

Competência e comportamento em informação: uma análise social

Competencia y comportamiento de la información: un análisis social

Information competence and behavior: a social analysis

Nadi Helena Presser, Marcela Lino da Silva

Universidade Federal de Pernambuco. Departamento de Ciência da Informação. Brasil.

RESUMO

Reflexão crítica sobre a interferência do ambiente social na conformação do comportamento em informação dos pacientes portadores de *Diabetes Mellitus*, do Centro Médico Senador José Ermírio de Moraes (CMSJEM), Pernambuco, Brasil, tendo como horizonte o desenvolvimento da sua autonomia. As análises foram referenciadas na perspectiva sociocognitiva da Ciência da Informação e se fundamentaram em concepções teóricas, relacionando os conceitos de comportamento em informação e competência em informação. As análises acentuaram as observações de Chatman de que as pessoas que vivem fora de um contexto social considerado especializado em informações (*outsiders*, neste estudo, os portadores de *Diabetes Mellitus*), de forma geral escamoteiam e ignoram informações sobre o seu mundo real, as quais poderiam ser de ajuda para lidar com o seu cotidiano e problemas diários, porque seguem padrões sociais, compartilhados coletivamente. E aqueles que vivem dentro desse contexto social (os *insiders*, neste estudo, os profissionais de saúde e os especialistas em informação) veem nisso uma disfunção, porque os mesmos não examinam o efeito das normas culturais e sociais, e como elas afetam os modos sob os quais as pessoas (*outsiders*) escolhem e respondem à busca e ao uso de informação.

Palavras-chave: competência em informação, comportamento em informação, contexto social, portadores de diabetes mellitus.

RESUMEN

Reflexión crítica sobre las interferencias del ambiente social en la formación del comportamiento informacional en pacientes portadores de Diabetes Mellitus, del Centro Médico Senador José Ermírio de Moraes (CMSJEM), Pernambuco, Brasil, teniendo como objetivo el desarrollo de su autonomía. Los análisis tienen como marco de referencia la perspectiva sociocognitiva de la Ciencia de la Información y se fundamentan en concepciones teóricas, relacionando los conceptos de comportamiento informacional y competencia informacional. Los análisis destacaron las observaciones de *Chatman* de que las personas que viven fuera de un contexto social que se considera especializado en informaciones (*outsiders*, en este estudio, los portadores de Diabetes mellitus), de forma general escamotean e ignoran informaciones sobre su mundo real, que podrían ayudarles a lidiar con su cotidianidad y problemas diarios, porque siguen patrones sociales, compartidos colectivamente. Aquellos que viven dentro de ese contexto social (*insiders*, en este estudio, los profesionales de salud y los profesionales de la información) ven en eso una disfunción porque no examinan el efecto de las normas culturales y sociales, y cómo ellas influyen sobre los modos en que las personas (*outsiders*) escogen y responden a la búsqueda y uso de la información.

Palabras clave: competencia informacional, comportamiento informacional, contexto social, portadores de diabetes mellitus.

ABSTRACT

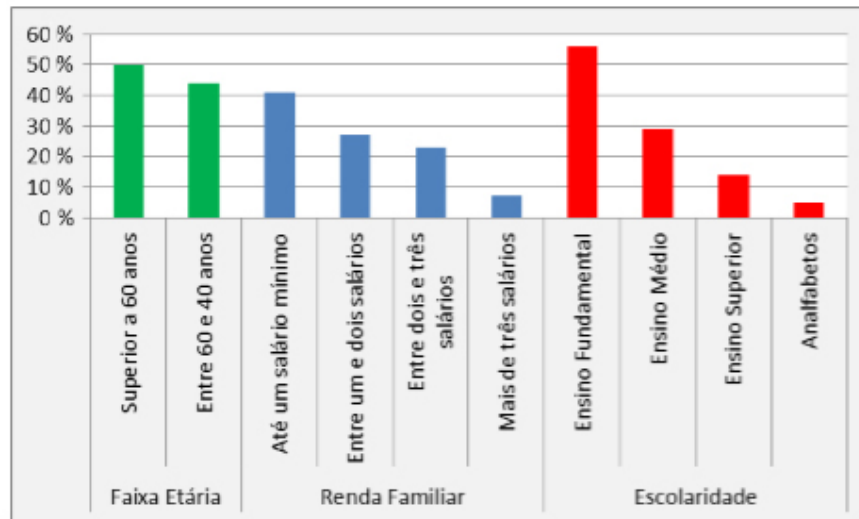
Critical reflection about the interference of the social environment in shaping the information behavior of patients with *Diabetes Mellitus* (DM), of Senador José Ermírio de Moraes Medical Center (CMSJEM), Pernambuco, Brasil, having as horizon the development of their autonomy. Analyzes were referenced in the socio-cognitive perspective of the Information Science (IS) and were based on theoretical conceptions, relating the concepts of information behavior and information literacy. The analyzes emphasized Chatman's observations that people who live outside a social context (*outsiders*, in this study, patients with DM) which is considered specialized in information, generally conceal and ignore information about the real world, which could be helpful to cope with their everyday and daily problems, because they follow social standards, collectively shared. And those who live within this social context (the *insiders*, in this study, health professionals and information specialists) see this as a dysfunction, because they do not examine the effect of cultural and social norms, and how these affect the ways in which people (*outsiders*) choose and respond to search and use of information.

Key words: information literacy, information behavior, social context, patients with diabetes mellitus.

INTRODUÇÃO

Este debate se fundamentou em outro estudo já realizado em 2012, cujo propósito foi o de investigar como os portadores de diabetes interagem com a informação e

desenvolvem sua competência em informação. Os resultados do primeiro estudo foram publicados por *Presser*.¹ Na ocasião foram entrevistados ospacientes atendidos no Centro Médico Senador José Ermírio de Moraes (CMSJEM), localizado no Município de Recife, no Estado de Pernambuco, serviço que compõe a rede municipal de saúde e que presta assistência especializada, realizando consultas com cerca de 240 pacientes de diabetes, mensalmente. A figura mostra o perfil dos pacientes diabéticos entrevistados (Fig. 1).



Fonte: Presser.

Fig. Perfil dos pacientes diabéticos entrevistados do Centro Médico Senador José Ermírio de Moraes (CMSJEM).

*Presser*¹ ressaltou as observações constantes no Portal Banco de Saúde,² o qual define Diabetes Mellitus como uma doença metabólica caracterizada por um aumento anormal do açúcar ou glicose no sangue. Conforme se lê em *Presser*,¹ quando a Diabetes Mellitus não é tratada adequadamente podem ocorrer complicações como insuficiência renal, problemas na visão, dentre outros, sendo a obesidade, a má alimentação e o sedentarismo os principais fatores de risco. Embora os especialistas da área advirtam que um tratamento médico adequado é de suma importância para evitar complicações e melhorar a qualidade de vida de pacientes, a pesquisa publicada por *Presser*¹ revelou que, de forma geral, portadores da doença demonstram que não sentem necessidades de informações, ao mesmo tempo em que, também, não têm o domínio requerido sobre a patologia, como se lê na parte superior do Quadro.

E foi essa desconexão entre o estabelecido no campo da saúde (quanto melhor o controle e monitoramento da doença, menor o risco de complicações e intercorrências) e o que o resultado da pesquisa apontou relativo à necessidade de informação sobre a patologia (36 % declararam não ter necessidade e 22 % declaram que raramente tinham necessidade) o que motivou continuar o debate sobre competência em informação, incluindo aqui a sua relação com o comportamento informacional dos portadores de *Diabetes Mellitus*, dando origem à questão central deste estudo: *Por que as pessoas ignoram informações se as mesmas podem ser de ajuda para lidar com suas preocupações e problemas diários?*

Uma análise da literatura elaborada por *Lins* e *Leite*³ revela que há uma relação entre as teorias de comportamento em informação e competência em informação. Para fins deste estudo, o desenvolvimento de competências em informação se caracteriza como um requisito de emancipação no contexto da patologia, constituindo um quadro de referência do comportamento em informação dos portadores do diabetes. A competência em informação se constitui em um processo contínuo de "[...] internalização de fundamentos conceituais, atitudinais e de habilidades necessários à compreensão e interação permanente com o universo informacional e sua dinâmica, de modo a proporcionar um aprendizado ao longo da vida".⁴

Comportamento em informação designa o conjunto de ações que são realizadas em torno da identificação de necessidade, da busca e do uso de informação.⁵ Nos termos de *Wilson*,⁶ é o comportamento humano em relação às fontes e canais de informação em sua totalidade e, por isso, incluindo tanto a busca ativa quanto passiva e uso da informação. Interessa, assim, para os propósitos deste estudo, a compreensão dos elementos contextuais que interferem nesse conjunto de atividades relacionadas à informação e que caracteriza o comportamento informacional de um indivíduo, o qual, por seu turno, influencia no desenvolvimento da competência em informação do mesmo.

A resposta ao problema ora suscitado postulou fundamentar as análises deste estudo à luz de conceitos e perspectivas de autores ligados às abordagens sociais da Ciência da Informação (CI) e das ciências humanas e sociais. É, portanto, nessa perspectiva que os objetivos, conforme apresentados a seguir, orientaram esta investigação. Em uma perspectiva geral, este estudo tem como objetivo refletir sobre a competência em informação dos indivíduos na perspectiva de compreender a interferência do ambiente social no comportamento em informação dos mesmos, tendo como horizonte o campo da saúde. Numa dimensão mais específica, procurou-se compreender como os valores e significados culturais são incorporados nos padrões e nas atitudes das pessoas a ponto de orientá-las nas suas práticas sociais. Assim sendo, são incluídas no debate as contribuições teóricas de *Chatman*⁷ e *Pena*,⁸ as quais sublinham que o modo pelo qual determinada informação é percebida depende do contexto social no qual uma pessoa se encontra. Isso pressupõe que um indivíduo pode bloquear sua predisposição à competência em informação e tornar-se parte de um panorama em que o silêncio predomina, como uma forma de se manter submerso na sociedade ou preso em si mesmo.

O relacionamento de conceitos trazidos da Ciência da Informação na perspectiva social motivou e deu suporte diferencial a este estudo, tornando-o relevante entre as produções atuais acerca do tema competência em informação. Conceitos como "mundo pequeno", "pobreza informacional" e "espiral do silêncio", apesar de, *a priori*, parecerem afastados, são concepções de vida social que têm muito em comum, com a finalidade de prover referência ao tema desta análise – a interferência do ambiente social na conformação do comportamento em informação e da competência em informação das pessoas.

O conceito de pequeno mundo⁷ descreve um mundo no qual as pessoas compartilham espaço físico e conceitual dentro de um quadro comum de significado cultural. Na compreensão contextual de comportamento em informação, as pessoas põem limites restritos ao redor das possibilidades desses comportamentos. A teoria da espiral do silêncio⁸ também reconhece a predisposição do indivíduo ao conformismo que se propaga em espiral e, algumas vezes, pode até esconder desejos de mudança presentes na maioria silenciosa. Ambas as teorias indicam que normas culturais e sociais afetam os modos sob os quais as pessoas escolhem responder, sendo passivas ou ignorando informações.

Trata-se de duas concepções complementares que permitem discutir a competência em informação das pessoas na consolidação da cidadania, visto que o acesso à informação é um direito da sociedade, mas somente o seu uso legitima o ser humano como cidadão. A consequência é uma prática social, uma ação que visa responder as dúvidas e construir o conhecimento do indivíduo, com fins de produzir transformações na sua vida e no contexto social onde convive. O valor social, que justifica a importância desta pesquisa, se fundamenta ainda no desafio de tratar o tema competência em informação das pessoas sob a perspectiva social, visto que as referências sobre essa abordagem são escassas. Nessa perspectiva, este estudo promoveu um debate a respeito dos valores e significados culturais incorporados nos processos sociais e que conformam a cultura de informação em saúde, questões pouco discutidas na CI.

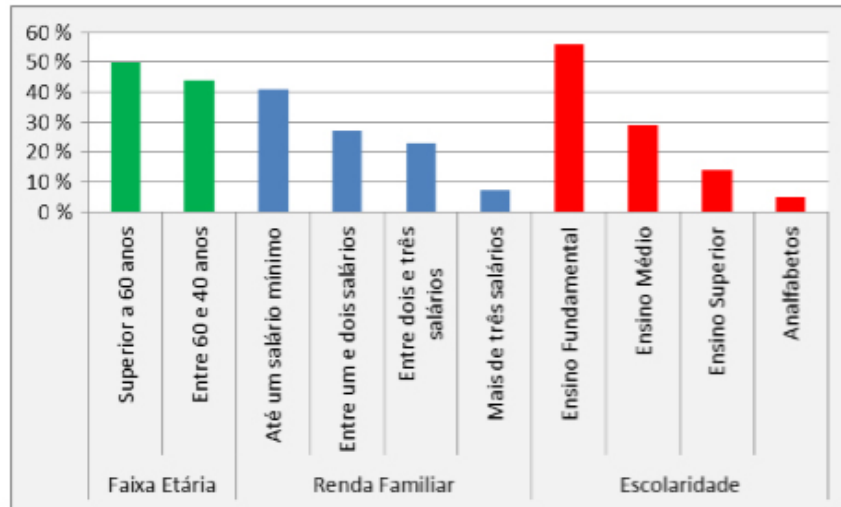
A NATUREZA DA PESQUISA E A ABORDAGEM DE ANÁLISE

Neste estudo, o processo de análise preservou a formação e o desenvolvimento de reflexões críticas sobre as temáticas em estudo para que delas surgisse um novo olhar sobre os resultados da pesquisa com os portadores de diabetes, objeto deste estudo. Segundo Nobre,⁹ a teoria crítica não quer uma ação cega, ou seja, uma ação que ignora que as coisas poderiam ser de outro modo. A teoria crítica não pretende somente pairar sobre o mundo, mas entender os conflitos sociais, dando-lhes um sentido emancipatório.

Para dar conta disso, o estudo foi fundamentado na perspectiva do Paradigma Social,¹⁰ denominado também na CI como paradigma sociocognitivo, cuja abordagem direciona as análises para o contexto social e seus significados. Assim, fazer uma análise na dimensão social foi, para os propósitos deste estudo, compreender como o contexto social interfere na intencionalidade dos portadores de DM, enquanto agem e tomam decisões em relação à sua patologia. Segundo Capurro,¹⁰ uma abordagem social não concebe um indivíduo como um ser isolado, mas examina as relações sociais por ele estabelecidas e, como realça Chatman,¹¹ considera o caráter coletivo dessas relações, determinadas pelas interações construídas.

Seguindo nessa linha, as teorias sociais de Chatman^{7,11} no campo da CI, apoiadas por outras teorias de diferentes áreas do conhecimento, fundamentaram a análise dos dados. As abordagens tratam de questões sociais e procuram explicar como o conhecimento, expectativas e normas são internalizadas em graus variados pelas pessoas. Neste estudo não se está concebendo a perspectiva social no sentido de classes sociais, mas fazendo referência às relações sociais estabelecidas e formadas entre indivíduos que possuem interesses e objetivos em comum, dando origem a uma visão de mundo. De acordo com Chatman,⁷ visão de mundo é uma percepção coletiva, a qual os membros de um mundo social mantêm sobre as coisas que são importantes e as coisas consideradas triviais ou sem importância.

Numa perspectiva social, os grupos que constituíam os objetos de estudos de Chatman^{7,11} apresentavam uma visão de mundo comum, percepção coletiva que sustentava a sua realidade cotidiana. Em relação aos portadores de DM, objeto de estudo desta pesquisa, apesar de os pacientes residirem em uma variedade de ambientes, todos usavam o sistema público de saúde e o perfil deles é bastante similar na sua maior parte, pelo que os resultados da pesquisa anterior apresentados por Presser¹ demonstram (Fig.). Suas entrevistas expuseram que os respondentes tinham, igualmente, uma visão de mundo aproximada e análoga (quadro).



Fonte: Presser.

Fig. Perfil dos pacientes diabéticos entrevistados do Centro Médico Senador José Ermírio de Moraes (CMSJEM).

Outro aspecto que necessita ser elucidado é que este estudo e nem tampouco o estudo de Presser¹ não intencionavam avaliar um processo de formação em competência informacional. O grupo pesquisado não passou por um processo de aprendizagem e, assim sendo, estudo não pretende se constituir de avaliação de um processo de treinamento, de formação básica, continuada ou ainda outro tipo de capacitação. Nesse sentido, não há informações na presente pesquisa sobre como ocorreu à aprendizagem desse grupo. Por outro lado, ressalta-se que, se os pacientes tivessem recebido formação em competência em informação, o estudo poderia apresentar outros resultados.

O que também precisa ficar entendido nesta discussão é a diferença entre incluídos (*insiders*) e excluídos (*outsiders*) com relação aos estudos informacionais e o que isso significa à luz da percepção de necessidades, busca, compartilhamento e uso de informação. Apoiada em Merton,¹² Chatman⁷ define os *insiders* como o grupo social que fornece as normas de comportamento e formas esperadas de se aproximar do mundo, como socialmente mais importante do que os demais. Dessa forma, os *insiders* também definem aquelas coisas importantes de se prestar atenção e as que não são. O que isso implica para os propósitos da competência em informação das pessoas é que alguns membros da sociedade estariam agindo apropriadamente (*insiders* – especialistas em saúde), enquanto que outros (*outsiders* – portadores de DM) estariam, de alguma forma, se desviando dos padrões coletivos, definidos pelos especialistas de domínio (*insiders*).

Quadro. Resultados da pesquisa

IDENTIFICAÇÃO DE NECESSIDADES DE INFORMAÇÃO	
<p>Necessidade de informação, além daquelas fornecidas pelos médicos na consulta: 42 % declararam ter necessidade. 36 % declararam não ter necessidade. 22 % raramente tinham necessidade.</p>	<p>Domínio de informações sobre o DM: 55 % declararam não dominar todas as informações sobre sua doença 15 % tinham o seguinte domínio informacional sobre a doença: 32 % - medicação. 34 % - alimentação. 15 % - atividade física. 15 % - controle de glicemia. 14 % - controle de peso. 15 % - outros.</p>
SELEÇÃO DAS FONTES DE INFORMAÇÃO	
<p>Fontes de informação usadas para buscar informações sobre a patologia:</p> <p>59 % - televisão. 29 % - rádio. 27 % - nutricionista, família, amigos. 25 % - revistas, livros. 20 % - programas de saúde da família. 17 % - Internet.</p>	<p>Possuía computador em casa: 44 % - sim 56 % - não</p> <p>Acessava a Internet: 27 % acessavam. 73 % não acessavam.</p> <p>Participação em programas ou como membro de entidades de apoio aos portadores de DM: 5 % - sim. 95 % - não.</p>
BUSCA DE INFORMAÇÃO	
<p>Tipos de informações de interesse:</p> <p>61 % - nutrição e cuidados com alimentação. 27 % - atividades físicas. 44 % - uso correto da medicação. 19 % - controle glicêmico. 15 % - controle de peso. 32 % - não souberem informar.</p>	<p>Motivo da busca de informação: 46 % - melhorar qualidade de vida. 33 % - conhecer mais sobre o DM para monitorá-lo. 10 % - outros.</p> <p>Dificuldades enfrentadas no processo: 32 % sentiam dificuldade, sendo: 15 % não sabiam onde buscar informação. 5 % não sabiam qual informação procurar. 6 % alegaram não ter recursos de tecnologia da informação. 21 % não sabiam qual era a sua dificuldade. 61 % não tinham dificuldade.</p>
USO DE INFORMAÇÃO	
<p>Já tinham recuperado informações importantes que não haviam sido prestadas pelos médicos: 39 % - sim. 61 % - não.</p>	<p>Houve mudança de comportamento e/ou estilo de vida provocada pelas informações recuperadas: 63 % - sim, sendo: 66 % reeducação alimentar. 24 % realizavam atividades físicas. 39 % tomava mais cuidado com a medicação 22 % faziam avaliação nutricional. 17 % controlavam glicemia pela medição em diferentes horários. 17 % faziam controle de peso. 41 % diminuíram consumo de sal, açúcar e gorduras. 12 % não souberam especificar.</p>

Fonte: Presser.

A COMPETÊNCIA EM INFORMAÇÃO NA PERSPECTIVA DO CONTEXTO SOCIAL

O termo "competência em informação" é derivado do original em inglês, *Information Literacy*, dos anos de 1970, nos Estados Unidos. Chegando ao Brasil, os precursores desenvolveram o tema voltando-se à educação dos usuários e aplicações em contextos de bibliotecas.⁴ Nas suas várias utilizações no idioma português —alfabetização informacional;¹³ letramento informacional;¹⁴ competência em informação;^{15,16} competência informacional¹⁷— verifica-se a predominância da tradução do termo *information literacy* na CI como competência em informação, pois, mesmo que seja em abordagens distintas, abrange os principais aspectos relacionados ao seu conceito.¹⁸

*Hatschbach*¹⁶ sustenta a noção de *information literacy* como a habilidade e a capacidade em utilizar a informação e o conhecimento. Além da capacidade no uso das ferramentas para a recuperação da informação; segundo, *Hatschbach* *information literacy* preconiza o conhecimento de fontes, o pensamento crítico, a formulação de questões, a avaliação, a organização e a utilização das informações. Diante disso, "(...) o termo que melhor traduz a expressão *information literacy* em português é Competência em Informação, por abranger os principais aspectos que estão relacionados ao seu conceito".¹⁶

É nessa perspectiva que o termo é concebido pela *American Library Association*, a qual define que para ser competente em informação "[...] uma pessoa deve ser capaz de reconhecer quando a informação é necessária e ter a habilidade para localizar, avaliar e usar efetivamente a informação. [...] Pessoas competentes informacionais são aquelas que aprenderam a aprender".¹⁹

A competência em informação das pessoas, neste estudo, não trata apenas do processo de busca de informações, mas do uso que se faz delas para tomar decisões e resolver problemas, tendo a informação como indutora da cidadania e da autonomia e propulsora dos potenciais emancipatórios das pessoas. A emancipação, nessa abordagem, não se refere apenas ao indivíduo como entidade isolada, mas fundamentalmente como um ser social,²⁰ e se funda na vontade de cada um em se desenvolver. Por isso, a competência em informação de uma pessoa tem relação com o comportamento em informação da mesma, abarcando a dimensão social do processo informacional, associada à noção de cidadania e autonomia das pessoas envolvidas, aproximando-se, assim, do máximo de consciência possível das pessoas que constituem a sociedade.²¹

UM MUNDO ONDE AS NORMAS E OS COSTUMES DEFINEM O QUE É IMPORTANTE E O QUE NÃO É

As normas sociais limitam as ações do indivíduo na busca das informações – é a constatação de Chatman,⁷ ao concluir o estudo pioneiro sobre "A vida empobrecida dos excluídos (*outsiders*)". A autora delinea relações entre o mundo da informação daqueles que vivem fora de um contexto social considerado especializado em informações (*outsiders*, que neste estudo são os portadores de DM) e aqueles que vivem dentro desse contexto social (os *insiders*, que neste estudo são os profissionais de saúde, especialistas em informação).

*Chatman*⁷ nota que essa estrutura constituída por dois lados é um obstáculo ao processo de troca de informações, principalmente quando os especialistas em informações, inseridos em mundo privilegiado de informações, ignoram as necessidades daqueles que estão aptos somente a explorarem fontes de informação em conformidade com o contexto em que vivem. Levando isso em consideração,

*Chatman*⁷ formula e articula quatro conceitos críticos à sustentação de um estilo de vida empobrecido de informação de determinados grupos de excluídos: situação de risco, sigilo, falácia e relevância situacional.

- *Situação de risco*: o *outsider* (excluído) somente compartilha determinadas informações se sentir confiança. As dimensões "ter certeza quanto à honestidade" ou "assumir o risco" opõem-se ou estão em desconformidade ao que para os *insiders* ficou estabelecido e seguro.

- *Sigilo*: é proporcional ao nível de afinidade das pessoas de um grupo. Tratar certas informações como secretas consiste em ocultar o ponto fraco de um grupo e funciona como autoproteção contra as invasões indesejadas em um contexto particular. Quanto menor o sigilo, maior a exposição aos riscos. As descobertas de *Chatman*⁷ com zeladoras revelaram que as mesmas não estavam assistindo umas às outras para cooperarem em situações problemáticas porque elas se percebiam isolados entre si e desconectados com os mundos ao seu redor. Elas acreditavam que, se seus supervisores ou amigas soubessem de algum problema que elas estavam enfrentando, eles [terceiros] tirariam vantagem dessa informação e as usariam contra elas [zeladoras]. *Chatman*⁷ observou que as zeladoras gastavam pouco tempo se comunicando entre elas, porque eram desconfiadas umas das outras e sentiam que poucos seriam confiáveis. Isso explica o que influencia o comportamento em informação – nesse caso, fatores que agiram como barreiras à informação, e que, como nos pequenos mundos dos portadores de DM, fazem sentido.

- *Falácia*: envolve um comportamento deliberado, em que se procura demonstrar uma falsa realidade, o que implica indiscutivelmente no sigilo de algo. É um comportamento que implica diretamente na precariedade da aquisição de informações úteis.

- *Relevância Situacional*: somente é considerada útil a informação legitimada por um contexto e que responde a um problema. O impacto e a relevância de uma informação somente existem se as fontes que a detêm fazem parte do contexto daquele que tem necessidade de acessá-la e utilizá-la. *Chatman*⁷ define três níveis para o grau de relevância: nível um, experiências vividas; nível dois, necessidade pessoal; e nível três, individualidade, alto grau de sigilo.

Os conceitos apresentados revelam comportamentos, resultados de anomalias identificadas por *Chatman*,⁷ que contribuem para a pobreza informacional e suscitam a discussão quanto ao uso e necessidade de informação por parte das pessoas: "Um mundo de pobreza informacional é aquele em que uma pessoa não deseja ou não sabe resolver um problema crítico ou uma preocupação. Como as necessidades não estão sendo compreendidas, esse mundo de informação é visto como disfuncional por um insider. Um fator que contribui para a pobreza informacional é a sociedade da informação dos privilegiados".⁷

Para um *insider*, aqui assumido como o profissional de informação, o pesquisador ou, no presente estudo, os especialistas em saúde, ignorar uma informação útil na perspectiva dele, *insider*, seria uma disfunção. Isso ocorre justamente porque os mesmos não examinam a relação entre as necessidades de uma pessoa por certos tipos de informação e seu efeito sobre as normas culturais e sociais, as quais afetam os modos sob os quais as pessoas (*outsiders*) escolhem e respondem à busca e ao uso de informação.

À frente desse foco para aspectos sociais na investigação da competência em informação, este estudo destaca a teoria do comportamento normativo de *Chatman*,¹¹ no qual a autora foca-se sobre como a realidade diária de pessoas que compartilham um espaço cultural similar é caracterizada por eventos comuns ou rotineiros. Comportamento normativo é ditado pelas normas sociais, pois, nelas, segundo a autora, estão subjacentes as lições ou os valores sociais que uma pessoa deve aprender em um mundo social particular. Assim, o comportamento normativo é o comportamento reconhecido como mais apropriado dentro de um grupo ou comunidade.

Em convergência a essas teorizações, *Chatman*¹¹ ainda explora o comportamento em informação dos indivíduos a partir de um número de perspectivas de pequenos mundos. Nos contextos estudados pela autora, os entrevistados reagiam ao encontro com informações, com fins de transmitir normalidade para os que estavam de fora da sua comunidade. A autoproteção desses indivíduos, portanto, reforça a "teoria da pobreza de informação" exposta por *Chatman*:¹¹ "A teoria da pobreza de informação explica as maneiras pelas quais as pessoas definem suas experiências de vida, a fim de sobreviver em um mundo de extrema desconfiança. Quando as preocupações e os problemas se apresentam e quando a informação é reconhecida como potencialmente útil, mas é ignorada, as pessoas vivem em um mundo de informações empobrecidas".

O comportamento normativo a que *Chatman*¹¹ se reporta interfere principalmente nos grupos que "vivem dentro de um círculo" e levanta a hipótese de que "[...] membros que vivem no círculo não irão cruzar fronteiras de seu mundo para buscar informações". Essa conjectura é consequência de um coletivo que não percebe uma informação como crítica, relevante, e acredita que pode viver alheio a esta informação, sem problemas, no mundo em que vive. Conforme *Chatman*,¹¹ os padrões sociais funcionam como um guia que dita o que é certo ou errado no processo de busca de informação e no comportamento informacional dos indivíduos. Esses padrões dependem de fatores associados, como a visão de mundo, normas sociais, o tipo social e o comportamento em informação do indivíduo:

- As normas sociais são o guia para a prática de um comportamento padrão e aceito socialmente.
- A visão de mundo envolve uma percepção coletiva sobre a importância de algo.
- Os tipos sociais são as características de membros de um grupo social quanto ao comportamento e partilha de informações.
- O comportamento em informação é a tomada de ação ou não, mediante a informação recebida.

Por tudo isso, o uso de informação não constitui uma simples ação, mas, sobretudo, um processo envolto em questões culturais e comportamentais. Nesse sentido, *Langdon* e *Wiik*²² ressaltam que o sistema de atenção à saúde não está desacoplado de outros aspectos gerais da cultura, assim como um sistema social não está dissociado da organização social de um grupo. "Consequentemente, a maneira através da qual um determinado grupo social pensa e se organiza, para manter a saúde e enfrentar episódios de doença, não está dissociado da visão de mundo e da experiência geral que esse tem a respeito dos demais aspectos e dimensões socioculturalmente informados".²²

A cultura aprendida esclarece que é impossível explicar as diferenças de comportamento humano apenas segundo o conhecimento da biologia; já a cultura compartilhada é aquela disseminada pelos indivíduos formadores de uma sociedade; enquanto que a cultura padronizada é consolidada a partir das interações sociais desses indivíduos formadores da sociedade. É um processo lógico, de integração e pertencimento. Entretanto, acreditar veementemente nesse aspecto significa atenuar a crença no papel transformador da educação, como também dos atores que percebem essa conjuntura como um conflito passível de ser amenizado.

A ESPIRAL DO SILÊNCIO: CONVERGÊNCIAS

Seguindo na mesma linha, a espiral do silêncio, uma teoria essencialmente da Comunicação Social, pode, de maneira contextualizada, ser aferida como um processo precedente ou subsequente de outras linhas de pesquisa, uma vez que traz em seus conceitos a reprodução de uma ideologia dominante capaz de limitar a visão de qualquer indivíduo que não se esforce para a fuga. *Pena*⁸ explica que "essa teoria defende que os indivíduos buscam a integração social através da observação da opinião dos outros e procuram se expressar dentro dos parâmetros da maioria para evitar o isolamento".

A espiral do silêncio, originada como teoria de mesmo nome, foi estudada e compilada, pela primeira vez em 1984, no livro de *Noelle-Neuman*²³ apud *Pena*⁸ que reforçou a ideia de que as pessoas tendem a esconder opiniões contraditórias à ideologia majoritária, o que dificulta a mudança de hábitos e ajuda a manter o *status quo*: "A opção pelo silêncio é causada pelo medo da solidão social, que se propaga em espiral e, algumas vezes, pode até esconder desejos de mudança presentes na maioria silenciosa. Só que esses desejos acabam sufocados pela espiral do silêncio. Ou seja, as pessoas não só são influenciadas pelo que os outros dizem como também pelo que imaginam que eles poderiam dizer. Se acharem que suas opiniões podem não ter receptividade, optam pelo silêncio".⁸

Seguindo esse raciocínio, pode-se avaliar a espiral do silêncio como uma predisposição ao conformismo, uma rendição ao que parece absoluto, uma rejeição à mudança. Segundo *Pena*,⁸ "a mudança só ocorre se houver um sentimento de que ela já é dominante, o que, nessa lógica, não só demora muito a ocorrer como depende fundamentalmente da mídia". Parece, *a priori*, um ciclo alheio a qualquer censura e imune a manifestações contrárias de seus usuários, clientes, espectadores. Seria, portanto, a espiral do silêncio uma consequência da falta de ação daquele que é o principal ator desse problema inerente na sociedade? Tal questionamento não pode ser esclarecido sem considerar três mecanismos condicionantes dessa espiral, elencados por *Pena*:⁸ a acumulação, que é o excesso de exposição de determinados temas na mídia; a consonância, que é a forma semelhante como as notícias são produzidas e veiculadas; e a ubiquidade, que é a presença da mídia em todos os lugares.

Enfrentar esse sistema não constitui, portanto, tarefa fácil, mas a saída pode estar, justamente, na capacidade que o usuário tem de se libertar de tabus e estereótipos para buscar o que quiser, onde quiser e como quiser. As reflexões sobre os resultados desta pesquisa abordaram a formação da competência em informação dos indivíduos na perspectiva de compreender a interferência do ambiente social no processo e como os valores e significados culturais são incorporados nos padrões e nas atitudes das pessoas.

A VISÃO DE DOIS MUNDOS – OS INCLUÍDOS E OS EXCLUÍDOS

Sob o aspecto da identificação das necessidades de informação, a pesquisa constatou que, embora a maioria dos entrevistados declarasse sentir necessidades de informações além das fornecidas pelo médico no ato da consulta (42 % declararam ter necessidade), a maioria também afirmou não ter domínio sobre as informações acerca do diabetes mellitus (55 % declararam não dominar todas as informações sobre sua doença).

A partir desses resultados, pode-se constatar que os profissionais de saúde não se constituem como centro de informações e disseminadores de conhecimento para os pacientes, visto que poucos declararam ter domínio sobre as informações da doença. Esse resultado pressupõe comportamento relacionado de sigilo e autoproteção, se considerar-se que a carência de domínio – embora haja um alto índice de necessidade – é consequência de um receio em revelar informações particulares a outros, suprimindo assim essas necessidades.

Como *Presser*¹ já apontou e *Torres, Souza e Lima*²⁴ evidenciam, no caso do DM, até mesmo o controle glicêmico depende da mudança de hábitos, muitas vezes arraigados culturalmente e associados a questões subjetivas relacionadas ao modo de vida das pessoas. Por tudo isso, o tratamento do DM deve incluir investigações que visem compreender como o sistema social regula o comportamento das pessoas a partir de normas que conformam padrões culturais específicos. O que está subentendido nesta discussão é a diferença entre incluídos (*insiders*) e excluídos (*outsiders*) com relação aos estudos informacionais e o que isso significa à luz da percepção de necessidade, busca e uso da informação. E, neste caso, uma razão pode ser a dúvida dos portadores de patologia em relação à capacidade das pessoas de fora – os profissionais de saúde – de entender o mundo deles.

O alto índice de pacientes que não dominam todas as informações sobre a doença* e que não usam fontes de informações especializadas reflete as barreiras entre os pacientes e a classe médica. Barreiras essas que limitam a visão tanto dos pacientes com relação aos médicos, quanto destes com relação àqueles. É uma limitação que causa a manutenção de um sistema de ideias que assegura aos profissionais da saúde um patamar inatingível e, aparentemente, sem necessidade de mudanças, como também faz os pacientes enxergarem que não adianta tentar mudar esse contexto por acreditarem que o melhor é viver de acordo com a maioria, sem levantar e nem conviver com a dúvida. Assim, privilegiando a existência com a DM à zona de conforto, ao esquecimento, em detrimento ao campo das tensões, às lembranças, que o cotidiano da enfermidade requer, se consolida uma espiral silenciosa, acrílica e manutenível.

A ausência de diálogo pessoal e social entre os pacientes e os médicos reforça um cenário de solidão social e resistência à mudança, já que os pacientes, muitas vezes, demonstram ter receio de como as suas indagações terão receptividade e buscam alternativas alheias às prestadas pelos profissionais de saúde para tentar melhorar sua qualidade de vida. Como *Penã*⁸ afirma em suas pontuações sobre a espiral do silêncio, uma mudança só tende a ocorrer quando ela é percebida como majoritária. No entanto, são as experiências de vida dos incluídos (*insiders*) que fornecem uma perspectiva cultural e social, bem como as normas de comportamento e formas adequadas e esperadas de agir no mundo. Nesse cenário, a medicina se torna assim um ideal de saúde determinado pelos especialistas.

Nessa perspectiva, o que fica subentendido no caso deste estudo é que alguns membros da sociedade estariam agindo apropriadamente (*insiders*), enquanto que outros (*outsiders*) estariam de alguma forma, se desviando dos padrões coletivos, por uma resistência, ou reação às imposições de uma medicina oficial. Ou, como destaca *Martins*,²⁵ a partir de um "ideal de saúde" propagado pela mídia e pela indústria médica, qualquer diferença em relação ao ideal é vista como um desvio, um distanciamento, devendo ser "corrigida".

Em geral, nos estudos sobre comportamento em informação, os profissionais da informação tendem a esquecer de que seu "objeto" é um ser humano real, concreto, e que ultrapassa em complexidade os processos estritamente técnicos, limitando sua compreensão do processo sociocultural subjacente à busca e ao uso de informação. Buscar a integração social acomodando-se no discurso dominante, neste caso o grupo da cultura profissional do âmbito da saúde, sufoca anseios e dúvidas que podem ser determinantes para uma mudança significativa de comportamento com relação às informações sobre sua patologia. Esta relação de poder fica ainda mais difícil nos serviços de atendimentos públicos à saúde, junto a uma população de baixa renda, como pode ser visto na [figura](#), anteriormente apresentada. Esse contingente populacional, já excluída política e socialmente no dia a dia da cidade, além de não ter recursos financeiros, em geral não tem baixa formação educacional, não partilhando assim da mesma condição dos profissionais da saúde, nem parecendo, à sociedade em geral, como alguém digno de ter sua autonomia respeitada. Ou como diz *Martins*:²⁵ "Estes pacientes, além de serem pacientes, tenderão a ver seus direitos de autonomia desrespeitados também por não serem vistos como autônomos mesmo quando não estão na condição de pacientes, parecendo assim duplamente inferiorizados perante a onipotência médica, como sentimento tanto sociocultural quanto corporativo".

Outro ponto a considerar diz respeito às fontes de informação usadas pelos entrevistados, destacando-se a TV como a principal. Entretanto, como *Presser*¹ salientou, na pesquisa realizada no CMSJEM, ações de caráter social e coletivo são conduzidas por equipes multidisciplinares, na perspectiva de uma assistência vasta que promova a redução dos riscos das complicações da doença. Em uma esfera mais ampla, *Presser*¹ apontou a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), filiada à International Diabetes Federation (IDF), como uma instituição de referência em nível nacional e internacional que contribui para a prevenção e tratamento do diabetes em três fases: (a) Produção e disseminação de conhecimento; (b) Conscientização da população; (c) Colaboração com o Estado na elaboração de políticas públicas. Conforme destacou a pesquisadora, desde 1997, a SBD desenvolve o Projeto Diabetes Online, através da *homepage* da SBD, constituída como um centro de informação, possibilitando acessar informações sobre prevenção, tratamento, estudos e notícias sobre a patologia. Em contrapartida, conforme se vê no quadro, tais fontes de informação praticamente não foram mencionadas pelos entrevistados.

Em conformidade com essa constatação, *Chatman*⁷ destaca, os incluídos (*insiders*), aqueles que conhecem determinado assunto, aqui os especialistas em saúde, devido ao seu *status*, reforçam a pobreza informacional dos excluídos (*outsiders*) por não darem importância e não levarem em consideração as fontes de informação que não foram criadas por eles mesmos. Como parte de um mundo com suas normas e valores específicos, eles (os especialistas) também definem quais os objetos ou questões importantes de se prestar atenção e as que não o são. Paradoxalmente, a existência de dois mundos diferentes – o contexto social dos especialistas que produzem a informação e o contexto social dos usuários –, por si só, é um obstáculo à busca e ao compartilhamento de informações.

Depreende-se, com base nisso, que a forma de abordagem e de compartilhamento de informações dos endocrinologistas e demais profissionais da saúde parece não corresponder às necessidades dos portadores de DM e de seus cuidadores, por não considerarem as normas e os costumes que definem o que é importante e o que não o é no contexto social no qual os portadores da patologia convivem. Isso justifica por que os especialistas em saúde não são procurados para fornecer informações, orientações ou conselhos: a relevância situacional dos pacientes vai de encontro à dos profissionais de saúde. Isso explica o que *Chatman*⁷ pontua: as fontes precisam fazer sentido e responder à problemática de um indivíduo, sendo legitimadas pelo contexto daqueles que sentem as necessidades.

A INTERFERÊNCIA DO AMBIENTE SOCIAL

Seguindo a proposição da teoria do comportamento normativo de *Chatman*,¹¹ a competência em informação de determinada pessoa pode ser moldada pelos valores normativos que influenciam como os membros de um grupo convivem, pensam e definem o curso apropriado das suas ações. É uma atitude coletiva, tomada como certa, que sensibiliza os membros a serem sensíveis a certas informações e ignorar outras. A maneira como portadores da patologia atribuem valor à informação depende do modo de vida que cada um conforma no seu espaço social. O sistema social regula o comportamento das pessoas a partir de normas que conformam padrões culturais específicos. Isso pressupõe que até a atividade de identificação de necessidades de informação pode ser vista como normativa. Isto é, olha-se para o mundo com algum grau de interesse. Por exemplo, *Shutz* e *Luckmann*²⁶ apud *Chatman*¹¹ observam uma inter-relação entre normas sociais e a decisão de uma pessoa de procurar informações. O modo de vida não é um mundo privado de um indivíduo, mas, sim, é intersubjetivo, ou seja, a estrutura fundamental de sua realidade é aquela que os outros compartilham. Isso significa que o propósito das normas sociais é dar às pessoas um modo de aferir o que é normal ou adequado naquele contexto em determinado período. Normas sociais indicam os padrões de comportamento aceitáveis.

Dito de outra maneira, as pessoas trazem em seu modo de vida as leis que orientam seus comportamentos nos processos de busca e uso de informação. Elas tendem a reproduzir essa ordem sem saber ou querer. Neste caso, até mesmo fontes potencialmente úteis são irrelevantes para os portadores de DM, porque essas fontes realmente não têm significado. No seu estudo com zeladoras, *Chatman*¹¹ deduziu que não era vantajoso para elas gastar energia pessoal ou recursos financeiros, ou até mesmo criar sonhos otimistas, se, no final, suas vidas eram seladas pelo destino.

Seguindo na mesma abordagem, *Chatman*⁷ postula que alguns grupos vivem em um mundo pequeno e fechado. Em seu estudo, constatou uma relutância dessas pessoas inseridas em pequenos mundos em cruzar as fronteiras para buscar informações e concluiu que os membros desse mundo social optaram por escamotear informação. Um elemento que segura esse mundo unido é o controle social e, por isso, os horizontes de seu mundo são determinados por normas sociais que, por seu turno, dizem a um indivíduo exatamente o que ele ou ela pode fazer e esperar da vida. Assim, os portadores de DM irão cruzar os limites informacionais apenas se há uma expectativa de que a informação é relevante. Ademais, segundo a autora, os indivíduos hesitam em sair de seus mundos para buscar informações específicas, exceto se o problema começar a desestruturar o ambiente em que vivem. Do contrário, se a normalidade se mantiver dentro do seu contexto, embora necessária, a informação é rejeitada, sendo apenas procurada quando o mundo deles começa a parar de funcionar dentro dos padrões já internalizados.

O sigilo, como explicitado por *Chatman*,⁷ também fornece uma contribuição para compreender como os valores e significados culturais são incorporados nos padrões e nas atitudes das pessoas nos processos de aquisição e uso da informação. No sigilo, o objetivo é proteger contra o compartilhamento, conseqüentemente, o indivíduo simplesmente deixa de ser receptivo aos conselhos ou informações. Decorre disso que a necessidade do sigilo explica por que um paciente não informa seu médico sobre o seu verdadeiro estado de saúde. Mesmo em situações em que a informação seria para sua assistência e ajuda, o segredo garante certo controle sobre seu mundo. Neste caso, a pessoa com um segredo espera que a informação incompleta ou escamoteada possa resolver seu problema.

O estudo com as idosas empreendido por *Chatman*⁷ revelou que as entrevistadas não estavam envolvidas com busca ou compartilhamento de informações porque elas queriam transmitir uma aparência de normalidade. Em alguns casos, a aparência de bem-estar refletia a sua capacidade de manter certa autonomia, caso contrário havia a possibilidade real de expulsão de sua comunidade de aposentados. O resultado final foi que muitas das residentes estavam precisando de informações ou conselhos, mas fingiam que estavam lidando com os problemas com sucesso. Assim, elas resignavam-se no sigilo, assumindo um comportamento de autoproteção, a fim de aparentar normalidade.

A espiral do silêncio também se configura como uma vontade oculta, uma aceitação conformista. Entretanto, o panorama em que os pacientes demonstraram não saber onde buscar a informação (embora dissessem não ter dificuldade) e ter necessidade (mas não ter domínio) salienta incoerências que vão desde o que eles pensavam e sentiam até como eles agiam e o que aceitavam como informação relevante. Há uma lacuna a ser desmistificada, um silêncio inquietante que precisa passar a ser ouvido e, para isso, é preciso, de fato, haver mais diálogo social entre aqueles que são e devem ser referência em informações sobre a patologia e aqueles que vivem carentes dessas informações.

Quanto ao uso da informação, conforme o quadro, apenas em um percentual de 39 %, os entrevistados indicaram haver recuperado informações importantes, além das fornecidas pelos médicos, em contrapartida, a maioria desses entrevistados (63 %) afirma ter mudado hábitos e comportamentos após a recuperação dessas informações. Isso retoma a discussão sobre o contraste entre as necessidades do usuário (paciente) e as da fonte (médico), evidenciando as barreiras existentes entre ambos. Esse percentual mostra como a relação paciente-médico pode ser conformada como uma falácia,⁷ em que os portadores do DM fingem aprovar e seguir à risca todas as indicações médicas, quando, entretanto buscam também outras informações, dentro do seu contexto social, que viabilizem a melhoria de sua qualidade de vida.

Foucault^{27,28} é um dos autores a criticar o que ele denomina de poder disciplinar, o qual se assenta e atua nas instituições (entre elas os hospitais) que se desenvolveram ao longo do século XIX e que estavam preocupadas em disciplinar o indivíduo e seu corpo. *Foucault*²⁷ aponta para os ritos religiosos populares como uma espécie de resistência difusa à medicalização autoritária de seus corpos e doenças. O que está sendo dito neste estudo é que, mesmo submetidos a práticas da medicina moderna, possivelmente os portadores de DM sentem-se lá, na sua comunidade, ou no seu "pequeno mundo", mais seguros e mais respeitados como pessoas, em sua dignidade ontológica e existencial. No Brasil, como se sabe, os ritos religiosos abundam. "Em tais ritos, os indivíduos, ao serem respeitados em sua autonomia, não teriam ali um ambiente facilitador para melhorarem, reabilitarem-se, recuperar a força, a potência e a firmeza abaladas?"²⁵

Essa conjuntura expressa um fenômeno em que a competência em informação do paciente se manifesta na tomada ou não de iniciativa dele, sua autonomia ou sujeição e/ou sua capacidade de saber agir em um contexto no qual as circunstâncias da patologia exigem a adoção de mudanças individuais relacionadas ao estilo de vida, podendo ou não mobilizar a pessoa a buscar e usar informações. Se a competência em informação do portador de uma patologia se consolida a partir da união dos aspectos sociais e individuais, o seu desenvolvimento ganha força e amplitude quando ambos os aspectos são considerados na compreensão do fenômeno, visando uma mudança individual e coletiva, indo de encontro com as linhas de poder, muitas vezes despercebidas, que tendem a manipular e perpetuar na sociedade. Por outro lado, a ausência desta criticidade leva a interpretações ingênuas sobre a competência em informação das pessoas, típicas do reducionismo ou simplificações positivistas. Para *Capurro*,¹⁰ a abordagem social nos estudos sobre informação abre os horizontes da pesquisa e dá sustentação aos condicionamentos sociais e materiais do existir humano.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho teve como objetivo refletir sobre as práticas sociais que conformam o comportamento em informação, tendo como horizonte a competência em informação dos portadores de Diabetes Mellitus (DM). As análises buscaram reflexões sobre as estruturas conceituais que investigam o processo de identificação de necessidades, busca e uso de informação na perspectiva do contexto social como a principal força motriz por trás da conformação do comportamento em informação.

De um lado, os resultados da pesquisa de *Presser*¹ indicam que algo não vai bem com o ideal de competência em informação que os teóricos da CI apregoam. Por outro lado, este debate ilustra que a abordagem da competência em informação, tal como vem sendo discutida na CI, não consegue responder questões como as constatadas na avaliação do contexto social dos portadores de DM. Enquanto as interpretações se limitarem a um desvio do ideal de competência em informação, os afetos mobilizados somente suscitarão em uma pessoa (neste caso os portadores de DM) o sentimento de que, caso não siga o ideal prescrito, será um excluído simbólico, e, assim sendo, estará aquém dos outros, dos incluídos (os especialistas em informação). Esse sentimento se torna ainda acentuado quando os profissionais em saúde reproduzem as normas da medicina oficial também como únicas.

Se o comportamento informacional está enraizado aos aspectos culturais de um grupo social, isso, indubitavelmente, reflete um desafio maior aos profissionais da informação em direção a uma investigação mais abrangente, ao que pressupõe o paradigma sociocognitivo na CI: examinar o modo como as pessoas identificam necessidades, criam, usam e comunicam informações como seres sociais. Uma abordagem ampliada também deve incluir os outros atores, no caso desta pesquisa, as diversas especialidades médicas e os profissionais de áreas complementares, tais como enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas, profissionais de educação física, assistentes sociais, além do próprio paciente, seus familiares e cuidadores.

Ademais, não se pode compreender a competência em informação e as suas manifestações no âmbito de uma única disciplina. Como este estudo apontou, trata-se de um problema complexo que demanda compreensão do comportamento em informação do indivíduo conformado dentro de um ambiente social. O debate requer, portanto, enfoques interdisciplinares no âmbito das ciências sociais, como a sociologia, a filosofia e a comunicação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Presser NH. Competência informacional como recurso emancipatório. estudo de caso com portadores de Diabetes Mellitus. *Biblios*. 2012;48:55-67.
2. Portal Banco de Saúde. Diabetes Mellitus: Guia Completo. 2008 [citado 16 may 2015] Disponível em: <http://www.bancodesaude.com.br>
3. Lins GS, Leite FCL. Comportamento informacional como aporte teórico para consolidação conceitual de competência informacional no contexto da comunicação científica. São Paulo: Seminário Nacional de Bibliotecas Universitárias; 2008.
4. Dudziak E. Information literacy: princípios, filosofia e prática. *Cienc Inf*. 2003;32(1):23-35.
5. Pettigrew KE, Fidel R, Bruce H. Conceptual frameworks in information behavior. *Ann Review Inform Sci Technol*. 2001;35:43-78.
6. Wilson TD. Recent trends in user studies research and qualitative methods. *Inform Res*. 2000 [citado 12 may 2015];5(3). Disponível em: <http://www.informationr.net/ir/5-3/paper76.html>
7. Chatman EA. Framing social life in theory and research. In: Höglund L. (Ed.). *Information Seeking in Context: Proceedings of the 3rd International Conference on Research in Information Needs, Seeking and Use in Different Contexts*. Londres: Taylor Graham, 2000.
8. Pena F. *Jornalismo digital*. São Paulo: Editora Contexto; 2007.
9. Nobre MA. *Teoria Crítica*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor; 2004.
10. Capurro R. Epistemologia e ciência da informação. In: *Encontro Nacional de Pesquisa em Ciência da Informação: Belo Horizonte: Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Ciência da Informação e Biblioteconomia*; 2003.
11. Chatman EA. The impoverished life-world of outsiders. *J Am Soc Inform Sci*. 1996;47(3):193-206.
12. Merton RK. Insiders and outsiders: a chapter in the sociology of knowledge. *Am J Sociol*. 1972;78(1):9-47.

13. Caregnato SE. O desenvolvimento de habilidades informacionais: o papel das bibliotecas universitárias no contexto da informação digital em rede. Rev Bibliotecon Comunicação. 2000;8:47-55.
14. Dudziak E. Information literacy e o papel das bibliotecas. São Paulo: Dissertação. Mestrado em Ciência da Comunicação. Escola de Comunicação e Artes. Universidade de São Paulo; 2001.
15. Belluzzo RCB. O uso de mapas conceituais para o desenvolvimento da competência em informação: um exercício de criatividade. En: Passos R, Santos GC. Competência em informação na sociedade de aprendizagem. Bauru: Kayros; 2005.
16. Hatschbach MHL. Information literacy: aspectos conceituais e iniciativas em ambiente digital para o estudante de nível superior. Rio de Janeiro: Dissertação. Mestrado em Ciência da Informação. UFRJ/ECO-MCT/IBICT; 2002.
17. Campello B. O movimento da competência informacional: uma perspectiva para o letramento informacional. Ciência da Informação. 2003;32(3):28-37.
18. Guedes CA, Farias GB. Information literacy: uma análise nas bibliotecas escolares da rede privada em Natal/RN. Rev Dig Bibliotecon Ci Inform. 2007;4(2):110-33.
19. Vitorino EV, Piantola D. Competência informacional – bases históricas e conceituais: construindo significados. Ci Inform. 2009;38(3):130-41.
20. Adorno TW. Educação e Emancipação. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1995.
21. Goldmann L. Importância do conceito de consciência possível para a informação. En: O conceito de informação na ciência contemporânea; Colóquios Filosóficos Internacionais de Royaumont. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1970.
22. Langdon EJ, Wiik FB. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. Rev Latino Am Enfermag. 2010;18(3):459-66.
23. Noelle-Neumann E. La espiral del silencio: opinión pública: nuestra piel social. Barcelona: Paidós; 1995.
24. Torres HC, Souza ER, Lima MHM, Bodstein RC. Intervenção educativa para o autocuidado de indivíduos com diabetes mellitus. Acta Paul Enferm. 2011;24(4):514-9.
25. Martins A. Biopolítica: o poder médico e a autonomia do paciente em uma nova concepção de saúde. Revista Interface: Comunicação, saúde, educação. 2004;8(14):21-32.
26. Shutz A, Luckmann T. The structures of the life-world. London: Heinmann; 1974.
27. Foucault M. O nascimento da medicina social. Microfísica do poder. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1979.

28. Foucault M. História da loucura. São Paulo: Perspectiva; 1999.

Recibido: 16 de mayo de 2015.

Aprobado: 7 de julio de 2015.

Nadi Helena Presser. Universidade Federal de Pernambuco. Departamento de Ciência da Informação. Brasil. Correo electrónico: nadihelena@uol.com.br

* Como realçou *Presser*,¹ dominar todas as informações sobre a doença não visa à aquisição de um repertório especializado de saberes sobre DM, domínio este específico dos médicos e enfermeiros e outros profissionais da saúde, mas antes o domínio do conhecimento básico e necessário ao monitoramento da patologia, tanto no âmbito da medicação, como da alimentação e atividades físicas adequadas, possibilitando fazer escolhas mais conscientes e determinar o curso de suas vidas.