

# Sociedade do Conhecimento, Empoderamento e Produção de Consensos na Saúde

**Wilma Madeira**

**Fernando Lefèvre**

**Ana Maria Cavalcanti Lefèvre**

Graças à tecnologia, entre outros fatores, o conhecimento pode tornar-se uma das principais causas de superação de desigualdades e de propagação do bem-estar. O advento da sociedade da informação é o fundamento de novas formas de organização e de produção em escala mundial. Estamos vivendo um novo tempo, com novas tecnologias e novos atores sociais que vestem novas roupagens e utilizam novos espaços de interação.

O Brasil tem investido em sua infra-estrutura tecnológica para atender a essa realidade. Somos o segundo país da América Latina em competitividade de infra-estrutura de rede e o país que mais cresce anualmente em investimentos e implantação de redes de computadores, em média 130% ao ano, nos últimos anos; são 1.200 novos domínios sendo registrados a cada dia. Somos o oitavo país em serviços governamentais *on-line* e o décimo país em serviços de rede informatizada e Internet para pesquisas e em uso de redes governamentais (Schwab, 2005).

A Internet está mudando a dinâmica da comunicação em todo o mundo. Trata-se de um novo cenário com vários atores: o cidadão, a escola, a universidade, a empresa, a instituição não-governamental, o governo, todos atuando de alguma forma nos processos da tecnologia da informação, disponibilização de informações e inclusão digital (inclusão digital e combate à exclusão social e econômica estão intimamente ligados) (Madeira, 2000).

A contrapartida social aos esforços e investimentos realizados para a montagem dessa infra-estrutura é frustrante. Apenas 8,3% da população brasileira têm acesso a essa infra-estrutura tecnológica. O Brasil é o vigésimo país na promoção da utilização de tecnologias de comunicação e informação e em resultados dessa utilização.

Existe uma nova forma de estratificação social, determinada pela inclusão ou não na sociedade do conhecimento. Nesse novo arranjo social, o conhecimento constitui fator de produção e valor agregado de maior significado. Ter ou não acesso a ele, ser ou não produtor dele, saber ou não usá-lo, marca a profundidade desse fosso social.

Por outro lado, a Internet é o meio de comunicação, tecnológico, multimídia, que de fato possibilitou a interatividade, já que na Internet a comunicação vai além do *broadcast*, possibilitando a comunicação de ida e volta, com cotidiano potencialmente transformador do cidadão, das instituições e do próprio governo.

Mas a emergência progressiva e inevitável da Internet, do cyberspaço e de um modo geral do que vem sendo chamado de sociedade do conhecimento coloca, para a área da saúde como um todo, algumas questões relevantes que precisam ser pensadas e respondidas, ou pelo menos encaminhadas.

Uma delas refere-se ao fato incontestado da disponibilização generalizada de informação sobre saúde/doença, de todo tipo, inclusive de conteúdo e/ou terminologia técnica na Internet.

Isto pode vir a afetar um dos pilares das formações sociais modernas, ou seja, a divisão técnica e social do trabalho e do conhecimento associado, que gerou as especializações, os especialistas e as corporações técnicas.

Antes de entrar na discussão convém situar, em grandes linhas, um importante dilema ligado à problemática mencionada que afeta como um todo o campo da saúde/doença hoje.

Assim, é preciso considerar que, a partir do momento histórico no qual nos encontramos, em que a saúde/doença dos corpos/mentes foi definitivamente instituída como assunto técnico-especializado, fica também instituída a posse, pelas corporações, da saúde/doença destes corpos/mentes, uma vez que só os técnicos detêm o conhecimento especializado sobre a natureza e o funcionamento normal e patológico dos corpos/mentes. Porém, tais corpos/mentes não podem deixar de ser entendidos, também, como objetos vivenciais, que compartilham, com os indivíduos, seus donos, todos os momentos do cotidiano das vidas destes indivíduos.

Os indivíduos são donos de seus corpos e mentes e responsáveis por eles, em última instância: seus corpos e mentes lhes pertencem. Mas, com a modernidade, tal pertencimento parece acabar no momento em que tais corpos passam a não funcionar ou desempenhar suas funções corretamente, ou seja, no momento em que se encontra em uma situação de doença ou de risco ou fragilidade de saúde.

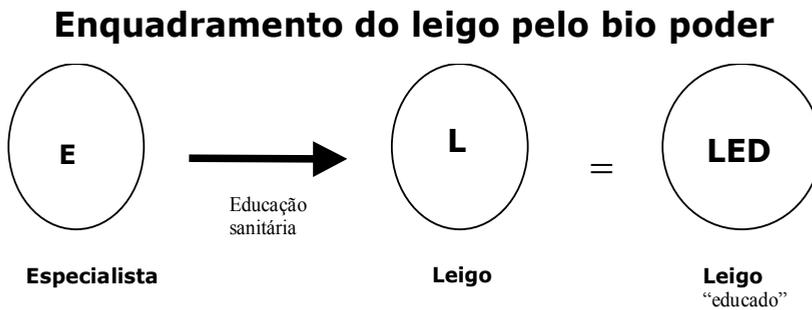
Temos, portanto, instalado, hoje, no campo da saúde um dilema ou conflito entre a lógica sanitária e a lógica do senso comum (Lefèvre e Lefèvre, 2004) e esse conflito acaba sendo, em parte, “resolvido” pela idéia da saúde como externalidade, como mercadoria ou serviço oferecido pela técnica e por seus agentes, de fora (do indivíduo), ou, mais precisamente, a partir do mercado, para o cidadão metamorfoseado em consumidor e declarado incompetente para gerir seu corpo/mente como coisa técnica.

Nasce também a proposta e a prática hegemônica e hegemonzante de “enquadramento” do leigo, que implica na gestão teleguiada pelo conhecimento técnico especializado do cotidiano sanitário dos indivíduos comuns, que é a proposta lógica do bio poder (Foucault, 1979) levado às últimas conseqüências.

Considerando este quadro como pano de fundo, o conhecimento sobre saúde/doença, inclusive o de natureza técnica, generalizadamente disponibilizado, aparece como um instrumento potencialmente empoderador na luta dos indivíduos para participar, mais ativa e criticamente, do controle da saúde/doença de seus corpos/mentes.

Por outro lado, tal empoderamento permite colocar agudamente em questão a chamada educação sanitária, ou educação em saúde, ou educação do paciente, considerando que tais “educações” sempre foram um conjunto de conhecimentos, técnicas e práticas destinadas a “azeitar” e a viabilizar o funcionamento (na prática sempre problemático) do processo de enquadramento do leigo pelo bio poder, no qual estava pressuposta uma posição totalmente subalterna e subordinada dos indivíduos/pacientes, e aos quais caberia, apenas, desempenhar a função de cooperadores com e cumpridores das recomendações ou prescrições técnico-sanitárias.

**FIG 01**

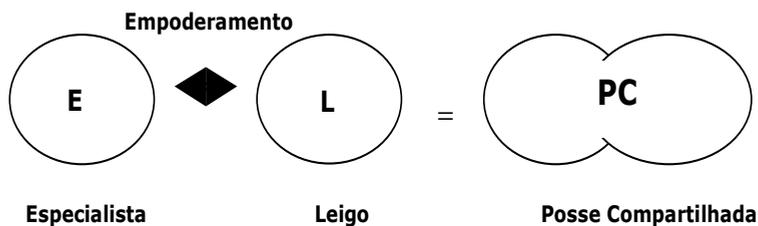


Dessa forma, com o empoderamento oportunizado pela informação disponibilizada pela Internet (e pela mídia de um modo geral), a expressão “controle social da saúde”, consagrada entre nós jurídica e ideologicamente, passa a poder ter um sentido mais claro e menos equívoco na medida em que aponte para a idéia de *posse compartilhada*, entre o campo técnico e o leigo (indivíduos, comunidades, grupos, sociedade civil etc.), do conhecimento e das práticas relativas à saúde/doença dos corpos e mentes dos indivíduos.

Tal posse compartilhada permite, pois, a constituição e o desenvolvimento, no campo da saúde/doença, de um conjunto interssecional híbrido, composto pelos conhecimentos e práticas resultantes de um diálogo ou conflito, franco e aberto, entre a lógica técnica e a leiga.

**FIG 02**

## **Empoderamento oportunizado pela disponibilização da informação**



Tais novos conhecimentos e práticas, vale frisar, permitirão ao cidadão leigo entender mais de perto os aspectos técnicos das suas doenças sem se transformar em algo parecido com um “frankensteim técnico-leigo” – uma vez que nenhum leigo, por mais bem *informado* que esteja, será capaz de rivalizar com um (bom) profissional, que é o que é porque foi *formado* (de modo sistemático, ao longo de vários anos) para tal.

Assim, o entendimento pelo leigo dos aspectos técnicos de suas doenças pode e deve tornar-se elemento empoderador para ele apenas se filtrado pelo cotidiano, isto é, na medida em que o fortaleça como leigo, dando mais consistência à sua experiência vivencial com seu corpo/mente.

Por outro lado, o empoderamento do técnico deve implicar o entendimento, por este, dos aspectos vivenciais das doenças do “outro” e, portanto, não pode nem deve ter como objetivo – como acontece atualmente – “inculcar melhor” (= conhecer para dominar), mas sim ampliar o entendimento técnico da saúde/doença do corpo/mente pela incorporação, ao conhecimento técnico, da dimensão humana inerente ao cotidiano das vidas das pessoas comuns.

O empoderamento aqui referido pode se dar também, no caso do cidadão comum, pelo diálogo interno, isto é, pelo que poderíamos chamar de autofortalecimento

da cidadania, processo grandemente favorecido pela Internet e pelas comunicações em rede que ela viabiliza. Um exemplo são as conhecidas comunidades virtuais de portadores de um mesmo mal que conseguem, horizontalmente, constituir uma identidade comum, se auto-educando e auto-informando pela *net*.

### **A PESQUISA “NAVEGAR É PRECISO”**

Em recente pesquisa acadêmica, intitulada “Navegar é preciso: avaliação de impactos da Internet na relação médico-paciente”, buscaram-se detectar aspectos da atual situação dessa realidade real-virtual que fossem potencialmente capazes de produzir mudanças na relação médico-paciente. Esse estudo partiu do pressuposto de que a questão da assimetria na relação médico-paciente é estrutural, porém, fator que se encontra atualmente passível de reorganização, considerando o contexto da sociedade do conhecimento, que fornece a base sociológica e cultural para um processo de interferência que, ainda que mantendo o desequilíbrio constituinte, aponte para um novo equilíbrio.

A pesquisa foi realizada com uma abordagem qualiquantitativa, utilizando a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), uma técnica inovadora que possibilita a identificação e a construção de sujeitos e discursos coletivos distintos, por meio da análise de material individual e da extração das idéias centrais, compondo-se, com o conteúdo das idéias centrais semelhantes, discursos-síntese que expressam as representações sociais de uma coletividade (Lefèvre e Lefèvre, 2003).

Foi utilizado um questionário semi-estruturado, publicado na Internet. Observou-se que o ambiente (Internet) e a ferramenta utilizada (formulário html), apesar de não se constituírem em instrumentos que possibilitam o diálogo presencial, tal como são as entrevistas, possibilitou que os sujeitos participantes da pesquisa construíssem, em suas respostas, discursos possíveis de serem analisados.

O presente estudo partiu do pressuposto de que a questão da assimetria na relação médico-paciente é estrutural, porém, fator que se encontra atualmente passível de questionamento, considerando o contexto da sociedade da informação, que fornece a base sociológica e cultural para um processo de interferência que, ainda que mantendo o desequilíbrio constituinte, aponte para um novo equilíbrio.

Apresenta-se a seguir alguns tópicos que refletem os principais resultados da pesquisa

### **Acesso à Informação sobre saúde/doenças na Internet**

O acesso à informação tem se constituído em um direito em diversas áreas da atuação do ser humano. Na área da saúde esse é um tema que provoca

tensões e muito debate, principalmente pela divergência de interesses entre o paciente, buscando a resolução de seu problema, e o profissional da saúde, preso às normas, aos procedimentos e à sua rotina na instituição (Surbone e Lowenstein, 2003).

A bioética tem representado um grande avanço na questão da informação como direito do paciente. Guiada por seus três princípios básicos, a autonomia, a beneficência e a justiça, a bioética reforça a necessidade do respeito à autonomia do paciente. A informação é compreendida aqui como o subsídio básico para que o paciente possa exercer sua autonomia.

Mas a informação é apenas subsídio básico, não pode ser confundida com conhecimento. A informação não está contextualizada e não é, necessariamente, assimilada e compreendida completamente pelo sujeito que a acessa. Quando se trata de informação técnica e científica, como é o caso das informações existentes na área da saúde, essa questão se torna mais relevante. A informação muitas vezes é trabalhada e está disponível apenas para os médicos e, algumas poucas vezes, para outros profissionais da saúde. Ultrapassar essa barreira é necessário para se chegar aos domínios da autonomia.

Os resultados da pesquisa mostraram que as pessoas estão buscando se apropriar de tais informações e ultrapassar tais barreiras. 83,6% dos entrevistados informaram que costumam acessar na Internet, quase que diariamente, informações sobre saúde e doenças.

Destaque-se também a potencialidade que o acesso à Internet pode assumir, pois possibilita que o acesso de um indivíduo sirva para atender ao interesse de outro ou de vários, de um grupo ou até de uma comunidade inteira. Os resultados da pesquisa nesse sentido também são significativos, 95,8% responderam que acessam as informações sobre saúde e doenças para eles mesmos, porém, declararam que também acessam informações para seus familiares (72,6%) e para outras pessoas (40%). A grande maioria, 85,4%, acessa ou já acessou a Internet depois de alguma consulta médica, para buscar por mais informações relacionadas ao atendimento realizado.

### **O processo de participação**

Na pesquisa em tela discutiu-se também a capacidade de participação do paciente na relação. Para isso, foi construída uma tabela referente aos discursos coletivos que subsidiaram a identificação de elementos e a construção de uma escala de níveis de participação do paciente durante a realização de uma consulta médica:

**Tabela 1 - Agrupamento dos discursos conforme escala de participação do paciente durante a consulta**

Questão 15	Escala de participação	Nº.	DSC	Nº.
	I - Não participação	01	1,49%	N00 - Não participou mais e não explicitou o porquê.
II - Participação passiva	17	25,37%	S02 - Participou mais porque estava mais informado sobre sua situação de saúde.	09
			S05 - Participou mais porque estando esclarecido, participa mais do tratamento.	11
			S03 - Participou mais porque passou a conhecer outras opiniões.	02
III - Participação consciente	19	28,37%	S01 - Participou mais porque conseguiu realizar mais perguntas ao médico.	15
			S04 - Participou mais porque pode verificar se o médico está atualizado.	07
			S08 - Participou mais porque a Internet 'traduz' a fala técnica do médico.	03
			S10 - Participou mais porque trocar idéias com outros pacientes ajuda a entender e aceitar o tratamento.	02
IV - Participação interativa	10	14,92%	S06 - Participou mais porque pode verificar e questionar diagnósticos e procedimentos indicados pelo médico.	06
			S11 - Participou mais porque há menos desigualdade de saberes.	03
			S12 - Participou mais porque o médico acredita mais nele, paciente.	01
V - Diagnose	04	5,97%	S07 - Participou mais porque a decisão sobre o tratamento é conjunta.	03
			S09 - Participou mais porque se estabeleceu uma relação de confiança.	01
Participação sem identificação	16	23,88%	S00 - Participou mais, porém, não explicitou o porquê.	16

Fonte: Resultados da pesquisa Avaliação de impactos do uso da Internet na relação médico-paciente – 2005 (Madeira, 2006).

O nível de participação do paciente foi estudado como possível resultado do acesso às informações e aos conhecimentos disponíveis na Internet. Esses tipos de participação identificados compõem uma 'escala de evolução da participação do paciente durante a consulta', que vai do primeiro nível, não participação, até o quinto nível, diagnose.

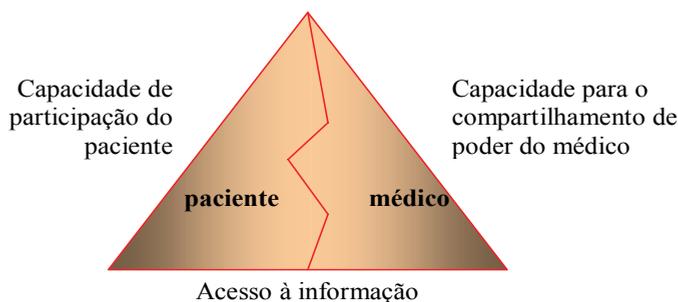
A maioria dos indivíduos (28,4%) foi identificada no nível IV, participação consciente, no qual há indícios de que ocorre participação ainda limitada do paciente, porém, mais consciente de seu papel, recebendo, oferecendo e questionando informações que apóiam o processo de diagnóstico e tratamento já definido e orientado pelo profissional médico. A seguir é apresentado um DSC significativo, representante dessa idéia:

Acabei participando mais da consulta porque eu tinha o que perguntar, que não eram as questões mais simples, porque isso eu conseguia na Internet. Com certeza um paciente que tem acesso maior a informações e a pontos de vista diferentes poderá fazer outras perguntas numa consulta. Quando sabemos alguma coisa de determinada doença, questionamos mais, fica mais fácil questionar sobre mitos, sobre temores, sobre detalhes do tratamento etc. Quando procurei informações na Internet cheguei à conclusão que deveria perguntar mais para o médico que estava me atendendo. Sempre chego ao consultório sabendo quais as principais dúvidas a serem esclarecidas. Eu fiquei mais tempo com o médico e acho que isso foi bom, porque eu sei o que perguntar. Como sou curioso, não fico calado na consulta e acabo ocupando mais o tempo do médico do que outros pacientes, porque quero saber de tudo (...) Com mais conhecimento, surgem mais dúvidas e, portanto, mais explicações, como também, mais trocas de informação. As consultas médicas com planos de saúde são curtas, os médicos levam pouco tempo com os pacientes, não temos tempo de conseguir tirar todas as dúvidas, utilizando a Internet podemos pelo menos na consulta tentar esclarecer pontos de uma forma objetiva. Se não duvidamos pode ser por nada sabermos.

### **Elementos que contribuem para a produção de consensos**

Conhecer os elementos que compõem e participam diretamente da assimetria na relação médico-paciente é fator preponderante para a compreensão da própria relação médico-paciente e, conseqüentemente, das possibilidades de interferência nesta relação. A melhoria dessa relação é compreendida como uma das mais importantes e primárias formas de produção de consensos na área da saúde

Três principais elementos identificados no decorrer do trabalho de pesquisa parecem fazer parte de uma possível solução para um reequilíbrio, em novas bases, dessa assimetria. Entende-se, assim, que o fortalecimento de tais elementos tem potencial para melhorar a qualidade da relação médico-paciente nos seguintes sentidos: i) o acesso à informação de ambos os agentes da relação; ii) a capacidade de compartilhamento de poder do médico; e iii) a capacidade de participação do paciente.



O acesso à informação de ambos os agentes da relação médico-paciente é elemento básico inicial que potencializa essa relação. Com um acesso de ambos às informações técnicas, científicas e leigas, além do acesso aos demais mecanismos que possibilitam a transformação do dado e da informação em conhecimento – ou seja, sua contextualização – essa relação é potencializada, fortalecida pela possibilidade de melhoria da comunicação desses dois agentes. Potencializa-se, portanto, a “diagnose”.

O compartilhamento de poder do médico é elemento essencial sem o qual não ocorrerá um reequilíbrio na relação. Mas para que o poder seja compartilhado é necessário, de alguma forma, de parte a parte, disposição para tal. Essa tarefa não é fácil, uma vez que quem está no poder não quer deixá-lo, ou seja, não costuma praticar o compartilhamento de poder; e quem está fora do poder, em função do compartilhamento estar, em princípio, baseado numa formação especializada, não se enxerga em condições ou com capacidade de participar dele.

De fato, a capacidade de participação do paciente também é elemento essencial. Sem ele a relação continua sendo relação de mando e obediência, inviabilizando o possível processo de diagnose.

Como é possível notar, o empoderamento do paciente é assumido como um possível caminho para a redução da assimetria existente entre os dois agentes justamente por ser o paciente o agente mais vulnerável da relação.

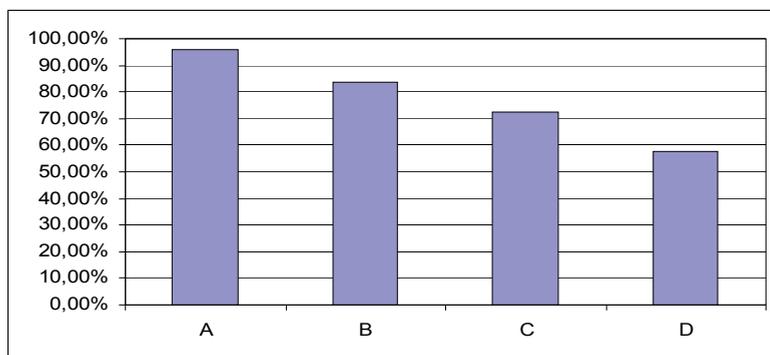
O termo empoderar é reconhecido como um neologismo e serve para exprimir a idéia do poder, da força que os agentes vulneráveis socialmente devem exercer para serem capazes de decidir sobre suas próprias vidas. Também é compreendido como a garantia dos meios e instrumentos para que os agentes vulneráveis socialmente consigam mudar fatos, costumes e normas que causam desigualdades de poder. Porém, para se ter uma ação de empoderamento dos agentes vulneráveis socialmente é necessário que ocorra algum nível de ‘desempoderamento’

do agente mais forte da relação. É necessário que, de alguma forma, o agente mais forte da relação aceite ser desempoderado. Verifica-se que a relação médico-paciente pode vir a ser fortalecida por meio de uma redução do poder exercido pelo profissional médico enquanto único conhecedor de um saber técnico na relação e único sujeito de fala socialmente autorizada.

Utilizando-se o esquema dos elementos essenciais, construído e descrito anteriormente, e sua característica de complementaridade, foi possível identificar alguns resultados da pesquisa que indicam um possível sentido para esse reequilíbrio, na medida em que demonstram uma tendência, por parte dos pacientes, de crescente uso das informações sobre saúde e doenças:

### Gráfico 1

#### Tendência de crescente uso das informações sobre saúde e doenças

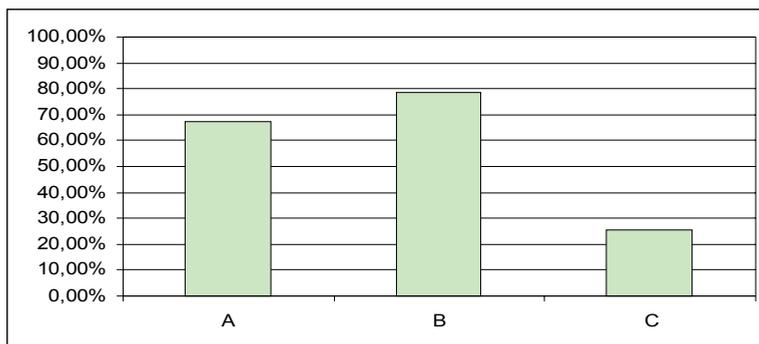


- A. A maioria dos entrevistados que acessa a Internet respondeu que o faz com frequência de pelo menos uma vez por semana (95,7%).
- B. A maioria dos entrevistados que acessa a Internet respondeu que a utiliza para consultar informações sobre saúde e doenças (83,6%).
- C. A maioria dos entrevistados que acessa a Internet respondeu que a utiliza para consultar informações relacionadas a casos vivenciados por eles ou por aqueles que os afetam diretamente, como seus familiares e pessoas próximas (72,6%).
- D. Parte significativa dos entrevistados apresenta em sua resposta declarações que indicam que continuarão acessando a Internet (57,8%).

Os resultados da pesquisa também demonstram uma tendência de mudança da relação dos dois agentes, médico e paciente, que pode ocorrer quando da mudança da posição ocupada pelo paciente, do papel de submisso para parceiro, na troca de informação e na tomada de decisão quanto aos caminhos do diagnóstico e do tratamento proposto:

## Gráfico 2

### Tendência de mudança na relação



A. Parte significativa dos entrevistados respondeu que considera que as informações acessadas na Internet sobre saúde e doenças são úteis (67,2%).

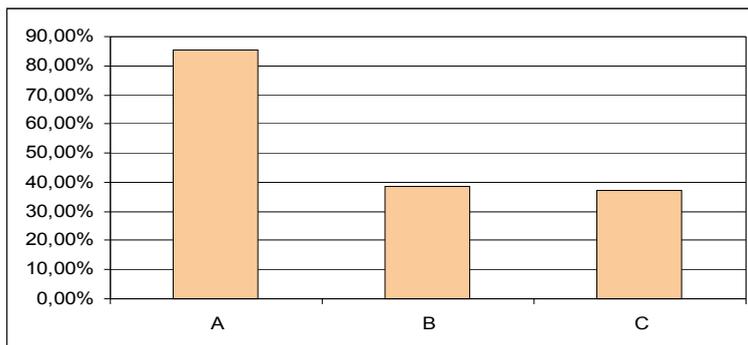
B. Parte significativa dos entrevistados apresenta em sua resposta declarações que indicam que essa mudança não é observada de forma diferente nos serviços privados e nos serviços públicos de saúde (78,5%).

C. Parte significativa dos entrevistados apresenta em sua resposta declarações que indicam que houve reação e mudança na atitude do profissional médico na relação com seus pacientes após esses consultarem a Internet (25,42%).

Por fim, os resultados da pesquisa também demonstram uma tendência de mudança no comportamento do paciente, mudança essa que pode ter sido provocada por um maior acesso às informações e aos conteúdos técnicos e não técnicos da Internet:

## Gráfico 3

### Tendência de mudança no comportamento do paciente



- A. A maioria dos entrevistados respondeu que consulta ou já consultou a Internet após alguma consulta médica para verificar, entender ou complementar informações apresentadas por seus médicos (85,4%).
- B. Parte significativa dos entrevistados respondeu que utiliza ou já utilizou informações coletadas na Internet para conversar com seus médicos em consultas posteriores à primeira consulta médica que gerou a coleta de informação na Internet (38,8%).
- C. Parte significativa dos entrevistados apresenta em sua resposta declarações que demonstram mudança de atitude que sugere uma postura de atitude mais ativa e mais participativa do processo de decisão sobre sua saúde (37,1%).

É, por outro lado, necessário resgatar o fato de que a relação entre seres humanos que se dá no campo da comunicação vem sendo potencializada principalmente pelo crescente uso das tecnologias da informação e da comunicação. A comunicação assim se define, cada vez mais, como um processo dialógico de circulação de informações com potencial de produção rápida de conhecimento.

### À GUIA DE CONCLUSÃO

Vivencia-se um mundo em que a tecnologia está dentro das casas, no cotidiano, com comunicações individuais, por e-mail e coletivas, para grupos e comunidades virtuais. As pessoas trabalham, estudam e se divertem na Internet.

É necessário, por isso, que se estude a possibilidade de construção de *sites* com informações confiáveis sobre saúde e doenças para atender a essa tendência de busca por informações. Tais *sites* devem buscar mecanismos que fortaleçam a relação médico-paciente.

Uma proposta de estrutura básica para *site* de saúde deve conter, conforme verificado durante essa pesquisa, mecanismos de busca fácil e rápida, informações técnicas, científicas, legais e as ditas informações leigas, ferramentas que possibilitem a interação tais como fóruns e comunidades virtuais e, principalmente, a manutenção de um afluxo contínuo de profissionais da saúde e pacientes, participando da gestão do conteúdo e do processo de motivação das interações e inter-relações.

O acesso à informação, assim como o acesso à saúde, constitui direito constitucional inalienável que deve ser não apenas respeitado, mas também fortalecido para que possibilite o início de um possível processo de reequilíbrio na relação médico-paciente.

Mas a inevitável colonização do mundo e do homem pela esfera técnica de que fala Habermas (2007) instituiu os corpos e mentes, quando se trata de seu funcionamento saudável ou doente, como alteridades, obrigando seus portadores,

sob pena de sofrimento, morte e dor, a se conformar aos ditames da C&T?? dos corpos e mentes.

E a comunicação/educação na área da saúde vem sendo vista e praticada largamente como instrumento desta conformação, ou sujeição, que implica na entrega dos corpos/mentes a uma gestão “competente”, processo que se tornou tão obrigatório e natural que passa a fazer parte do que Chomsky (2000) tem chamado de produção do consenso.

É preciso, pois, buscar romper com isso, e o uso da Internet como fator empoderador, no quadro da sociedade do conhecimento, pode representar um avanço significativo na busca de um novo patamar de consenso nas relações entre profissionais de saúde e indivíduos comuns

WILMA MADEIRA é Graduada em comunicação social, mestre, doutoranda em saúde pública pela Universidade de São Paulo (USP), com especializações em saúde pública, planejamento e administração em saúde e comunicação em saúde. É coordenadora de projetos do Instituto de Políticas Públicas Florestan Fernandes, consultora da Fundação Getulio Vargas (FGV)-SP e da Universidade Federal da Bahia (UFBA) e membro do GTCom da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco). Atua na área de políticas públicas, com os seguintes temas: gestão pública, saúde pública, comunicação social, ciência da informação, uso de novas tecnologias e prontuário eletrônico.

FERNANDO LEFÈVRE é Graduado em pedagogia, mestre em semiótica, doutor em saúde pública. É professor titular da USP, assessor do Instituto de Pesquisa do Discurso do Sujeito Coletivo (IPDSC) e bolsista de produtividade do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Atua na área de saúde pública, principalmente com os temas: pesquisa qualitativa, representação social, comunicação social em saúde e metodologia qualitativa. É criador, juntamente com a professora Ana Maria Cavalcanti Lefèvre, da técnica de análise de pesquisas de opinião Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), e do software QualiquantisoF, ambos desenvolvidos na USP.

ANA MARIA CAVALCANTI LEFÈVRE é Graduada em ciências biológicas e em pedagogia, com especializações em educação em saúde pública pela USP, em administração de recursos humanos pela Fundação Armando Álvares Penteado (Faap) e em capacitação e desenvolvimento de recursos de saúde pela USP, mestrado e doutorado em saúde pública pela USP. Tem experiência na área de saúde coletiva. Atualmente é sócia administradora e pesquisadora do IPDSC.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

SCHWAB, K. *Global Information Technology Report 2004-2005*. World Economic Fórum; 2005. Em <http://www.weforum.org/site/homepublic.nsf/Content/Global+Competitiveness+Programme%5C+Global+Information+Technology+Report>, acessado em 5 de março de 2006.

MADEIRA, W. Acesso à informação e direito à comunicação. Palestra apresentada no Seminário de Dentro para Fora da Faculdade de Saúde Pública da USP; São Paulo, set 2005.

LEFÈVRE, F. e LEFÈVRE, A.M.C. *Promoção de saúde. A negação da negação*. Rio de Janeiro, Vieira e Lent, 2004.

FOUCAULT, M. *Microfísica do poder* (17ª edição). Rio de Janeiro, Edições Graal, 1979.

LEFÈVRE, F. e LEFÈVRE, A.M.C. *O discurso do sujeito coletivo: um enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos)*. Caxias do Sul, Educs, 2003.

SURBONE, A. e LOWENSTEIN, J. “Exploring Asymmetry in the Relationship between Patients and Physicians”. *Journal Clin Ethics*, nº 14, p. 183-188, 2003.

MADEIRA, W. “Navegar é preciso: avaliação de impactos da Internet na relação médico-paciente”. Dissertação de mestrado, Faculdade de Saúde Pública- USP, 2006.

HABERMAS, J. *Técnica e ciência enquanto ideologia*. Lisboa, Edições 70, 2007.

CHOMSKY, N. *Chomsky on Miseducation*. New York, Rowman & Littlefield Publishers, 2000.