lo.

O senso comum imbrica-se com a cultura mas se diferencia desta por conter, inclusive, elementos transculturais. Na opinião de Marcuse, a cultura seria um "*complexo de objetivos (ou valores) morais, intelectuais e estéticos considerados por uma sociedade como meta da organização, da divisão e da direção do seu trabalho*" (Marcuse, 1998, p. 153). A cultura seria restrita a um universo específico identificado por valores étnicos, nacionais, religiosos ou outros. Pressupõe um universo *estrangeiro* – o outro, o inimigo, o proscrito – para o qual os fins culturais não têm validade (Marcuse, 1998). Por outro lado, a lógica utilitária do senso comum não impede necessariamente a sua transposição cultural.

No senso comum sincretizam-se conhecimentos científicos de épocas anteriores e, então, noções mais ou menos sistematizadas permanecem no tempo longo e transpõem fronteiras. As noções opostas de quente e frio, seco e úmido para classificar as doenças e conjugá-las com uma terapêutica adequada (algo de certa complexidade), ainda freqüentes na cultura popular, distam pelo menos 2400 anos da obra hipocrática (Boltanski, 1992). Contudo a permanência longa destas noções deve ser atribuída, entre outros fatores, a

uma razão utilitária, testada ao longo dos tempos na experiência, na familiaridade das pessoas e grupos sociais com as doenças e seus cuidados.

Outro fato interessante, relativo à continuidade entre o senso comum e a ciência, é que a teoria do contágio das doenças, até Koch, não passava de noções imersas no senso comum, enquanto a teoria oficial, *científica*, era a miasmática. Uma verificação de que algo como a noção de contágio parece ter princípios *evidentes por si mesmos* (e que podem ser obnubilados por idéias sistemáticas como a dos miasmas) pode ser ilustrada a partir de um relato de Ribeiro (1956). Na conquista do território brasileiro pelos portugueses, algumas tribos indígenas, depois de uma certa experiência com o morticínio causado pela tuberculose, começaram a relacionar esse fato à presença dos jesuítas: a doença acometia principalmente os índios batizados pelos padres. E em certos lugares, à aproximação dos jesuítas, os índios queimavam pimenta e sal para esconjurá-los e escondiam-se no mato, temendo o terrível mal de tosse e catarro. Ribeiro informa que, àquela época (na Europa), apesar de Jeronimo Fracastor já ter defendido com ardor a idéia do contágio, a maioria dos doutos não a admitia. A ciência se mostrava irreduzível e empírica. No entanto, as pessoas comuns, firmando juízo na familiaridade com a tuberculose, iam se acautelando contra o contágio (contato) da doença.

## Ciência e senso comum: rupturas

Nas suas obras *A filosofia do não* (1974a) e *O novo espírito científico* (1974b), Bachelard discute a ciência contemporânea, particularmente a física quântica e a relatividade, de um ângulo estritamente epistemológico. A essência do seu método analítico é a ruptura com formulações anteriores, sejam oriundas da ciência clássica (newtoniana), sejam do senso comum. O autor considera que a ciência é uma atividade progressiva e histórica, mas esse progresso não é linear senão que se faz aos saltos. Nesse sentido, a teoria relativista de Einstein não seria o resultado de correções ou aprimoramentos da astronomia newtoniana mas consequência de uma nova forma de pensar. O novo sistema não nega necessariamente a mecânica newtoniana e inclusive a circunscreve como um caso particular seu - não é aí que residiria a ruptura bachelardiana. Essa ruptura seria de ordem epistemológica, consistindo essencialmente em uma nova forma de olhar e entender o mundo, uma nova psicologia do espírito investigador. Por isso "*seria ruinoso para este realismo instruído, não se separar do realismo ingênuo, imaginar uma continuidade da epistemologia, considerar a experiência científica como uma seqüência da experiência vulgar*" (Bachelard, 1974a, p. 190).

Na opinião de Bachelard, a ciência clássica é um prolongamento do senso comum e os dois estão estreitamente imbricados desde a aritmética elementar e a geometria euclidiana. A aritmética não estaria fundamentada na razão, mas é a *doutrina da razão* que estaria baseada na aritmética elementar. "*Antes de saber contar, eu não sabia de modo algum o que era a razão*" (Bachelard, 1974a, p. 245). E antes de Euclides não existiam as paralelas, idéia que já não faz sentido no espaço curvo de Riemann, por exemplo.

O novo espírito se funda sobre o desconhecido e procura no real aquilo que contradiz o conhecimento anterior. Portanto, dá-se uma completa ruptura entre o saber perceptivo e o conhecimento científico. A temperatura, por exemplo, é assinalada em um termômetro, não a sentimos; e só mediante

uma teoria seria possível compreender com clareza que aquilo que sentimos e o que lemos em uma escala correspondem ao mesmo fenômeno. Assim, o pensamento científico contemporâneo colocaria a realidade entre parênteses: a forma de propagação é que definiria aquilo que se propaga. E a *substância* e sua concretude clássica nada mais seriam que “*um sistema multirressonante, um grupo de ressonâncias, uma espécie de aglomeração de ritmos capaz de absorver e emitir determinadas gamas de radiações*” (Bachelard, 1974a, p. 199). Sim, as coisas existem, mas nem tudo seria real da mesma forma. Segundo Bachelard, as substâncias não têm a mesma coerência em todos os níveis. “*A existência não é uma função monótona. (...) A um determinado nível é o método que define os seres*” (Bachelard, 1974a, p. 190). Em outras palavras, nem tudo seria igualmente evidente.

Na *Filosofia do não*, “*o pensamento rompe com as obrigações da vida*” (Bachelard, 1974a, p. 225). Nesse caso, talvez se encontre aqui o cerne de um equívoco histórico na prática científica moderna, isto é, a confusão entre a necessidade metódica de *desfamiliarização* com o mundo perceptivo e a desobrigação com a vida humana e mesmo com o planeta em escala global. De fato é opinião corrente, principalmente em torno do assim chamado projeto genoma, que tudo o que puder ser investigado, descoberto e criado assim o será, inclusive a clonagem humana como experimento de laboratório, sem se importar com os riscos. Por outro lado pode-se objetar, desde já, que a pesquisa avançada em tecnologia, dado seu alto custo, jamais poderia estar rompida com os interesses das grandes corporações que as financiam, e assim a ruptura bachelardiana no nível epistemológico seria apenas uma ilusão que precisa ser contornada. Não se trata de cercear a curiosidade e a criatividade científica (mesmo em se tratando do projeto genoma) mas de promover uma opinião pública esclarecida que possa reorientar as políticas científicas e a mentalidade de seus profissionais. O contrário não é aceitável, seja por razões políticas, éticas ou mesmo metodológicas.

Em *O novo espírito científico*, Bachelard (1974b) discute a questão causal relacionada à teoria das probabilidades (instrumento imprescindível à epidemiologia e a todas as disciplinas não exclusivamente discursivas). Aqui a *causa* é uma *qualidade* e equivale a uma circunscrição do indeterminismo. Supõe, na base da sua construção, comportamentos individuais imprevisíveis. A qualidade – a *causa* –, não pertencendo a nenhum dos componentes elementares, pertence, todavia, ao todo. E aí intervém o cálculo das probabilidades, que tem o mesmo tipo de fundamentação: a absoluta independência dos elementos componentes de um dado conjunto. Nessa realidade postulada, em que a relação de incerteza por si só fornece um verdadeiro método, o único traço distintivo do indivíduo (seja *átomo* ou *homem*) é sua pertença a um determinado grupo. Os caracteres individualizantes são eliminados pela introdução do indivíduo no grupo. “*Atinge-se o real por sua pertinência a uma classe. É no nível da classe que se deve procurar as propriedades do real*” (Bachelard, 1974a, p. 312).

Segundo Bachelard (1974a, p.312), o princípio de incerteza de Heisenberg estabelece uma *indeterminação objetiva*. Essa indeterminação configura-se como necessária e não como uma decorrência da ignorância das causas ou insuficiência dos meios de medição, como se poderia supor. Aqui destaca-se a importância que isso tem para a epidemiologia. Na divulgação dos conhecimentos produzidos por essa disciplina (hoje tornada fundamental para o campo da saúde), confunde-se o conceito de risco probabilístico com a



noção de risco contida no senso comum, conforme será discutido adiante. Parte dos problemas hoje atribuídos à assim chamada *epidemiologia dos fatores de risco* e sua lógica controlista – que busca chegar ao coletivo essencialmente partindo dos indivíduos – decorre de uma certa ocultação desse princípio *necessário* da incerteza probabilístico.

Na linha da discussão demarcatória do campo científico, mas agora pelo viés da sua sociologia crítica, Bourdieu considera que a separação categórica entre a problemática científica e os debates profanos não passa de uma estratégia política de fechamento do campo científico que, em si, é uma prática social como outra qualquer. Para Bourdieu, a epistemologia é uma espécie de filosofia idealista que “*confere à ciência o poder de se desenvolver segundo sua lógica imanente*” (Bourdieu, 1994, p. 125), ou seja, a ciência engendraria seus próprios problemas. O autor recusa de forma radical a oposição entre uma análise interna (imanente ou epistemológica) e externa (que relaciona a problemática científica às condições sociais do seu aparecimento). Considera também que essa oposição é meramente abstrata, porque o universo puro da mais pura ciência é um campo social com suas relações de forças, suas lutas e estratégias, seus interesses e lucros. O que está em jogo nessa luta é o monopólio da competência científica, “*razão social que se legitima apresentando-se como razão puramente técnica*” (Bourdieu, 1994, p. 123). E assim os conflitos epistemológicos serão, sempre e de forma inseparável, também conflitos políticos. Os métodos e estratégias científicas são também estratégias políticas. Ademais, para Bourdieu, a classe social dominante exigiria das ciências da natureza a sua aplicabilidade técnica na economia; e das ciências sociais uma preciosa contribuição no sentido da legitimação da ordem estabelecida, além de um “*reforço do arsenal dos instrumentos simbólicos de dominação*” (Bourdieu, 1994, p. 147).

B. Santos discute Bachelard e, de acordo com sua leitura, a ruptura bachelardiana só seria compreensível dentro de um paradigma que se constrói contra o senso comum e que recusa, para os seus próprios desígnios, as orientações de vida prática decorrentes desse senso. Uma vez afastado da compreensão do senso comum, o conhecimento científico passaria a não ter controle público, e por isso seria facilmente apropriado pelos detentores do poder, que o fariam valer a seu favor. Os leigos ficariam, assim, “*expropriados de competência cognitiva e desarmados dos poderes que ela confere*” (Santos, 1989, p. 35). Essa ausência do controle público seria responsável pela redução da *práxis* à técnica, o que caracterizaria a crise de degenerescência da ciência moderna.

Nas ciências sociais – continua B. Santos –, a ruptura obedeceria a dois princípios, ambos originados em Durkheim. Primeiro: não se pode investigar o sentido das ações sociais a partir das motivações ou intenções de seus agentes, mas apenas do sistema global em que estas ações têm lugar. Segundo: os fatos sociais se explicam por outros fatos sociais, e não por fatos individuais ou naturais (primado das relações sociais). Os fatos individuais e naturais têm sua eficácia social determinada pelo contexto social e histórico em que se inserem. Ainda assim algumas áreas da sociologia, como a fenomenologia, a etnometodologia ou o interacionismo simbólico, não acham possível ou desejável a ruptura com o senso comum.

B. Santos não nega a ruptura bachelardiana ou a durkheimiana. Pelo contrário, ele considera essa *primeira ruptura epistemológica* como imprescindível para a constituição e desenvolvimento da ciência. No entanto, uma vez

realizada a primeira ruptura, “o ato epistemológico mais importante é a ruptura com a ruptura” (Santos, 1989, p. 36), nomeada de *segunda ruptura epistemológica*. Nesse caso, o autor acredita que caminhamos para uma nova relação entre a ciência e o senso comum, uma relação em que um é feito com o outro, e ambos fazem algo novo. Uma configuração cognitiva em que ambos se superam para dar lugar a outra forma de conhecimento, ou seja, o resultado da dupla ruptura epistemológica. Essa forma de publicizar a ciência poderia ser facilitada pelo desenvolvimento tecnológico das comunicações, produzido pela própria ciência. As atuais redes de comunicação deixariam no ar uma expectativa de aumento generalizado da competência comunicativa. Contudo, deixada à sua própria hegemonia, a ciência que cria expectativas é a mesma que as frustra. Daí que seja necessária uma dupla ruptura epistemológica para que se reconciliem ciência e senso comum (Santos, 1989, p.36).

A dupla ruptura, argumenta B. Santos, não deve ser considerada como uma desconstrução ingênua ou indiscriminada, porque ela é solidária com a emancipação e criatividade da existência individual e social, valores que só a ciência pode realizar, mas não enquanto ciência. O resultado desta dupla ruptura deverá ser “*Um senso comum esclarecido e uma ciência prudente, uma nova configuração do saber [...] Um saber que dá sentido e orientação à existência e cria o hábito de decidir bem*” (Santos, 1989, p. 41).

## Riscos, polissemias e comunicação & saúde

Saúde é, antes de qualquer outra coisa, uma *concretude lingüística*, um significante. Mas seu sentido teria como principal característica o fato de ser vago e impreciso e, ao mesmo tempo, pleno de valorações positivas “*passíveis de intenso investimento libidinal*” (Lefèvre, 1995, p.139). O autor tem em mente a passividade com que a *saúde*, algo de extrema complexidade, é reificada e coisificada pelos meios de comunicação de massa. Na ausência de teorias claras sobre a saúde e a doença (que dêem conta destas como eventos essencialmente coletivos e, ao mesmo tempo, como eventos orgânicos que têm sede nos corpos dos indivíduos), por falta dessa clareza, mensagens semioticamente bem estruturadas massificariam o consumo de bens para a saúde, desvirtuando a sua compreensão social (Lefèvre, 1995, p.139). Além disso as estratégias de comunicação não levariam em conta o fato de que o campo da saúde é marcado por cuidados próprios e perpassado por uma ética de quem se situa *no delicado limite entre a vida e a morte* (Weber, 1995, p.157).

Quanto aos valores positivos associados à saúde, pode-se admitir que a hígidez e a longevidade são os mais pujantes da contemporaneidade ou são a resultante de todas as valorações positivas. Talvez signifiquem a atualização do mito da imortalidade, ou pelo menos, a possibilidade de uma morte retardada, indefinida. A gênese desse nível de valoração não pode ser atribuída ao setor saúde ou a estratégias de comunicação, mesmo porque lhes é anterior. Essa origem é constitutiva do processo histórico e sócio-cultural.

Por outro lado, antes de continuar com essas considerações genéricas, é necessário frisar que esses valores não são *cultuados* igualmente por todos. A transição epidemiológica no Brasil, por exemplo, configura um perfil em que a alta prevalência de doenças crônico-degenerativas (padrão do primeiro mundo) convive com uma alta magnitude de doenças infecto parasitárias (padrão

terceiro mundista). Isso denota a iniquidade, a disparidade de condições de vida a que estão submetidos os diversos extratos da população. Denota o gradiente de classes sociais que discrimina o acesso aos bens que proporcionam a saúde. Nesse caso pode-se dizer, em um sentido esquemático, que Hygeia (mantenedora da saúde, da higidez) seria a deusa da saúde para os aquinhoados, enquanto Panaceia (que recupera a saúde) seria a deusa dos despossuídos. Mas o panorama é mais conturbado, pois doenças como a AIDS perpassam todas as classes sociais e a prática terapêutica não se restringe mais a recuperar mas também é promessa de manutenção da saúde presente e futura. E até mesmo práticas alternativas ao setor saúde prescrevem doses semanais de atividades do campo lúdico ou da arte: musicoterapia, dançoterapia etc. No todo, parece que Panaceia diviniza mais que Hygeia. Certamente que há uma divulgação da higiene para favelas e periferias ao encargo de educadores de saúde e outros agentes. Mas aqui trata-se ainda da higiene civilizatória do século XIX (lave as mãos, corte as unhas, tome banho), não raramente desconsiderando as condições de vida das pessoas, como a escassez de água em certos redutos. Um ativista comunitário do complexo de favelas da Maré, Rio de Janeiro, ao ser abordado desta forma por uma jovem agente de saúde, respondeu-lhe: "*Minha filha, tenho 65 anos e sei bem o que fazer com minhas mãos. E tem mais: se eu quiser lavar eu lavo, se não quiser não lavo*". O Sr. João Cardoso sentiu-se ofendido e indignou-se com esse desrespeito à sua inteligência e à sua experiência de vida. Voltemos um pouco à questão das valorações positivas referentes à saúde. A verdade é que, se higidez e longevidade são valores efetivamente positivos, eles só podem ser alcançados mediante um duro programa que objetiva, a todo custo, driblar os riscos prementes de adoecer e de morrer. Portanto, o risco tem claramente uma valoração negativa.

O risco é um conceito probabilístico oriundo e sustentado pela assim denominada *epidemiologia moderna*. Quase todo o programa dessa disciplina é voltado para essa questão. Pela lógica inferencial da estatística as probabilidades contêm, necessariamente, um princípio de incerteza, de tal forma que nenhum resultado pode ser atribuído a um indivíduo particular, senão ao grupo a que pertence, conforme já discutido. Outra consideração é que um certo risco epidemiológico pode ser maior ou menor para determinado grupo. Isso implica que um risco pode ter uma probabilidade baixa, remota: pode até ser possível (no sentido de que tudo é possível) mas não ser plausível. Na divulgação desse conceito, principalmente pelos meios de comunicação de massa, foi inevitável a polissemia com a noção de risco contida no senso comum. O que, por sua vez, teria sido extremamente oportuno para o chamado complexo médico-industrial (Almeida Filho, 1992). O risco, que deveria ser sempre o atributo de um conjunto, passou a referir-se a indivíduos portadores de determinadas características, às vezes configurando-se como um evento certeza. Há, por exemplo, indicações médicas de mastectomias radicais em mulheres que tenham antecedentes familiares com câncer de mama.

A polissemia pode ser detectada também na indiferenciação entre o que é possível (tudo é possível) e o que é plausível. Nem tudo o que é possível deverá ser também plausível. Em todo caso, a prevenção do risco exigirá sempre um diagnóstico e uma terapêutica adequadas e com isso amplia-se o mercado de insumos, tecnologias e serviços voltados para a saúde de uma forma como não se tinha visto antes.

A noção de risco difundida pela educação sanitária e pelos meios de comunicação costuma trazer, de forma implícita ou explícita, a idéia de culpabilização dos indivíduos pelos seus males presentes ou futuros (Valla, 1993). A epidemiologia – de onde emana essa noção – teve seu nascedouro na Inglaterra, em plena era vitoriana. Dessa forma, a disciplina seria perpassada pelos valores do puritanismo anglo-saxão, sendo a *epidemiologia dos fatores de riscos* a atualização científica daqueles valores. Para contornar os fatores de riscos, que estão todo o tempo em todo lugar, seria necessário uma severa e continuada *educação dos prazeres* (Castiel, 1999). Mas a idéia de risco não é uma invenção epidemiológica, evidentemente. Vivemos uma sociedade de riscos e essa noção/conceito perpassa todas as atividades humanas, das operações financeiras ao ato de atravessar a rua. O risco passa a fazer parte da identidade dos indivíduos (Castiel, 1999). Sendo assim, a epidemiologia moderna apenas sustenta um discurso sintonizado com seu tempo, o que lhe confere um poder maior do que se possa imaginar (Almeida Filho, 1992). Denota também o quanto uma disciplina científica pode estar comprometida com o panorama sócio-cultural no qual se insere.

Um fato notável é a maneira como as estratégias de comunicação têm se aprimorado no intuito de culpabilizar as pessoas, afastando qualquer compreensão do condicionamento social dos eventos sanitários. E isso se dá em campanhas tão diversas como a anti-tabagista ou contra o mosquito *Aedes aegypti*, vetor do dengue. No primeiro caso, o *público-alvo* era, inicialmente, o próprio tabagista. Não deu muito certo e a epidemiologia criou a figura do *fumante passivo*, que passou a vigiar e controlar o fumante ativo, e agora parece que o resultado tem sido favorável. (Não se trata de discordar do controle do tabagismo, mas da forma como os objetivos são atingidos). No segundo caso, o controle do dengue, os grandes vilões sempre foram os depósitos de água limpa descobertos e os vasos com plantas aquáticas (além de pneus e lixo), potenciais criadouros das larvas do mosquito vetor. Em 1998, uma campanha nacional assolou o país com imensos *outdoors* mostrando um gigantesco mosquito com dentes à mostra. O truque publicitário, que tentava realçar a ferocidade do inseto, era acimado pelo dizer: *Se você não se cuidar o dengue vai te pegar*. Mais recentemente uma campanha televisiva mostra um morador de favela no teto de sua casa, apontando para sua caixa d'água e para a vizinhança: *"Eu cubro a minha caixa d'água, mas os vizinhos...!"*. É clara a intenção de repasse da responsabilidade pelo controle para as próprias vítimas da ineficácia sanitária. Araújo (2000) relata um caso curioso que envolve a comunicação do dengue. O relato remete à crítica dos velhos modelos que advogam a superação do estado de pobreza, rumo ao bem-estar social, mediante a mudança de hábitos e práticas que, por sua vez, dependeria da transmissão das informações necessárias para tal fim. Todo o trabalho se resumiria em construir uma matriz comunicacional estruturada em códigos facilmente apropriáveis pela população. Esse modelo transferencial da comunicação, mesmo ultrapassado, continuaria forte no Brasil. E se replicaria às vezes até articulado, de forma ingênua, a uma perspectiva humanista. O caso em relato revela os resultados inesperados que podem advir da aplicação desses modelos, não raras vezes contraproducentes. Trata-se de um vídeo mostrando uma enquete realizada em um povoado da Região Norte, veiculado por uma TV comunitária. Um morador do povoado, entrevistado na rua, afirmava que *"O mosquito que transmite a AIDS é o AIDS do Egito"*. A autora procura um percurso lógico para o que parece ilógico e encontra um sentido

possível para essa assertiva. A presença massiva de duas campanhas sanitárias independentes, contra a Aids e contra o Aedes – palavras que são praticamente homófonas e que nada significam para aquela população – seria a causa óbvia desse sincretismo que não traz benefícios a nenhuma das duas campanhas. Essas situações são de difícil superação quando se estabelecem no imaginário popular. No caso relatado, a formação mítica e religiosa daquelas pessoas (para quem os mosquitos são uma *praga*, dada sua onipresença no cotidiano), ao se defrontar com as mensagens daquelas campanhas publicitárias, teria levado a uma associação com a imagem bíblica das *sete pragas do Egito*. E agora?

As campanhas sanitárias comportam sempre dois níveis de atuação: o da comunicação de massa e o do âmbito da estrutura dos serviços de saúde, envolvendo educadores e demais agentes da *porta*. Mas mesmo esses dois níveis não são articulados entre si e devem corresponder a instâncias decisórias diversas na burocracia do Ministério e das secretarias estaduais de saúde. Essa desarticulação é notória e facilmente detectável nas campanhas contra o sarampo e a poliomielite, por exemplo. Há duas estratégias de vacinação, ambas consideradas necessárias e imprescindíveis para o controle e erradicação dessas doenças. Uma estratégia são os dias nacionais de vacinação, precedidos por intensa publicidade e que mobilizam toda a estrutura dos serviços para a sua execução. Outra é a vacinação de rotina, em que se procura convencer as mães da importância do calendário vacinal das crianças. Valoriza-se o cartão de vacinas, que deve sempre ser apresentado nos postos de saúde. Não raramente as mães são culpabilizadas por eventuais atrasos nesse calendário. Ocorre que os dias nacionais são massivamente anunciados por personagens televisivas como Xuxa (*A gotinha que salva!*) enquanto o mesmo não ocorre com a vacinação de rotina. O resultado esperado é confirmado pelo relato pessoal de profissionais da saúde de cidades do interior do Estado do Rio de Janeiro: a vacinação rotineira não alcança suas metas em muitas localidades. As pessoas talvez suponham que a vacina recomendada por uma estrela de TV seja melhor que a outra. Ou, em um sentido prático, que seja suficiente a vacinação no dia nacional, sendo desnecessário incomodar-se com uma rotina relativamente demorada. Mas a estratégia em dois níveis, diz-se oficialmente, é necessária para garantir a cobertura e a imunidade de toda a população. As vacinas não têm cem por cento de eficácia e algumas aplicações, por motivos diversos, não são suficientes para sensibilizar o sistema imunitário. Se o objetivo é erradicar, não se pode dar chance aos vírus. Mas as pessoas não estão envolvidas até esse nível de compreensão, e a desarticulação das estratégias não favorece o seu entendimento. Daí que, além do desperdício de recursos públicos e do desgaste dos serviços de saúde, nem sempre se conseguem, efetivamente, os resultados esperados.

No caso do dengue, as estratégias de propaganda e de ações contra o *Aedes aegypti* não têm dado bons resultados, haja vista a calamitosa situação atual. Alguns especialistas do Ministério da Saúde – MS –, em informes pessoais, já admitem que não haverá controle sem um programa de saneamento básico para todo o país.

## Experiência da enfermidade: sentidos e metáforas

O conceito de *experiência da enfermidade* foi elaborado a partir de estudos sócio-antropológicos e funciona como elo entre as sensações subjetivas

de mal estar corporal ou mental e a atribuição necessária de um significado a essas sensações, para que sejam compreendidas intersubjetivamente e socialmente aceitas, implicando um determinado *status* para o indivíduo acometido. Esse conceito refere-se na sua essência “*aos meios pelos quais os indivíduos respondem socialmente aos problemas colocados pela doença*” (Alves e Rabelo, 1995, p. 217). A vivência da enfermidade teria uma dimensão sócio-cultural necessária, encadeando de imediato uma interatividade complexa entre indivíduos, grupos e instituições, mediada pelos valores e crenças desses mesmos grupos. A enfermidade não seria um *fato* mas uma *interpretação*, um julgamento construído coletivamente. (No entanto, o autor admite que, em termos analíticos, permanece uma incomensurabilidade entre a sensação e o significado, não sendo talvez detectável a plenitude dessa complexa passagem). A enfermidade, enquanto construção intersubjetiva, seria afirmada e aceita como real pelos membros de um grupo social. As concepções e valores subjacentes à sua experiência teriam sua imagem revelada a partir dos enunciados metafóricos dos sujeitos. A metáfora emana e se volta para o cotidiano, imersa no senso comum, remetendo ao mundo das intersubjetividades. Para esse autor, as metáforas teriam uma grande capacidade de comover, enfurecer, persuadir e incitar à ação, principalmente aquelas não consagradas pelo uso (metáforas de invenção).

[É clara a importância dessa abordagem para a reproblemática dos campos da educação sanitária e da comunicação social e saúde. Oportunamente será apresentado o interesse da eloquência poética do senso comum para a construção metodológica e prática dos conteúdos e da forma de uma educação e comunicação & saúde críticas].

Posto que a atribuição dos sentidos requeridos por determinados fenômenos decorre da interatividade entre indivíduos, grupos e instituições, essas últimas, no campo da saúde, são configuradas essencialmente pela medicina (aqui incluída a epidemiologia). Antes a medicina era percebida criticamente apenas pelo seu viés econômico, com duas atribuições claras: manutenção da força de trabalho e eixo de acumulação de capital. Essa última atribuição seria possibilitada pela relação estreita da medicina com o complexo médico-industrial (Camargo Jr., 1995). Mas a partir de Foucault (1995), denota-se uma outra vocação para a medicina, emanada do seu poder disciplinador, por sua vez integrante do campo de poder da própria sociedade. Mesmo assim, para Camargo Jr., seria equivocada a suposição de que o médico deteria a hegemonia na medicina. No geral a formação desse profissional não o dotaria dos instrumentos críticos necessários para, por exemplo, avaliar a qualidade dos estudos publicados em revistas especializadas: o seu controle sobre o conhecimento produzido é apenas parcial. E assim o médico se limitaria a ser um “*reprodutor de técnicas e não um produtor de conhecimentos*” (Camargo Jr., 1995, p.16). O proveito econômico também seria apossado principalmente por outros atores.

No entanto, esse processo de ordenação do mundo a partir do campo da saúde, mediado pelos meios de comunicação, encontra na figura do médico o seu grande propagandista. O mito da inexorabilidade do progresso científico e a doutrina modelar do corpo humano como uma máquina (que compõem o imaginário médico e se difundem na sociedade) são ótimo esteio para uma comunicação que substitui a argumentação pela autoridade do cientista-médico e pela glamorização das tecnologias de última geração. A visão de progresso social está associada à sofisticação tecnológica, independentemente dos

benefícios que possam trazer à saúde das pessoas ou mesmo desconsiderando, às vezes, o malefício direto causado por essas tecnologias (Barreto, 1998).

## Comunicação e saúde no Brasil

As técnicas de propaganda são utilizadas como auxiliares da educação sanitária desde a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública, em 1920 (Pitta, 1995). A comunicação de massa, então veiculada principalmente pelo rádio e cinema, apropria-se das teorias do condicionamento comportamental (behaviorismo), que pressupõe uma relação direta entre a aplicação de estímulos ambientais/comunicacionais e a mudança massiva dos hábitos e práticas dos indivíduos e dos grupos sociais. Já por essa época, a administração sanitária identificava um certo *espírito de relutância* contra o ajustamento às normas preconizadas. Essa dimensão *não racional*, que resiste à lógica do planejamento, foi entregue à comunicação sanitária, que desde então é municiada pela epidemiologia.

Nos anos 70 do século passado, predomina ainda a idéia de *transferência de informação*, mas agora as estratégias são aprimoradas com a emergência de novos conceitos. As campanhas são direcionadas para um determinado *público-alvo* e para atingi-lo é necessário proceder ao *ajuste da linguagem*. A comunicação passará a ser feita em dois níveis: de forma massiva e na *ponta* dos serviços de saúde (educadores, assistentes sociais, sanitaristas). Esse segundo nível pressupõe a intermediação de lideranças ou formadores de opinião junto à população: "*Substitui-se a noção de 'público relutante' pela idéia de 'público ativo'*" (Pitta, 1995, p. 242).

A comunicação sanitária será subsidiada por duas disciplinas tradicionais do campo da saúde: a epidemiologia, que fornece dados para a construção de prioridades, normas, metas, definição de população-alvo e conteúdo das mensagens; e as ciências sociais que, a partir do estudo dos hábitos e comportamentos, oferece a matéria-prima para o ajuste da linguagem comunicacional. Às vezes são aplicadas metodologias de construção de consenso e outras correlatas. Todavia, parece que os receptores teriam sempre formas peculiares e diferenciadas para o ato de apropriação do conteúdo das mensagens. De fato não haveria possibilidade de transposição ou transferência de informações porque, nas práticas sociais cotidianas, "*A construção de sentidos é feita sempre 'em situação'*" (Pitta, 1995, p. 243). A noção de *situação*, segundo a autora, é a de um construto dinâmico, permanentemente fugidivo, para onde os campos científico e sócio-semiótico convergem, designando pontos singulares de uma complexa rede de interdeterminações que seriam o próprio processo de construção da realidade social.

Atualmente existem, ainda de forma incipiente, os chamados estudos de recepção ou processos de pesquisa que visam ao desvendamento de como as pessoas recebem e o que fazem com as mensagens que lhes são dirigidas pelos meios de comunicação (Araújo, 1995). Esses estudos são considerados de difícil execução, como, por exemplo, o registro e a validação metodológica do *clima* ou do entusiasmo de um grupo de pessoas em determinadas situações. As discussões metodológicas têm se limitado à validação de métodos qualitativos ou quantitativos, de forma exclusiva, como se não fosse possível escolher os dois e como se essa fosse a única decisão importante a ser tomada no âmbito da metodologia. Por isso os estudos de recepção estariam limitados à avaliação

do impacto de programas ou campanhas. Ou seja, para além dos muros das academias, o que se põe em prática é a concepção de um *emissor-atirador* que deflagra *mensagens-projéteis* em direção a um *público-alvo* que permanece lá, “homogêneo, estático como um muro; e vai continuar lá, imóvel, permitindo aprimorar a mira” (Araújo, 1995, p. 177).

Fausto Neto (1995) discute a demarcação do campo da *comunicação e saúde* e analisa de forma muito clara o seu panorama no Brasil. Ao final, encaminha um programa de trabalho. Para esse autor, haveria na história da saúde uma tradição de práticas e políticas específicas perpassadas pela comunicação. E atualmente, nos seus vários estratos organizacionais, o sistema de saúde estaria sempre envolto em procedimentos comunicacionais. Haveria também uma *cultura de experimentação*, o que teria levado ao acúmulo de uma expressiva memória que, por sua vez, teria permitido a reflexão, o mapeamento da documentação e a identificação das matrizes comunicacionais que subsidiam as práticas sanitárias. Isso tudo estaria a indicar o limiar do aparecimento de novos conceitos para o campo da comunicação e saúde, sugere o autor.

A emergência de uma nova configuração estaria se dando a partir dos anos oitenta do século XX, principalmente com a crise dos modelos funcionalistas e pela necessidade de estabelecer conteúdos e formas compatíveis e solidários com as necessidades sócio-culturais da população. Mais recentemente, acrescenta-se a isso a disponibilização de novas tecnologias e o papel da comunicação na consolidação da democracia, definido pela Constituição de 1988 (Fausto Neto, 1995).

Os novos modelos preocupam-se com a escolha e a tematização de conteúdos originados nas práticas das pessoas, condição para que estas se reconheçam nas práticas comunicacionais e assim se estabeleça a interlocução. Os protagonistas das mensagens não são mais atores profissionais: o povo é o agente dos atos e processos comunicacionais. Desprotagoniza-se a comunicação. E, apesar de ser incipiente, não se trata de uma prática alternativa, marginal. Fundações internacionais financiam estudos de campo que se orientam pelo modelo da chamada *comunicação participativa*, e até projetos governamentais são referenciados ao novo aporte da *comunicação crítica*. Mas os argumentos desses modelos, se teoricamente parecem ter uma configuração progressista, metodologicamente são reféns de velhos paradigmas e os seus conceitos ainda decorrem dos mesmos núcleos epistêmicos. Ou seja: “O processo comunicativo seria assegurado por um mero contratualismo semântico” (Fausto Neto, 1995, p. 274). Supõe uma *engenharia de posições* entre os atores ou um mesmo plano de conversação para garantir a efetividade da comunicação.

Em uma outra linha de argumentação, esse autor analisa as perspectivas dos profissionais e do planejamento em saúde com relação ao campo da comunicação: como o campo da saúde vê a comunicação (que certamente tem uma cultura distinta). Entre essas perspectivas, destacam-se a visão de *processo*, que possibilita a relação dos serviços com a população usuária; um espaço de *interface* entre os movimentos populares e os diversos subsistemas como os conselhos de saúde e as instâncias governamentais; a possibilidade de contato com outros modelos teóricos, como o da *razão comunicativa*, em contraposição ao funcionalismo; uma *prática social* que não objetiva normatizar a vida das pessoas mas subsidiar a organização do próprio cidadão; e outras visões. Mas o que predomina destacadamente é a visão de *técnica auxiliar*,



externa ao campo da saúde, condizente com o seu papel de executor de um protocolo comunicativo assente no modelo transmissional da comunicação. Essa compreensão meramente técnica restringiria a potencialidade da matriz comunicacional na saúde.

Pelo contrário, não sendo uma técnica auxiliar, a comunicação é um “*lugar onde se produzem e se atualizam as relações de forças dos atores sociais*” (Fausto Neto, 1995, p. 281) Assim, ela deveria ser reconhecida como possuidora de uma cultura própria mas, ao mesmo tempo, como *área dura* do campo da saúde, isto é, como constitutiva desse campo, como a história o demonstra. A partir desse entendimento, deveria-se proceder a uma reestruturação dos serviços de comunicação no interior das políticas públicas de saúde, sugere o autor.

Felizmente, entre as novas proposições, existiriam algumas que ultrapassam a visão de técnica auxiliar e que não se orientam pelo enfoque contratualista da comunicação. O que haveria de novo nos modelos da desprotagonização são os trabalhos em que a interlocução é sempre uma experiência em aberto. Se fechar essa interlocução, ela se reduzirá irremediavelmente a uma transferência de experiências de um sujeito para outro, decaindo para uma teoria ilusionista da comunicação.

Os novos modelos, segundo aquele autor, devem privilegiar a fala como um jogo e não como um contrato. Devem procurar estratégias para a construção de *novos sentidos*, no lugar das *estratégias de sentido*, meramente contratuais. Essa nova cultura não aceita a noção produtivista decorrente do campanhismo, prática tradicional da comunicação e saúde. O problema é que, se há uma cultura de experimentação, não existem ainda instrumentos de avaliação ou mecanismos capazes de se defrontar analiticamente com essas novas situações. As pesquisas de recepção têm metodologia pouco desenvolvida e os estudos de campo que apontam para estes problemas não são confiáveis. O desfecho têm sido relatórios *denunciativistas* que apontam apenas os limites daquelas experiências. Sendo assim, urge a construção de uma proposta teórica coerente, que oriente as novas ações da comunicação no setor saúde (Fausto Neto, 1995).

O autor assinala que, no novo perfil do campo da saúde, atualmente em construção, o que tem qualificado as ações, os objetivos e os instrumentos são cada vez mais fundamentos e conceitos originados em outros campos do conhecimento. E propõe o viés interdisciplinar como o caminho a ser percorrido na busca de um novo recorte conceitual, na construção de novas identidades para a comunicação e saúde. Apresenta um programa em torno de ações nucleares: a) políticas de pesquisa e experimentação; b) cooperação técnica entre diferentes instituições e com profissionais dos dois campos, visando a um processo reflexivo mais articulado; c) políticas de formação de recursos humanos. Neste *canteiro de obras* em que se dispõe de farto material e em que passos importantes já foram dados, esse programa poderia se concretizar, interinstitucionalmente, na forma de projetos de pesquisa, ciclos de atualização, oficinas e cursos em vários níveis (Fausto Neto, 1995).

## Encaminhamento final: a construção compartilhada do conhecimento em saúde

Todas as questões aqui apresentadas (o papel da ciência na sociedade contemporânea, o senso comum e sua relação com a ciência moderna, a

experiência da enfermidade, o condicionamento social do processo saúde/enfermidade e a abordagem da educação e da comunicação em saúde) devem convergir para uma outra, qual seja: a produção e a apropriação social do conhecimento em saúde. Como e para quem esse conhecimento é produzido e com que interesse ele é divulgado.

Esses questionamentos têm sido abordados por uma vertente crítica da educação e saúde, que propõe uma "*construção compartilhada do conhecimento em saúde*" (Valla, 1993; Elos, 1995; Oliveira, 1998; Carvalho et al., 2001).

No início da primeira epidemia de dengue na cidade do Rio de Janeiro, nos anos de 1986 a 1991, organizou-se um movimento na Região da Leopoldina, envolvendo profissionais de saúde, pesquisadores e população organizada, o *Se liga Leopoldina*. Buscou-se o desenvolvimento de metodologias para uma construção coletiva do conhecimento, no intuito do enfrentamento da epidemia, inicialmente negada pelas autoridades sanitárias, como é de praxe. Durante o processo, criticou-se a mera transmissão hierárquica de informações (capacitação técnica), propondo-se, no seu lugar, o diálogo entre os saberes de profissionais e acadêmicos e a experiência de vida da população (Valla et al., 1993). Uma ONG, o Centro de Estudos e Pesquisas da Leopoldina, vem dando prosseguimento a estas experiências.

A partir de 1995, com a criação do Núcleo de Estudos Locais em Saúde (Elos/Ensp/Fiocruz), efetiva-se uma série de experimentos tendo como referência a construção compartilhada do conhecimento. De programas radiofônicos a oficinas de artes plásticas; da assessoria a grupos organizados à participação no conselho distrital de saúde, além de parcerias diversas. Atualmente, os pesquisadores do Elos coordenam um sistema de informação local, abrangendo os complexos de favelas da Maré, Alemão e Penha, no Rio de Janeiro: um observatório de saúde sob o ponto de vista da sociedade civil. Também se realiza, bianualmente, um Curso de Especialização em Educação e Saúde. Esse último é o espaço mais adequado para a sistematização das experiências, além de incorporar a realidade das instituições e serviços de saúde de onde os alunos são oriundos.

Rosely de Oliveira discute o conhecimento compartilhado e estende a sua compreensão às redes de convívio social, nas quais a paixão e o afeto não são infensos ao processo de trabalho. Na opinião da autora, o potencial transformador dessa metodologia não estaria na possibilidade de produção de novos conhecimentos e informações mas, principalmente, na "*dinamização do uso das informações que circulam informalmente*" (Oliveira, 1998, p. 75). O conhecimento circulante seria uma consequência da estruturação e fortalecimento de uma *rede social de apoio* que, por sua vez, "*possibilita a ampliação e fortalecimento dos sujeitos*" (Oliveira, 1998, p. 76). Dessa forma, não seria a informação a potencializar a ação (embora ela seja um instrumento necessário), senão que o convívio entre atores diversos forneceria a possibilidade de ação. À medida que as pessoas se sentem apoiadas no seu convívio, aumenta a sua segurança "*para se lançar no mundo, para arriscar, para falar e escrever sua própria história*" (Oliveira, 1998, p. 76).

Segundo Alice Carvalho et al., a construção compartilhada do conhecimento em saúde pressupõe uma "*interação comunicacional onde sujeitos detentores de saberes diferentes – porém não hierarquizados – se relacionam a partir de interesses comuns*" (Carvalho et al., 2001, p. 102). Essa metodologia, desenvolvida na prática da *educação popular e saúde*, seria legitimada pelas

características particulares do conhecimento sobre a saúde e a doença, a saber: a complexidade do adoecer humano e os limites do conhecimento sobre as causas e curas das doenças; a experiência da enfermidade na produção do senso comum e a medicalização de comportamentos sociais; a existência de vários sistemas médicos, alternativos e concorrenciais. Os autores consideram, portanto, as lacunas de conhecimentos tanto do saber tecnocientífico quanto do senso comum, propondo o seu envolvimento simultâneo. Nesse caso, a pedagogia é o processo que regula o relacionamento entre conhecimentos desiguais, rompendo a sua hierarquia. Em última instância – conforme os autores –, o que se quer é a conquista, para as pessoas e grupos sociais, de um “*maior poder de intervenção nas relações sociais que interferem nas suas qualidades de vida*” (Carvalho et al., 2001, p. 106).

A construção compartilhada do conhecimento relaciona-se à tradição da pedagogia problematizadora implantada por Paulo Freire (1981), para quem ninguém sabe tudo e ninguém é de todo ignorante. Assim, se algum evento for considerado um problema de saúde pública, por exemplo, ele terá sempre uma correspondência no imaginário das pessoas supostamente afetadas, se de fato é um problema. O senso comum, a expressão desse imaginário, sempre construirá os seus próprios sentidos que podem ser opostos, complementares ou mesmo talvez apontem para dimensões não previstas pela abordagem tecnocientífica.

Supondo os conteúdos de uma educação e uma comunicação em saúde solidários com as reais necessidades dos grupos sociais, impõe-se, como método constitutivo desses conteúdos, o diálogo entre os dois níveis de conhecimento, a tecnociência e o senso comum. Isso não significa apenas comunicar de uma forma didática o saber científico, nem aceitar como *correto* o senso comum. Aceita-se o método científico como instância de ruptura com o senso comum não crítico, mas em seguida desconstrói-se o seu resultado à luz desse senso (ou do *bom senso*). Com isso espera-se chegar a um terceiro conhecimento, beneficiado pelo criticismo científico e pela eloquência poética do senso comum.

Na prática, considera-se que as pessoas têm experiência com as enfermidades, de forma direta ou indireta; e os ativistas costumam ter uma reflexão política sobre os problemas de suas comunidades. Uma vez delimitado um agravo ou questão de saúde, inicia-se pela tematização, isto é, o desdobramento da questão em temas específicos que, por sua vez, deverão corresponder a cada uma das situações conflituosas ou problemáticas identificadas nessa mesma questão. Em seguida, analisam-se criticamente as teorias e visões de mundo subjacentes a cada tema e então pode-se passar à etapa construtiva do conhecimento sobre a questão em pauta.

É necessário manter um alerta pedagógico contra a submissão da fala popular, conseqüência da hierarquia estabelecida entre os saberes, porque nem sempre se consegue quebrar toda essa hierarquia. Afinal, os profissionais costumam ter a proposição do método e dos encaminhamentos, embora em algumas ocasiões isso possa ser diferente.

É preciso extrair o máximo de valor do saber popular e incentivar as falas insubmissas, potencialmente capazes de gerar novos sentidos. Porque é através da interação cultural e lingüística que o espírito cria outros e diversos aspectos da realidade (Edelmam, 1996). A presença de novos significantes força a linguagem, expressa na fala, a estabelecer novas relações semânticas. Segue-se uma ilustração relacionada a essa questão.

Numa ocasião em que se organizava um evento para discutir o tema *informação e participação popular*, estando presentes profissionais e ativistas comunitários, decidiu-se dar a esse evento o formato de uma *oficina*. Isso se adequaria ao propósito de que as discussões frutificassem em produtos concretos e encaminhamentos críticos e exequíveis. Mas para o Sr. João Cardoso isso não fazia sentido ou talvez o termo *oficina* não correspondesse a uma certa solenidade que seria de esperar para o evento. Pensou, pensou e concluiu: "*Está certo. O SUS está quebrado, precisamos de uma oficina para consertá-lo!*"

A emoção pela descoberta e o descompromisso com o formalismo lógico e lingüístico possibilita a eloqüência poética que às vezes pode ser de uma riqueza incomensurável. Uma dessas pérolas do senso comum esclarecido foi colhida em um programa radiofônico produzido pelo Elos/Fiocruz e veiculado pela rádio comunitária Maré FM (depois lacrada pelo Dentel). Perguntada sobre o que é a loucura, uma entrevistada, Mariza, usuária e ativista do Hospital Pinel, respondeu: "*Nascemos todos loucos. A gente vai crescendo e aprendendo a controlar essa loucura que é a nossa fantasia. E as circunstâncias da vida podem nos fazer perder esse controle: isso é a loucura*". Ora, a psiquiatria e a psicologia clássicas, hegemônicas ainda, interpretam a loucura, respectivamente, como um desvio bioquímico ou um desvio comportamental. A entrevistada desloca o núcleo conceitual clássico para as questões da mente e da vivência, sugerindo que a mente se estrutura socialmente pela articulação das fantasias, talvez das ilusões. Claro que Mariza estava informada pelos novos ares da reforma manicomial brasileira, mas tal eloqüência só seria possível a partir da experiência da enfermidade e do descompromisso com o pensamento sistemático.

Não se pretende aqui ter esgotado a proposta conceitual e programática da construção compartilhada do conhecimento em saúde, até porque essa discussão continua em andamento. Apenas se procurou justificar e inserir a proposta no panorama geral da educação e comunicação social, enfim, da divulgação do conhecimento em saúde.

## Science and common sense: knowledge popularization in the health field

*The article discusses the dissemination of knowledge in the area of health from the perspective of the relationship between science and common sense. It assumes a dynamic tension between regulation and social emancipation as a consequence of such knowledge. It discusses the experience of illness and political actions concerning community problems as sources of information for common sense (?). It reviews educational and social communication practices within the health area and it introduces the notion of a shared construction of knowledge. The latter proposes a reciprocal criticism between common sense and scientific knowledge in favor of a third knowledge, which results from a constructivist problematizing dialogue.*

Key-words: Science and common sense; Education and health; Communication and health

## Referências

- ALMEIDA FILHO, N. de. *A clínica e a epidemiologia*. Salvador: Apce/Abrasco, 1992.
- ALVES, P. C.; RABELO, M. C. Significação e metáforas: aspectos situacionais no discurso da enfermidade. In: PITTA, A. M. da R. (Org.). *Saúde & comunicação. visibilidades e silêncios*. São Paulo: Hucitec/Abrascom, 1995. p. 217-235.
- ARAÚJO, I. A Aids do Egito e a comunicação em saúde. *Nós da Rede*- Boletim da Rede de Educação Popular em Saúde, Rio de Janeiro, ano1, n. 3, 2000.
- ARAÚJO, I.; JORDÃO, E. Velhos dilemas, novos enfoques: uma contribuição para o debate sobre estudos de recepção. In: PITTA, A. M. da R. (Org.). *Saúde & comunicação. visibilidades e silêncios*. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1995. p.172-189.
- ARAÚJO, H. R. D. Prefácio. In: ARAÚJO, H. R. D. (Org.). *Tecnociência e cultura. ensaios sobre o tempo presente: prefácio*. São Paulo: Estação Liberdade, 1998. P.11-22.
- BACHELARD, G. A filosofia do não. In: OS PENSADORES, São Paulo: Abril Cultural,1974a. v.38, p.159-245.
- BACHELARD, G. O novo espírito científico. In: OS PENSADORES, São Paulo: Abril Cultural,1974b. v.38, p.247-337.
- BARRETO, M. L. Apresentação. In: BARRETO, M. L.; ALMEIDA FILHO, N. de; VERAS, R. P.; BARATA, R. B. (Org.). *Epidemiologia, serviços e tecnologias em saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Abrasco,1998. p.9-13.
- BAWER, M. A popularização da ciência como iluminação cultural: a função de resistência das representações sociais. In: GUARESCHI, P.A. (Org.). *Textos em representações sociais*. Petrópolis: Vozes, 1994. p.229-257.
- BOLTANSKI, L. *As classes sociais e o corpo*. Rio de Janeiro: Graal, 1992.
- BOURDIEU, P. *Sociologia*. São Paulo: Ática, 1994.
- BRONOWSKI, J. *O senso comum da ciência*. São Paulo: Itatiaia/Edusp, 1979.
- CAMARGO JUNIOR, K. R. de. Medicina, medicalização e produção simbólica. In: PITTA, A. M. da R. (Org.). *Saúde & comunicação. visibilidades e silêncios*. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1995. p.13-24.
- CARVALHO, M. A. P. de; ACIOLI, S; STOTZ, E. N. O processo de construção compartilhada do conhecimento: uma experiência de investigação científica do ponto de vista popular. In: VASCONCELOS, E. M. (Org.). *A saúde nas palavras e nos gestos- reflexões da Rede de Educação Popular e Saúde*. São Paulo: Hucitec, 2001. p.101-114.
- CASTIEL, L. D. *Moléculas, moléstias, metáforas: o senso dos humores*. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/publi/li-cast/indice.html>>. Acesso em: 1999.
- EDELMAN, G. M. *Biologia da consciência*. Rio de Janeiro: Instituto Piaget,1996.
- ELOS. ENSP. FIOCRUZ. *Academia, serviços de saúde e sociedade civil: uma proposta de construção compartilhada do conhecimento em saúde no nível local*. Rio de Janeiro, 1995.
- FAUSTO NETO, Antonio. Percepções acerca dos campos da saúde e comunicação. In: PITTA, A. M. da R. (Org.). *Saúde & comunicação. visibilidades e silêncios*. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1995. p.267-293.

LALANDE, A. *Vocabulário técnico e crítico de filosofia*. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

LEFÈVRE, F. Mídia e saúde: os discursos se entrelaçam. In: PITTA, A. M. da R. (Org.). *Saúde & comunicação: visibilidades e silêncios*. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1995. p. 138-147.

MARCUSE, H. *Cultura e sociedade*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1998.

MARX, K. *El capital*- crítica de la economía política. México: Fondo de Cultura Económica, 1979. v.3, sec. 7, cap.48.

MORA, J. F. *Diccionario de filosofia*. Barcelona: Ariel, 1994.

OLIVEIRA, R. M. de. A dengue no Rio de Janeiro: repensando a participação popular em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 2, p. 69-78, 1998.

PITTA, A. M. da R. Interrogando os campos da saúde e da comunicação: notas para o debate. In: PITTA, A. M. da R. (Org.). *Saúde & comunicação: visibilidades e silêncios*. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1995. p.239-266. Recebido em: 06.05.2003 Aceito em: 30.07.2003

POPPER, K. R. *A lógica das ciências sociais*. Brasília, DF: Editora Universidade de Brasília, 1978.

RIBEIRO, L. *A luta contra a tuberculose no Brasil*. Rio de Janeiro: [s.n.], 1956.

SANTOS, B. de S. *Introdução a uma ciência pós-moderna*. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

SANTOS, B. de S. *A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência*. São Paulo: Cortez, 2000. v.1.

VALLA, V. V. A construção desigual do conhecimento e o controle social dos serviços públicos de educação e saúde. In: VALLA, V. V.; STOTZ, E. N. (Org.). *Participação popular, educação e saúde: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993.

WEBER, M. H. Comunicação: estratégia vital para a saúde. In: PITTA, A. M. da R. (Org.). *Saúde & comunicação: visibilidades e silêncios*. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1995. p. 151-165.