Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

Transformar é Preciso: transformações na relação de poder estabelecida entre médico e paciente (um estudo em comunidades virtuais)

Wilma Madeira da Silva

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública.

Área de Concentração: Serviços de Saúde Pública

Orientador: Professor Dr. Fernando Lefèvre

São Paulo

2011

Transformar é Preciso: transformações na relação de poder estabelecida entre médico e paciente (um estudo em comunidades virtuais)

Wilma Madeira da Silva

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública.

Área de Concentração: Serviços de Saúde Pública

Orientador: Professor Dr. Fernando Lefèvre

São Paulo
2011

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida **exclusivamente** para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da tese/dissertação.

Ah, todo o cais é uma saudade de pedra!
E quando o navio larga do cais
E se repara de repente que se abriu um espaço
Entre o cais e o navio,
Vem-me, não sei por que, uma angústia recente,
Uma névoa de sentimentos de tristeza
Que brilha ao sol das minhas angústias relvadas
Como a primeira janela onde a madrugada bate,
E me envolve com uma recordação duma outra pessoa
Que fosse misteriosamente minha.

Ode Marítima (Álvaro de Campos)

Aos meus pais, Altamiro e Ondina, por me ensinar a sonhar.

Ao meu amor Paulo Kaufmann, por junto ajudar a concretizá-los.

Aos nossos filhos Artur e Júlia, por trazerem novos desafios, mostrando que sempre novos sonhos devem ser sonhados.

AGRADECIMENTOS

Meus mais profundos e sinceros agradecimentos ao Professor Fernando Lefèvre pelo apoio, constante incentivo e segura orientação na realização deste trabalho acadêmico.

Aos professores (e amigos) Inesita Araújo, Ana Lefèvre, Flávio Calazans, que ofereceram apoio à pesquisa e indicação de material bibliográfico.

Aos amigos (e professores) William Torres, Hernani Dimantas, Rodrigo Murtinho, Cláudio Maierovitch, que ofereceram apoio na construção do site, na divulgação da pesquisa e na discussão de resultados.

Ao Paulo Kaufmann que, com segurança e dedicação, contribuiu desde o início do (outro) projeto com apoio, com sugestões e com a realização da revisão final deste trabalho.

A todos os colegas, alunos, funcionários e professores da Faculdade de Saúde Pública da USP, com os quais mantive contato esses anos, desde o início do Mestrado, e dos quais sentirei muitas saudades.

RESUMO

Madeira W. **Transformar é Preciso: transformações na relação de poder estabelecida entre médico e paciente**. São Paulo: 2011. [Tese de Doutorado - Faculdade de Saúde Pública da USP]

O foco deste estudo está nas possíveis transformações na relação de poder estabelecida entre médico e paciente representada em três comunidades virtuais com tema em saúde-doença. Trata-se de uma pesquisa qualiquantitativa com uso da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), o que possibilita a construção de discursos coletivos distintos que expressam as representações sociais de uma coletividade. Como resultado é possível verificar: (i) porque as pessoas participam de comunidades virtuais; (ii) como as pessoas participam; (iii) como se organizam essas comunidades; (iv) quais tipos de informações são mais buscados; (v) quais conteúdos informacionais existem nos fóruns de discussão (vi) como se dá a interação entre integrantes da comunidade; (vii) como as relações de poder estabelecidas entre médico e paciente são tratadas nas comunidades; (viii) identificação de possíveis transformações na relação de poder estabelecida entre médico e paciente. Conclui-se que a maior parte dos integrantes das comunidades analisadas está em um nível associativo-participativo de compartilhamento das informações e experiências. Esse nível, apesar de não se constituir em ação de cooperação e prática de produção coletiva, permite aos integrantes se tornarem pacientes mais ativos em seus processos de saúde e doença. Os resultados sugerem que o princípio ético da autonomia está, legalmente e na prática, mais fortalecido, contribuindo com a constituição de um indivíduo integrante, interativo, mais autônomo.

Descritores: Internet, Conhecimento, Autonomia, Relação médico-paciente

SUMMARY

Madeira W. **Transforming Needed: changes in power relationships established between doctor and patient**. São Paulo (BR): 2011. [PhD Thesis - Faculdade de Saúde Pública da USP].

Possible changes in the power relationship established between doctor and patient represented in three online communities which address the subject of health and illness is the focus of this study. This is a qualitative and quantitative research using the Collective Subject Discourse (DSC), which allows the construction of separate collective discourse, which expresses the social representations of a collectivity. As a result, it is possible to verify: (i) why people participate in such virtual communities , (ii) how people participate, (iii) how those communities are organized, (iv) what types of information are most searched, (v) which information exist in those discussion forums (vi) how community members interact, (vii) how the power relations established between doctor and patient are treated in these communities, (viii) identification of possible changes in the relationship established power between doctor and patient. We conclude that most members of the communities studied are in an associative-participatory level regarding information and experiences sharing. This level, though is not considered as an action of mutual cooperation and collective production practice, allows members of such communities to become more active as patients in their processes of health and disease. The results suggest that the principle of autonomy is, legally and in practice, more energized, contributing to the constitution of an individual, integral, interactive, and increasingly autonomous.

Keywords: Internet, Knowledge, Autonomy, Doctor-patient relationship

LISTA DE SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva.
BIREME	Biblioteca Regional de Medicina / Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde.
BVS	Biblioteca Virtual da Saúde.
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico.
DSC	Discurso do Sujeito Coletivo.
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca.
FGV	Fundação Getúlio Vargas.
FIOCRUZ	Fundação Instituto Oswaldo Cruz.
FSP/USP	Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.
HTML	Linguagem de marcação para hipertextos *[Hyper Text Markup Language]*.
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
INTERNET	Rede mundial de computadores.
IPSO	Instituto de Pesquisas e Projetos Sociais e Tecnológicos.
LInC	Laboratório de Inteligência Coletiva.
OMS	Organização Mundial da Saúde.
ONID	Observatório Nacional de Inclusão Digital.
PEP	Prontuário Eletrônico do Paciente.
PUC/SP	Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

SLTI	Secretaria Nacional de Logística e Tecnologia da Informação.
SUS	Sistema Único de Saúde.
TELESP	Empresa de Telefonia do Estado de São Paulo.
TI	Tecnologia da Informação.
TIC	Tecnologia da Informação e Comunicação.
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo.
VDT	Vídeo texto [*Video Dial Tone*].
WWW	World Wide Web.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição do quantitativo de questionários válidos recebidos durante o período de coleta de dados	125
Tabela 2	Distribuição de quantitativos de dias, mensagens e sujeitos que indicam a participação nos fóruns durante o período de coleta de dados	127
Tabela 3	Distribuição do quantitativo de sujeitos e mensagens coletados nos fóruns durante o período de coleta de dados	128
Tabela 4	Distribuição do quantitativo de DSCs resultantes do processo de análise	137
Tabela 5	Distribuição do total de participantes da pesquisa por sexo	139
Tabela 6	Pessoas que procuraram por serviço de saúde nas duas últimas semanas, na primeira ou na última procura (Brasil - 2008)	140
Tabela 7	Distribuição do total de participantes da pesquisa por grupos de idade	141
Tabela 8	Distribuição da população brasileira (População residente, por mil pessoas) por grupos de idade; Brasil – 2009	142
Tabela 9	Proporção de participação conforme grupos de idade	142
Tabela 10	Distribuição dos participantes por região do país	144
Tabela 11	Distribuição dos participantes por local de residência (UF)	145
Tabela 12	Proporção de domicílios com acesso à Internet*	146

percentual sobre o total de domicílios

Tabela 13 Distribuição dos participantes por escolaridade (anos completos) 147

Tabela 14 Distribuição dos participantes por campo da atividade 148

Tabela 15 Distribuição dos participantes por forma de acesso à Internet 149

Tabela 16 Distribuição dos participantes por sexo e participação em comunidades virtuais 150

Tabela 17 Distribuição dos participantes por sexo e participação em comunidades virtuais relacionadas aos temas da saúde 151

Tabela 18 Distribuição dos participantes por tema de comunidade virtual declarada como principal 152

Tabela 19 Distribuição dos participantes da pesquisa por freqüência de acesso às comunidades virtuais com foco na saúde 153

Tabela 20 Distribuição dos participantes da pesquisa por média de permanência na comunidade virtual 154

Tabela 21 Distribuição dos participantes da pesquisa que participa/ participou de comunidades virtuais por grupo de motivos para participar 164

Tabela 22 Distribuição dos participantes da pesquisa por área freqüentada na comunidade virtual 169

Tabela 23 Distribuição dos participantes da pesquisa por busca de informações na comunidade virtual após passar por consulta médica 181

Tabela 24 Distribuição dos participantes da pesquisa sobre a interação que ocorre no retorno à consulta médica 188

Tabela 25 Distribuição dos participantes da pesquisa sobre mudança na participação em consultas médicas e outras situações de saúde 194

Tabela 26 Distribuição dos participantes da pesquisa por resultado, positivo ou negativo, obtido da participação em comunidade virtual 202

Tabela 27 Identificação e caracterização dos fóruns da comunidade virtual HepatiteC que participaram desta análise 217

Tabela 28 Identificação e caracterização dos fóruns da comunidade virtual Vida Saudável que participaram desta análise 224

Tabela 29 Identificação e caracterização dos fóruns da comunidade virtual Transtornos da Tireóide que participaram desta análise 229

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Síntese dos discursos coletivos dos motivos que levam indivíduos a participar de comunidades virtuais	157
Quadro 2	Síntese dos discursos coletivos dos motivos que levam indivíduos a não participar de comunidades virtuais	165
Quadro 3	Síntese dos discursos coletivos sobre atividades realizadas durante o tempo de permanência acessando a comunidade virtual	170
Quadro 4	Síntese dos discursos coletivos sobre tipos de informações buscadas e/ou discutidas na comunidade virtual	173
Quadro 5	Síntese dos discursos coletivos do porque acessar a comunidade após uma consulta médica	182
Quadro 6	Síntese dos discursos coletivos sobre elementos que identificam interação que ocorre no retorno à consulta médica	189
Quadro 7	Síntese dos discursos coletivos sobre mudança na participação em consultas médicas e outras situações de saúde	196
Quadro 8	Síntese dos discursos coletivos sobre resultados obtidos da participação em comunidade virtual	203
Quadro 9	Síntese dos discursos coletivos sobre elementos que caracterizam uma consulta médica de qualidade	210

Quadro 10 Síntese das idéias centrais presentes nos discursos que circularam em fóruns de HepatiteC 218

Quadro 11 Síntese das idéias centrais presentes nos discursos que circularam em fóruns de Vida Saudável 225

Quadro 12 Síntese das idéias centrais presentes nos discursos que circularam em fóruns de Transtornos da Tireóide 230

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Esquema propositivo de elementos que compõem uma solução para o re-equilíbrio da relação médico-paciente.	29
Figura 2	Esquema associativo-participativo dos integrantes, níveis de atitudes de implicação reconhecidos em comunidades virtuais.	60
Figura 3	Etapas reconhecidas em discursos que indicam exercício do processo de negociação nas comunidades virtuais	78
Figura 4	Esquema propositivo de categorias que compõem significações leigas sobre saúde e doença	179

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO 21

1.1. A busca pelo fortalecimento do vínculo 23
1.2. A dissertação “Navegar é Preciso” 28

2. REFERENCIAL TEÓRICO 37

2.1. Informação sobre saúde 42
2.2. Comunicação dialógica 45
2.3. Capacidade de participar 48
2.4. Diálogo em comunidades virtuais 54
2.5. A possível produção de consensos 63
2.6. As comunidades virtuais e as relações interpessoais 70
2.7. Conflito, negociação e construção de sentido 73
2.8. Capacidade de compartilhar poder 82
2.9. Ética e Bioética 87

3. A PESQUISA 109

3.1. Objeto 109
3.2. Procedimentos Metodológicos 110
3.3. Levantamento bibliográfico 112
3.4. A metodologia qualitativa 114
3.5. Sujeitos da pesquisa 116
3.6. Aplicação do questionário on-line 124

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO 137

4.1. Caracterização do público participante 139
4.2. Motivos que levam indivíduos a participar 156
4.3. Uso de ferramentas em comunidades virtuais 168
4.4. Informações pesquisadas nas comunidades 173
4.5. Interação com a comunidade após uma consulta médica 180

4.6. Interação com o médico no retorno à consulta 187
4.7. Interação e participação em consultas médicas 194
4.8. Comunidade virtual e apoio ao tratamento 201
4.9. O que caracteriza a boa consulta médica 209
4.10. Fóruns das comunidades: discussões e construções 215
4.10.1. Fóruns de Hepatite C 216
4.10.2. Fóruns de vida saudável 223
4.10.3. Fóruns de transtornos da tireóide 228

5. CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS 241

6. REFERÊNCIAS 253

7. GLOSSÁRIO 281

ANEXOS

Anexo 1. Resolução CFM Nº. 1931
Anexo 2. Modelos de cartas
Anexo 3. Termo de Adesão
Anexo 4. Questionário On-line
Anexo 5. Lista de Telecentros Contatados no Brasil

CURRICULO LATTES

Currículo Lattes da Autora
Currículo Lattes do Orientador

1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho é o resultado de uma busca que se iniciou há duas décadas, quando, recém-formada em comunicação social, me envolvi em um promissor projeto de informatização na área da saúde pública. Iniciado em 1990 o projeto tinha como objetivo informatizar a rede pública de serviços de saúde em um município de 450 mil habitantes, do litoral do Estado de São Paulo. O sistema desenvolvido oferecia informações de controle e gestão, mas também, e principalmente, informações sobre os atendimentos médicos realizados: tratava-se da informatização do prontuário do paciente.

O prontuário eletrônico passou, assim, a estar acessível em todas as unidades de saúde informatizadas nas quais o paciente estivesse presente. Logo no início deste processo, que se transformou aos poucos em parte da dinâmica de atendimentos na rede de saúde, era possível perceber que não somente os profissionais de saúde (plenamente capacitados para isso) estavam se adaptando, mas também, e com uma rapidez inesperada, os pacientes pareciam se identificar como os mais transformados. Na época, coordenando o processo de implantação do sistema nas unidades de saúde, pude observar, em vários momentos, pacientes e outros cidadãos, presentes nas unidades públicas de saúde, discutindo entre si ou com seu médico, o conteúdo do que receberam impresso do prontuário eletrônico do paciente (PEP). Assim se pretendia fazer: entregar cópia do prontuário ao paciente, para que tivesse posse do que é seu, conforme está escrito na Constituição de 1988. Assim se fez na época.

É claro que para que tal história de transformação pudesse acontecer era necessário que existisse um protagonista de coragem gerenciando este cenário. São poucas as figuras da saúde

pública no Brasil com veia tão emotiva, tão criativa e, ao mesmo tempo, tão executiva quanto David Capistrano da Costa Filho, então secretário de saúde do município, o grande autor de tal ousadia. Pois tenho orgulho e agradecimentos por, à época ter cruzado caminhos com esse sanitarista de grande memória. Essa missão, eu, junto com Cláudio Maierovitch Pessanha Henriques, também membro daquela secretaria, fomos incumbidos de executar.

Vale lembrar que nessa época a Internet não era realidade para a população. Era ferramenta da academia, que já abria o acesso aos conteúdos técnico-científicos (sendo esta a sua natureza desde o início), mas sem impacto na população em geral. Nessa época a tecnologia que era mais utilizada para realizar acesso e leitura de textos disponibilizados e acessíveis por rede de telefonia era o videotexto (VDT), tecnologia comercializada pela Telesp. Conheci essa tecnologia no laboratório de telemática da Universidade Católica de Santos. O videotexto, na época, era a nova forma de comunicação em rede. Estávamos, com o videotexto, participando de uma das primeiras comunidades virtuais na época.

Nessa época, terminava meu curso de comunicação social e vivenciava tais experiências tecnológicas enquanto coordenava esse projeto. A minha busca, frente ao turbilhão de transformações, era por responder a uma pergunta que formulei:

> *Se o paciente já demonstra mudar seu comportamento frente a uma tecnologia à qual ele tem acesso indireto, mediante o impresso que recebe na recepção da unidade de saúde, o que fará se, e quando, tiver acesso direto às informações técnico-científicas e às opiniões de outros pacientes, para além do restrito espaço*

da recepção da unidade de saúde?

Esta foi minha questão original e é ela que me movimentou, num casamento entre prática e teoria, para percorrer os caminhos do aprimoramento, da especialização, do Mestrado e, agora, do Doutorado.

Posso afirmar que felizes são aqueles que possuem um mistério para desvendar, um objetivo a alcançar, pois os caminhos a escolher podem gerar incertezas, a caminhada pode parecer árida, mas o objeto é preciso: está à frente e com o esforço necessário chega-se lá.

1.1. A busca pelo fortalecimento do vínculo

O sistema de saúde no Brasil se apresenta com duas lógicas distintas: um sistema privado com a assistência oferecida e adquirida como um produto, o que configura uma lógica de mercado, e um sistema cuja lógica é a assistência como direito de cidadania que constitui, *de jure*, um sistema público de saúde (LEFÈVRE e LEFÈVRE, 2004b). A luta por fazer com que o sistema público de saúde deixe de ser mera formalidade legal e passe a constituir um sistema de fato, de ampla cobertura, implica identificar os principais problemas existentes em seu funcionamento.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um sistema público, de abrangência nacional e de caráter universal, devendo oferecer cobertura assistencial para todos os cidadãos brasileiros. Sua gestão é, em grande parte, executada pelos governos municipais e controlada e regulada nos três níveis de governo: federal, estadual e municipal.

Um dos problemas identificados no funcionamento do SUS, que diz respeito ao atual modelo de atendimento médico assistencial, é a fragilidade na relação médico-paciente. Essa fragilidade provoca dificuldades no diagnóstico, no tratamento e no reconhecimento de fatores críticos de sucesso desse tratamento, além da diminuição da confiança que o paciente deve ter para realizar procedimentos o que, ao longo do tempo, acaba acarretando deficiências no vínculo (ARAÚJO, 2001).

Uma vez que o atendimento individual, mais especificamente a consulta médica é parte importante de qualquer sistema de saúde, seja ele público ou privado, mudanças em seu processo têm potencial para provocar importantes mudanças em sua organização (CAMPOS, 1997).

A relação médico-paciente, estabelecida no contexto de tal processo, também é fator relevante na busca por um modelo mais eficiente e eficaz de gestão. Um adequado modelo de gestão e de atenção à saúde faz com que se tenha um sistema de referências mais confiável, eficiente e enxuto, com boas condições de racionalização e adequação nos usos dos recursos da saúde.

Essa busca por modelos assistenciais mais confiáveis e mais eficientes que contribuam para um maior fortalecimento da relação médico-paciente provocou, nos últimos anos, várias tentativas de mudança nos sistemas de atendimento médico: o programa de saúde da família (PSF), por exemplo, pretende oferecer um atendimento mais próximo ao conjunto do grupo familiar e, conseqüentemente, fortalecer a confiança no profissional médico, por meio dos contatos mais freqüentes; busca o fortalecimento do vínculo por meio da identificação da unidade familiar, o que, em tese, aumentaria a possibilidade de encontros entre os agentes envolvidos na relação.

Outra tentativa é a dedicação exclusiva do médico ao SUS, mantendo sua atenção concentrada nas questões relacionadas aos seus atendimentos no sistema público de saúde, em contraposição ao tempo que esse mesmo profissional poderia estar se dedicando ao atendimento em seu consultório particular. Essa mudança busca o fortalecimento do vínculo por meio de uma mudança na forma de contratação do profissional médico junto ao sistema de saúde.

Também a disseminação dos agentes comunitários de saúde, que oferece aos pacientes um agente intermediário na relação agindo como facilitador e, muitas vezes, como tradutor entre o médico e o paciente é uma alternativa nesse sentido. Busca o fortalecimento do vínculo por meio da inclusão de um novo agente, o facilitador da relação.

Um quarto exemplo é a organização de prontuários de família que, por meio de uma diferente lógica no seu preenchimento e na guarda dos prontuários de saúde, apresenta as informações organizadas conforme o grupo familiar, buscando o fortalecimento do vínculo por meio de uma melhora dos instrumentos de gestão do sistema de saúde.

O que se verifica, no entanto, é que essas tentativas oferecem métodos e instrumentais que buscam fortalecer a relação médico-paciente do ponto de vista da gestão do sistema de saúde, sem atuar diretamente com o paciente.

Na representação social hegemônica atual da saúde-doença ela é percebida como um assunto pertencente ao conhecimento técnico/científico, criando, com isso, grande diferenciação entre as falas: i) do profissional da saúde, reconhecida como fala legal e socialmente autorizada, pois pertencente ao sujeito que ocupa o espaço técnico/científico; ii) do indivíduo comum, da população,

fala reconhecida como leiga e desautorizada, pois pertencente ao sujeito que ocupa o espaço vivencial (LEFÈVRE, 1995).

Essas diferenças são fortalecidas por uma assimetria informacional estruturante do campo da saúde que envolve esses dois agentes em relação, o médico e o paciente. Apesar da saúde, como um bem de consumo, estar identificada como uma modalidade de serviço e, conseqüentemente, estar estruturalmente afetada pela assimetria própria a todo serviço (CASAS, 1991), onde, por definição, um especialista se impõe - sendo tal imposição tacitamente consentida - sobre um não especialista, toda a assistência nessa área da saúde se funda em uma inter-relação pessoal intensa. A saúde depende de um laço interpessoal forte e decisivo entre seus agentes diretos, o profissional de saúde e o paciente, para a própria eficácia do ato (JUNQUEIRA e AUGE, 1996). A essa constatação soma-se o fato de que, diferentemente do que ocorre nos Estados Unidos, no Canadá e em países anglo-saxônicos, o exercício da medicina nos países latino-americanos é essencialmente paternalista, dificultando o compartilhamento das decisões com o paciente (ALMEIDA, 1999). Esse fato produz uma relação dúbia: é uma relação de consumo, por tratar-se de uma prestação de serviço, mas também é uma relação paternalista.

Nessa prestação de serviço o paciente contribui e é parte importante do processo de trabalho, pois fornece valores - queixa, história, informação - necessários à execução da ação na saúde. É um fornecedor de valores de uso substantivo, devendo ser cada vez mais co-participe do processo de decisão inerente a essa atividade.

Porém, o que se determina é o cotidiano no qual um busca na prestação de serviço do outro, a técnica e a informação científica que poderá resolver seus problemas de saúde, enquanto o outro é,

cada vez mais, convencido - pelo desenvolvimento tecnológico do campo (bioquímica, farmacologia, genética), que fortalece o modelo biomédico centrado na doença - de que o interesse pela experiência do paciente e por sua subjetividade, não produz resultados significativos para seu exercício da profissão. "*As novas e sofisticadas técnicas assumiram um papel importante no diagnóstico em detrimento da relação pessoal entre o médico e o paciente*." (CAPRARA e RODRIGUES, 2004).

Assim, no que diz respeito à relação médico-paciente, a participação fica, no mais das vezes, apenas como uma declaração formal de intenções. Não há diálogo, apenas prática discursiva e comportamental, regida pela relação assimétrica fortalecida (LEFÈVRE e LEFÈVRE, 2004a).

Como constituir relação sem diálogo? Como construir vínculo sem formação de consensos? Se for verdade que a saúde-doença é, e deve continuar sendo, objeto técnico-científico trabalhado pelo profissional médico, verdade também é que o corpo, local onde os eventos de saúde-doença ocorrem, é o principal objeto de direito do paciente.

O desenvolvimento tecnológico no campo da biomedicina tem provocado uma desvalorização do discurso e das informações, empíricas e subjetivas, oferecidas pelo paciente; na prática, tais tecnologias provocam um aumento da distância entre médico e paciente. De modo oposto, no campo da informação e comunicação, o desenvolvimento tecnológico tem potencial para reduzir tal distância e pode, sob esse aspecto, provocar uma redução dessa assimetria informacional que envolve esses dois agentes em relação.

O acesso à informação, assim como o acesso à saúde, constitui

direito constitucional inalienável. Assim, com relação ao SUS, esse acesso à informação e à produção de conhecimentos, bem como a produção de novos conhecimentos, deve ser não apenas respeitado, mas fortalecido, possibilitando um novo e melhor equilíbrio na relação médico-paciente.

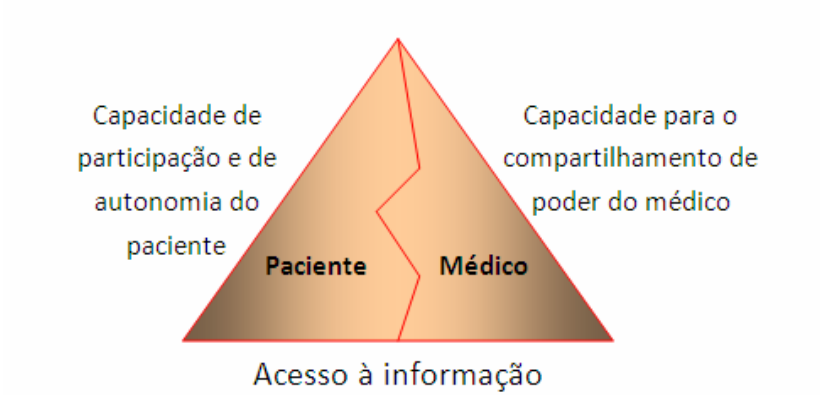
1.2. A dissertação "Navegar é Preciso"

Em um estudo acadêmico anterior sobre este mesmo tema buscou-se detectar alguns aspectos da realidade que fossem potencialmente capazes de produzir mudanças na relação médico-paciente (MADEIRA, 2006). 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 questionamento, considerando o contexto da sociedade da informação, que fornece a base sociológica, tecnológica e cultural para um processo de interferência que, ainda que mantendo o desequilíbrio constituinte, aponte para um novo equilíbrio.

Com base nesta justificativa o estudo buscou conhecer os elementos que compõem e participam diretamente dessa assimetria como fator preponderante para a compreensão da própria relação médico-paciente e, conseqüentemente, das possibilidades de interferência nesta relação.

Tal estudo revelou serem três os principais elementos que fazem parte de uma possível solução para um re-equilíbrio, em novas bases, dessa assimetria: i) o acesso à informação de ambos agentes da relação, os médicos e os pacientes; ii) a capacidade de compartilhamento de poder do médico; e iii) a capacidade de participação do paciente.

Figura 1. Esquema propositivo de elementos que compõem uma solução para o re-equilíbrio da relação médico-paciente



Fonte: Madeira, 2006.

O acesso à informação por parte de ambos os agentes da relação foi apontado pela pesquisa como elemento básico inicial que potencializa essa relação. Com o acesso às informações e aos demais mecanismos que possibilitam a transformação da informação em conhecimento – e sua contextualização – essa relação pode ser potencializada, já que fortalecida pela possibilidade de melhoria da comunicação desses dois agentes.

Potencializa-se, portanto, a diagnose[1], distinguir o melhor caminho por meio do conhecimento do médico e do paciente. Assumindo esse sentido, a diagnose necessariamente somente poderá ser

---

[1] Diagnose é um termo reconhecido em diversas línguas como sinônimo de diagnóstico. O termo '*diagnose'* tem sua origem etimológica da palavra grega '*diágnósis'*, que significa *discernimento*, ação e faculdade de discernir, que, por sua vez, é derivada do vocábulo grego '*diagignôskó'*, que significa *distinguir*. O termo é composto pelas pseudopalavras gregas '*diá'* que significa *através* e '*gignôskó'* que significa conhecer. Sendo assim, a palavra '*diagnose'* pode ser compreendida como derivada da idéia de discernir por meio do conhecimento.

alcançada caso exista uma redução da assimetria existente na relação médico-paciente, que possibilite a interação e o diálogo entre os dois agentes. E, sendo assim, a construção de um processo de diagnose é, na verdade, a busca pelo entendimento do que fragiliza e do que fortalece essa relação estruturalmente assimétrica e o possível 'empoderamento' do paciente é assumido, como um caminho para a redução da assimetria existente entre os dois agentes, justamente por ser o paciente o agente mais vulnerável nesta relação.

O termo 'empoderar', mesmo constando em alguns dicionários, 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 nas relações sociais.

Porém, para se ter uma ação de 'empoderamento' dos agentes vulneráveis socialmente é necessário que ocorra algum nível de compartilhamento do poder, algum nível de 'desempoderamento' do agente mais forte da relação. É necessário que, de alguma forma, o agente mais forte da relação aceite ou se submeta à ser desempoderado. Acredita-se assim que a relação médico-paciente pode vir a ser fortalecida por meio de uma redução do poder exercido pelo profissional médico em sua relação com 'o outro', enquanto único conhecedor de um saber técnico na relação e único sujeito de fala socialmente autorizada.

Quanto ao acesso de ambos às informações, parte-se do pressuposto de que os dados e as informações disponíveis na Internet, quando são acessadas por tais agentes, o são justamente

por, de alguma forma, já estarem contextualizadas, reconhecidas como respostas às demandas elaboradas, de forma objetiva ou subjetiva, por tais agentes.

Esta é uma proposta de aprofundamento daquela pesquisa, cujos resultados confirmaram algumas tendências referentes à apropriação cada vez mais ampla das novas tecnologias de informação e de comunicação para acesso e uso de informações sobre saúde e doenças. Foi constatado que:

i) A maioria dos que acessam a Internet respondeu que acessa com freqüência de pelo menos uma vez por semana;

ii) A maioria dos que acessam a Internet respondeu que a utiliza para consultar informações sobre saúde e doenças;

iii) A maioria dos que acessam 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 ou pessoas próximas;

iv) Parte significativa dos entrevistados apresenta, em suas respostas, declarações que indicam que continuarão acessando a Internet.

Os resultados daquela pesquisa demonstraram também a possibilidade de fortalecimento da relação médico-paciente, que pode ocorrer quando da mudança da posição ocupada pelo paciente, parceiro na troca de informação e na tomada de decisão quanto aos caminhos do diagnóstico e do tratamento proposto:

i) A maioria respondeu que consulta ou já consultou a Internet após alguma consulta médica para, verificar, ou

entender, ou complementar as informações apresentadas por seus médicos;

ii) Parte significativa respondeu que utiliza ou já utilizou informações coletadas na Internet para conversar com seus médicos em consultas posteriores à primeira, a qual gerou a coleta de informação na Internet;

iii) Parte significativa apresenta em sua resposta declarações que demonstram mudanças de atitude, que sugerem uma postura mais ativa e mais participativa no processo de decisão sobre sua saúde.

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

i) Parte significativa respondeu que considera que as informações acessadas na Internet sobre saúde e doenças são úteis;

ii) Parte significativa apresenta, em sua resposta, declarações que indicam que essa mudança não é observada de forma diferente entre os serviços privados e os serviços públicos de saúde;

iii) Parte significativa apresenta, em sua resposta, declarações que indicam que houve reação e mudança na atitude do profissional médico na relação com seus pacientes após esses terem consultado a Internet.

Esses resultados indicavam um maior acesso à tecnologia e, consequentemente, à informação sobre saúde e doenças. Porém os

mesmos discursos analisados apresentavam, indiretamente, que as relações formadas, ou mesmo fortalecidas na Internet, por meio das interações em comunidades virtuais, se ainda não eram elemento importante para a construção da autonomia do paciente – e conseqüente potencialização da transformação da relação médico-paciente – em pouco tempo poderiam passar a ser.

Um dos grandes saldos da Internet é o surgimento de comunidades virtuais. Trata-se de uma nova lógica no agrupamento de indivíduos, organizados segundo elementos que só existem no ciberespaço, na Internet (MADEIRA, 2005). Nesse novo espaço vivencial, onde a interatividade é um dos elementos presentes, os sujeitos constroem e ocupam espaços coletivos, reconhecem e são reconhecidos por seus grupos e criam oportunidades de relacionamentos de diferentes intensidades e qualidades. As tecnologias de informação e comunicação agem de forma a re-configurar os espaços e a estrutura da sociedade, numa movimentação e mutação constantes.

A seguir estão representados os principais trechos que determinam o significado de comunidades virtuais apreendido pelas próprias comunidades virtuais. Para isso foi utilizado como referencial a comunidade virtual que mantém o *Projeto Wikipedia*, uma das comunidades virtuais mais ativas e cooperativas na Internet, cuja missão é constituir e manter uma enciclopédia de termos com conteúdo construído de forma colaborativa e livre, o que possibilita a participação de todos que queiram: declarar um conceito, discutir esse conceito, alterar um conceito já declarado após consenso e divulgar termos e conceitos produzidos coletivamente.

Para o coletivo que compõe a *Wikipedia* (2010) uma comunidade virtual é uma comunidade que estabelece relações num espaço virtual através de meios de comunicação a distância. Caracteriza-

se pela aglutinação de um grupo de indivíduos com interesses comuns que trocam experiências e informações no ambiente virtual. O uso das Tecnologias de Informação e Comunicação minimiza as dificuldades relacionadas a tempo e espaço, promovendo o compartilhamento de informações e a criação de conhecimento coletivo.

Tal como numa comunidade tradicional, uma comunidade virtual permite uma interação entre os seus diversos elementos de forma a oferecer apoio e trabalhar conjuntamente na busca por um determinado objetivo.

O conhecimento pode ser encarado como o principal ativo que um indivíduo possui. Com o aparecimento de comunidades a exporem e trocarem os seus conhecimentos mais facilmente qualquer indivíduo poderá apreender novas temáticas.

Tradicionalmente a limitação territorial potencializa graus de desenvolvimento intelectual com diferenças significativas. Este fato não se deve à maior ou menor capacidade dos indivíduos, mas sim às dificuldades de acesso aos grandes focos populacionais. Com o aparecimento de comunidades virtuais, de qualquer parte do mundo se pode obter esta interação.

Por fim, o coletivo da *Wikipedia*[2] (2010) reforça que talvez o passo analítico necessário para se compreender as novas formas de interação social na era da Internet seja tomar por base uma redefinição de comunidade. A grande transformação da sociabilidade em sociedades complexas ocorreu com a substituição de comunidades espaciais por redes como formas fundamentais de sociabilidade.

---

[2] Para mais informações consulte http://www.wikipedia.org/.

As comunidades virtuais também possuem um local, estão no ciberespaço, um espaço constituído de muitos lugares e que passa a ser o lócus, o território dessa nova comunidade, delineado por tópicos de interesse, onde uma porção significativa de interatividade ocorre.

Nessa tese busca-se investigar o uso que indivíduos fazem da Internet quando necessitam de informações sobre saúde e doenças, no âmbito das comunidades virtuais. Busca-se explorar as possíveis mudanças na participação do paciente em seu processo de tratamento diante de um maior acesso às informações e uma maior interação dentro do grupo.

Entende-se que o resultado desta pesquisa tem potencial para contribuir para a compreensão e intervenção nas condições de re-equilíbrio, fortalecimento da relação médico-paciente e para a melhoria da qualidade do sistema de saúde brasileiro.

Trabalha-se aqui com a idéia de que a mudança no comportamento do paciente pode ser provocada por um maior acesso às informações e aos conhecimentos específicos do campo da saúde, oferecidos pelo avanço das tecnologias de informação e comunicação (TIC). Especialmente no que se refere ao acesso aos conteúdos e à interação entre indivíduos na Internet – comunicação que ocorre quando da conexão estabelecida entre redes de computadores (MADEIRA, 2000).

Nos próximos capítulos serão abordados os referenciais teóricos do presente estudo, relacionados ao acesso à informação, à capacidade de participar e à capacidade de compartilhar poder. Após as apresentações de metodologia, de resultados e discussões, segue explanação de conclusões e considerações finais.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

Com o advento das novas tecnologias da informação e da comunicação o conhecimento pode se tornar um dos meios para a superação de desigualdades e para a propagação de um maior bem-estar social. O surgimento da Sociedade da Informação é assim 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 (MADEIRA, 2007a).

Castells (2003) faz uma análise sobre a Sociedade da Informação e sobre a função que a Internet desempenha na economia mundial, ao apontar estudos empíricos que demonstram como a Internet conseguiu alterar a concepção de economia, de mercado, de trabalho e de gestão empresarial. Esse autor faz, assim, referência aos novos modelos comunicacionais gerados a partir do fenômeno da Internet, com o maior e mais facilitado acesso às informações e sua relação com o conceito multimídia.

Segundo o "The Global Information Technology Report", relatório internacional do Fórum Econômico Mundial, divulgado em março de 2010, que indica a evolução dos países no tema da tecnologia da informação, o Brasil ocupa a posição de número 61 no mundo, o que significa que, na comparação com os demais países, esta é a posição do país na lista onde o 1º lugar é o melhor, em uma avaliação que envolve 133 países. Comparado aos países vizinhos, na América do Sul, o Brasil está abaixo do Chile (40ª posição), do Uruguai (57ª posição) e da Colômbia (60ª posição).

A análise deste relatório indica que a posição do país é estável, com resultados mais significativos nas avaliações de desempenho

de uso de novas tecnologias pelas empresas e pelo governo para disponibilizar informações e serviços para a população em relação a outros países avaliados. O relatório do Fórum Econômico Mundial é o que mantém a avaliação mais abrangente do mundo quanto aos impactos das Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) no processo de desenvolvimento e competitividade das nações.

Comparando-se os resultados dessa pesquisa de 2010 com a realizada em 2006, pelo Fórum Econômico Mundial, verifica-se que o Brasil, apesar de estável, não oferece a mesma agilidade que outros países vêm apresentando: de 2º país da América do Sul no índice geral de competitividade de infra-estrutura de rede, caiu para a 4ª posição e de 52ª posição no ranking geral mundial, ocupa agora a 61ª posição.

De qualquer modo o aumento da presença do computador e do acesso à Internet nos domicílios urbanos brasileiros tem demonstrado como este instrumento passou a ser significativo para a população, para além do acesso possível nos ambientes coletivos, escolas, empresas e outros pontos de acesso públicos e privados. Pesquisa realizada em 2009 pelo Comitê Gestor da Internet no Brasil (CGI), órgão responsável por coordenar e integrar todas as iniciativas de serviços de Internet no país, indicou que a proporção de domicílios urbanos que possuem computadores é de 34% e destes, 27% apresentam algum tipo de acesso à Internet (CGI, 2010).

Na pesquisa publicada pelo Comitê Gestor da Internet verificou-se também que 53% da população brasileira acima de 10 anos utilizou alguma vez um computador e 49% do total da população urbana acima de 10 anos acessou à Internet. Destes, 88% acessam a Internet para buscar informações, 67% acessam a Internet para participar de sites de comunidades virtuais e relacionamentos e

39% utilizam seus acessos para procurar informações relacionadas à saúde ou a serviços de saúde.

A população que possui micro e acessa a Internet é composta por 6% do total da população brasileira rural e 27% do total da população brasileira urbana. Tais porcentagens representam populações que possuem em suas residências pelo menos um computador com acesso à Internet. Esses são os indivíduos formalmente considerados como incluídos digitalmente (CGI, 2010). Se comparado aos números de pessoas que em 2001 possuíam acesso à Internet em suas residências, 8,3% da população (IBGE, 2001), é possível verificar que nestes últimos 10 anos ocorreu um crescimento de 289% na quantidade de pessoas que passaram a ter acesso à Internet em suas residências. Significa também que no Brasil, nestes últimos 10 anos, em média, a cada mês, 267 mil novas pessoas se conectaram mensalmente na Internet.

Apesar de a maioria da população brasileira ainda ser composta por indivíduos considerados 'excluídos digitais', cada vez mais uma grande quantidade informações, públicas e privadas, são disponibilizadas na Internet. Isso ocorre principalmente por que a disponibilização, a atualização e o acesso às informações disponibilizados na Internet apresentam baixo custo financeiro frente aos demais meios tradicionais, tais como a produção em gráfica e o envio de informações e orientações pelos meios tradicionais, mediante entregas e envio por correio.

Diante dessa realidade vários governos vêm realizando ações de inclusão digital, objetivando o aumento do número de indivíduos 'digitalmente incluídos'. Essas ações passam por: identificar a exclusão digital como um problema importante para o poder público e para a sociedade, definir a inclusão digital como política pública merecedora de recursos financeiros específicos e construir meios

de acessos públicos, tais como telecentros e outros tipos de pontos de acesso público à Internet.

A Internet tem mudado 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, disponibilizando informações e também na inclusão digital (MADEIRA, 2006). O termo inclusão digital se refere às políticas e às práticas de ampliar acesso, preferencialmente, em bandas largas à Internet para camadas da população caracterizadas como de menor poder aquisitivo, portanto, em princípio, com menores condições de acessar a Internet.

A inclusão digital e o combate à exclusão social e econômica estão intimamente ligados, pois se trata de 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 ao conhecimento, ser ou não produtor dele, saber ou não usá-lo, marca a profundidade desse fosso social (MADEIRA, 2008).

A freqüência de acesso e uso da Internet também é um fator importante, pois indica não somente que a Internet é reconhecida por seus usuários/ freqüentadores como eficaz em seus objetivos para aqueles que a utilizam. Também indica que seus usuários têm utilizado a Internet como ferramenta cotidiana e contínua de pesquisas e construção de relacionamentos: da população que já acessou a Internet, 39% acessaram nos últimos três meses; 23% acessam diariamente e 12% acessam pelo menos uma vez por semana (CGI, 2010).

A Internet há algum tempo vem se transformando em um concentrador de fontes de informações; de fato, no principal concentrador de fontes. Os livros e as revistas, sejam de cunho científico ou não científico, continuam sendo publicados impressos em papel, porém também são divulgados e disponibilizados na Internet. Uma vez disponibilizados tais conteúdos, sua busca, localização e acesso na Internet se dão de forma muito mais dinâmica, fácil e rápida do que nos formatos tradicionais.

Quanto mais pessoas estiverem acessando a Internet, mais essa dinâmica tende a se consolidar, fortalecendo-se assim em um ciclo virtuoso de busca e disponibilização de conteúdos, tal como uma lógica de mercado, neste caso de produção e consumo de informações.

> *"Aquilo que está sendo chamada de Revolução da Informação é, na realidade, uma revolução do conhecimento. O software é a reorganização do trabalho tradicional baseado em séculos de experiência por meio da aplicação do conhecimento e, especialmente, da analise lógica e sistemática. A chave, portanto, não é a eletrônica, mas sim a ciência cognitiva. Isto significa que o ponto central para manter a liderança na economia e tecnologia emergentes será a posição social e aceitação social dos trabalhadores do conhecimento, assim como ocorreu com os tecnólogos na Revolução Industrial. Cada vez mais o desempenho das novas indústrias baseadas no conhecimento vai depender das instituições serem administradas de maneira a atrair, reter e motivar os*

trabalhadores do conhecimento, transformando empregados em sócios do negócio." (DRUCKER, 2000).

Assim, a informação e o conhecimento gerados pela circulação proporcionada pela Internet é que estão promovendo essa revolução. As diversas comunidades e relações estabelecidas nesse meio provocam também mudanças de atitude, mudanças culturais, psico-emocionais, além das mudanças econômicas e políticas.

Esta mudança na forma de se disponibilizar tais conteúdos é, senão a principal, uma das principais responsáveis por algumas das mudanças percebidas nas relações entre os profissionais da saúde e os freqüentadores de serviços de saúde. Especificamente tais mudanças são perceptíveis na relação médico-paciente, razão de ser foco da presente pesquisa.

2.1. Informação sobre saúde

A produção, atualização e difusão da informação sobre saúde é reconhecida pelos profissionais e gestores da saúde como importante componente para a constituição de um eficiente sistema, seja ele público ou privado, pois, por meio da informação, é possível regular o sistema, reconhecer demandas sociais, organizar serviços, gerenciar recursos da forma mais otimizada.

É também por meio da informação da saúde que é possível constituir padrões de comportamentos epidemiológicos, sanitários e ambientais, fornecendo parâmetros para a manutenção de alertas sobre situações que indicam anormalidades locais, enfim, para planejamento e ação em saúde pública. A transparência do

funcionamento do sistema, sua forma de atuação e o financiamento, também somente são possíveis por meio da informação sobre saúde.

Tais informações são as responsáveis por, em um formato específico, formarem os novos profissionais de saúde e capacitarem e atualizarem os profissionais da saúde que já atuam no sistema.

As informações sobre saúde, sobre o próprio funcionamento do sistema e sobre o funcionamento de outros sistemas de saúde (*Benchmarking*) possibilitam a melhoria contínua do sistema, oferecendo a possibilidade de repensar os próprios objetivos e a forma de funcionamento.

Essas esferas, contudo, se referem ao nível *macro* do sistema. A classificação em níveis de impacto de informação sobre saúde é resultado do trabalho do Conselho Consultivo para a Ação Concentrada em Saúde[3], que realiza análise sobre o papel que a informação desempenha para atribuições e níveis de decisão em um sistema de saúde, classificando seus impactos em três níveis (MOORMAAN, 2005):

Nível macro: as informações sobre saúde são importantes para a definição do objetivo sistêmico, para o planejamento de processos operacionais e de gestão, para a determinação da alocação de recursos de saúde e para a definição e controle de parâmetros gerais, legais e organizacionais do sistema de saúde.

Nível mediano: as informações sobre saúde são importantes na constituição e manutenção de redes inter-organizacionais, na relação de trabalho entre os profissionais de saúde, e nos controles

[3] Advisory Council for the Concerted Action in Health Care, 2001

burocráticos das instituições e associações.

Nível micro: as informações sobre saúde são importantes para os pacientes, seus parentes e cuidadores.

No nível micro, são identificados como impactos de um maior uso da informação sobre saúde pelo paciente os seguintes resultados possíveis:

- Aumento do autocuidado, o que pode provocar maior compromisso com sua própria saúde, maior participação no processo de tratamento e cura, com mais responsabilidade do paciente na gestão de seus cuidados;

- Construção de novas oportunidades para a utilização mais flexível de alternativas médicas, proporcionando melhorias na qualidade e no custo-efetividade da assistência;

- Reflexão crítica dos profissionais de saúde, no que diz respeito aos conceitos de tratamento médico e de cuidados de saúde. Os profissionais, assim, são obrigados a manter uma atualização contínua das informações sobre diagnósticos e tratamentos, uma vez que os pacientes estão cada vez mais bem informados sobre tais temas;

- Melhora na proteção do paciente, com melhor prevenção contra negligências e melhor controle no uso de procedimentos invasivos e recursos caros, uma vez que a informação e, portanto, o controle, está cada vez mais difundido, descentralizado.

Sendo assim, apesar dos impactos da produção, da manutenção e da difusão das informações sobre saúde serem tradicionalmente mais bem reconhecidas no nível macro (MOTA e CARVALHO,

1999; MORAES e GOMEZ, 2007), é no nível micro que se encontram as transformações em foco neste estudo.

2.2. Comunicação dialógica

A comunicação é um processo que suporta diferentes estruturas teórico-práticas de funcionamento, dentre elas a circulação de informações, a criação e fortalecimento de relações, a produção de sentido e a produção de conhecimento. Constitui-se elemento básico para a formação e manutenção de relações, vínculos e comunidades, sendo reconhecida como um dos direitos inalienáveis de todo ser humano.

> *"Se é verdade que sem a função comunicativa não pode haver comunidade, então qualquer mudança no comportamento comunicativo de um grupo social vai produzir mudanças nas formas de percepção, sentimento e de tratamento do outro (...). Conseqüentemente, a sociedade tem o direito ontológico inalienável de observar e participar de qualquer decisão que afete sua comunicação ou informação, atividades que constituem a essência das relações humanas." (PASQUALI, 2005).*

Assim como a informação sobre saúde é utilizada, o processo de comunicação está presente em grande parte das práticas de saúde. É possível reconhece-lo sendo utilizado pela gestão, planejamento controle e operação do sistema de saúde e pelos profissionais de saúde em seu cotidiano de trabalho, mediante uso de instrumentos formais ou usuais de comunicação. Também é utilizada pelo indivíduo 'comum', quando se transforma em paciente ou em

cuidador. O paciente atua nos processos de comunicação buscando manter, seja com o médico seja com outros pacientes, uma relação que seja favorável para o seu processo de cura.

Apesar da assimetria informacional estrutural existente na relação com o profissional médico, que colabora para a formatação de uma comunicação linear, em uma relação de mando-obediência, o paciente também é reconhecido como participante da relação: é portador de informações, sentidos e saber, que, embora diverso do saber técnico-científico, não pode ser desconsiderado pelos serviços.

Diante desse esquema, onde tanto médico como paciente têm informações e as devem compartilhar, como também seus sentimentos e significados, o modelo de comunicação que melhor se adequa é o da comunicação dialógica.

Para Briceño-Léon (1996), no processo de educação dialógica e participativa, tanto profissionais de saúde como pacientes devem ser reconhecidos como iguais. Na comunicação dialógica exercida na relação entre médicos e pacientes a atuação é semelhante, mantendo seus papéis e interesses originais.

> *"Tese IV: se ambos sabem, o processo educacional é, então, um processo de diálogo entre saberes. Um processo de diálogo no qual ambos se comprometem a escutar-se e transformar-se. Mas um processo de diálogo é um processo participativo e a educação deve ser participativa em si mesma. Não é possível ensinar ou induzir a participação sem que o processo mesmo seja participativo. Deve haver envolvimento da comunidade e dos moradores*

em todos os momentos, inclusive desde o início, desde o planejamento das ações. Um programa dialógico e participativo em saúde envolve todos, que atuam por igual, embora com papéis diferentes. Não é que um instrui e outro obedece, que um projeta e o outro aplica." (BRICEÑO-LEÓN, 1996)

Com o acesso cada vez maior e mais facilitado às informações técnicas, científicas e leigas proporcionado pela Internet e com a prática da comunicação dialógica, potencializa-se essa diagnose[4].

O aumento da competência do paciente na compreensão do processo saúde-doença que vivencia, assim como o aumento de sua competência no processo de participação durante a consulta médica, proporcionado por uma comunicação dialógica, possibilita que o paciente especifique melhor e mais claramente, seus próprios desejos e necessidades. Possibilita também uma melhor compreensão dos termos técnicos, além de alternativas de tratamento propostas pelo profissional médico. Com esse novo arranjo, é possível ao paciente obter mais informações também sobre possíveis outros diagnósticos e possíveis outros tratamentos, suas eficácias e efeitos colaterais, possibilitando a tomada de decisão compartilhada.

---

[4].O estudo das pseudopalavras que compõem o termo 'diagnose' traz uma outra possibilidade de significado semântico. A pseudopalavra grega 'diá' ocorre em grande número de vocábulos gregos, existindo em quatro tipos de composição com os seguintes sentidos: i) separação, dissociação, dispersão, que dá origem aos termos dialética, diálise, diérese; ii) movimento ou passagem através de, que dá origem aos termos diacústico, diáfano, diafragma, diâmetro; iii) relação entre duas ou mais pessoas, que dá origem aos termos dialogar, diálogo; e iv) negação, que dá origem aos termos dialétrico, diamagnético.

2.3. Capacidade de participar

Todas as relações humanas são permeadas pelo contato com o outro. Desde o nascimento até a morte sabemos o que somos porque interagimos, o outro é o nosso espelho social. Nas relações virtuais, constituídas na distância, esta natureza não se dilui porque sempre se espera encontrar uma outra pessoa do outro lado, mantendo-se assim a relação humana, apesar do meio virtual.

Interagir de forma presencial proporciona segurança, fortalecida pela confirmação das múltiplas formas de se falar – ou se contradizer na fala – relacionadas ao olhar, à expressão facial, ao cheirar, ao tocar, enfim, ao 'corpo que fala'. Interagir à distância, sem tais elementos que compõem há muito nossa forma plena de falar, é algo novo que ainda se constitui um desafio.

As transformações ocasionadas pelas novas tecnologias demandaram novas formas de relacionamento, de interação no trabalho, nos estudos, no meio social. Neste novo cenário o ato de aprender passa a acontecer e ser reconhecido como importante em todas as fases da vida. Reflexões a esse respeito apontam para mudanças na construção do conhecimento e nas relações constituídas nos espaços virtuais possibilitados por tais tecnologias.

Nas comunidades virtuais, seus participantes têm a possibilidade de estabelecer outras formas de interação que os possibilita aprofundar processos de aprendizado. Já no contato presencial muitas vezes tais processos são dificultados por valores subjetivos, presentes e visíveis presencialmente. Em ambientes virtuais os papéis se alternam, indivíduos que têm dificuldade para falar em público podem surpreender com uma participação intensa, ao

mesmo tempo em que indivíduos que participam ativamente em uma conversa presencial podem se comportar de maneira tímida, não se mostrando familiarizados com o meio digital.

> *"As comunidades virtuais são compostas por grupos de indivíduos, agregados sociais, que surgem da Internet se e quando uma quantidade de indivíduos leva adiante discussões públicas durante um tempo determinado, com suficiente sentimento para formarem redes de relações pessoais no ciberespaço" (RHEINGOLD, 1998).*

Onde estão essas comunidades virtuais? Essas comunidades também têm um local, estão no ciberespaço, espaço constituído de muitos lugares que passa a ser um lugar, seu *lócus*, o 'território' dessa nova comunidade. O *ciberlugar* é delineado por tópicos de interesse, onde uma porção significativa de interatividade ocorre. Os indivíduos se encontram no local virtual, delineado por um tema que escolheram.

Assim, alguns elementos importantes que caracterizam a comunidade tradicional apresentarão formato e potencialidades diferentes nas comunidades virtuais. Tais elementos são: a 'territorialidade', lócus da comunidade; a 'permanência', condição para o estabelecimento das relações, pois o indivíduo tem que estar presente durante um determinado tempo para fazer parte da comunidade; o 'sentimento de pertencimento', um indicador de que o indivíduo é parte de um todo; a 'emergência de um projeto comum', que indica uma direção comum ao grupo; e a existência de formas próprias de comunicação.

Nas comunidades virtuais a 'territorialidade' se funde à emergência de um projeto comum, ambas são temáticas. A 'permanência'

mantém-se, pois é necessário que haja um tempo de convívio entre os indivíduos nos espaços virtuais, possibilitando assim o surgimento do sentimento de pertencimento a determinada comunidade virtual temática e ao próprio meio, multimídia, que determina a comunicação nessa comunidade virtual. Por fim, a comunidade virtual parece apresentar dois elementos novos: a possibilidade de flexibilidade da participação: o indivíduo participa enquanto houver interesse; e a possibilidade de multipresença do indivíduo em diversas comunidades virtuais ao mesmo tempo: fragmentação do tempo (RECUERO, 2009).

Conforme tais definições as comunidades virtuais apresentam elementos considerados importantes para a concepção de uma ampla e adequada rede de comunicação em saúde, que possibilite um processo de comunicação mais efetivo, melhor porque mais democrático na promoção da saúde (PITTA, 2004). Vejamos: é multimídia, heterogênea e multicêntrica, o que potencializa o surgimento de um novo pacto entre centro e periferia; é polifônica, possibilita a constituição de diversas vozes; é poliárquica, possibilita o empoderamento de outros lugares discursivos.

Uma comunidade virtual opera de tal forma a oferecer fácil conexão por meio da identificação de pessoas que você indica como conhecidos. As ferramentas tecnológicas disponibilizadas proporcionam, então, aos seus integrantes, espaços de publicação de conteúdos, buscas e encontros *on-line* em ambientes específicos, que podem ser totalmente disponíveis para que todos vejam e interajam, parcialmente disponíveis, ou ainda fechados, disponibilizando somente para um círculo restrito, determinado pelo integrante dono do perfil na comunidade virtual. As ferramentas tecnológicas mais comuns existentes nas comunidades virtuais são:

i) Painel do perfil: possibilita ao integrante publicar seu

perfil, além de possibilitar a ele pesquisar e visitar o perfil de outros integrantes, em busca de pessoas conhecidas ou que tenha um perfil de seu interesse;

ii) Painel de amigos: possibilita ao integrante requisitar vínculo de conhecimento de outros integrantes da comunidade, possibilita visitar outros painéis e reconhecer integrantes de seus vínculos que possam ser de seu interesse pessoal. Possibilita também, ao visitar o perfil de um integrante que não é de seu vínculo, verificar quais as ligações diretas ou indiretas existe entre estes, ou seja, quantos vínculos de distância o integrante se encontra deste perfil visitado;

iii) Painel de recados: possibilita ao integrante ler recados deixados em seu painel, postar ou visitar painéis de recados de outros integrantes;

iv) Caixa postal de mensagens: possibilita ao integrante enviar e receber mensagens, mesmo daqueles e para aqueles que não participam de seu vínculo de amigos reconhecidos;

v) Painel de notas rápidas e depoimentos: permite ao integrante postar suas próprias notas em seu perfil, ler e comentar notas postadas pelos demais integrantes. Tais notas normalmente são depoimentos rápidos e atuais sobre determinado acontecimento, ou mesmo, depoimento de sentimentos e sensações sentidas;

vi) Aplicativos e jogos: permite ao integrante participar de jogos interativos on-line, juntamente com outros integrantes que pertençam ao seu círculo de vínculos de amizade;

vii) Painel de eventos e links: possibilita ao integrante postar eventos e links para determinados sites de eventos, permitindo a este, compartilhar e promover datas e eventos que considere de interesse para outros integrantes de seu grupo de integrantes associados;

viii) Painel de bate-papos: possibilita ao integrante enquanto estiver na ferramenta da comunidade virtual, verificar quem de seus vínculos está on-line, chamar ou ser chamado para conversas, individuais ou em um determinado grupo;

ix) Painel de fotos: permite ao integrante postar fotos, constituindo álbuns virtuais conforme seu interesse, visitar e comentar sobre fotos vistas em outros painéis de fotos;

x) Painel de vídeos: assim como funciona com fotos, permite ao integrante postar vídeos, constituindo álbuns virtuais de vídeos conforme seu interesse; também permite visitar e comentar sobre vídeos visitados em outros painéis de vídeos;

xi) Painel de comunidades temáticas: permite ao integrante criar, manter, visitar o painel de comunidades temáticas de outros integrantes – e assim conhecer um pouco mais dos interesses desses – mas também, e principalmente, buscar comunidades temáticas de seu interesse, seja pela busca a um tema em uma árvore temática, seja pela busca a termos existentes em conteúdos postados dentro das comunidades temáticas existentes e, assim, solicitar a participação em comunidades temáticas já criadas por outros integrantes;

xii) Dentro do espaço de uma comunidade temática é

possível:

- Conhecer o objetivo da comunidade temática, seu perfil, quantidade de integrantes e moderador responsável;
- Conhecer os demais membros que, por algum motivo, se vincularam como participantes daquela comunidade temática;
- Conhecer comunidades relacionadas; composição feita conforme a ferramenta da comunidade virtual; reconhece mais que um membro associado a mais que uma das comunidades temáticas disponíveis, sugerindo, assim, vínculo com novas comunidades temáticas que possam ser do interesse do integrante;
- Criar e participar de enquetes sobre determinados temas de seu interesse, obtendo, assim, a opinião dos participantes quanto a determinadas questões postadas;
- Criar e participar de fóruns de discussão, conhecendo a opinião dos demais integrantes que participam do fórum e postando mensagens, como contribuição para a discussão proposta.

Nas comunidades virtuais, indivíduos com diferentes históricos se unem para discutir um determinado tema. As regras do ambiente são construídas ao longo do processo de participação coletiva. A subjetividade de cada membro da comunidade deve ser levada em consideração pelo grupo, pois, logo após os primeiros contatos, pode ocorrer dos participantes descobrirem outras afinidades e diferenças, o que tornará a relação e a construção de consensos e

de dissensos cada vez mais rica.

A comunicação como um processo compartilhável adquire, assim, o sentido de usar ou possuir algo em comum com alguém, tornar conhecido o que foi produzido, co-construído em interação com o meio (VYGOTSKY, 1998).

2.4. Diálogo em comunidades virtuais

As comunidades virtuais apresentam potencial para possibilitar aos participantes, a interação, a construção de sua própria história e a construção de consensos livres, mediante a capacidade de fazer e de interferir na realidade. Também possibilitam desenvolver a capacidade de construir e de reconstruir conhecimentos, que os indivíduos podem transformar para um contexto melhor, ou pior, tanto para si quanto para o coletivo (FREIRE, 1987 e DUSSEL, 2000). Neste contexto os participantes da comunidade virtual assumem o papel de facilitadores, contribuem para o processo de mediação pedagógica (FREIRE, 1986).

Estudos relacionados ao tema evidenciam que é no coletivo, na construção coletiva possibilitada pelas comunidades virtuais (LEVY, 2004), que o processo de transformação da informação em conhecimento, é potencializado. O processo de aprendizagem ocorre quando o indivíduo se dá conta da realidade que o cerca (DUSSEL, 2000) e por meio da relação no grupo, pela construção de consensos e dissensos, se alcança a validade intersubjetiva. Nessa evolução os sujeitos não só transformam dados em informações e informações em conhecimento, mas também passam a ser capazes de, quando considerarem necessário, criticar o sistema hegemônico, buscando, assim, a *práxis* (OKADA, 2003).

Em organizações sociais locais mais tradicionais já existem grupos organizados conforme a patologia de seus participantes, muitas vezes com participação freqüente e intensa também de seus parentes e outras pessoas de sua relação mais próxima. Tais associações estão presentes em conselhos municipais, estaduais e nacionais de saúde, conselhos de educação, de orçamento público, de transporte, de assistência social, além de outros espaços políticos, tais como as câmaras de vereadores e de deputados, no Congresso Nacional e no Senado Federal. São grupos sociais organizados que estão presentes nas discussões públicas, de forma intensa, se utilizam de meios de comunicação focados em seus participantes - periódicos, folhetos, rádio, correspondência - e lutam por seus direitos utilizando-se de estratégias variadas.

Esses grupos também estão na Internet, assumindo espaço, ciberespaço, e fortalecendo-se como grupos, comunidades virtuais, por meio da interatividade potencializada pela Internet. Os temas relacionados à saúde e doenças e à relação médico-paciente estão presentes no cotidiano das discussões de tais comunidades virtuais.

Assim como ocorre presencialmente nas recepções de consultórios médicos, ambulatórios e hospitais, também nas comunidades virtuais relacionadas aos temas da saúde, seus integrantes identificam espaços e os utilizam para trocar informações, experiências, sentimentos de frustração e de sucesso diante de seus objetivos a serem alcançados. Essas informações compartilhadas ficam disponíveis para outros integrantes que, com o uso de ferramentas de busca, podem localizar tais trocas de informações e sensações como se estivessem ocorrendo naquele momento, podendo ele mesmo contribuir com o debate, incluindo seu parecer sobre o tema.

Alguns elementos que caracterizam essa comunicação são de fácil identificação:

i) É uma comunicação que, se em seu princípio é travada por integrantes que não se conheciam, posteriormente estes integrantes passam a se conhecer e a colaborar de forma mais produtiva, podendo tanto trilhar o caminho do consenso quanto trilhar caminhos do dissenso;

ii) É uma comunicação igualitária no sentido de que permite que todos participem de forma igual, independente de formação, localização geográfica, ou mesmo, sendo perfil de moderador ou de simplesmente participante;

iii) É uma comunicação não linear, pois permite a participação e postagem de várias mensagens concorrentes acontecendo ao mesmo tempo, uma vez que seus participantes lêem e postam suas mensagens de forma independente de uma ordem seqüencial preestabelecida;

iv) É uma comunicação assíncrona, pois se inicialmente ocorre uma maior participação de todos no debate, de forma intensa que possibilite até a identificação de uma sincronicidade nas falas, posteriormente, as participações se tornam mais esparsas, menos lineares e mais assíncronas.

Nessa forma de se relacionar, as atitudes de implicação, do tipo: “tudo o que diz respeito desta comunidade me importa e me diz respeito”, tal como identificado em atitudes de implicação em

cuidadores (BARROS; OLIVEIRA; SILVA, 2007), se constituindo, assim, uma responsabilização pelas ações realizadas como integrante, na e para aquela comunidade virtual, são imprescindíveis para que o processo de apropriação e de construção do conhecimento aconteça no ambiente virtual. A literatura refere ainda a uma associação positiva entre a atitude de implicação afetiva e o sentimento de satisfação geral (MEYER et al, 2002) que, se originado em análise de integrantes de organizações, facilmente se reconhece em diversos tipos de relacionamentos organizacionais de qualquer natureza.

Os diferentes níveis de implicação dos participantes de uma comunidade virtual são aqui explorados, categorizados de acordo com conceitos propostos por Rogério da Costa (2005), professor do Programa de Pós-Graduação em Comunicação e Semiótica, do Departamento de Ciência da Computação da PUC/SP, Coordenador do Laboratório de Inteligência Coletiva (LInC) vinculado a essa instituição.

As categorias reconhecidas estabelecem níveis de implicação, que, quando explorados nas comunidades virtuais, convergem para níveis de associações participativas, que permitem o reconhecimento das relações existentes e a maturidade da comunidade virtual quando avaliada do ponto de vista da construção de um caminho para atingir um objetivo comum aos seus integrantes.

Junto às quatro categorias associativas previamente propostas (compartilhar, contribuir, colaborar e cooperar), objetivando representar todos os níveis de integrantes de comunidades virtuais, mesmo aqueles que apresentam uma atitude mais contemplativa, foi acrescentado neste trabalho uma nova categoria, denominada ‘consultar’, composta por aqueles que previamente a uma

participação ativa acessam conteúdos sem interagir. Ficam assim as categorias reconhecidas:

i) Consultar: significa a consulta aos conteúdos publicados e promovidos, sem nenhum tipo de ação visível no processo de participação no qual outros integrantes estão envolvidos. Representa os integrantes silenciosos, que contemplam as interações e os processos de discussão e de construção de conteúdo sem se envolverem diretamente, porém aproveitando tais conteúdos disponibilizados para construção de idéias individuais que não são compartilhadas, pelo menos não naquela comunidade. Porém representam potencial de construção e compartilhamentos desses conteúdos em outros espaços;

ii) Compartilhar: significa a distribuição e promoção de divulgação de determinados conteúdos. Compartilha-se, assim, um propósito, um determinado discurso, um objetivo, uma idéia. Por meio da interface multimídia é possível acessar rapidamente e aleatoriamente tópicos interessantes de forma não-linear, além de ver, ouvir e interagir com as informações presentes (MCLUHAN, 1992);

iii) Contribuir: significa a inclusão de um novo conteúdo, uma nova idéia ou o apoio a uma idéia já existente, com conhecimento, com informação, com uma habilidade específica, desde que contribua com o processo de construção de consensos e dissensos. É uma atitude de implicação com o processo, que envolve o integrante na construção do conteúdo que

está sendo publicado e divulgado. Alguns dos mais buscados e utilizados conteúdos da Internet e estão disponíveis gratuitamente devido à contribuição de colaboradores que consideram a construção coletiva de conhecimento fundamental para uma sociedade (BENCKLER, 2006);

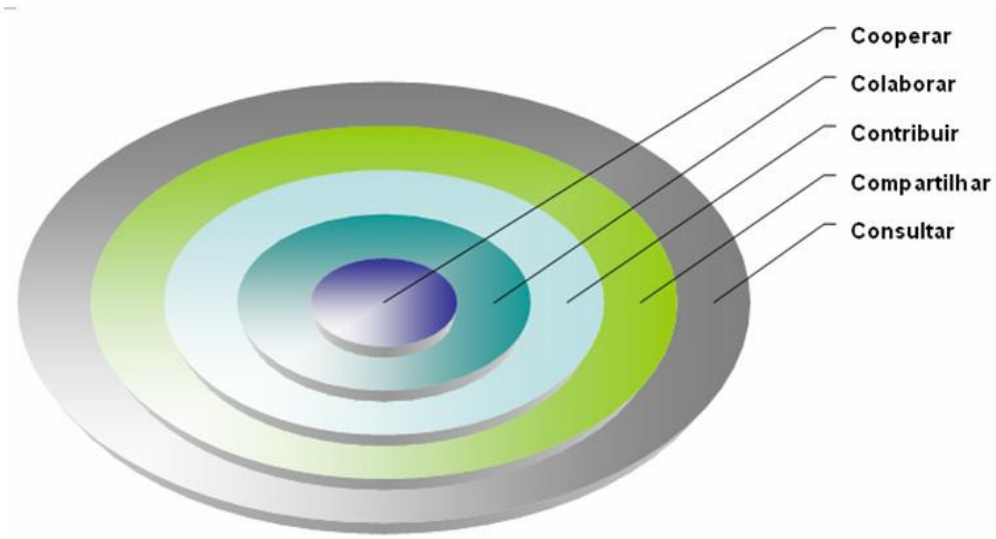
iv) Colaborar: significa trabalhar junto, na convergência de interesses comuns por meio de elaboração de idéias, de conceitos e de conteúdos para alcançar determinados fins visando ajudar para o benefício de outro, criando alguma coisa nova ou diferente por meio da colaboração e, assim, se contrapondo à simples troca de informação. Neste nível os integrantes ainda possuem objetivos distintos, porém, estes podem se tornar comuns justamente porque não são díspares. Reconhece-se um desejo de se estabelecer um laço social porque já se reconhecem como integrantes com interesses e objetivos, se não ainda comuns, pelo menos próximos. Colaboração é todo trabalho em comum realizado por um ou mais indivíduos (MAÇADA e TIJIBOY, 1998). Porém, trata-se ainda de reunião de ações realizadas isoladamente pelos colaboradores, mesmo quando o fazem na direção de um objetivo comum (ESTRÁUZULAS, 1999);

v) Cooperar: significa trabalhar junto para a realização de um objetivo em comum, reconhecido assim por todos os integrantes. O laço social acontece e se fortalece neste nível, gerando o sentimento de pertencimento aos integrantes da comunidade virtual, pois se trata do nível mais elevado da atitude de implicação, por meio

> da execução de trabalho coletivo. A cooperação pressupõe relações de respeito mútuo entre os integrantes, que assumem uma postura de convivência e de tolerância frente às possíveis diferenças de visões e concepções de mundo, visando, enfim, um processo de negociação constante (MAÇADA e TIJIBOY, 1998).

Em uma comunidade virtual, seus integrantes podem ser reconhecidos em diferentes níveis de associações participativas, ou mesmo em um nível anterior, quando somente acessam as informações produzidas ou compartilhadas pelos outros integrantes. Quanto mais integrantes pertencentes a determinado nível de associação, mais facilmente se identificam, no comportamento coletivo desta comunidade, traços que a caracterizam como pertencente também a tal nível de associação participativa.

Figura 2. Esquema associativo-participativo dos integrantes, níveis de atitudes de implicação reconhecidos em comunidades virtuais



Neste processo associativo-participativo, a comunicação é um elemento básico necessário. Para que haja diálogo entre os integrantes de uma comunidade é preciso que se mantenha um ambiente que permita e potencialize o diálogo. Tal ambiente se constitui com características de reconhecimento de pares entre os integrantes, que compartilham visões e idéias comuns, ou que possuam um mesmo foco, um mesmo propósito na busca por um mesmo objetivo.

Segundo Palloff e Pratt (2002), alguns mecanismos que colaboram com este ambiente potencializador do diálogo são:

i) Provocar os integrantes com questionamentos que se tornem motivo de debate;

ii) Estimular o reconhecimento e a construção de consensos e dissensos sobre assuntos debatidos;

iii) Reconhecer os diferentes níveis de associação-participativa de seus integrantes e, caso identifique interesse de mudança de postura, incentivando-os para que alcancem outro nível de interação;

iv) Estimular a visão colaborativa, apresentando resultados já alcançados pelos integrantes que possam ser reconhecidos como construções coletivas de conteúdo, no qual os integrantes se reconheçam como produtores do conteúdo publicado;

v) Responsabilizar todos os integrantes pela manutenção do ambiente potencializador do diálogo.

O sentimento de pertencimento é resultante dessa construção coletiva, que é tanto construção de conteúdo colaborativo quanto construção de relações, de vínculos afetivos. Essas características são responsáveis por manter a existência do grupo e responsáveis por manter o ambiente potencializador do diálogo. Para sentir que se pertence a um determinado grupo é necessário que se sinta que se faz parte, que se está com seus pares, com iguais, pelo menos em relação a alguns interesses comuns. Portanto, perceber as atividades dos outros indivíduos é essencial para reconhecer o outro como seu par, diminuindo a sensação de impessoalidade que um ambiente virtual inicialmente significa.

A constituição de novas formas de se comunicar entre os indivíduos, o fortalecimento de uma comunicação dialógica, mais inclusiva e mais participativa, o surgimento do pensar inferencial, que se permite ir além do pensamento indutivo e do pensamento dedutivo e a maior diversificação na representação dos pensamentos comunicados, por meio do uso de meios multimídia (MAÇADA e TIJIBOY, 1998), fortalecem uma nova concepção de espaço e de tempo que, se não elimina todas as fronteiras de comunicação, tende a contribuir para a sua vulnerabilidade.

Diante deste cenário, novos paradigmas para a educação são considerados. A geração que agora se constitui de estudantes adolescentes e jovens adultos está mais preparada para conviver em uma sociedade em constantes mudanças, faz parte de comunidades virtuais, participando de temas escolares e temas de interesse pessoal. Exercita em suas relações virtuais o uso e o domínio do ferramental que as novas tecnologias, mas também a nova forma de comunicação, permite.

Faz parte desse novo paradigma, a constituição de ferramentas tecnológicas e pedagógicas que se aliam a esse novo tempo e

reforçam essa dinâmica, tais como as comunidades virtuais de aprendizado, os cursos à distância e os trabalhos realizados de forma virtual e colaborativa entre os grupos escolares. Neste novo modelo educacional, os professores passaram a atuar como facilitadores do processo de aprendizagem e o aprender a aprender e o aprender a colaborar, é privilegiado.

O setor da saúde, fornecedor de informações e de serviços que contribuem para o bem-estar biológico, psicológico e social, frente a essa realidade que formata os pensamentos, sentimentos e atitudes da nova geração, deve também transformar sua forma de comunicação e de diálogo com seus pacientes. Pois estes pertencerão cada vez mais à geração construída sob tais bases tecnológicas e sociais.

Este é o debate que já se constitui em alguns campos da saúde coletiva. A Abrasco, Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Pública, por meio de seu Grupo Técnico de Comunicação em Saúde, realiza, desde 1991, estudos, pesquisas e publica referenciais que apontam para a necessidade de mudanças no modelo de comunicação amplamente adotado no campo da saúde (PITTA, 1995). Esses trabalhos apontam para a construção de um novo modelo de comunicação que privilegie uma comunicação mais dialógica, multicêntrica e polifônica, o que deve provocar o surgimento de um novo pacto entre todos os agentes envolvidos.

2.5. A possível produção de consensos

Aqui se busca explorar a possibilidade de construção de consensos na área da saúde, por ser esta uma das ferramentas para que médico e paciente cheguem a um resultado satisfatório no diálogo. São explorados aspectos da relação de poder que constituem

vínculo e proposição de caminho para esta possível produção de consensos.

Como exposto, as mudanças produzidas pelo uso das novas tecnologias não se restringem ao âmbito das ações comunicativas e do potencial tecnológico de maior interação. Afetam ainda as relações sociais, a educação, a produção do conhecimento, podendo afetar também um dos pilares das formações sociais modernas: a divisão técnica e social do trabalho e do conhecimento associado a este, que gerou as especializações, os especialistas e as corporações técnicas.

É necessário considerar que, a partir do momento em que a saúde-doença foi reconhecida como assunto técnico-especializado, fica instituída sua posse pelas corporações técnicas, uma vez que só os técnicos detêm o conhecimento especializado sobre a natureza e o funcionamento do corpo: são 'autoridades' no tema. Porém, os indivíduos são donos de seus corpos e mentes, portanto, são os responsáveis e primeiros interessados em seu pleno funcionamento. Seus corpos e mentes lhes pertencem. Mas tal pertencimento parece acabar-se no momento em que adoecem, quando tais corpos não funcionam (MADEIRA; LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2007).

Este conflito se origina no fato de que essas diferentes lógicas, sentidos dominantes no campo da saúde, são operadas por sujeitos diferentes - profissionais da saúde e indivíduo/população - que ocupam espaços, lugares sociais diferentes. Os profissionais ocupam espaços reconhecidos, a academia, os serviços de saúde e o Estado, enquanto os indivíduos comuns ocupam espaços geográficos e sociais particulares.

Na prática, a assistência médica individual implica a aceitação, por

parte do paciente reconhecido como leigo, de uma gestão técnica de seu corpo, dos cuidados em saúde, guiada pelo conhecimento técnico especializado. Ocorre, portanto, um enquadramento do paciente, constituindo exemplo prático da proposta lógica do biopoder (FOUCAULT, 1979).

Este é um dilema estabelecido entre a lógica sanitária e a lógica do senso comum (LEFÈVRE e LEFÈVRE, 2004a). Esse conflito, vivenciado por todos, inclusive pelos próprios profissionais e cientistas da saúde quando assumem o papel de pacientes, é apaziguado em nossa sociedade quando se trata a saúde como uma mercadoria, saúde como externalidade e o paciente passa a ser reconhecido como um consumidor, em busca da aquisição de mais saúde.

A relação médico-paciente é uma relação autoritária, pois se realiza entre alguém com mais poder e outro com menos poder. Assim, também é a relação entre a 'autoridade sanitária' e o cidadão e, por fim, é a relação entre o Estado e o cidadão. É uma relação de submissão, entre desiguais. Hannah Arendt analisou conceitos que podem ser utilizados na análise deste tipo de relação: poder, autoridade, diálogo. O conceito de poder para Arendt (1981) é importante, pois ajuda a compreender a diferença entre autoridade e poder.

O exercício do poder se dá por meio da palavra (*léksis*) e da ação (*práksis*), sendo sua origem na palavra potência, denotando um potencial e não sua efetividade. Poder também é diferente de força, algo imanente do individuo em si. Poder é sempre em relação com o outro, exercido na diferença entre ambos.

Autoridade significa o exercício do poder não pela força violenta, uma vez que a força eliminaria a possibilidade da relação entre os

diferentes pelo diálogo, pelo convencimento. Autoridade, portanto, é *"[...] contraposição à coerção pela força como à persuasão através de argumentos*" (ARENDT, 1992).

O discurso e a persuasão podem criar consensos e ações a partir de julgamentos tomados, tendo como base mais dados e informações. Um dos pressupostos da persuasão é a igualdade; a autoridade é o contraponto da igualdade, fundando-se na desigualdade, em uma aceitação entre o que manda e o que obedece.

Considerando este quadro como pano de fundo, o conhecimento sobre saúde e sobre doença, incluindo o conhecimento de natureza técnica, generalizadamente disponibilizado na Internet, aparece como um instrumento potencialmente empoderador dos indivíduos na luta para participar, ativa e criticamente, do controle de sua saúde e sua doença. Por outro lado, tal "empoderamento" pode colocar em xeque as bases da educação sanitária, pois esta é composta por um conjunto de técnicas e práticas destinadas a viabilizar um melhor funcionamento do processo de enquadramento. Nesse processo está pressuposto uma posição subordinada dos indivíduos (pacientes), aos quais cabe desempenhar a função de cumpridores das recomendações e das prescrições técnicas. Mantêm-se pacientes, passivos.

Dessa forma, com o possível "empoderamento" oportunizado pelo maior acesso às informações disponibilizado pela Internet (e pela mídia de um modo geral), o controle social, no campo da saúde coletiva, passa a ter um sentido mais claro na medida em que aponta para a idéia de posse compartilhada do conhecimento e das práticas relativas à saúde, entre o campo técnico e o leigo, composto por indivíduos, comunidades, grupos, sociedade civil (MADEIRA; LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2007). Essa posse compartilhada

permitiria a constituição de um conjunto intersecional, composto por conhecimentos e práticas resultantes desse conflito, do diálogo franco e aberto, entre a lógica técnica e a lógica leiga. Constituem-se, assim, os alicerces para a construção de consensos, mesmo que provisórios, no vasto campo da saúde.

Neste caso, como em outros estudados e apontados por Arendt, a igualdade que se busca é uma igualdade política, igualdade de fala, não é uma igualdade de papéis sociais, pois as diferenças sociais existem e se manterão. O que se busca é um reequilíbrio da relação estabelecida entre técnico e leigo, ou, especificamente, médico-paciente. É o compartilhamento de visões diferentes de um mesmo objeto: do corpo, das sensações biológicas e psicológicas, do diagnóstico conclusivo, de sensações do mundo. É com isso que se busca o consenso.

Quando se reconhece os modos de se ocupar o mundo, de se conhecer o mundo, para além da contemplação, modo que não se constitui como uma ação de fato, é somente a 'vida activa', e somente seu último formato, a ação comunicativa, plural, na práxis, ação que depende da palavra, é que se produz uma ação política, portanto, uma ação que possibilita a geração de consensos (ARENDT, 1997).

O entendimento, pelo leigo, dos aspectos técnicos de suas doenças pode se tornar elemento empoderador para ele apenas se filtrado pelo seu cotidiano, dando mais consistência à sua experiência, contextualizando a informação. Experiência é uma palavra de mesma origem etmológica de 'empírico', 'experiente', 'perigo'. Assim, experiência é o modo de se aprender com o perigo.

O empoderamento pode se dar também pelo diálogo em rede, entre pares, isto é, pela comunicação em rede favorecida pela Internet,

pela construção de sentidos estabelecida nesse encontro plural de diferentes. Um exemplo são as comunidades virtuais de portadores de doença. Essas comunidades conseguem, horizontalmente, constituir uma identidade comum, se auto-informando e também estabelecendo consensos entre seus pares. São novos espaços sociais de articulação, de interação.

Um dos motivos da existência de comunidades virtuais é a busca pelo reconhecimento de um grupo, do seu grupo, da identificação de pensamentos espelhados. Porém, nessa busca se estabelece a fala e a escuta, se estabelece o sentido de um possível *lócus* virtual, uma busca pela compreensão daquilo que o outro quer sentir e quer dizer.

Como se dá a relação de poder e de autoridade dentro dessas comunidades virtuais? Tais comunidades se constituem em um espaço próprio, estão no ciberespaço, um local constituído de muitos lugares e que passa a ser o lócus, o território dessa nova comunidade. Os indivíduos, os viventes do 'ciberlugar' se encontram limitados a um tema que todos escolheram, em boa parte são temas relacionados à saúde e doenças. O sentimento de pertencimento é um indicador de que o indivíduo é parte desse todo.

Porém, não basta somente o acesso mais facilitado à informação ou a construção de novas relações entre pares. Como dito, a capacidade de o indivíduo participar, é elemento essencial para iniciar a possível construção de consensos. Sem ele a relação continua sendo relação de mando e obediência, de autoridade, inviabilizando a constituição de espaço de ação de comunicação dialógica, na busca pela produção da diagnose.

Também o compartilhamento de poder do médico é essencial para

ocorrer um re-equilíbrio na relação, uma busca por igualar os participantes para que ocorra o diálogo, o convencimento. Para que o poder seja compartilhado é necessário, de parte a parte, disposição para tal ou coerção para tal. Essa tarefa não é fácil, uma vez que quem está no poder não quer deixá-lo e não costuma praticar o compartilhamento de poder e quem está fora do poder, em função do compartilhamento estar baseado em área do conhecimento que exige tradicionalmente uma formação especializada, não identifica capacidade de participar dele.

O empoderamento do paciente é identificado como possibilidade de equilíbrio desta relação e redução da assimetria informacional, existente entre médico e paciente, justamente por ser o paciente o sujeito mais vulnerável da relação. A busca é pela constituição de um possível diálogo que possibilita a troca de sentidos e de realidades diferentes do mundo (ARENDT, 1981).

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. (MADEIRA, 2006).

É necessário reforçar o fato de que a relação entre indivíduos, que se dá no campo da comunicação, é reconhecido como um processo dialógico de circulação de informações. Com o uso das novas tecnologias da informação e da comunicação torna-se, potencialmente, de fácil circulação e produção rápida de conhecimento. 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.

No campo da saúde coletiva, o acesso à informação, assim como o acesso à saúde, constitui-se cada vez mais como um direito, que deve ser não apenas respeitado, mas também fortalecido, para que possibilite a constituição de espaços públicos nos quais se construa consensos sobre qual saúde se reconhece e se deseja.

2.6. As comunidades virtuais e as relações interpessoais

Todo indivíduo produz e mantém, em seu cotidiano, uma série de relações com outros indivíduos. As relações são estabelecidas quando da necessidade ou vantagem para alcançar fins, sejam eles concretos, objetivos, ponderáveis, conscientes ou simbólicos, subjetivos, imponderáveis ou inconscientes. Tais motivações variam desde obediência à razão até aos puros instintos. Muitos desses fins – especialmente os mais básicos, como preservação da espécie – necessitam absolutamente de ação não individual.

As pessoas estabelecem relações de amizade, relações profissionais, educacionais, de serviço, como médico-paciente dentre inúmeras outras, sendo tais relações caracterizadas pela diferença de papéis exercidos pelos sujeitos envolvidos. Tais papéis costumam estar relacionados a diferentes níveis de poder

exercidos por diferentes sujeitos da relação. Assim, algumas relações interpessoais podem ser entre iguais, com relação horizontal no que se refere ao poder. Outras são, por sua natureza ou por convenções, relações assimétricas ou verticais quanto ao poder.

Nas comunidades virtuais, na falta de um participante que assuma o papel de 'animador', todos os participantes em geral são responsáveis pela participação e pela motivação do grupo. Assim também, na falta de um mediador aceito como tal pelos integrantes, todos do grupo são mediadores, trabalhando de forma matricial na construção do conteúdo coletivo que seja de interesse, senão de todos, da sua grande maioria.

Segundo Vygotsky (1998), que estudou desenvolvimento cognitivo das crianças, existem dois níveis de desenvolvimento do conhecimento: o real, que determina o que a criança é capaz de fazer por si própria (já adquirido ou formado), e o potencial, determinado pelo que se é capaz de fazer com a ajuda de outra pessoa. A mediação - ação de coordenar e facilitar o trabalho coletivo - é potencializada quando se identifica a posição de cada integrante do grupo em relação ao nível associativo-participativo e se busca uma atuação na Zona de Desenvolvimento Proximal (ZDP). Identifica-se a ZDP como a distância entre o nível de desenvolvimento real e o nível de desenvolvimento potencial, sendo esse o terreno adequado para a construção, pelo indivíduo, de novos conhecimentos.

Esta ação mediadora na ZDP no caso do grupo, somente é possível se os mediadores souberem o nível de conhecimento real dos demais integrantes da comunidade virtual. Assim será possível projetar caminhos que facilitem a construção de novos conceitos e, portanto, de novas matrizes de interesse e de conhecimento do

coletivo. Neste trabalho os mediadores precisam estimular o diálogo para que cada integrante se manifeste sobre o que deseja saber e o que sabe.

Esse processo identificando-se conceitos, apropriando-se de ferramentais, como os níveis associativo-participativos, a atuação mediada na ZDP e o reconhecimento de interesses e de conhecimentos reais, descrevem uma receita adequada que tende a resultar num comprometimento maior de todos os integrantes (PEROSA e SANTOS, 2003). Esse comprometimento também tende a fazer evoluir os integrantes a níveis mais elevados, a partir de seus níveis originais de participação.

Comprometimento carrega afetividade e é carro condutor para experiências de satisfação que podem, facilmente, se tornarem fontes de fluir (CSIKSZENTMIHALYI, 1990). Experiência que cria um estado em que os integrantes podem estar tão 'mergulhados' em uma atividade coletiva, que pode ocorrer sentimento de que, para si, nada mais parece ter importância.

Em uma comunidade virtual, visando uma construção coletiva, é importante que se estabeleça o diálogo aberto, reflexivo, para que os integrantes do grupo não tenham medo de expor suas dificuldades. A afetividade é elemento básico que constitui esse ambiente de fluir. Funciona muitas vezes como "mola propulsora de ações", não eliminando a razão, mas esta fica em segundo lugar. Vygotsky foi um pesquisador e pensador que buscou, à sua época, superar a tendência da psicologia em contrapor e avaliar o sentimento e a razão separadamente. Acreditava que ao separar o intelecto do afeto, a psicologia deixa de estudar causa e origem do pensamento (REGO, 1997).

Quando se constitui esse ambiente ideal, que potencializa as

relações e a produção coletiva em uma comunidade virtual, tal ambiente se mantém, caso seja assegurada a confiança entre seus integrantes, que permita a todos pensar, colaborar, produzir conteúdos, baseados em regras, formalizadas ou não, reconhecidas pelo coletivo.

É possível observar que as comunidades virtuais, que possuem um significativo número de integrantes e uma reconhecida interação, possuem também regras publicadas, declarando direitos e deveres de seus integrantes. Em algumas comunidades virtuais relacionadas a doenças crônicas, uma dessas regras é a proibição da menção a algum medicamento "de marca". Isso pode indicar uma preocupação de seus integrantes e/ou mediadores em não fortalecer ou permitir a imagem da comunidade como meio, como canal de divulgação comercial. Já em outras comunidades virtuais esse tipo de regra não se aplica.

Assim, se observa também que, conforme a comunidade virtual em que o indivíduo se encontra, suas atitudes se adaptam às regras, aos direitos e aos 'deveres' estabelecidos. Compõe-se, assim, um caleidoscópio de atuações, conforme a comunidade discursiva na qual está atuando em determinado momento. Mudam-se as regras, o ambiente, os ouvintes virtuais e, como conseqüência, mudam-se os comportamentos e os discursos (MAINGUENEAU, 2000). Assim, os indivíduos conectados atuam de formas diferentes, com a dinâmica que a Internet lhes possibilita, em cada comunidade discursiva na qual aporta sua nave.

2.7. Conflito, negociação e construção de sentido

Desde os primórdios o homem vive em sociedade, organiza-se em grupos, tendo como principal objetivo a sua sobrevivência. Para

viver em sociedade o homem se submete às leis e normas de conduta que determinam regras e limites. O Estado é detentor legítimo não só das regras que determinam como esta sociedade deve se organizar, mas também dos instrumentos que devem garantir o cumprimento de tais regras. Trata-se de "*uma associação que pretende o monopólio do uso legítimo da violência*" (WEBER, 1999).

Todas as sociedades existem com algum nível de controle do poder instituído (coação social) completados pelos controles auto-determinados pelos próprios indivíduos, formatados como códigos de conduta e padrões de comportamento. Estes são impostos pelo processo civilizatório vivenciado pelo homem (ELIAS, 1994). Portanto, onde há sociedade, há deveres e direitos determinados. Além das leis, uma estrutura organizacional se impõe, na qual hierarquias são estabelecidas e classes sociais, culturais, religiosas e econômicas passam a ser reconhecidas. Compõe-se o tecido social, de fato composto por vários retalhos, em formatos e tamanhos diferentes entre si.

Na organização social, seja de qualquer tamanho, diferentes interesses estão em jogo e podem entrar em conflito. Nesse jogo social, não se afirma um novo direito em favor de um conjunto de pessoas sem suprimir algum velho direito do qual se beneficiava algum outro grupo de pessoas (BOBBIO, 2004).

Essa é a máquina que mantém a organização social em movimento, em constante atualização. Conforme conflitos de interesses se estabelecem, novos arranjos se constituem, novos poderes se fortalecem e novas regras são definidas.

É fato que hoje em dia boa parte das sociedades busca alguma forma de organização que permita maior participação da sociedade,

com algum grau de democracia envolvido neste processo. A exposição de interesses de grupos sociais distintos e o reconhecimento do conflito estabelecido são elementos que emergem mais facilmente dada a forma de organização social mais estabelecida. Segundo Waizbort (1998), o processo de civilização "*diz justamente respeito à regulação dos conflitos mediante coações exteriores e auto-coações; quando elas não são 'eficazes', o conflito eclode sob a forma de violência*".

Exposição de interesses distintos e reconhecimento do conflito são passos necessariamente anteriores a um processo de negociação.

Assim acontece nas sociedades organizadas tradicionais e nos grupos sociais que as compõe, assim acontece também na Internet e em suas comunidades virtuais. Quem não aceita negociar, ou quem não tiver a habilidade necessária para negociar suas condições, corre o risco de não se envolver em atividades coletivas e de não ser reconhecido por seus pares.

> *O jogo social implica obrigatoriamente em conceitos de coletividade, de agregação de seres humanos em cooperação, concorrência, conflito, empatia ou antipatia. Nessa coletividade, eu faço algo como parte do nosso fazer. Eu e o outro compartilhamos um propósito coletivo. Sem intencionalidade coletiva não há fatos sociais, não há interação humana.* (MATUS, 2005, p. 279).

Negociar é uma ação estratégica determinada por interesses anteriores e um objetivo a ser alcançado. Seu processo se dá por meio do debate, apresentação e discussão sobre um determinado tema que seja de interesse comum entre os integrantes envolvidos.

Como a negociação busca a solução ou o apaziguamento de um conflito, ela exige, necessariamente, a presença de mais de uma parte interessada no tema tratado; estes expõem proposições e argumentações em busca do convencimento, objetivando a construção de algum acordo, meio pelo qual se busca solucionar as divergências identificadas pelo e no conflito.

Cada grupo ou mesmo cada integrante que participa de um processo de negociação, inicia o processo porque possui uma necessidade insatisfeita e identifica no outro, determinado potencial que possibilitaria alcançar essa satisfação desejada. O processo de negociação é uma ação de interação e, por meio desta ação, um indivíduo pode transformar também as regras legitimadas e estabelecidas, se tiver habilidade adequada para isso (CSIKSZENTMIHALYI, 1990).

O processo de negociação não é uma ação isolada, restrita e utilizada em determinado momento da interação. Como qualquer processo, a negociação se constitui de elementos, etapas e dimensões que o estruturam. Tais dimensões são identificadas como determinantes para o próprio processo de negociação, contribuindo para uma potencial mudança de rumo, o que implica potencial mudança de resultados (ZAJDSZNAJDER, 1988). A seguir são destacadas dimensões do processo de negociação:

i) Dimensão lógico-lingüística: os integrantes envolvidos produzem argumentos, apresentam provas e formulam hipóteses de resultados;

ii) Dimensão psicológica: cada integrante tem percepções de si e do outro e que mudam à medida que a negociação vai se desenrolando;

iii) Dimensão do poder: a negociação é um jogo de

forças em que o poder está presente, podendo auxiliar ou desalinhar o processo de negociação;

iv) Dimensão social-econômica: a negociação sempre envolve grupos em uma determinada sociedade, sendo determinante a posição sócio-econômica dos integrantes envolvidos;

v) Dimensão antropológica: existência de rituais, regras e cerimoniais que estão integrados nos usos e costumes constituindo o que é e o que não é negociável;

vi) Dimensão administrativa: compõe a forma como o grupo se organiza para negociar, como planeja e como faz a coordenação e o processo de decisão;

vii) Dimensão tácito-estratégica: composta por manobras e artimanhas que conduzem a outra parte para uma determinada decisão desejada.

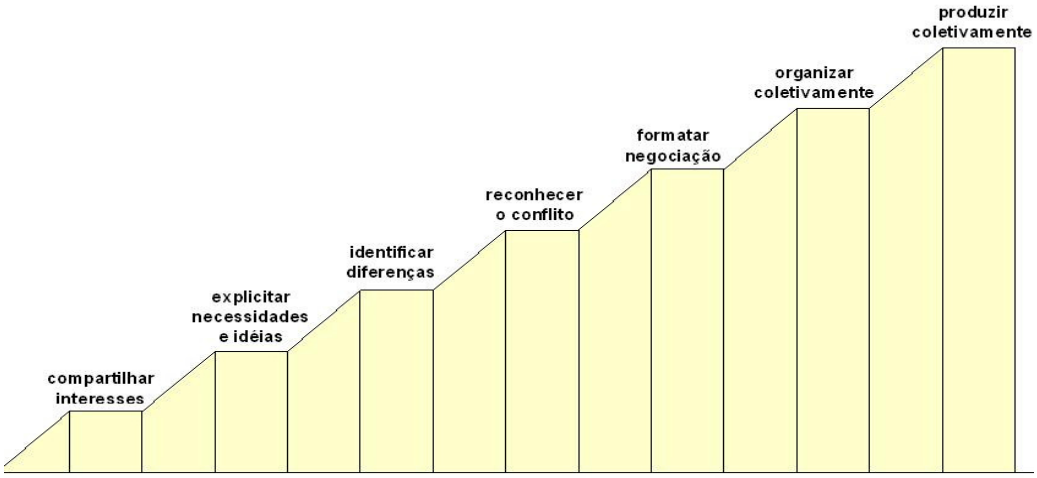
Por ser um processo, a negociação ocorre em etapas, que vão desde a necessidade de expor pontos de vista e compartilhar interesses, até a possível construção de um acordo. Portanto, a negociação acontece desde a primeira fala, quando o indivíduo expõe os motivos que o impulsionam, legitimando sua busca. Daí para frente o processo dependerá da interação, do olhar do outro, do acolhimento dado e recebido.

Quando o processo de negociação ocorre na interação presencial podemos olhar, identificar feições e posicionamentos do corpo, falar e ouvir. Todos esses elementos que constituem a comunicação são elementos que facilitam a compreensão e a percepção de intenções.

Na interação virtual somos desafiados pelas mudanças que o meio nos impôs, pois o discurso é atemporal, não linear, e o meio, muitas vezes, exige argumentos representados em textos curtos. Essas mudanças são dificultadores no processo de negociação: não estamos ainda totalmente adaptados ao meio. O risco é, neste navegar, não ser mantido nenhum objetivo da negociação inicial, perdendo-se no meio. Porém, o que se observa é que as comunidades virtuais operam de forma a superar rapidamente tais barreiras, reconhecendo como desafios que são superados com criatividade e produção coletiva.

Analisando produções coletivas desenvolvidas por integrantes de comunidades virtuais é possível reconhecer etapas do processo de negociação que são trabalhadas para alcançarem os resultados comuns desejados (MADEIRA, 2006). Tais etapas são compatíveis com elementos identificados por outros pesquisadores que estudam o mesmo tema: RHEINGOLD (1998), LÉVY (1999), BAUMANN (2003), YUS (2003) e COSTA (2005).

Figura 3. Etapas reconhecidas em discursos que indicam exercício do processo de negociação nas comunidades virtuais



Aqui existe um pressuposto que deve ser declarado, pois as etapas reconhecidas indicam que o integrante da comunidade virtual, de alguma forma participou, uma vez que a análise de um discurso em uma comunidade virtual se dá sobre aquilo que foi escrito por alguém. É sabido que as comunidades virtuais são compostas por integrantes que buscam informações publicadas, usam conteúdos disponibilizados sem escreverem ou publicarem conteúdo de qualquer natureza. São integrantes que compõem coletivos, muitas vezes são indivíduos silenciosos em uma determinada comunidade e intensos colaboradores em outras, realizando trocas entre as comunidades virtuais nas quais participam.

A seguir estão descritas as etapas reconhecidas em discursos de integrantes de comunidades virtuais e que indicam o exercício do processo de negociação nas comunidades:

1. Compartilhar interesses: o integrante reconhece conteúdos de seu interesse e sente necessidade de compartilhar seus interesses com outros, objetivando identificar quem no grupo pode auxiliá-lo a alcançar seus objetivos;

2. Explicitar necessidades e idéias: o integrante percebe que precisa expor necessidades, idéias e significados para que os integrantes da comunidade virtual, principalmente aqueles identificados como possíveis colaboradores, possam saber de suas necessidades e contribuam, assim como ele passa a contribuir com idéias e significados para colaborar com a causa de outros;

3. Identificar diferenças: os integrantes passam a perceber diferenças individuais entre os participantes

da comunidade. Essa etapa só ocorre quando um número suficiente de participantes expôs suas idéias individuais e significados frente aos temas trabalhados pela comunidade virtual;

4. Reconhecer o conflito: os integrantes reconhecem e participam de conflitos, conflitos 'pontuais' específicos de determinado tema, ou 'gerais' referentes à forma de condução dos trabalhos ou ao resultado final do que a comunidade virtual está produzindo coletivamente. Essa etapa só ocorre quando um número suficiente de participantes expôs suas idéias individuais e seus significados sobre determinados temas trabalhados e um conjunto dos integrantes percebe que as diferenças podem prejudicar o atendimento de seus próprios objetivos;

5. Formatar negociação: os integrantes, parte ou todo, iniciam ações que indicam interesse em negociar com a outra parte, abrindo mão de certos desejos, objetivando resolver os conflitos ocorridos para que todos os integrantes, ou pelo menos a maior parte, possam alcançar seus objetivos estabelecidos.

6. Organizar coletivamente: os integrantes passam a se organizar de forma conjunta, em um processo de construção coletiva que prevê o reconhecimento das diferenças e a negociação como partes integrantes, continuamente exercitadas no processo;

7. Produzir coletivamente: os integrantes percebem que o conflito e a negociação produziram uma sinergia entre os participantes da comunidade virtual, fazendo

com que estes atuem de forma coordenada, o que faz o processo da produção coletiva se tornar mais eficiente.

Analisando essas etapas como um processo de evolução da produção coletiva dos grupos o que se verifica é que, no início do processo de construção coletiva, os integrantes estão isolados tanto em seus interesses e objetivos, como na escolha e aplicação dos meios e instrumentos para alcançar tais objetivos. Ao final do processo esses integrantes, os que não abandonaram a comunidade, se reconhecem como pertencentes a um coletivo que possui interesses comuns, ou próximos, e se utilizam de meios e de instrumentos pactuados para alcançar objetivos comuns.

Na sinergia alcançada a semelhança entre os parceiros não é explícita, se percebe diversidade complementar e se encoraja o pensamento paradoxal, estimulando a convivência com a confusão decorrente de pontos de vista e atitudes muitas vezes contraditórias.

A partir deste ponto o ambiente da comunidade virtual passa a ser de estímulo e movido pelo emocional, muitas vezes transportando o racional como passageiro. Ocorre mais facilmente a gestão colegiada e o apoio às expressões de novas idéias, de novas perspectivas e significados, sentimentos e comportamentos. Esse novo clima produz abertura e aceitação das diferenças entre seus integrantes, fortalece a capacidade de postergar julgamentos, reduz a preocupação com a empatia e valoriza a diversidade e a criatividade coletiva.

Por fim, esse processo possibilita o surgimento de novos perfis de lideranças, que estimulam os colaboradores a oferecerem contribuições, observando o coletivo e compartilhando o crédito das

conquistas.

Os resultados coletivamente produzidos têm potencial para serem melhores do que a soma dos produtos isolados de cada um dos indivíduos envolvidos.

2.8. Capacidade de compartilhar poder

O homem é resultado de suas relações; as relações familiares, escolares, do trabalho e sociais forjam sua imagem, sua linguagem, seus significados. Nas relações, o homem se reflete e fortalece suas representações sociais. O homem é o resultado de uma produção coletiva do meio.

Toda relação pressupõe a presença de algum nível de Poder estabelecido entre os integrantes da relação. O Poder funda-se nas relações sociais, sustentando-se na relação que ocorre entre diferentes, possibilitando a construção de consensos, mediante o consentimento, a persuasão, a repressão.

O Poder enquanto capacidade potencial de ação também é categoria explicativa da realidade, dado que representa a capacidade de um individuo ou grupo alcançar objetivos que sejam de seu interesse.

Mario Testa (1993), quando analisa cenários diagnósticos e elabora planejamentos estratégicos, reconhece o poder como *elemento de relação*, mas também o reconhece como *capacidade para* atingir objetivos. Sendo o Poder um elemento importante em seu diagnóstico e planejamento, Testa busca identificar e quantificá-lo.

Na saúde, o Poder, identificado como capacidade técnica, está no cotidiano das instituições de atendimento e das categorias

profissionais, entre as categorias profissionais e entre técnicos e leigos. Este Poder, ou capacidade técnica, está baseado no conhecimento, especialmente sobre algo que o outro desconhece. Estabelece, assim, uma assimetria informacional nas relações.

Por ser presente na relação, o Poder produz efeitos de saber, constituindo verdades, subjetividades e práticas no cotidiano dos indivíduos. Para Foucault (1982), existe um circuito de manutenção entre Poder e Saber, uma vez que a gênese do Saber está em uma relação de Poder, e o Saber assegura o exercício do Poder.

Essa relação entre Saber e Poder, constituída e mantida na assimetria informacional, se expressa na relação entre médico e paciente: o médico é o profissional que foi capacitado, possui um Saber técnico-científico que o habilita e, portanto, é reconhecido seu Poder de atuar na busca por um diagnóstico e na execução de procedimentos para tratamento, atuando, para isso, no corpo do paciente.

A palavra Poder é repleta de significados, deriva de fatores lingüístico-culturais, tais como a evolução semântica, os empréstimos lingüísticos e a linguagem figurada. Resulta, portanto, também de uma construção que foi se tornando coletiva ao longo de nossa história, conforme foram estudando, debatendo e conceituando, os teóricos do tema. Constitui-se um termo com rica diversidade de significados: a capacidade polissêmica do termo permite uma série de jogos de palavras no campo da ambigüidade.

> *"Parece-me que se deve compreender o poder, primeiro, como a multiplicidade de correlações de forças imanentes ao domínio onde se exercem e constitutivas de sua organização; o jogo que, através de lutas e afrontamentos*

> *incessantes as transforma, reforça, inverte; os apoios que tais correlações de força encontram umas nas outras, formando cadeias ou sistemas ou ao contrário, as defasagens e contradições que as isolam entre si; enfim, as estratégias em que se originam e cujo esboço geral ou cristalização institucional toma corpo nos aparelhos estatais, na formulação da lei, nas hegemonias sociais."* (FOUCAULT, 1993).

Poder, para Foucault, está na multiplicidade de correlações, está nas relações e na estratégia pensada que, adotada, leva em consideração sujeitos que pensam de forma diferente, possuem expectativas e desejos distintos, mantendo representações de dominante e dominado. Está presente no conflito que se estabelece e que instiga a transformação, nas estratégias de aliança e apoios em busca da construção de solução com algum nível de consenso, mesmo que este seja resultado da coerção ou da coação. O poder, como resultado de uma relação de forças, está presente durante todo o jogo da negociação.

Para Bertrand Russell (1979), não é possível estudar as relações entre os homens sem buscar o Poder presente nestas relações. Afirma que o Poder se manifesta pelo uso da força, castigos e recompensas, o que se constitui como formador de hábitos e costumes sociais desejados.

Seu significado também é tratado por Norberto Bobbio (1986), quando afirma que ter Poder é ter a capacidade de premiar ou de punir com o objetivo de se obter um determinado comportamento desejado.

Marx Weber (1982) reconhece no Poder "*a possibilidade de que um*

homem, ou um grupo de homens, realize sua vontade própria numa ação comunitária, até mesmo contra a resistência de outros que participam da ação", correlaciona poder com a capacidade de indivíduos e grupos imporem suas vontades e assim atingirem seus objetivos. Para Weber as classes sociais têm suas oportunidades determinadas pela existência de maior ou menor Poder.

Para Pierre Bourdieu (1977), o Poder somente pode ser trabalhado a partir da noção de campo de disputa pelo Poder entre detentores de poderes diferentes, incluindo na discussão a noção de capital econômico, social e cultural. O campo de disputa se refere ao espaço social, arena na qual entram em um jogo os diferentes interessados; indivíduos, grupos, instituições que possuem quantidades de algum tipo de capital. O jogo é o de manutenção ou mudança de posições dominantes, conservação ou transformação de relações de forças.

Os diferentes tipos de capital – econômico, social e cultural – podem pela educação se transformar em capital simbólico, tornando-se Poder legitimado e originado de tais capitais anteriormente não totalmente reconhecidos como legítimos. Com o Poder Simbólico, uma ordem pode tornar-se eficiente porque aqueles que a executam, com a colaboração objetiva de sua consciência ou de suas disposições, crêem nela prestando-lhe obediência. Bourdieu introduz o significado de Poder Simbólico como "*Poder invisível que só pode se exercer com a cumplicidade daqueles que não querem saber que a ele se submetem ou mesmo que o exercem.*" (1977).

Reconhecido como legítimo o Poder pode proporcionar organicidade à vida social. Nas sociedades onde a liberdade e a democracia são reconhecidas como valores importantes o Poder do Estado é legitimado e reconhecido como necessário: somente o

Poder pode criar Direito e somente o Direito pode limitar o Poder (BOBBIO, 1986).

O Poder exerce uma espécie de força sobre indivíduos e grupos e os conduz a ações que, isoladamente, fora da relação constituída, não realizariam.

Nos diálogos publicados, discursos trocados por integrantes de comunidades virtuais em relação, nos seus processos de negociação e de construção coletiva de significados e conteúdos, é possível identificar estratégias e falas que permitem o reconhecimento do Poder em seu cotidiano.

Nesses mesmos diálogos é possível identificar falas que relatam sobre fatos e situações ocorridas, relacionadas à relação médico-paciente, vivenciadas por eles como pacientes. Há relatos nos quais se refere à presença do Poder exercido pelo médico enquanto detentor de um saber técnico. Relatam também significados que atribuem a tais situações vivenciadas, muitas delas não consideradas por eles como situações agradáveis e que remetem a uma intenção de questionar a constituição do jogo da relação de Poder estabelecida durante a consulta médica, mas não a necessidade da relação em si, uma vez que entendida como necessária sempre que se necessita de cuidados médicos.

Tais questionamentos são mais facilmente reconhecidos em diálogos em comunidades virtuais na Internet por se tratar de um espaço privilegiado para inovações e transformações. Para Castells "*uma estrutura social com base em redes é um sistema aberto altamente dinâmico suscetível de inovação sem ameaças ao seu equilíbrio*." (CASTELLS, 1999a, 499).

2.9. Ética e Bioética

Quando um indivíduo começa a questionar determinadas situações de vida, de regras ou condutas estabelecidas socialmente, isto representa, externamente, uma contradição que, possivelmente, já vinha se desenhando em seus pensamentos. Isso é correto especialmente quando se questiona autoridade socialmente legitimada em seu grupo social.

O questionamento, a argumentação contrária ao pensamento comum e hegemônico, seria o primeiro sinal de que um conflito está se estabelecendo. Quando indivíduos se envolvem em uma disputa por manter ou alterar algum princípio norteador da lógica da organização social, transformações na relação de Poder daquele grupo possivelmente ocorrerão.

> *"Esta disputa eterna entre princípios e contra princípios, apesar de os princípios estarem aparentemente vencendo sempre (é a idéia da permanência social, do prevalecimento do sincrônico sobre o diacrônico), vai mudando as sociedades lentamente até surgirem e consolidarem-se, no cenário social, novos princípios, que por sua vez, vão gerar seus correspondentes contra princípios; esse processo amplo constituindo a História da vida humana sobre a terra."* (LEFEVRE, LEFEVRE, MADEIRA, 2007).

Nessa disputa, princípios morais e éticos, que funcionam como combustível no jogo simbólico, são reforçados e são questionados. Este movimento de disputa entre princípio e contra-princípio é resultante da dimensão diacrônica da vida social. Faz parte do

processo de negociação e do possível processo de transformação do grupo social em disputa.

Em busca de uma definição do termo Ética, neste contexto seu significado adotado se origina da compreensão de que ética é *"[...] uma reflexão que discuta, problematize e interprete o significado dos valores morais*" (CHAUÍ, 1995), reconhecendo valores morais como aqueles relacionados às regras identificadas como corretas (permitido e proibido), presentes no cotidiano, regulando as relações entre os sujeitos. Portanto a ética é sempre uma reflexão crítica sobre aquilo que é válido para todos, costumes e regras vigentes na sociedade, valores morais que servem de referência para o grupo.

A ação de refletir sobre a realidade, iniciar questionamento e induzir um conjunto de pessoas a pensar sobre determinadas regras estabelecidas socialmente, faz do questionador um sujeito ético, que se descola do contexto de seu cotidiano – moralmente regulado – não necessariamente objetivando constituir novos referenciais morais, mas se constituindo, de fato, em sujeito que potencializa essa mudança de referenciais socialmente aceitos.

O termo Bioética, foi inicialmente cunhado em 1927, por Fritz Jahr, em artigo publicado no Jornal Kosmos. Bioética (*bio* + *ethik*), termo caracterizado como um conjunto de regras éticas relacionadas à vida, proposto como um “imperativo bioético” (GOLDIM, 2006).

Em 1971 o termo Bioética voltou a ser utilizado, adotado pelo bioquímico americano Van Rensselaer Potter, incluindo neste as questões relacionadas à biosfera e à ética global. Potter (1971) buscou caracterizar os problemas impostos pelo desenvolvimento tecnológico, tratando sobre o tema da dicotomia entre fatos da ciência e valores da ética, observando o cuidado ético relacionado

à sobrevivência humana.

Os avanços tecnológicos em áreas diversas da medicina, tais como transplante de órgãos e outros cuidados para manutenção da vida, levantaram questões éticas relacionadas ao prolongamento da vida. Tais questões foram se ampliando nas décadas seguintes e a Bioética ganhou cada vez mais atenção, com destaque para as questões relacionadas à eutanásia, transplante de órgãos, aborto, intervenção genética em seres humanos, biotecnologia e biossegurança.

Na Bioética - com seu caráter pluralista e transdisciplinar (GARRAFA, 2005) confirmado na Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos de 2005 – se passa a realizar estudos e debates diversos, que possibilitam avançar em investigações, como os debates sobre os limites da vida, a doação de órgãos, os limites da intervenção técnica no corpo dos indivíduos, a recusa ao tratamento médico por motivos religiosos ou culturais, o racionamento de cunho técnico-burocrático aos cuidados de saúde, entre outros.

A experiência científica realizada com seres humanos foi uma das primeiras áreas adotadas e transformadas pela Bioética. Devido a conflitos sociais oriundos de experiências realizadas de forma abusiva, o governo dos Estados Unidos, em 1974, constituiu uma comissão responsável por determinar princípios éticos básicos que deveriam orientar a condução de pesquisas biomédicas e comportamentais que envolvam seres humanos[5].

"Em bioética, a relação médico-paciente pode

---

[5] Para mais informações consulte "National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research", em GARRAFA, 2005.

> *reduzir-se a três tipos de agentes: o médico, o paciente e a sociedade. Cada um com um significado moral específico: o paciente atua guiado pelo princípio da autonomia, o médico pelo da beneficência e a sociedade pelo da justiça. A autonomia corresponde, nesse sentido, ao princípio de liberdade, a beneficência ao de fraternidade e a justiça ao de igualdade."* (MUÑOZ e FORTES, 1998).

Os princípios fundamentais da Bioética – autonomia, beneficência e justiça – foram anunciados no Relatório Belmont (1979), fonte determinante de influência no pensamento de cientistas sociais e de profissionais da bioética em variados campos do pensamento e da prática, na pesquisa e na clínica médica (GARRAFA e PRADO, 2001).

O Princípio da Autonomia, princípio do respeito pela pessoa, significa a autodeterminação de um indivíduo, capaz de tomar decisões que afetem a sua saúde e as suas relações sociais. É a capacidade de decidir o que é melhor para o curso de sua vida. Para que exista essa autonomia é necessário que o indivíduo conheça, tenha informações sobre as suas alternativas de ação e tenha liberdade para assumir e executar tais ações. Quem tem autonomia tem liberdade de pensamento e deve ser livre de coações para escolher entre as alternativas que lhe são apresentadas (MUÑOZ e FORTES, 1998).

O Princípio da Beneficência refere-se a um dever deontológico, tendo como objetivo principal o alcance do bem-estar e o atendimento aos interesses do paciente. Portanto o Princípio da Beneficência deve ser entendida como dupla obrigação: não causar danos e maximizar benefícios e minimizar prejuízos (KIPPER e

CLOTET, 1998).

O Princípio da Justiça refere-se ao momento em que a justiça deixou de ser concebida como condição natural (fatalidade da natureza) para transformar-se em uma decisão moral nos termos de um contrato social. O indivíduo passa a considerar suas decisões morais baseando-se na justiça e assim o direito à vida - saúde, integridade física, liberdade e propriedade – são reconhecidos no final do Século XVII como direito primário de todo ser humano (SIQUEIRA, 1997).

A Bioética tem representado importante subsídio para o debate sobre o acesso à informação como um direito do paciente. Guiada por seus princípios fundamentais, a Bioética afirma que a relação médico-paciente deve ser pautada pelos três princípios, reforça assim a necessidade de fortalecimento do princípio da autonomia do paciente.

A informação é compreendida como o subsídio básico para que o paciente possa exercer sua autonomia. Porém o acesso à informação é somente um dos elementos que potencializa o exercício da autonomia, podendo ainda estar inacessível – não fisicamente ou virtualmente – mas, por ser descontextualizada, não necessariamente é assimilada e compreendida pelo paciente. Exemplo disso é o conteúdo produzido pelos profissionais e cientistas da área da saúde, composto por informações técnicas e científicas que dificultam a compreensão por aqueles que não são seus pares.

Reconhecer e ultrapassar tais barreiras, impostas ao campo da informação, é necessário para se chegar aos domínios da autonomia. O caso dos primeiros ativistas na luta contra a AIDS nos Estados Unidos é exemplar neste sentido, pacientes saíram da

‘posição de leigos’ para a de plenos conhecedores das informações científicas atualizadas, o que mudou radicalmente o reconhecimento do grupo de pacientes frente às decisões assumidas pelos órgãos de pesquisas e pelo governo (COLLINS e PINCH, 2005).

Uma participação mais ativa do paciente durante os processos de diagnóstico e cura também colabora para o exercício do princípio da beneficência, uma vez que pacientes mais bem informados e melhor envolvidos em tais processos de decisão, colaboram para que decisões não compreendidas, ou mesmo falhas, sejam minimizadas e melhor controladas, uma vez que o controle se amplia e descentraliza nas mãos dos muitos pacientes envolvidos neste processo (MOORMANN, 2005).

Por fim, se o princípio da justiça se relaciona aos interesses da sociedade, do coletivo e corresponde ao princípio da igualdade (MUÑOZ e FORTES, 1998), a redução da assimetria informacional, possibilitada pelo equilíbrio no processo de decisão sobre o diagnóstico e as alternativas de tratamento, reduz a assimetria informacional e a assimetria de poderes entre médico e paciente, contribuindo diretamente para o cumprimento de tal princípio.

O Novo Código de Ética Médica

Para o cumprimento dos princípios fundamentais da Bioética, em particular em observância ao principio da beneficência, é necessário que sejam formatadas normas jurídicas determinadas ao campo das competências profissionais da saúde, reconhecidas como normas deontológicas.

O que se busca aqui é realizar uma análise de considerações e

artigos existentes na norma deontológica médica, de seus termos e contextos relacionados, direta ou indiretamente, ao princípio da autonomia. Para isso são citados e comentados trechos da Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) nº. 1931, na qual se aprova e se torna público o novo Código de Ética Médica (Anexo 1), em vigor desde abril de 2010.

Entre os princípios fundamentais do exercício da medicina, citados no novo Código, merecem destaque os seguintes:

> *PREAMBULO*
>
> *"I – O presente Código de Ética Médica contém as normas que devem ser seguidas pelos médicos no exercício de sua profissão, inclusive no exercício de atividades relativas ao ensino, à pesquisa e à administração de serviços de saúde, bem como no exercício de quaisquer outras atividades em que se utilize o conhecimento advindo do estudo da Medicina." [...]*
>
> *Capítulo I*
>
> *PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS*
>
> *"I - A Medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade e será exercida sem discriminação de nenhuma natureza.*
>
> *II - O alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional. [...]".*

> *V - Compete ao médico aprimorar continuamente seus conhecimentos e usar o melhor do progresso científico em benefício do paciente."* (CFM, 2010).

Esses primeiros princípios referem-se ao objetivo da profissão e ao foco principal da ação do médico. A saúde do ser humano é identificada como foco, destacando-se: a ação individual e coletiva; a desaprovação à discriminação a seres humanos quando do atendimento médico; a necessidade de zelo e de capacidade profissional e; a necessidade de atualização contínua, sobre as melhores práticas na profissão.

O princípio da beneficência está presente quando se trata do zelo, da capacidade profissional e da atualização contínua, compreendido como aprimoramento e atualização técnica em busca de uma melhor atenção à saúde do paciente.

Quando esses princípios referem-se ao foco na saúde do ser humano, compreendido que a autonomia do paciente produz resultados positivos em sua saúde, verifica-se que esses primeiros princípios indiretamente reforçam o princípio da autonomia do paciente.

> *"VI - O médico guardará absoluto respeito pelo ser humano e atuará sempre em seu benefício. Jamais utilizará seus conhecimentos para causar sofrimento físico ou moral, para o extermínio do ser humano ou para permitir e acobertar tentativa contra sua dignidade e integridade."* (CFM, 2010).

Esse princípio se refere ao respeito que o profissional médico deve ter para com seu paciente, de forma absoluta, isso é, de forma

plena, que independe de qualquer fator externo, incondicional.

Novamente aqui é o princípio da beneficência que está diretamente presente quando o Código reforça que o médico "*atuará sempre em seu benefício*", ou seja, para o benefício da saúde do paciente. A segunda frase do princípio trata do não malefício, sendo inicialmente reconhecido como parte da interpretação do princípio da beneficência, também tratado como um princípio em si pelos teóricos da Bioética.

> *"XX - A natureza personalíssima da atuação profissional do médico não caracteriza relação de consumo."* (CFM, 2010).

Nesse princípio a pessoalidade do médico na sua atuação profissional fica evidenciada, o que reforça a responsabilidade do médico quanto à manutenção de uma positiva relação médico-paciente, uma vez que ele é pessoalmente responsável por suas ações profissionais. Significa dizer que a responsabilidade do médico é pessoal, quando identificada – de forma objetiva – culpa por destrato, imprudência, imperícia ou negligência, tal culpa é reconhecia como culpa pessoal, independente da instituição para a qual está prestando serviços.

Outro aspecto tratado por esse princípio é a afirmativa de que a relação médico-paciente não é uma relação de consumo, ou seja, como se trata de relação pessoal não estaria sujeita às normas de defesa do consumidor. Por outro lado pode ser compreendido que, não sendo reconhecido como serviço comercializável, não está sujeito ao deveres, mas também não está protegido pela legislação vigente.

> *"XXI - No processo de tomada de decisões profissionais, de acordo com seus ditames de*

> *consciência e as previsões legais, o médico aceitará as escolhas de seus pacientes, relativas aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos por eles expressos, desde que adequadas ao caso e cientificamente reconhecidas."* (CFM, 2010).

Esse princípio se refere diretamente ao dever médico quanto à execução de tratamentos e procedimentos escolhidos por pacientes. Destaca uma série de "poréns", considerando que tal execução deve estar de acordo "*com seus ditames de consciência e as previsões legais",* e ainda quando ao embasamento científico do procedimento solicitado, *"desde que adequadas ao caso e cientificamente reconhecidas".* Mesmo assim, trata-se de um princípio que contempla diretamente do princípio da autonomia do paciente que, quando munido de uma decisão relacionada ao seu tratamento, deverá ter apoio de seu médico para que sua escolha seja respeitada.

Quanto aos direitos dos médicos, explicitados no Capítulo II do Código, merece destaque o seguinte direito:

> *"VIII - Decidir, em qualquer circunstância, levando em consideração sua experiência e capacidade profissional, o tempo a ser dedicado ao paciente, evitando que o acúmulo de encargos ou de consultas venha a prejudicá-lo."* (CFM, 2010).

O termo "*o tempo a ser dedicado ao paciente"* – compreendendo este tempo como o tempo da duração da consulta ou o tempo da dedicação ao caso clínico – é, no Código, reconhecido como um direito do profissional médico "*levando em consideração sua*

experiência e capacidade profissional". Este é um tema relevante, pois se refere a um elemento que normalmente é institucionalizado em outras profissões – e na prática, também nesta. Refere-se também a um importante elemento que colabora para a melhor qualidade do atendimento.

Existem constatações de que uma maior dedicação, em tempo e foco, do profissional médico a uma determinada causa clínica está diretamente associada a uma maior qualidade no atendimento e maior sucesso no diagnóstico e na conduta terapêutica. Essas constatações se dão em diferentes campos:

i) Em estudos acadêmicos, pesquisas como as realizadas por Macinko, Almeira e Oliveira (2003), além de pesquisas de Araújo (2008) revelam essa associação.

ii) Em procedimentos de gestão estabelecidos em serviços médicos, tais como a Portaria MPAS/CONASP nº. 3046/82, de 20 de julho de 1982 que determina quantidade e tempo de atendimento médio para cada especialidade médica, além das recomendações da Organização Mundial de Saúde, OMS

iii) Na percepção do paciente quando questionado sobre o que para ele contribui para a ocorrência de uma boa consulta médica; além do pouco tempo dedicado à consulta ser apontado, pelos pacientes, como um importante problema. A pesquisa analisada nesta dissertação apresentam resultados nestes sentidos.

> *"A disponibilidade de tempo durante a consulta, permitindo maior espaço para a conversa e para a escuta, constitui-se em componente do vínculo e pode ser destacada como fator que proporciona outra dimensão ao atendimento, importante tanto para o paciente como para o trabalho do médico."* (ARAÚJO, 2008).

O tempo dedicado ao caso clínico – seja o tempo de duração da consulta, seja o todo da dedicação ao caso – se refere ao respeito que o médico deve ter para com seu paciente, mas também ao compromisso profissional de se fazer o máximo possível e de forma absoluta, para produzir melhor saúde para o paciente. O trecho "*evitando que o acúmulo de encargos ou de consultas venha a prejudicá-lo"* relaciona-se diretamente a situação de ser esta uma atuação profissional personalíssima, cuja responsabilidade pelos atos está diretamente associada à pessoa do médico. Sendo os resultados de ato sua responsabilidade pessoal, deve ser também sua a responsabilidade pela execução de ações que evitem o fracasso.

O Capítulo III do novo Código trata da responsabilidade profissional. Os trechos selecionados e expostos a seguir se referem também, direta ou indiretamente, aos princípios fundamentais da Bioética, como norma deontológica de caráter coercivo/proibitivo. Reforça o compromisso dos médicos à observância dos princípios fundamentais da Bioética, com algumas proibições ou, *"é vetado ao médico":*

> *"Art. 1º - Causar dano ao paciente, por ação ou omissão, caracterizável como imperícia, imprudência ou negligência. Parágrafo único: A responsabilidade médica é sempre pessoal e não*

> *pode ser presumida." [...]*
>
> *"Art. 4º - Deixar de assumir a responsabilidade de qualquer ato profissional que tenha praticado ou indicado, ainda que solicitado ou consentido pelo paciente ou por seu representante legal."* (CFM, 2010).

Os primeiros artigos buscam, pela proibição, reforçar os princípios descritos no Código que estabeleceram o foco principal da atuação da profissão e a observância quanto a ser um ato profissional pessoal, com responsabilização direta do médico, ainda que, esclarecendo que a culpa "*não pode ser presumida*".

É importante destacar que o Artigo 4º reforça a responsabilidade profissional de uma forma que o profissional médico deva assumir a responsabilidade pelo ato "*ainda que solicitado ou consentido pelo paciente ou por seu representante legal"*, o que remete a uma postura de certa contradição, uma vez que é explicitado anteriormente – como princípio da profissão – o respeito à autonomia do paciente, respeito portando à autonomia da decisão de a qual ato se sujeitar.

O interessante e positivo, neste tipo de aparente conflito, ou contradição, entre um e outro artigo, entre uma e outra obrigação do e para médico, é que, de fato, pode-se apontar uma harmonia e coerência. Se entendido e cumprido todos os artigos do Código, fica entendido que a responsabilidade primeira e última é do médico, mesmo que, mesmo sendo indicado o amplo esclarecimento e respeito a autonomia do paciente. Ou seja, o estímulo à autonomia do paciente, não elimina a responsabilidade – e autonomia – do médico. É por isto também que este tem a prerrogativa de se negar ao atendimento e também – e esse

mesmo Código indica – o paciente poderá buscar uma 2ª opinião – que, na prática, indica 3ª, 4ª e assim por diante – sobre seu caso.

Assim, o que pode parecer contradição, de fato é/são as duas faces da mesma moeda e, em sentido dialético, constrói-se consensos, decisões e procedimentos baseados nisso e, no fim, em autoridade – médica – que deverá ser mantida e ampliada, no sentido de mais competência técnica, mais experiência e, cada vez mais, respeito e aprendizado no/pelo diálogo com o paciente, estando este mais esclarecido e ativo. Outros itens desse Código reforçam tal sentido.

> *"Art. 13º - Deixar de esclarecer o paciente sobre as determinantes sociais, ambientais ou profissionais de sua doença."* (CFM, 2010).

O Artigo 13º veda a omissão ao esclarecimento do paciente quanto aos possíveis *"determinantes sociais, ambientais ou profissionais de sua doença"*. Não se constituindo em uma obrigação o esclarecimento, mas sim em uma proibição o *"deixar de esclarecer",* o Código mantém o profissional médico em uma postura menos ativa, no sentido de que não será necessário a ele conhecer de forma abrangente – e reconhecer em seus casos clínicos – tais determinantes relacionados às doenças de sua especialidade, uma vez que sua responsabilidade é apenas de não omissão de informações, possivelmente somente quando e se solicitadas pelo paciente, não se tratando aqui de obrigação, no sentido de uma ação pró-ativa, de esclarecimento de tais determinantes ao paciente sempre que este for notificado de alguma doença.

Ainda, quanto ao esclarecimento de determinantes sociais, ambientais ou profissionais de adoecimento, por se tratarem de determinantes de potencial impacto coletivo, tal ato de

esclarecimento quando feito de forma mais abrangente, ou seja, para todos os pacientes tratados, potencializaria uma disseminação de informações cujas contribuições também são ou seriam potencialmente coletivos.

Também em casos de doença de notificação compulsória – por exemplo algumas infecto-contagiosas e/ou as doenças relacionadas ao trabalho – tal "esclarecimento" teria/terá que ser acompanhada por essa notificação, provocando direitos, ações de correção e permitindo correções estatísticas e epidemiológicas aprimorando ações de Saúde Pública. Mas o esclarecimento, em si, ampliaria a chance de o paciente atuar para evitar ou corrigir tais condições de adoecimento ou fatores de risco, levando a mais prevenção de doenças.

Reconhecendo a medicina como um *"serviço da saúde do ser humano e da coletividade"* (Princípio I do Código), reconhecer o artigo acima como um dever abrangente seria uma forma de se garantir que tal princípio, no que se refere à comunidade, está sendo observado.

O Capítulo IV trata de direitos humanos. Os artigos identificados a seguir também oferecem uma visão de proibição quanto a atos e ações relacionadas a tais direitos.

> *"Art. 22º - Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte."* (CFM, 2010).

Este artigo remete ao termo de consentimento esclarecido, tornando proibido ao médico realizar procedimentos médicos sem o consentimento do paciente (ou de seu representante legal).

Esclarece, ainda, que o consentimento deve ser obtido após esclarecer ao interessado "*sobre o procedimento a ser realizado"*, além de observar que o médico pode executar procedimentos sem consentimentos em situações "*de risco iminente de morte"*. É um artigo cuja intenção é, claramente, reforçar a legalidade da autonomia do paciente.

> *"Art. 23º - Tratar o ser humano sem civilidade ou consideração, desrespeitar sua dignidade ou discriminá-lo de qualquer forma ou sob qualquer pretexto."* (CFM, 2010).

O Artigo 23º busca garantir um tratamento sem discriminação para qualquer ser humano em situação de atenção ou atendimento médico. Mantém, mesmo que indiretamente, foco no princípio da autonomia do paciente, mas também se refere, mais diretamente, ao princípio da justiça quando remete à proteção da dignidade humana, elemento importante para a manutenção da integridade física e psicosocial do paciente.

> *"Art. 24º – Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo."* (CFM, 2010).

Este Artigo 24º busca, por meio novamente da vedação, garantir o Princípio XXI descrito no Código, no qual destaca que *"o médico aceitará as escolhas de seus pacientes, relativas aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos por eles expressos",* reforçando assim decisão autônoma do paciente.

Neste artigo existe outro trecho que é foco de interesse quando destacado que é vedado ao médico "*exercer sua autoridade para*

limitá-lo", no sentido de limitar a autonomia de decisão do paciente. Primeiro, porque reconhece, no Código, se tratar de relação na qual existe uma posição de autoridade exercida pelo profissional médico. Segundo, pela proibição (vedação) de se exercer autoridade neste caso descrito, o que induz a reconhecer esforço oficial – por se tratar de Resolução do CFM – para uma redução do exercício do poder médico na relação; podendo esse ato potencialmente provocar uma redução da assimetria de poderes entre médico e paciente.

Os seguintes artigos destacados, relacionados aos Capítulos V e X, respectivamente Relação com pacientes e familiares e Documentos médicos, buscam operacionalizar princípios e proibições que os artigos anteriores trataram. Assim, foram destacados, com foco impeditivo, os seguintes artigos.

> *"Art. 31º - Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte. [...]*
>
> *Art. 34º - Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa provocar-lhe dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal. [...]*
>
> *Art. 39º - Opor-se à realização de junta médica ou segunda opinião solicitada pelo paciente ou por seu representante legal. [...]*
>
> *Art. 42º - Desrespeitar o direito do paciente de*

decidir livremente sobre método contraceptivo, devendo sempre esclarecê-lo sobre indicação, segurança, reversibilidade e risco de cada método." (CFM, 2010).

Os artigos acima, todos tratam do fortalecimento do princípio da autonomia do paciente, cada um deles observando foco específico identificado na prática médica:

i) O "*informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento"*, o que subsidiaria a tomada de decisão por parte do paciente.

ii) O respeito ao desejo e decisão do paciente por meio da proibição do "*desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas".*

iii) A proibição a *"opor-se à realização de junta médica ou segunda opinião solicitada pelo paciente*", como indicação de obrigação médica ao respeito ao desejo e decisão do paciente.

iv) A proibição a "*desrespeitar o direito do paciente de decidir livremente sobre método contraceptivo"*, como uma operacionalização do princípio nesta área cujo conflito quanto à manutenção do esclarecimento e da autonomia do paciente é foco.

O que se observa, de modo geral, é o registro do compromisso médico com o fortalecimento do princípio fundamental da autonomia do paciente, observando-se a exceções necessárias

quando a manutenção da vida – princípio este da prática médica – é colocado em risco.

Novamente chama a atenção o fato de que o tratamento dado aos artigos, como sendo tais ações "vedadas ao médico", pode induzir à compreensão de que o escopo de suas obrigações profissionais está reduzido (como analisado anteriormente no Artigo 13º). Esta redução se opera mais em casos em que o objeto do artigo se refere a tema mais abrangente e menos pontual. Ao detalhar ou repetir em outros artigos, além do referido nos primeiros – dos princípios – indica que o Código exige uma ação e não passividade do médico nesse sentido.

> *"Art. 87º - Deixar de elaborar prontuário legível para cada paciente.*
>
> *§ 1º: O prontuário deve conter os dados clínicos necessários para a boa condução do caso, sendo preenchido, em cada avaliação, em ordem cronológica com data, hora, assinatura e número de registro do médico no Conselho Regional de Medicina.*
>
> *§ 2º: O prontuário estará sob a guarda do médico ou da instituição que assiste o paciente. [...]*
>
> *[é vedado...] Art. 88º - Negar, ao paciente, acesso a seu prontuário, deixar de lhe fornecer cópia quando solicitada, bem como deixar de lhe dar explicações necessárias à sua compreensão, salvo quando ocasionarem riscos ao próprio paciente ou a terceiros."* (CFM, 2010).

Os artigos acima se referem, de forma objetiva, a como se deve

garantir e operacionalizar os registros médicos e o direito ao acesso do paciente a esses registros. O Código normatiza o prontuário quando descreve que "*O prontuário deve conter os dados clínicos necessários para a boa condução do caso, sendo preenchido, em cada avaliação, em ordem cronológica com data, hora, assinatura e número de registro do médico",* garantindo, assim, pelo Código que tais dados clínicos estejam sendo registrados e, com isso, garantindo informação de qualidade quando o paciente necessitar ou desejar tais informações.

Novamente nesta parte, no Artigo 88º, se observa o cuidado com a proibição do médico quanto a não autorizar acesso do paciente ao seu próprio prontuário, "*deixar de lhe fornecer cópia quando solicitada, bem como deixar de lhe dar explicações necessárias à sua compreensão"* sem, no entanto, assumir compromisso de promover ativamente o acesso do paciente aos seus dados clínicos, como, por exemplo, fornecer, de regra, cópia periódica dessas anotações.

Vale ainda registrar que são mantidas expressas regras imperativas quanto a manter sob sigilo – a outros que não o paciente – dos atos médicos e de documentos afins.

Em boa parte do texto do novo Código é possível identificar que a fórmula adotada em sua estrutura foi a da 'negação da negação', caracterizada nos textos dos artigos que "vedam ao médico" práticas de: "negar ao paciente", "opor-se", "deixar de atuar", "deixar de garantir", "deixar de respeitar" e "deixar de fornecer", além de outros.

Tal estrutura pode significar uma forma de redução do escopo das obrigações assumidas, proibindo ao invés de determinar fazer. Contudo uma leitura em seu conjunto e sob outro ângulo permite

interpretar como uma reiteração e reforço de obrigações, além de deslocar o profissional médico de sua posição mais autoritária para uma posição de maior equilíbrio na relação com o paciente.

Vale ainda referir que grande parte dos artigos do novo Código de Ética Médica que foram acima reproduzidos e debatidos, como, enfim, a maioria entre todos os artigos dessa nova versão, foram mantidos da versão anterior do Código, versão de 1988. Esse fato é positivo em si e mais ainda por manter e, como foi revisado, também reforçar, aspectos deontológicos sobre a prática médica que contemplam esses aspectos democráticos.

No que foi mudado ou acrescentado, uma das tendências foi justamente contemplar aspectos de respeito à autonomia do paciente. Exemplarmente: (a) respeitar os desejos e as decisões verbalizados pelo paciente; (b) obter consentimento esclarecido para realizar procedimentos; (c) respeitar a busca de 2ª opinião; (d) fornecer cópia do prontuário ao paciente, para além de 'somente' '*permitir acesso'* [a obrigação da cópia, antes, constava somente em Resolução e não no próprio Código].

Nesse sentido e de modo geral, mudanças ocorridas na versão em vigor do Código de Ética Médico foram positivas no sentido de contemplar novas demandas da sociedade e dos próprios médicos. Essa contemplação, expressando itens sobre a maior participação dos pacientes, cidadãos, responde a demandas crescentes da sociedade que exige mais protagonismo, transparência e autonomia. Essa tendência é causa e conseqüência, em algum grau, também do acesso às informações técnicas, sobre leis e sobre direitos.

Por fim, o que se reconhece de forma mais geral no novo Código de Ética Médica é um esforço no sentido do fortalecimento dos

princípios não somente da beneficência (o que é o mais esperado, dada as origens da profissão), mas também do princípio da justiça e, principalmente, o fortalecimento do princípio da autonomia do paciente.

3. A PESQUISA

3.1. Objeto

Possíveis transformações na relação de poder estabelecida entre médico e paciente representadas em três comunidades virtuais que tratam do tema saúde-doença.

Objetivos

i) Identificar por que as pessoas participam de comunidades virtuais;

ii) Identificar como as pessoas participam de comunidades virtuais;

iii) Identificar como se organizam as comunidades virtuais que tratam do tema saúde-doença;

iv) Identificar conteúdos informacionais de fóruns trabalhados em comunidades virtuais;

v) Identificar as inter-relações entre os indivíduos pertencentes a comunidades virtuais;

vi) Identificar como as relações de poder estabelecidas entre médico e paciente são tratadas nas comunidades virtuais;

vii) Identificar se o conhecimento adquirido pelos indivíduos pertencentes às comunidades pode transformar a relação médico-paciente tradicionalmente estabelecida.

Hipótese

A hipótese deste trabalho é a de que as comunidades virtuais

possuem potencial para transformar a relação médico-paciente tradicionalmente estabelecida, por meio do fortalecimento do papel exercido pelo paciente nesta relação, fortalecimento que se dá pela mudança da posição ocupada pelo paciente que, de 'submisso', passa a ser 'parceiro' na troca de informações e na tomada de decisão quanto aos caminhos do diagnóstico e do tratamento propostos pelo profissional médico.

As comunidades virtuais constituem-se como verdadeiros espaços públicos que possibilitam um ativo exercício de participação entre seus participantes, processo facilitado por ferramentas tecnológicas disponibilizadas em seus sites, que possibilitam o debate e a construção de consensos e dissensos, o que culmina na construção individual e coletiva de conteúdos que ficam disponíveis para todos os participantes, atuais e futuros.

Assim, entende-se que essa mudança de comportamento do paciente pode ser provocada por um maior acesso às informações específicas do campo da saúde – especialmente no que se refere aos conteúdos disponíveis em sites na Internet – em conjunto com a interação entre indivíduos participantes de comunidades virtuais.

3.2. Procedimentos Metodológicos

A presente Tese foi desenvolvida em quatro fases: i) levantamento bibliográfico; ii) coleta de dados; iii) análise dos dados e relação com referencial teórico; e iv) elaboração final das discussões e conclusões.

O levantamento bibliográfico foi realizado a partir de livros e artigos científicos, publicados preferencialmente nos últimos cinco anos, considerando autores mais e melhor referidos. Pretendeu-se

levantar os principais referenciais teóricos e seus posicionamentos, com a finalidade de subsidiar a análise dos dados provenientes da pesquisa empírica trabalhada.

A coleta de dados foi realizada por meio de um estudo qualiquantitativo, com aporte de dados estatísticos e de entrevistas em profundidade, utilizando a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) para apoio no processamento e organização da análise dos dados qualitativos.

Foram estudados os discursos de participantes de três comunidades virtuais com tempo de existência superior a 12 meses, conforme os seguintes cortes temáticos:

- Uma comunidade virtual cujo tema é *hepatite tipo C*;
- Uma comunidade virtual cujo tema é *vida saudável*;
- Uma comunidade virtual cujo tema é *transtornos da tireóide*.

A escolha dos temas tem o objetivo de atingir uma abrangência do tema relacionado à saúde-doença, explorando a atuação dos grupos organizados por patologias, mas que vai além do conceito de saúde como ausência de doenças.

A escolha dessas comunidades virtuais teve como critério: a) serem ativas na Internet no que se relaciona aos seus temas; b) apresentarem rotina de troca de mensagens entre seus participantes; c) serem, em algum nível, analisável, atuantes nos temas relacionados à saúde e doenças e; d) apresentarem fóruns com discursos de seus participantes que possibilite análise e identificação das representações sociais no grupo de participantes.

A coleta de dados foi executada em duas etapas: (a) questionário

aplicado com usuários da Internet, que fossem participantes ou não participantes de comunidades virtuais e, (b) coleta de material nos fóruns de discussão das três comunidades virtuais.

A seguir são relatados detalhes desses procedimentos adotados.

3.3. Levantamento bibliográfico

Primeiramente foi realizado um levantamento bibliográfico sobre o tema estudado, no qual foram utilizados cruzamentos relacionados aos três principais elementos que possivelmente compõem uma solução para um re-equilíbrio, em novas bases, da assimetria informacional existente entre médicos e pacientes (MADEIRA, 2006).

Entende-se que o estudo de tais elementos possibilita a constituição de referenciais teóricos que comportam a análise das transformações que impactam na relação médico-paciente. Assim, os cruzamentos foram relacionados aos seguintes eixos temáticos:

i) Acesso à informação sobre saúde;

ii) Autonomia e participação do paciente;

iii) Poder do médico.

Foi realizado estudo baseado nos acervos existentes nas bibliotecas da USP, da UNIFESP e FGV. Como facilitador do acesso aos textos bibliográficos optou-se pelo uso de ferramentas tecnológicas para acesso a algumas bases bibliográficas 'não locais' da BIREME, da OMS, da FIOCRUZ e da ENSP, além do uso de ferramentas de busca da Internet tais como a BVS (http://saudepublica.bvs.br) e o Scholar (http://scholar.google.com).

Foram utilizadas ferramentas de buscas, tanto locais, nas respectivas bibliotecas, como nos acervos disponíveis na Internet, utilizando-se os seguintes conjuntos de termos:

i) Acesso à informação sobre saúde; Access to health information; El acceso a la información sanitária;

ii) Autonomia e participação do paciente; Autonomy and participation of the patient; La autonomía y la participación del paciente;

iii) Poder do médico; Doctor's power; El poder del médico.

Após a realização de levantamento de documentos, a partir de livros e artigos científicos, foi realizada uma reorganização do material coletado e identificação dos documentos considerados relevantes para a pesquisa e descarte dos documentos duplicados ou avaliados como de baixa relevância.

Para essa análise da relevância foi realizada uma análise individual em títulos, resumos e referências bibliográficas, para avaliar a adequação, ou não, de cada artigo, à pesquisa. O período definido como de cinco anos foi determinado, sobretudo, em função do tema do estudo, uma vez que o tema relacionado a impactos da Internet e das comunidades virtuais trata-se de tema recente. Também foi elaborada uma lista de critérios utilizados para a validação dos documentos como relevantes para a pesquisa bibliográfica:

i) Compatibilidade com o conteúdo da pesquisa;

ii) Compatibilidade com eixos temáticos adotados;

iii) Textos publicados nos últimos cinco anos;

iv) Identificação do autor do documento;

v) Existência de referência bibliográfica;

vi) Consistência do conteúdo abordado.

Após leitura dos documentos relevantes foi realizada uma sistematização dos conteúdos abordados, identificando-os com os eixos temáticos e conforme os principais aspectos explorados em tais documentos. Esta pesquisa bibliográfica apresentou a existência de livros e vários artigos científicos relacionados aos três eixos pesquisados, compondo o seguinte resultado:

i) Textos selecionados que são relacionados ao eixo *acesso à informação para pacientes e médicos*: 52 diferentes textos, sendo 48 nacionais e 4 estrangeiros;

ii) Textos selecionados que são relacionados ao eixo *autonomia e participação do paciente*: 47 diferentes textos, sendo 30 nacionais e 17 estrangeiros;

iii) Textos selecionados que são relacionados ao eixo *poder do médico*: 36 diferentes textos, sendo 28 nacionais e 8 estrangeiros.

3.4. A metodologia qualitativa

Para a análise dos dados coletados na pesquisa adotou-se a metodologia de pesquisa qualitativa. Como o tema da pesquisa é analisar possíveis transformações na relação de poder existente entre médico e paciente em três comunidades virtuais cujos temas se referenciam a saúde e doenças – especialmente no que se refere ao acesso às informações disponibilizadas nos espaços de interação das comunidades virtuais e os significados atribuídos a possível transformação na relação médico-paciente – a pesquisa

qualitativa apresenta-se como o melhor método, por lidar com variáveis qualitativas (SIMIONI et al, 1997), possibilitando um enfoque mais adequado no significado do comportamento do indivíduo.

A técnica empregada foi a do Discurso do Sujeito Coletivo – DSC. Essa técnica possibilitou a construção de sujeitos coletivos distintos, através da análise de material individual e da extração das idéias centrais, de ancoragens e de expressões-chave, compondo-se com as ancoragens semelhantes os 'discursos-síntese', que expressam uma coletividade ou um sujeito coletivo que viabiliza um pensamento social (LEFÈVRE, 2003).

Os discursos-síntese construídos neste processo de preparo foram utilizados como material para a interpretação referencial, analisando as relações entre o material empírico, resultante da pesquisa, e os referenciais teóricos estudados (MOSCOVICI, 1978).

Entende-se que os indivíduos envolvidos nesta pesquisa são conjuntos de atores sociais que, identificados com/em determinadas posições sociais, são reconhecidos como categorias na medida em que detêm representações sociais semelhantes, que se traduzem nos discursos que expressam (BOURDIEU, 1990).

Trabalha-se aqui, portanto, com o conceito de representação social como uma forma de conhecimento prático, socialmente construído para dar sentido à realidade da vida cotidiana. Trata-se de um conhecimento construído nas interfaces objetivo/ subjetivo, individual/ coletivo (MOSCOVICI, 1978; JODELET, 1984).

3.5. Sujeitos da pesquisa

A pesquisa foi realizada primeiramente com indivíduos que acessaram a Internet e responderam ao questionário on-line disponibilizado durante o período de tempo determinado no projeto de pesquisa. Foi realizada também, posteriormente, a análise de respostas de indivíduos, publicadas em fóruns de discussão na Internet.

Durante o período estabelecido, 177 indivíduos acessaram a pesquisa, concordaram com o Termo de Aceite (Anexo 2) e responderam ao questionário de forma estruturada e discursiva. Não houve fontes externas de financiamento para tal pesquisa. Os sujeitos da pesquisa não foram remunerados.

A Internet foi escolhida por ser o próprio meio tecnológico e de comunicação estudado. É importante destacar algumas características próprias e únicas desse ambiente: esse ambiente é caracterizado pela recepção a indivíduos possuidores de três tipos de capitais diferentes: humano, físico e social (FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS, 2003).

A Internet cria um ambiente onde quem acessa é o indivíduo que:

i) Sabe ler e escrever no idioma de seu conteúdo de interesse; o capital humano;

ii) Tem acesso a um equipamento de informática, ou seja, micro-computador, a um meio de ligação com a Internet (link ou linha telefônica discada) e acesso a um sistema operacional, com software de navegação; o capital físico;

iii) Sabe usar o ambiente de Internet, usa o sistema de navegação e conhece minimamente as ferramentas e a

organização do ambiente virtual; o capital social.

A lógica desse espaço é fundamentada nos fluxos de informação, na descontinuidade geográfica e no desenvolvimento de constelações livremente inter-relacionadas que minimizam a contigüidade territorial e maximizam as redes de comunicação (CASTELLS, 1999b).

A escolha da Internet como meio de realização da coleta de dados exigiu, deste projeto, assim como o ocorrido na pesquisa realizada em 2005, um esforço para a divulgação da pesquisa em telecentros públicos, para que seu alcance fosse o mais abrangente possível, aproveitando algumas das principais características do meio: a facilidade, a agilidade e a capacidade de difusão de informações. Com essa ação buscou-se criar a possibilidade de participação da população que freqüenta os espaços públicos de inclusão digital.

Para aumentar a participação de indivíduos que acessam a Internet, mas que não possuem computadores e acesso a Internet em suas residências, o *site* elaborado para a pesquisa foi divulgado em redes públicas e pontos de acesso público espalhados pelo país. Para se entender o potencial dessa rede, vale mencionar que existem 8.103 telecentros no país, distribuído por 2.904 municípios, ou 52% dos municípios brasileiros (ONID, 2010). Em um dos programas públicos de acesso à Internet são atendidas em média 629 mil pessoas por mês (Governo do Estado de São Paulo, 2009).

A divulgação sobre a pesquisa, seu questionário, coleta de dados nos fóruns de discussão e forma de acesso aos resultados, foi realizada da seguinte forma:

i) Elaboração de duas cartas de apresentação da pesquisa para solicitação de apoio para a divulgação nos telecentros e organizações sociais que apóiam ações de

inclusão digital (Anexo 3).

ii) Identificação de projetos de inclusão digital e instituições responsáveis por telecentros e redes de telecentros existentes no Brasil, realizada mediante contato com o Observatório Nacional de Inclusão Digital (ONID), vinculado ao Instituto de Pesquisas e Projetos Sociais e Tecnológicos (IPSO), órgão da Secretaria de Logística e Tecnologia da Informação (SLTI), do Ministério do Planejamento, Governo Federal.

- Verificação das informações referentes a contato (*e-mail, site* e telefone) da lista de telecentros e projetos de inclusão digital no Brasil (Anexo 5).

- Encaminhamento, por *e-mail*, com apoio de contato telefônico, de carta solicitando apoio para integrantes da lista de telecentros e projetos de inclusão digital.

- Verificação, por meio de amostra de 5% dos telecentros integrantes da lista, que confirmaram apoio, com divulgação por meio de inclusão do *link* da pesquisa em seus respectivos portais de acesso.

Construção e validação dos instrumentos de coleta de dados

Um dos instrumentos trabalhados foi um questionário semi-estruturado utilizado para a coleta de informações quantitativas e qualitativas, possibilitando respostas estruturadas e discursivas. Esse questionário foi publicado na Internet, com acesso público, livre e gratuito, no endereço eletrônico: *http://users1.jabry.com/wilmausp/default.htm.*

O desenvolvimento das questões foi baseado nos objetivos explicitados no projeto da pesquisa. O modelo do questionário utilizado está disponível no Anexo 4 deste documento. Inicialmente foi desenvolvido e publicado na Internet um protótipo do questionário para a realização de pré-testes, a verificação da compreensão quanto às questões elaboradas e a validação do ambiente publicado, das ferramentas disponíveis, do acesso às respostas disponíveis, da segurança (garantida por acesso via senha) e integridade das informações enviadas.

O período de pré-testes foi importante também para testar técnica e ferramentas de apoio à análise, possibilitando o teste de softwares e aplicativos para a análise das informações e dos discursos coletados: Qualiquantisoft e uma planilha eletrônica.

O processo de pré-teste envolveu também o envio de e-mails para alguns dos telecentros contatados para garantir a participação destes no processo de validação do questionário *on-line*, tanto em seu conteúdo compreensível, como quanto à ferramenta de preenchimento e envio de dados. O pré-teste envolveu 12 participantes e correu em março de 2009. Foram testados e validados:

a) Ocorreu nova validação do ambiente Internet e site no qual o questionário ficou hospedado para a realização da pesquisa. Validações anteriores já haviam ocorrido em na pesquisa realizada utilizando-se a Internet: “Navegar é preciso: impactos da Internet na relação médico-paciente” (MADEIRA, 2006).

b) O questionário foi testado, com verificação quanto à forma, *layout*, linguagem utilizada, compreensão e seqüência lógica das questões.

c) Os termos e conteúdo do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foram testados e adaptados para que fossem facilmente compreendidos pelos participantes.

d) O envio dos dados e manutenção dos resultados no banco de respostas foi testado e acompanhado durante todo o processo de coleta de dados, garantindo a integridade das informações preenchidas por todos os participantes.

Para que o questionário fosse aplicado na Internet foi desenvolvido um questionário *on-line* baseado em formulário do tipo HTML, utilizando recursos e ferramentas disponíveis gratuitamente na Internet. O questionário *on-line* foi publicado na Internet em um espaço gratuito, disponibilizado pelo provedor JABRY <http://www.jabry.com/>, o que possibilitou a divulgação do endereço próprio da pesquisa.

O questionário *on-line* contém o Termo de Consentimento; sem o seu preenchimento o pesquisado não preenche e encaminha as respostas das questões. Esse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido *on-line* atende às normas e diretrizes da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (Anexo 2).

Vale observar que a existência do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido *on-line* pode ter provocado estranhamento por parte dos indivíduos que acessaram a pesquisa. Questionamentos realizados por responsáveis nas instituições de projetos de inclusão digital que apoiaram a divulgação apontam para isso.

Essa formalização de consentimento não é comum ao ambiente informal existente na Internet, o que pode ter provocado desistências por parte de potenciais participantes da pesquisa.

Ao final dos testes e ajustes em estrutura e linguagem o

questionário *on-line* ficou organizado em dois blocos:

Bloco A: composto por seis questões relacionadas à identificação do indivíduo que respondeu ao questionário, utilizadas para: i) verificar se um mesmo indivíduo respondeu mais que uma vez ao questionário e também evitar envios automáticos de *spam* respondendo ao questionário; e ii) identificar o perfil sócio-econômico do entrevistado. As questões foram elaboradas para coleta de informações sobre os seguintes dados: Nome; Sexo (masculino/feminino); Idade (anos completos); Cidade em que reside/UF; Escolaridade (apenas o último nível que completou); e Profissão/ocupação.

Bloco B: contendo informações complementares, este bloco é composto por seis questões fechadas e uma questão aberta, relacionadas ao comportamento do indivíduo que respondeu ao questionário on-line frente ao acesso a Internet e comunidades virtuais que freqüenta.

Essa parte foi utilizada também para identificar os indivíduos que atendiam aos requisitos necessários para completarem as demais questões discursivas do questionário on-line. As questões foram elaboradas para coleta de informações sobre os seguintes temas:

- Local de acesso/ uso da Internet;
- Identificação de participação em comunidades virtuais;
- Identificação sobre a motivação para participar de

comunidades virtuais;

- Identificação de participação em comunidades virtuais relacionadas à saúde;
- Identificação de até cinco comunidades virtuais de saúde por ordem de importância;
- Freqüência de entrada em comunidades virtuais;
- Tempo de duração do acesso em comunidades virtuais.

Bloco C: composto pelas oito últimas questões, todas elas questões abertas, sem limitação de espaço de inclusão de informações, permitindo ao indivíduo que escreva tudo o que for de seu interesse, possibilitando a construção de discursos. São as questões relacionadas diretamente aos objetivos desenvolvidos. As questões foram elaboradas para coleta de informações sobre os seguintes temas:

- Identificação das áreas mais usadas e das ações mais realizadas nas comunidades virtuais;
- Identificação de tipos de informação mais buscados em comunidades virtuais;
- Verificação sobre a utilidade da informação buscada e discutida em comunidades virtuais;
- Identificação do potencial de consciência da saúde – do corpo como bem pessoal, após acesso às comunidades virtuais;

- Identificação do ideal do encontro dos dois agentes (consulta médica) imaginado pelo participante;
- Identificação do potencial de uso do acesso às comunidades após alguma consulta médica;
- Identificação do potencial de mudança na relação após acesso às comunidades virtuais;
- Identificação do potencial de maior participação nos processos de decisão (maior exercício da autonomia) após acesso às comunidades virtuais.

A concepção de um questionário *on-line* possibilita o uso de funcionalidades que facilitem a coleta das informações e dos discursos, tais como a construção de formulários dinâmicos, parcialmente diferentes, que vão sendo disponibilizados conforme as respostas dos entrevistados, possibilitando navegações diferentes dentro de um mesmo questionário. Assim, as 21 questões que compõem o questionário foram apresentadas apenas para aqueles indivíduos que atenderam todos os requisitos necessários para responderem às questões finais discursivas.

Para isso algumas das questões foram identificadas como questões-chave que, conforme a resposta do entrevistado, caso fosse negativa ou positiva, corresponderiam ao término do questionário ou à sua continuação até a próxima questão-chave ou até o término do questionário. As questões-chave desenvolvidas foram:

- Você participa ou já participou de alguma comunidade virtual (Orkut, Facebook e ou outros), relacionada a qualquer tema de seu interesse?

- Você participa ou já participou de alguma comunidade virtual relacionada ao tema saúde (saúde, doenças ou qualidade de vida)?

Nestes casos as respostas negativas encaminhavam o participante diretamente para o final do questionário *on-line*, sendo assim apresentado a ele uma mensagem de envio das respostas e um agradecimento pela sua participação; o questionário *on-line* era finalizado.

3.6. Aplicação do questionário on-line

O questionário foi disponibilizado para início da coleta de dados em abril de 2009 e finalizado em setembro de 2009, totalizando seis meses de coleta de dados. Todos os questionários recebidos nesse período, mesmo aqueles considerados parcialmente preenchidos, foram considerados válidos para compor a amostra.

Durante esse período foi observado que o preenchimento e o envio das respostas ao questionário foi regular, porém apresentando cargas diárias diferenciadas, conforme a data de envio, com o principal pico iniciando no dia 28 de agosto de 2009 e finalizando em 31/08/2009. No principal dia de pico de envios foram recebidos 37 questionários, 21% do total de questionários válidos. A distribuição da participação ficou da seguinte forma:

Tabela 1. Distribuição do quantitativo de questionários válidos recebidos durante o período de coleta de dados

Meses de coleta	Quantidade de questionários válidos encaminhados	%
Junho/ 2009	4	2,3%
Julho/2009	29	16,4%
Agosto/2009	85	48,0%
Setembro/2009	48	27,1%
Outubro/2009	10	5,6%
Novembro/2009	01	0,6%
Total	**177**	**100,0%**

Fonte: Pesquisa 'Transformações na relação de poder estabelecida entre médico e paciente - 2010'.

Durante o período de preenchimento do questionário não houve qualquer ocorrência de contato com a pesquisadora responsável solicitando esclarecimento ou orientação, o que nos leva a concluir que a orientação existente no questionário *on-line* foi suficiente para o necessário esclarecimento do sujeito pesquisado. É possível supor, como se assinalou anteriormente, que a existência da necessidade de aceite prévio ao 'Termo de Consentimento Livre e Esclarecido', antes da visualização e possível preenchimento do questionário *on-line,* tenha provocado algum tipo de receio quanto à participação na pesquisa, reduzindo o número potencial de participantes; sem o aceite inicial o sujeito não conseguiria conhecer as questões abordadas no questionário. Porém, não existem dados concretos para afirmar que esse fato tenha ocorrido, pois não foi colocado, no questionário *on-line,* controle do número de pessoas que acessaram o Termo de Consentimento sem que tenham aceitado participar da pesquisa.

Foi possível ainda, observar que o ambiente (Internet) e a ferramenta utilizada, apesar de não se constituírem em instrumentos que possibilitam o diálogo presencial, como são as entrevistas, possibilitaram que os sujeitos participantes da pesquisa construíssem, em suas respostas, discursos possíveis de serem analisados. Por outro lado foi observado também que essa ferramenta possibilitou participação daqueles que, com respostas rápidas e sucintas, participam da pesquisa sem o constrangimento quanto a não exposição argumentativa. Esse constrangimento poderia ocorrer se da realização de entrevistas gravadas, pois nesta hipótese o silêncio torna-se constrangedor para entrevistador e entrevistado.

Identificação e coleta de temas discutidos nos fóruns

O outro objeto de estudo relaciona-se a conteúdos discursivos dos fóruns de discussão já existentes nas três comunidades virtuais trabalhadas. Os temas selecionados para coleta e análise atenderam aos seguintes critérios:

- Quantidade de participantes que responderam ao tema proposto;
- Atualidade do debate, considerando as últimas mensagens postadas;
- Relevância do debate em curso quanto à possibilidade de tratar do tema desta pesquisa.

Para cada comunidade virtual pesquisada foram selecionados de seis a oito fóruns para a análise de suas mensagens e discussões de seus participantes. A seguir é apresentada uma tabela contendo

o quantitativo de dias, de mensagens e de sujeitos trabalhados em cada fórum selecionado:

Tabela 2. Distribuição de quantitativos de dias, mensagens e sujeitos que indicam a participação nos fóruns durante o período de coleta de dados

Comunidades	Mensagens
CV HepatiteC	Média de mensagens por dia: 201 dias / 102 mensagens = 1 mensagem a cada 2 dias.
	Média de mensagens por participante: 5,4 mensagens / sujeito.
	Picos de participação por dia: foram 7 mensagens enviadas em um dos dias, em um dos temas.
CV Vida Saudável	Média de mensagens por dia: 4529 dias / 51 mensagens = 1 mensagem a cada 88 dias.
	Média de mensagens por participante: 1,4 mensagens / sujeito.
	Picos de participação por dia: foram 4 mensagens enviadas em um dos dias, em um dos temas.
CV Transtornos da Tireóide	Média de mensagens por dia: 2626 dias / 372 mensagens = 1 mensagem a cada 7 dias.
	Média de mensagens por participante: 4,5 mensagens / sujeito.
	Picos de participação por dia: foram 15 mensagens enviadas em um dos dias, em um dos temas.

Fonte: Pesquisa 'Transformações na relação de poder estabelecida entre médico e paciente - 2010'.

Na Tabela a seguir é apresentado o quantitativo de fóruns, de sujeitos e de mensagens trabalhados para cada uma das comunidades virtuais selecionadas:

Tabela 3. Distribuição do quantitativo de sujeitos e mensagens coletados nos fóruns durante o período de coleta de dados

CV / Fórum	**Qtdd mensagens coletadas**	**% de mensagens circulantes**	**Qtdd sujeitos participantes**
Biópsia...	13	12,7%	
Me ajudem por favor!	17	16,7%	
O teste anti-HCV deu positivo, e agora?	11	10,8%	
Plaquetas	18	17,6%	
Sentindo falta do Quim	23	22,5%	
Reflitam	20	19,6%	
Subtotal CV HepatiteC	**102**	100,0%	19

Tabela 3. Distribuição do quantitativo de sujeitos e mensagens coletados nos fóruns durante o período de coleta de dados (cont.)

CV / Fórum	**Qtdd mensagens coletadas**	**% de mensagens circulantes**	**Qtdd sujeitos participantes**
Que é vida saudável pra vc?	6	11,8%	
Alongamento	5	9,8%	
Depressão!!!!	6	11,8%	
Dicas de saúde	5	9,8%	
Musculação emagrece?	19	37,3%	
Uma maçã por dia	6	11,8%	
Oq não pode faltar em uma geladeira saudável???	4	7,8%	
Subtotal CV Saudável	**51**	100,0%	35

Tabela 3. Distribuição do quantitativo de sujeitos e mensagens coletados nos fóruns durante o período de coleta de dados (cont.)

CV / Fórum	Qtdd mensagens coletadas	% de mensagens circulantes	Qtdd sujeitos participantes
Gravidez x hipertireoidismo	40	10,8%	
TSH e T4 livre	43	11,6%	
Resultado de exame (TSH)	12	3,2%	
Thyrogem e linfonódulos	96	25,8%	
Olhos saltones	69	18,5%	
Comprei remédio genérico hoje	43	11,6%	
Qual especialista?	25	6,7%	
Alguém aí sente isso???	44	11,8%	
Subtotal CV Transtornos Tireóide	**372**	100,0%	82
TOTAL GERAL	**525**	**---**	**136**

Fonte: Pesquisa 'Transformações na relação de poder estabelecida entre médico e paciente - 2010'.

Definição de instrumentos e ferramentas de apoio à análise

Na fase de pré-teste do questionário on-line também foi realizado teste de instrumentos e de ferramentas de apoio, organização e análise do material coletado, tanto para as respostas ao questionário, como para as mensagens coletadas nos fóruns. Foram testados e utilizados os seguintes softwares/ ferramentas:

- QUALIQUANTISOFT, aplicativo desenvolvido para apoio a análise de discursos por meio da técnica do DSC. Esse software foi utilizado para a análise dos discursos coletados nos questionários, oferecendo

recursos próprios da técnica do DSC, tais como o apoio à identificação dos sujeitos coletivos e à construção dos discursos coletivos.

- Planilha eletrônica, aplicativo que possibilita a criação de planilhas, a realização de verificação quanto à digitação e freqüências; para cálculo de valores e para relatórios simples e gráficos. A planilha eletrônica foi utilizada para auxiliar na elaboração de planilhas de entrada de dados e na construção das tabelas e gráficos de representação dos resultados da pesquisa.

Preparação dos dados do questionário para a análise

Para a preparação das respostas ao questionário *on-line*, após o preenchimento parcial ou total do questionário, quando do envio das respostas (botão ENVIAR), o formulário da Internet enviou as respostas para uma tabela *on-line,* que segue disponível em < *http://users1.jabry.com/wilmausp/login.asp*>, com acesso aos dados, protegido mediante identificação de usuário e senha de acesso. Os dados chegaram organizados na tabela, com cada questionário preenchido e enviado ocupando uma das linhas, identificando ao final a data e hora do envio. As respostas individuais apresentam em média um formato como o do exemplo a seguir:

01. Nome: *NFS.*

02. Sexo: *Feminino*

03. Idade: *55*

04. Cidade/UF: *Rio de Janeiro/RJ.*

05. Escolaridade: *ensino técnico (1º ao 4º ano de curso técnico).*

06. Profissão/Ocupação: *aposentada.*

07. Você acessa a Internet: *de casa.*

08. Você participa ou já participou de alguma comunidade virtual (Orkut, Facebook e ou outros), relacionada a qualquer tema de seu interesse? *SIM*.

09. Porque você participa ou já participou de alguma comunidade virtual? Se você não participa, existe algum motivo? O que o motiva – ou já o motivou – a participar, ou não participar de comunidades virtuais? *Informações sobre a Hepatite C (sou portadora em tratamento) e troca de informações, tem algumas comunidades bastante interessantes.*

10. Você participa ou já participou de alguma comunidade virtual relacionada ao tema saúde (saúde, doenças ou qualidade de vida)? *SIM*.

11. Caso você participe ou já tenha participado de alguma comunidade virtual relacionada ao tema saúde, liste até cinco comunidades virtuais por ordem de importância para você e explique o porquê de seu interesse por elas: *Hepatite C; Grupo do Otimismo - Hepat. c; IPF - Irritação pós interferom; IRC - Insuficiência renal crônica; Amigos dos rins.*

12. Com que freqüência você entra em suas comunidades virtuais? *Muito freqüente – uma ou mais vezes ao dia.*

13. Cada vez que você entra em alguma comunidade virtual, em média quanto tempo você fica online, 'conectado', participando da

comunidade virtual? *30 (minutos).*

14. Qual a área de que mais gosta nas comunidades virtuais? O que você mais faz em alguma comunidade virtual? Por quê? *No momento, sobre Hepatite C, nutrição, efeitos colaterais dos medicamentos - preciso ficar informada.*

15. Que tipo de informação você costuma buscar e discutir em comunidades virtuais? *Efeitos colaterais dos medicamentos.*

16. Você considera que as informações buscadas e discutidas em alguma comunidade virtual são úteis para você? Por favor, explique por que. *Sim, muito importante - tenho levado estas informações para minha médica e discutimos os procedimentos a serem tomados.*

17. Alguma comunidade virtual que você participa, ou já participou, ajuda ou já ajudou você a entender sobre sua saúde e melhorá-la? Como? Por favor, explique por que. *Sim, principalmente aceitar melhor os efeitos colaterais, eu ficava muito apavorada o que piorava os sintomas e depois que vi que quase todos sentem; fiquei mais calma.*

18. Como seria para você uma boa consulta médica, com qualidade? Descreva a cena imaginada por você em detalhes e argumente sobre o assunto. *Não tenho o que reclamar, quando vou a um médico, preciso gostar, confiar e só inicio o tratamento se eu sentir envolvimento.*

19. Você acessa ou já acessou alguma comunidade virtual após passar por alguma consulta médica buscando informações relacionadas ao atendimento realizado? O que estava buscando na comunidade virtual? Como? Por favor, explique por que. *Não, para checar o médico? Se não confio não volto.*

20. Você alguma vez utilizou as informações que buscou, postou ou discutiu em alguma comunidade virtual para conversar com seu médico na consulta seguinte? Como? Por favor, explique por que. *Sim, tudo que é novidade eu levo para minha médica e procuro saber a opinião dela sobre o assunto.*

21. Participar de comunidades virtuais tem contribuído para mudar de alguma forma sua participação durante as consultas médicas ou durante outras situações relacionadas à sua saúde? Como? Por favor, explique por que. *Sim, como estou mais informada sobre a minha doença discuto melhor os assuntos e com referencia a alimentação, com certeza melhorou.*

Data/ hora: *07/08/2009, 20h50min: 15.*

Após cada acesso diário à tabela de coleta on-line, as respostas foram transferidas para uma planilha eletrônica 'local'. Cada resposta do questionário passou a representar uma linha específica na planilha. Essa preparação de dados, devido à concepção do formato de uma única planilha contendo todas as respostas, possibilitou que se realizasse:

i) A verificação, de forma ágil e completa, de todos os dados enviados;

ii) Acertos necessários na base, tais como o preenchimento dos campos vazios com o termo 'NULA', para facilitar o trabalho posterior de realização da análise;

iii) A alteração dos dados de 'nome' e '*e-mail*', para manter o sigilo dos dados encaminhados, de forma que cada indivíduo que respondeu a um questionário passou a ser identificado com a letra 'S' seguido de um número seqüencial de 001 a

177;

iv) A identificação de trechos importantes para a análise, tais como o destaque das *expressões-chave* de cada discurso resposta;

v) A exportação dos dados para os outros instrumentos de apoio à análise.

Os dados do questionário *on-line* foram trabalhados em uma única planilha eletrônica e, posteriormente, se utilizou os recursos da 'pasta de trabalho', que contém mais de uma planilha eletrônica em um mesmo arquivo para separar os dados, agrupando-os em quatro planilhas com conteúdos diferentes:

– **Dados Gerais das questões de 01 a 13:**

- Dados preparados relacionados à identificação e ao perfil dos participantes (questão 01 à questão 08);
- Dados preparados relacionados à questão 09;
- Dados preparados relacionados ao uso das comunidades virtuais (questão 10 à questão 13).

– **Dados Gerais das questões de 14 a 21:**

- Dados preparados relacionados à questão 14;
- Dados preparados relacionados à questão 15;
- Dados preparados relacionados às questões 16 e 19;
- Dados preparados relacionados à questão 17;
- Dados preparados relacionados à questão 18;

- Dados preparados relacionados à questão 20;
- Dados preparados relacionados à questão 21.

– **Dados de Análise:**

- Análises da questão 01 à questão 13;
- Análises da questão 14 à questão 21.

Após a etapa de identificação, organização e preparação do material, os dados coletados foram transferidos para a execução da análise do perfil do grupo e a execução da análise por meio da técnica DSC realizada no Qualiquantisoft.

Preparação dos dados do questionário para a análise

Para a preparação das mensagens postadas nos fóruns de discussão selecionados também foi utilizada, inicialmente, a planilha eletrônica, na qual os dados coletados foram organizados da seguinte forma:

– **Dados coletados e preparados:**

- Organizados para os fóruns da CV Hepatite C: a identificação do sujeito, a data de postagem, a mensagem postada, a expressão chave identificada, a idéia central trabalhada;
- Organizados para os fóruns da CV Vida Saudável: a identificação do sujeito, a data de postagem, a mensagem postada, a expressão chave identificada, a idéia central trabalhada;
- Organizados para os fóruns da CV Transtornos

Tireóide: a identificação do sujeito, a data de postagem, a mensagem postada, a expressão chave identificada, a idéia central trabalhada.

– **Dados de Análise:**

- Análises resultantes dos fóruns da CV Hepatite C;
- Análises resultantes dos fóruns da CV Vida Saudável;
- Análises resultantes dos fóruns da CV Transtornos Tireóides;
- Análise geral e comparativa dos três fóruns.

Após esta etapa de identificação, organização e preparação do material coletado nos fóruns, os dados foram transferidos para a execução da análise por meio da técnica DSC.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

São apresentados resultados quantitativos, relacionados ao perfil do grupo que participa da pesquisa, a somatória da classificação dos discursos coletivos produzidos, e resultados qualitativos relacionados aos discursos coletivos produzidos.

A construção dos discursos coletivos foi realizada buscando possibilitar a análise por meio da aplicação da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), o que possibilita, por meio da extração das idéias centrais, a identificação de grupos de indivíduos com idéias semelhantes em suas respostas, identificando-se assim as representações sociais existentes. Os discursos coletivos foram redigidos agregando-se, em um mesmo discurso, os trechos pertencentes aos discursos individuais, excluindo-se trechos que apresentam o mesmo argumento evitando que se tornasse repetido.

A tabela a seguir apresenta o quantitativo de discursos coletivos (DSC) identificados como resultado, para cada questão discursiva e fórum trabalhado. Adiante serão apresentados tabelas e quadros de caráter mais analítico, com respectivas discussões de resultados.

Tabela 4. Distribuição do quantitativo de DSCs resultantes do processo de análise

Questões e Fóruns com resultados discursivos	Quantidade de DCSs
Questão 09. Porque você participa ou já participou de alguma comunidade virtual? Se você não participa, existe algum motivo? O que o motiva – ou já o motivou – a participar, ou não participar de comunidades virtuais?	33
Questão 14. Qual a área de que mais gosta nas comunidades virtuais? O que você mais faz em alguma comunidade virtual? Por quê?	12
Questão 15. Que tipo de informação você costuma buscar e discutir em comunidades virtuais?	16

Questão 16. Você considera que as informações buscadas e discutidas em alguma comunidade virtual são úteis para você? Por favor, explique por que.	
Questão 19. Você acessa ou já acessou alguma comunidade virtual após passar por alguma consulta médica buscando informações relacionadas ao atendimento realizado? O que estava buscando na comunidade virtual? Como? Por favor, explique por que.	29
Questão 17. Alguma comunidade virtual que você participa, ou já participou, ajuda ou já ajudou você a entender sobre sua saúde e melhorá-la? Como? Por favor, explique por que.	15
Questão 18. Como seria para você uma boa consulta médica, com qualidade? Descreva a cena imaginada por você em detalhes e argumente sobre o assunto.	21
Questão 20. Você alguma vez utilizou as informações que buscou, postou ou discutiu em alguma comunidade virtual para conversar com seu médico na consulta seguinte? Como? Por favor, explique por que.	8
Questão 21. Participar de comunidades virtuais tem contribuindo para mudar de alguma forma sua participação durante as consultas médicas ou durante outras situações relacionadas à sua saúde? Como? Por favor, explique por que.	9
Fóruns 01. Hepatite C	5
Fóruns 02. Vida Saudável	3
Fóruns 03. Transtornos da Tireóide	19
Total	**170**

Fonte: Pesquisa 'Transformações na relação de poder estabelecida entre médico e paciente - 2010'.

Resultados e discussões são expostos a seguir, em estrutura na qual são apresentados inicialmente informações relacionadas à caracterização dos participantes e posteriormente as informações específicas que atendem aos objetivos declarados. Por fim são exploradas as informações resultantes dos fóruns de discussão das três comunidades analisadas.

As informações resultantes da análise e a discussão de tais resultados são apresentadas a seguir.

4.1. Caracterização do público participante

Trata-se da composição de resultados e discussões elaborados para a caracterização do perfil do grupo que participou da pesquisa respondendo ao questionário *on-line*, por meio de variáveis como sexo, faixa etária, região onde reside, escolaridade e formação/ ocupação. Esses resultados são relacionados somente a um dos grupos de participantes, uma vez que as mensagens publicadas nos fóruns de discussão das três comunidades virtuais não explicitam o perfil de seus participantes.

Caracterização dos participantes por sexo

O total de indivíduos que responderam ao questionário *on-line* foi de 177 indivíduos, com predominância do sexo feminino, conforme tabela a seguir:

Tabela 5. Distribuição do total de participantes da pesquisa por sexo

Sexo	**Participantes**	**%**
Feminino	108	61%
Masculino	69	39%
Total	**177**	**100%**

Fonte: Pesquisa 'Transformações na relação de poder estabelecida entre médico e paciente - 2010'.

Uma maior participação de mulheres é um resultado esperado, uma vez que os recursos de saúde, sejam eles públicos ou privados, são mais utilizados por este segmento da sociedade: as mulheres freqüentam mais os consultórios em busca de diagnóstico e tratamento para seus riscos e problemas de saúde.

Conforme pesquisa do IBGE, realizada em 2008, sobre pessoas que procuraram por serviço de saúde nas duas últimas semanas, contatou-se que, do total de indivíduos pesquisados (27.549 indivíduos), 39,5% eram homens (10.870 pessoas) e 60,5% eram mulheres (16.679 pessoas), o que representa adequadamente a composição da participação da população geral no conjunto da amostra trabalhada. (IBGE, 2008).

Tabela 6. Pessoas que procuraram por serviço de saúde nas duas últimas semanas, na primeira ou na última procura

Grupos de idade	Total	Homens	Mulheres
0 a 19 anos	7.451	3.516	3.934
20 a 64 anos	16.659	6.001	10.658
65 anos ou mais	3.439	1.352	2.087
Idade ignorada	--	--	--
Total	**27.549**	**10.870**	**16.679**

Notas: 1- A categoria Total inclui as pessoas que não declararam a situação de atendimento; 2- Os dados desta tabela foram reponderados pelo peso definido na Contagem da População de 2007.

Fonte: IBGE - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios.

Caracterização dos participantes por grupos de idade

Nesta caracterização do grupo que participou respondendo ao questionário, verifica-se a existência de predominância de participantes pertencentes ao grupo de idade dos 30 aos 39 anos, representando 39% do total de participantes que responderam ao questionário on-line, apresentando a seguinte distribuição do total de participantes:

Tabela 7. Distribuição do total de participantes da pesquisa por grupos de idade

Grupos de idade	Participantes	%
Até 19 anos	3	1,7%
Entre 20 e 29 anos	30	16,9%
Entre 30 e 39 anos	69	39,0%
Entre 40 e 49 anos	38	21,5%
Entre 50 e 59 anos	28	15,8%
Acima de 60 anos	9	5,0%
Total	177	100,0%

Fonte: Pesquisa 'Transformações na relação de poder estabelecida entre médico e paciente - 2010'.

Também se destaca o grupo de idade entre 40 e 49 anos, com 21,5 % dos participantes.

Na tabela a seguir é apresentado distribuição do total da população nos mesmos grupos de idades:

Tabela 8. Distribuição da população brasileira (População residente, por mil pessoas) por grupos de idade; Brasil - 2009.

Grupos de idade	Participantes	%
Até 19 anos	93.667	42,2%
Entre 20 e 29 anos	32.971	14,8%
Entre 30 e 39 anos	28.896	13,0%
Entre 40 e 49 anos	25.440	11,5%
Entre 50 e 59 anos	19.406	8,7%
Acima de 60 anos	21.736	9,8%
Total	**222.116**	**100,0%**

Notas: 1- Até 2003, exclusive a população da área rural de Rondônia, Acre, Amazonas, Roraima, Pará e Amapá; 2- A partir de 2007: a categoria Idade ignorada não foi investigada; 3- Os dados desta tabela foram reponderados pelo peso definido pela Contagem da População de 2007.

Fonte: IBGE - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios.

Quando verificada a distribuição destes mesmos grupos de idades no total da população brasileira, verifica-se que, proporcionalmente, os grupos que apresentam maior participação mantêm-se.

Tabela 9. Proporção de participação conforme grupos de idade

Grupos de idade	População*	Participantes**	Proporção
Até 19 anos	93.667	3	31.222
Entre 20 e 29 anos	32.971	30	1.099
Entre 30 e 39 anos	28.896	69	419
Entre 40 e 49 anos	25.440	38	669
Entre 50 e 59 anos	19.406	28	693
Acima de 60 anos	21.736	9	2.415
Total	**222.116**	**177**	**1.255**

Fonte*: IBGE - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios; ** Pesquisa 'Transformações na relação de poder estabelecida entre médico e paciente - 2010'.

Proporcionalmente, também é o grupo de idades entre 30 e 39 anos aquele com maior participação nas respostas ao questionário *on-line*, representando uma resposta para cada 419 mil pessoas. Não foi possível realizar uma análise mais focada no grupo de pessoas que procuram por serviço de saúde, uma vez que os dados disponibilizados pelo IBGE não fornecem detalhamento de grupos de idade que possibilitasse tal análise de proporcionalidade (IBGE, 2008).

O mesmo tipo de análise não é possível se fazer para os grupos acima de 60 e abaixo de 19 anos, uma vez que tais grupos não foram identificados pelo IBGE de forma homogênea como foram compostos os demais grupos, de 20 a 59 anos, contendo cada grupo de anos em suas respectivas faixas etárias.

Porém cabe argumentar sobre a desproporção percebida nos grupos de indivíduos acima dos 60 anos e de indivíduos até 19 anos, em ambas as situações, é compreendida como esperada, uma vez que tais grupos são compostos por indivíduos com características muito específicas dentro de seus respectivos grupos: (i) o primeiro grupo – composto por bebês, crianças e adolescentes - sendo os primeiros mais afetados por doenças, porém não detentores de capital (humano, físico e social) necessário para o acesso aos conteúdos da Internet, e os outros possuidores de tal capital, porém pertencentes a idades que não mais são afetados pelas doenças da infância, sem terem ainda alcançado idade nas quais as doenças cônico-degenerativas são mais freqüentes; (ii) o segundo grupo, de indivíduos idosos, compondo um grupo que, apesar de potencialmente serem mais afetados pelas doenças, comumente não freqüentam os espaços da Internet, ou por não possuírem o capital necessário, ou por

desinteresse em aprender a lidar com uma nova tecnologia da qual desconhecem.

Caracterização dos participantes por região de residência

A região sudeste é a região predominante em termos de indivíduos participantes da pesquisa, com 77,4% do total de participações válidas, conforme tabela a seguir:

Tabela 10. Distribuição dos participantes por região do país

Região	Participantes	%
Centro-oeste	15	8,5%
Nordeste	15	8,5%
Norte	4	2,2%
Sudeste	137	77,4%
Sul	6	3,4%
Total	**177**	**100,0%**

Fonte: Pesquisa 'Transformações na relação de poder estabelecida entre médico e paciente - 2010'.

Os participantes, acima agrupados por região, estão distribuídos por 21 dos 26 estados brasileiros, além do Distrito Federal, com predominância de São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais, conforme tabela a seguir:

Tabela 11. Distribuição dos participantes por local de residência (UF)

Estado	N	%	Estado	N	%
Acre	--	--	Paraíba	2	1,1%
Alagoas	1	0,6%	Paraná	3	1,7%
Amapá	--	--	Pernambuco	3	1,7%
Amazonas	1	0,6%	Piauí	2	1,1%
Bahia	1	0,6%	Rio de Janeiro	31	17,5%
Ceará	4	2,3%	Rio Gr. Norte	2	1,1%
Dist. Federal	8	4,5%	Rio Grande Sul	2	1,1%
Espírito Santo	1	0,6%	Rondônia	--	--
Goiás	2	1,1%	Roraima	1	0,6%
Maranhão	--	--	Santa Catarina	1	0,6%
Mato Grosso	2	1,1%	São Paulo	95	53,7%
Mato Gr. Sul	--	--	Sergipe	--	--
Minas Gerais	10	5,6%	Tocantins	3	1,7%
Pará	2	1,1%	**Total**	**177**	**100,0%**

Fonte: Pesquisa 'Transformações na relação de poder estabelecida entre médico e paciente - 2010'.

Esses dados se aproximam de nossa realidade nacional, quando analisados conforme a distribuição da população e os acessos à Internet por região, referente à existência de acesso à Internet por domicílio, conforme tabela a seguir.

Tabela 12. Proporção de domicílios com acesso à Internet* percentual sobre o total de domicílios

Região	Popul (mil hab) por região 2009*	% população com acesso à Internet**	Popul com acesso à Internet ***	Participa ntes***	Proporção: pop (mil hab) ***
Ctr-oeste	13.978	25%	3.494	15	233
Nordeste	54.020	10%	5.402	15	360
Norte	15.555	10%	1.555	04	389
Sudeste	80.466	33%	26.554	137	194
Sul	27.776	29%	8.055	06	1.342
Total	**191.795**		**45.061**	**177**	**255**

Notas: * População (Mil habitantes) 2009 conforme IBGE - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios;

** Pesquisa 'NIC.br - set/nov (sep/nov) 2009';

*** Pesquisa 'Transformações na relação de poder estabelecida entre médico e paciente - 2010'

Após a avaliação da proporcionalidade da população participante da pesquisa, se observa que, na média, com exceção da Região Sul, cuja participação ficou baixo, na proporção de indivíduos com acesso à Internet, todas as demais regiões estão representadas nesta amostra de forma razoavelmente homogênea, com médias proporcionais de 0,3 para mais ou para menos. Não se sabe, no âmbito e interesse desta pesquisa, explicar o porquê da baixa participação da Região Sul, uma vez que seus telecentros (pontos de acesso públicos) foram os mais envolvidos na estratégia de divulgação da pesquisa, representando 43% dos telecentros que receberam a divulgação (Anexo 5).

Caracterização dos participantes por escolaridade

Quando se analisa a formação escolar dos participantes, em anos completos, verifica-se predominância na participação de indivíduos com formação superior, conforme apresentado na tabela a seguir.

Tabela 13. Distribuição dos participantes por escolaridade (anos completos)

Escolaridade*	**Participantes**	**%**
Ensino fund. I (1º ao 5º ano)	--	--
Ensino fund. II (6º ao 9º ano)	8	5%
Ensino médio (1º ao 3º colegial)	23	13%
Superior/graduação	101	57%
Pós-graduação	45	25%
Total	**177**	**100%**

Nota: * Escolaridade conforme escala adotada pelo IBGE.

Fonte: Pesquisa 'Transformações na relação de poder estabelecida entre médico e paciente - 2010'.

É possível observar que a maior parte dos participantes que responderam ao questionário *on-line* é formada por indivíduos com formação escolar igual e/ou acima do nível superior/graduação, representando 82% dos indivíduos entrevistados.

A explicação possível para essa participação diferenciada se encontra tanto na composição da população que hoje tem acesso à Internet em sua residência (Tabela 12), em sua maioria composta por indivíduos com grau de escolaridade mais elevada, como na composição das formas de acesso à Internet, apresentadas no próximo item desta caracterização (Tabela 15), na qual se apresentam como principais formas os acessos realizados "da residência" e "do trabalho", ambos colaborando com uma maior

participação de indivíduos com grau mais elevado de escolaridade, o que possibilita mais oportunidades econômicas e sociais e assim, também, maiores acesso a computadores e Internet nos ambientes de trabalho.

Caracterização dos participantes por campo de atividade

Nesta caracterização, a distribuição das profissões e ocupações declaradas pelos indivíduos participantes mostrou-se muito pulverizada. Assim optou-se por além de identificar conforme o campo de atividade exercido, também reconhecer, de forma distinta, dois campos de atividades importantes para a análise: profissionais na área da saúde e profissionais de TI (tecnologia da informação).

Tabela 14. Distribuição dos participantes por campo da atividade

Forma de acesso à Internet	Participantes	%
Atividades de educação e cultura	37	20,9%
Atividades administrativas	38	21,5%
Prestação de outros serviços	50	28,2%
Profissões da área da saúde	23	13,0%
Profissões da área de TI	14	7,9%
Aposentados, estudantes ou sem atividade	15	8,5%
Total	**177**	**100,0%**

Fonte: Pesquisa 'Transformações na relação de poder estabelecida entre médico e paciente - 2010'.

Caracterização dos participantes por forma de acesso

Quando se analisa as principais formas utilizadas pelos indivíduos participantes para acessar a Internet, é possível identificar o acesso nas residências como principal forma, conforme apresentado na tabela a seguir.

Tabela 15. Distribuição dos participantes por forma de acesso à Internet

Forma de acesso à Internet	Participantes	%
Acessa de casa	166	94,8%
Acessa do trabalho	118	66,7%
Acessa da escola	22	12,4%
Acessa de lan-house (pago)	15	8,5%
Acessa de telecentro público (gratuito)	8	4,5%
Acessa de outras formas	8	4,5%
Total	**177**	

Fonte: Pesquisa 'Transformações na relação de poder estabelecida entre médico e paciente - 2010'.

Conforme a análise iniciada em item anterior é possível observar que a maior parte dos participantes que responderam ao questionário *on-line* é formada por indivíduos que apresentam como principais formas de acesso à Internet, os realizados "da residência" e "do trabalho". Demais formas de acesso foram consideradas formas complementares de acesso; somente dois dos participantes indicaram acesso realizado "de *lan-house* (pago)" e um dos participantes indicou acesso realizado somente "da escola".

Caracterização dos participantes por acesso às comunidades

Quando se analisa as principais formas de acesso utilizadas pelos indivíduos para acessar a Internet, é possível identificar o acesso nas residências como principal forma de acesso, conforme a seguir.

Tabela 16. Distribuição dos participantes por sexo e participação em comunidades virtuais

Resposta	Homens	Mulheres	Total	%
Participa de Comunidades Virtuais	59	96	155	87,6%
Não Participa de Comunidades Virtuais	10	12	22	12,4%
Total	**69**	**108**	**177**	**100,0%**

Fonte: Pesquisa 'Transformações na relação de poder estabelecida entre médico e paciente - 2010'.

Do total de participantes que responderam ao questionário *on-line*, 87,6% declararam participar ou já ter participado de comunidades virtuais. As mulheres representam proporcionalmente o segmento que participa mais em comunidades virtuais, representando 88,9% das mulheres participantes.

Quando se analisa a participação em comunidades virtuais, com foco em temas relacionados à saúde, doenças e qualidade de vida, se identifica uma distribuição dos participantes conforme apresentada em tabela a seguir.

Tabela 17. Distribuição dos participantes por sexo e participação em comunidades virtuais relacionadas aos temas da saúde

Resposta	Homens	Mulheres	Total	%
Participa de Comunidades Virtuais relacionadas aos temas da saúde	18	57	75	48,4%
Não Participa de Comunidades Virtuais relacionadas aos temas da saúde	41	39	80	51,6%
Total	**69**	**108**	**155**	**100,0%**

Fonte: Pesquisa 'Transformações na relação de poder estabelecida entre médico e paciente - 2010'.

Do total de participantes que responderam ao questionário *on-line* informando que participam ou já participaram de comunidades virtuais, 48,4% declararam participar ou já ter participado de comunidades virtuais relacionadas aos temas saúde, doenças ou qualidade de vida.

As mulheres aqui também representam proporcionalmente o segmento que participa mais em comunidades virtuais com foco em saúde, representando 52,8% das mulheres participantes. Chama a atenção o fato de que somente 26,1% dos homens participantes de comunidades virtuais, participam de comunidades virtuais relacionadas ao tema saúde.

A seguir é apresentada uma distribuição de temas abordados pelas principais comunidades virtuais acessadas pelos participantes da pesquisa e que participam ou já participaram de comunidades virtuais com foco em saúde.

Tabela 18. Distribuição dos participantes por tema de comunidade virtual declarada como principal

Tema da comunidade	Participantes	%
Hepatite, insuficiência hepática	23	30,7%
Reprodução, gravidez, crianças	22	29,3%
Tireoidites	20	26,7%
DST, Aids, HIV	18	24,0%
Câncer (mama e outros)	14	18,7%
Espiritualidade, natureza, religião, etc	12	16,0%
Saúde e estética	9	12,0%
Nervosismo, ansiedade, insônia, stress	8	10,7%
Diabetes e Hipertensão	4	5,3%
Saúde do idoso	3	4,0%
Artrite/ reumatismo	3	4,0%
Álcool e drogas	1	1,3%

Fonte: Pesquisa 'Transformações na relação de poder estabelecida entre médico e paciente - 2010'.

Além dos temas acima identificados, foram declarados outros temas indiretamente relacionados ao foco saúde. O total de respostas positivas nesse quesito foi de 78,7% dos indivíduos que se identificaram como participantes ou ex-participantes de comunidades virtuais com foco na saúde. Tais declarações, por serem vagas ou por se tratarem de comunidades que não atuam diretamente no tema, não estão representadas na tabela acima.

O que se observa nesta análise dos principais temas apontados, é uma maior participação dos indivíduos em temas relacionados a nomes de doenças ou a problemas de saúde, com 66,4% do total de temas identificados na tabela acima; enquanto os temas

relacionados à vida, saúde e qualidade de vida representam 33,6% do total. Ou seja, predomina o interesse sobre *doença* em relação a tema, mais propriamente da *saúde*.

Caracterização dos participantes por freqüência e tempo de acesso às comunidades virtuais

Quando se analisa a freqüência de acesso dos participantes às suas comunidades virtuais relacionadas aos temas da saúde, se verifica predominância na participação de indivíduos que acessam a Internet várias vezes ao dia. São 38,7% do total de indivíduos que participam ou já participaram de comunidades virtuais com foco em saúde, conforme apresentado em tabela a seguir:

Tabela 19. Distribuição dos participantes por freqüência de acesso às comunidades virtuais com foco na saúde

Freqüência de acesso	Participantes	%
Muito freqüente: uma ou mais vezes ao dia	29	38,7%
Freqüente: uma vez por semana	19	25,3%
Pouco freqüente: uma vez ao mês	19	25,3%
Raramente: algumas vezes no ano	5	6,7%
Em branco	3	4,0%
Total	**75**	**100,0%**

Fonte: Pesquisa 'Transformações na relação de poder estabelecida entre médico e paciente - 2010'.

Quando se analisa as respostas considerando-se a soma entre "muito freqüente" e "freqüente", verifica-se que, do total de indivíduos que participam ou já participaram de comunidades

virtuais com foco em saúde, 64% relatam acessar suas comunidades virtuais sobre saúde uma ou mais vezes por semana.

Tais resultados, que indicam uma freqüência elevada de acesso nas comunidades virtuais com foco em saúde, também são percebidos nos resultados de freqüência coletados nos fóruns de discussão. Resultados que estão apresentados à frente, neste capítulo.

Quanto ao tempo de permanência na comunidade virtual com foco na saúde, identifica-se que a maior parte dos participantes declarou permanecer na comunidade durante até 30 minutos. São 61,3% do total de indivíduos.

Tabela 20. Distribuição dos participantes da pesquisa por média de permanência na comunidade virtual

Duração do acesso	Participantes	%
Até 30 minutos	**46**	**61,3%**
De 31 a 60 minutos	**16**	**21,3%**
De 61 a 120 minutos	**7**	**9,3%**
Mais que 121 minutos	**2**	**2,7%**
Em branco	**4**	**5,3%**
Total	**75**	**100,0%**

Fonte: Pesquisa 'Transformações na relação de poder estabelecida entre médico e paciente - 2010'.

Este resultado indica a manutenção de uma rotina relativamente grande freqüência nas comunidades virtuais (38,7% freqüentam diariamente), com permanência de até 30 minutos.

Cabe esclarecer que nesta análise e discussão não se pretendeu que os indivíduos e situações objetos da pesquisa, significassem

amostra representativa da sociedade, no sentido de estabelecer algum grau de confiança ou de projeção quantitativa para população determinada. O privilégio do objeto corresponde ao objetivo e método, conforme já exposto. Portanto, as quantificações das características dos participantes desta pesquisa, e sua análise comparativa com dados gerais da população e com resultado de pesquisas específicas sobre os acessos a serviços de saúde e da Internet, mesmo quando mostra freqüência semelhante, servem para reforçar alguns argumentos e validade do objeto para o fim da pesquisa, não sendo inferências estatísticas amostrais.

O público participante, contudo, por tais caracterizações, evidencia-se muito apropriado no sentido de representar e expor características sobre o que o uso da Internet, e a dinâmica de comunidades virtuais, estão e deverão contribuir para as mudanças das relações de poder na área de saúde e, mais propriamente, na relação médico-paciente.

A análise geral dos resultados dessa caracterização permite afirmar que é significativo o número de indivíduos entrevistados participantes de comunidades virtuais (87,6%), sendo que destes, pouco menos que a metade (48,4%) afirma participar de comunidades com temas relacionados à saúde e doenças.

Por fim, é possível analisar, ainda, que os indivíduos que participam de comunidades virtuais com foco em saúde e doenças possuem, em média, 2,3 comunidades virtuais, nas quais mantém algum vínculo de freqüência. Desses participantes, 38,7% freqüentam diariamente suas comunidades virtuais, com permanência média de até 30 minutos.

4.2. Motivos que levam indivíduos a participar

> *"Porque você participa ou já participou de alguma comunidade virtual? Se você não participa, existe algum motivo? O que o motiva – ou já o motivou – a participar, ou não participar de comunidades virtuais?"*

Dos 177 indivíduos que responderam ao questionário *on-line*, todos participam da análise apresentada a seguir, na qual expõem todos os motivos identificados, pelos quais participam, já participaram, ou não participam de comunidades virtuais.

Desse total de entrevistados, 155 indivíduos (87,6%) declararam participar ou ter participado de comunidades virtuais, outros 22 indivíduos (12,4%) declararam não participar de comunidades virtuais. Comparando os dois grupos, os que declaram participar de comunidades virtuais representam um número sete vezes maior do que o número de indivíduos que não participam de comunidades.

São variados os motivos que levam os indivíduos a participarem, ou não participarem, de comunidades virtuais. Tais motivos, muitas vezes são co-participes, ou seja, colaboram mutuamente para motivar, e justificar, no discurso do indivíduo, sobre o porquê ele participa de alguma comunidade virtual. Os resultados apresentados nesta análise são relacionados aos motivos que levam os indivíduos a participarem ou a não participarem de comunidades virtuais. Os motivos alegados, representações sociais identificadas, são explorados a seguir.

Motivos que levam indivíduos a participar de comunidades virtuais

São apresentados a seguir os principais motivos que levam os indivíduos a participarem de comunidades virtuais, identificados conforme as representações sociais reconhecidas nos discursos analisados e explicitadas nas idéias centrais desenvolvidas neste processo de análise.

Quadro 1. Síntese dos discursos coletivos dos motivos que levam indivíduos a participar de comunidades virtuais

SC*	Idéia Central	Partic**	%
1	Nas comunidades busco informações	46	29,7%
2	Nas comunidades busco compartilhar informações e experiências	40	25,8%
3	Nas comunidades busco manter relacionamentos	44	24,0 %
4	Nas comunidades busco facilidade para contato com pessoas	34	22,0 %
5	Nas comunidades busco conhecer pessoas	23	14,8%
6	Nas comunidades busco localizar e/ou reencontrar amigos	14	9,0 %
7	Nas comunidades busco encontrar pessoas conhecidas	12	7,7%
8	Nas comunidades busco melhorar minhas relações sociais	12	7,7%
9	Nas comunidades busco divulgar ações e informações	7	4,5%
10	Nas comunidades busco ajudar e ser ajudado	7	4,5%
11	Nas comunidades busco sentir-me bem e sentir-me apoiado	7	4,5%

12	Nas comunidades busco discutir assuntos/ idéias	6	3,9%
13	Nas comunidades busco manter-se atualizado	6	3,9%
14	Nas comunidades busco obter lazer	4	2,6%
15	Nas comunidades busco respostas	3	1,9%
16	Nas comunidades busco aprender	3	1,9%
17	Nas comunidades busco obter indicações de profissionais	2	1,3%
18	Nas comunidades busco melhorar a vida	1	0,6%

Notas: * SC é o número pelo qual o Sujeito Coletivo é identificado; ** Participantes é a quantidade de sujeitos que contribuíram para a composição do DSC (os sujeitos podem ter contribuído em mais que um DSC).

Fonte: Pesquisa 'Transformações na relação de poder estabelecida entre médico e paciente - 2010'.

A seguir estão apresentadas as composições dos principais discursos coletivos, assim como prossegue a discussão sobre os resultados apresentados.

Na comunidade virtual busco por informações

"Participo de comunidades virtuais para busca de informações sobre temas de meu interesse. O principal motivo é o acesso a informações de interesse de forma rápida e centralizada. Participo quando o tema me interessa e acrescenta alguma coisa, ou quando procuro me informar melhor sobre determinado assunto. O que me motiva são as facilidades de pesquisa a temas que me interessam, aí acesso conteúdos sobre esses temas. Tenho

todas as informações e notícias que quero, não necessariamente em tempo real, mas que correspondem aos meus interesses. Quando estive com a doença [câncer] foi um dos primeiros locais que busquei informação. Costumo consultar muita informação em tais comunidades e/ou sites da Internet. Adoro pesquisar na Internet e expandir os meios de informação, cada vez mais estamos plugados, on line, on time e full time... Temos sim que estar ligados ou plugados, mas temos que perceber mais as coisas, sentir, ver, ouvir... e não ficar no superficial." (discurso coletivo do sujeito1).

Na comunidade virtual busco compartilhar informações e experiências

"Participo de comunidades virtuais para trocar experiências e conhecimento com outras pessoas em áreas que são do meu interesse pessoal e profissional. Interagir, trocar experiências, compartilhar idéias. Participo de comunidades sobre doenças para trocar idéias e tratamentos com outras pessoas. Participo de umas tantas comunidades porque acho que hoje é a melhor forma de trocar informações, tem algumas comunidades bastante interessantes. Como já participava de um Grupo onde trocávamos experiências, me pediram para eu participar da comunidade do

Orkut. Achei importante, dividir minhas experiências, meus medos, e conhecer os sentimentos de pessoas, que passaram ou passam pelo o que eu passei. As comunidades deixam isso acontecer e trocar informações de tudo da vida para trocar idéias e me comunicar com pessoas de uma maneira mais ágil, sem barreiras de localização física. Participo de uma comunidade de pacientes com câncer de mama, onde trocamos informações, apoio, orações. A troca de informações é essencial, nos esclarece dúvidas e os participantes nos ajudam em questões que desconhecemos." (discurso coletivo do sujeito2).

Na comunidade virtual busco manter relacionamentos

"Meus principais motivos para participar são o relacionamento com amigos reais, participo pq acho que é mais um jeito de manter contato com os amigos, tenho orkut, Fb e twitter! Comecei a participar depois de ter sido adicionada por algum amigo. Utilizo as comunidades virtuais como ferramentas de comunicação, para participar de movimentos sociais, para interagir com amigos, conhecidos e fazer contatos profissionais. Levando-se em conta o Orkut, participo meramente para relacionamento com amigos, colegas, reencontro com turmas de escolas, entre

outros. O que me motiva a participar dessas comunidades é a interação que posso ter com pessoas com as quais não tenho contato diariamente. Comecei a participar do Orkut por curiosidade; mantive o Orkut porque percebi que mantenho contato com algumas pessoas apenas através deste meio. A inter-relação entre pessoas, a proximidade que vc estabelece com pessoas de diferente locais em tempo real. Fico super bem e acesso diariamente as comunidades para saber como estão as pessoas. Hj em dia é fundamental interagir por comunidades virtuais." (discurso coletivo do sujeito3).

Os motivos que levam um indivíduo a se tornar integrante de uma comunidade virtual são variados, indo desde uma necessidade operacional de se localizar informações de forma mais fácil, até situações de buscas e de encontros fraternais nesses espaços virtuais de convivência.

Buscar por informações é o motivo mais referido pelos participantes dessa pesquisa, representando 29,7% dos motivos alegados. Analisando o discurso composto é possível verificar que são usados argumentos operacionais e racionais para justificar sua motivação, são argumentos focados em um objetivo: buscar informações para resolver o seu individual problema de saúde. O local da busca – se em sites ou em comunidades virtuais – praticamente tornando indistinto, pouco importante, conforme é possível verificar no trecho a seguir: "*Participo quando o tema me interessa e acrescenta alguma coisa, ou quando procuro me*

informar melhor sobre determinado assunto".

É possível verificar também que, apesar do objetivo racional da *busca por informações*, o indivíduo identifica que essa busca – quando realizada em uma comunidade virtual – oferece um tipo de resultado diferente dos resultados alcançados por outros meios de pesquisa na Internet. Resulta em informação mais contextualizada quanto aos detalhes das sensações e dos sentimentos de quem a produziu, conforme se percebe no trecho a seguir: *"Temos sim que estar ligados ou plugados, mas temos que perceber mais as coisas, sentir, ver, ouvir... e não ficar no superficial".*

A busca por informações é uma motivação que, em boa parte das vezes, vem associada a outros motivos que levaram o integrante a participar de comunidades virtuais. Porém, para 17,4% dos integrantes aqui analisados, buscar informações na comunidade virtual é sua única motivação, portanto, não sentem necessidade ou interesse em interagir com os demais integrantes da comunidade virtual. Esses são aqui identificados como os 'consultadores' de informações, integrantes silenciosos das comunidades virtuais. São integrantes representantes do primeiro nível de atitudes de implicação do esquema associativo-participativo.

Apesar de na Internet estarem disponíveis diversas ferramentas para pesquisa de conteúdos – de fácil compreensão e uso e que oferecem resultados rápidos – dentro de uma comunidade virtual esse tipo de pesquisa resulta, muitas vezes, em informações mais contextualizadas, apresentadas em relatos ricos em detalhes, explicações e sentimentos. Essas são informações que apresentam um contexto de diálogo, de conversa travada, entre integrantes diretamente envolvidos com o assunto, o que permite – ao integrante que busca a informação – uma melhor apreensão do conteúdo discutido.

Esse diálogo exercitado nas comunidades virtuais é o que possibilita uma interação de troca de informação e de experiências, segundo principal motivo referido, representação social apreendida em 25,8% dos discursos analisados. Quando um integrante declara que "*a troca de informações é essencial, nos esclarece dúvidas e os participantes nos ajudam em questões que desconhecemos",* observa-se nesta representação a existência de reconhecimento do outro – um outro que o *sujeito1* não reconhece como importante – e de reconhecimento da importância da colaboração conjunta na busca por uma solução mútua dos problemas. Nessa representação social é possível identificar que este *sujeito2* é um 'compartilhador', representante do segundo nível de atitudes de implicação do esquema associativo-participativo.

O terceiro principal motivo alegado é a possibilidade de criar e manter relacionamentos, apreendida em 24% dos discursos. Nessa representação social é possível perceber que a relação com o outro (com os demais integrantes da comunidade virtual), a interação, é mais importante do que a informação obtida por meio da busca por informações, ou mesmo da troca de informações e experiências com os demais integrantes da comunidade. Remete, ainda, a uma vantagem que esse meio permite: a facilidade de se criar, localizar e manter relacionamentos com outros integrantes da comunidade virtual mesmo que esses se localizem fisicamente, geograficamente distantes.

Com a identificação dos motivos que levam indivíduos a participarem de comunidades virtuais, é possível reconhecer a existência de agrupamentos destes, conforme proposto a seguir.

Tabela 21. Distribuição dos participantes da pesquisa que participa/ participou de comunidades virtuais por grupo de motivos para participar

Agrupamento de motivos	Participantes	%
Busca por relacionamento	132	85,1%
Busca por informação	113	72,9%
Busca por gerar ação/ mudança	19	12,3%
N/R	12	7,7%

Fonte: Pesquisa 'Transformações na relação de poder estabelecida entre médico e paciente - 2010'.

Com esse agrupamento dos motivos, é possível identificar que, no conjunto, os motivos que mais levam os indivíduos a participarem de comunidades virtuais são os identificados com a *busca por relacionamentos* (85,1%). Um dos principais motivos identificados aponta para o reconhecimento de que na comunidade virtual existe facilidade de se estabelecer novo contato, ou resgatar contato com outras pessoas (22%). Outro motivo identificado aponta para o reconhecimento de que na comunidade virtual, frente as ferramentas disponibilizadas, é mais fácil manter esse contato estabelecido ou resgatado, mantendo o relacionamento (24%).

O segundo agrupamento de motivos que levam os indivíduos a participarem de comunidades virtuais relaciona-se à necessidade de *buscar por informações* (72,9%), relacionando dois principais motivos: a busca geral por informações, sem indicação de outras intenções (29,7%) e a busca por compartilhar informações e experiências (25,8%), considerando total de indivíduos que participam/participaram de comunidades virtuais. Novamente aqui se evidencia os dois níveis iniciais de participação-associativa, indivíduos apenas 'consultando' informações e indivíduos 'compartilhando' informações.

A análise do terceiro agrupamento de motivos relacionados à participação em comunidades virtuais apresenta motivos relacionados ao sentido de executar ação ou mudança por meio da comunidade virtual (12,3%). Os motivos atribuídos são: ajudar e ser ajudado, sentir-se bem e sentir-se apoiado, obter lazer por meio virtual e melhorar a vida. Trata-se aqui de ações concretas, ou de mudança como resultado de ações, realizadas por meio da interação na comunidade virtual.

Motivos que levam indivíduos a não participar de comunidades virtuais

São apresentados a seguir os principais motivos que levam os indivíduos a não participarem de comunidades virtuais, identificados conforme as representações sociais reconhecidas nos discursos analisados e explicitadas nas idéias centrais desenvolvidas neste processo de análise.

Quadro 2. Síntese dos discursos coletivos dos motivos que levam indivíduos a não participar de comunidades virtuais

SC*	Idéia Central	Partic**	%
1	Não participo de comunidades virtuais porque evito me expor	5	22,7%
2	Não participo de comunidades virtuais porque falta interesse	5	22,7%
3	Não participo de comunidades virtuais porque busco falta tempo	5	22,7%
4	Não participo de comunidades virtuais porque é desnecessário	4	18,2%
5	Não participo de comunidades virtuais porque busco informações confiáveis	3	13,6%

6	Não participo de comunidades virtuais porque prefiro relação presencial	3	13,6%
7	Não participo de comunidades virtuais porque busco agilidade e praticidade	1	4,5%
8	Não participo de comunidades virtuais porque muita comunicação causa ansiedade	1	4,5%

Notas: * SC é o número pelo qual o Sujeito Coletivo é identificado; ** Participantes é a quantidade de sujeitos que contribuíram para a composição do DSC (podem ter contribuído em mais que um DSC).

Fonte: Pesquisa 'Transformações na relação de poder estabelecida entre médico e paciente - 2010'.

A seguir estão apresentadas as composições dos principais discursos coletivos, assim como prossegue a discussão sobre os resultados apresentados.

Não participo de comunidade virtual porque evito me expor

"Não participo de comunidades virtuais de relacionamento de estilo tradicional, como Orkut e Facebook, por não me sentir bem com a exposição pessoal que tais sites podem produzir. Prefiro contatos pessoais, não gosto da exposição de informações sobre mim a pessoas desconhecidas. Infelizmente o que vejo nestes negócios é gente usando pra atacar outras pessoas. Embora exista o lado bom em que as pessoas se agrupam de acordo com algum tipo de afinidade, eu prefiro não me expor." (discurso coletivo do sujeito1).

Não participo de comunidade virtual porque me falta interesse

"No momento, falta interesse no assunto. Não despertou interesse ainda. Na verdade minha participação individual se limita a ler e responder os e-mails enviados, participação em alguns blogs de interesse mais pessoal do que profissional." (discurso coletivo do sujeito2).

Não participo de comunidade virtual porque me falta tempo

"Não participo por que despende de tempo e por que inclui muita conversa irrelevante e fútil. A falta de tempo impede a participação. Não tenho muito tempo para participar de comunidades virtuais, mas quero participar para aumentar o meu network." (discurso coletivo do sujeito3).

Pode-se analisar deste grupo, que *não participa de comunidades virtuais,* mesmo sendo minoritários, alguns apontamentos que indicam possíveis análises críticas sobre comunidades virtuais e seus limites para serem considerados meios ótimos de consulta e relacionamento para o fim estudado – tema de saúde.

Mesmo sendo um meio importante, e predominante, entre os pesquisados, alguns apontamentos dos indivíduos que não

acessam essas comunidades virtuais indicam alternativas possíveis para o mesmo fim, considerando, especialmente, que esse meio e as ferramentas tecnológicas envolvidas evoluem e se modificam de modo muito dinâmico e acelerado.

Uma análise mais geral dos motivos relatados pelos indivíduos para não participarem de comunidades virtuais referem-se a: (i) fatores externos à própria comunidade virtual, usados pelos indivíduos para justificar porque nem iniciam um processo de conhecimento e possível participação: falta de interesse e falta de tempo do próprio indivíduo; e (ii) fator interno da comunidade virtual, usados pelos indivíduos justificando um risco possível, resultante de se participar: possível exposição de informações e posições, posturas pessoais. Em ambos os casos, são fatores que também podem ser identificados, em maior ou em menor grau, em relatos para justificar uma não participação em qualquer comunidade, seja ela virtual, presencial local, ou supra local.

4.3. Uso de ferramentas em comunidades virtuais

> *"Qual a área de que mais gosta nas comunidades virtuais? O que você mais faz em alguma comunidade virtual? Por quê?"*

Dos 177 indivíduos que responderam ao questionário on-line, 75 participam da análise apresentada a seguir, representando assim o grupo de indivíduos que declararam participar - ou já ter participado - de comunidades virtuais sobre saúde, doenças ou qualidade de vida.

A análise das respostas a essa questão apresenta a seguinte distribuição de áreas das comunidades virtuais mais usadas pelos participantes, conforme apresentado na tabela a seguir.

Tabela 22. Distribuição dos participantes da pesquisa por área freqüentada na comunidade virtual

Área de acesso	Participantes	%
Fórum de discussão	32	42,7%
Salas de bater papos (Chat)	5	6,7%
Enquetes (pesquisas)	4	5,3%
N/R	37	49,3%

Fonte: Pesquisa 'Transformações na relação de poder estabelecida entre médico e paciente - 2010'.

A análise das áreas mais freqüentadas pelos participantes, entre as disponíveis em comunidades virtuais, indica que os *fóruns de discussão* são apontados como a área mais freqüentada por estes, com 42,7% do total de indivíduos que participam ou já participaram de comunidades virtuais com foco em saúde.

Essa preferência pelos fóruns pode ser explicada se analisados os argumentos dos discursos junto com a caracterização do que é um fórum de discussão em uma comunidade virtual. O fórum de discussão é uma espécie de sala virtual, na qual se trava uma conversa contendo informações, questionamentos e respostas, além de depoimentos e declarações de apoio e sentimentos. Portanto, o fórum possui características que absorvem a demanda uma sala de bater papos, como é possível reconhecer no trecho a seguir:

> *"Buscava informações nos fóruns, mesmo os passados, para saber de informações de meu*

interesse, ver os depoimentos das pessoas e como elas vivem com a doença, gosto de saber sobre técnicas pessoais de vencer a depressão, o medo da doença" (discurso coletivo do sujeito 1).

Outra característica desse espaço é a possibilidade de se realizar perguntas e obter rápidas respostas. O fórum possui características que absorvem a demanda de enquetes, sendo que, neste caso, as respostas sejam mais que números: são pessoais, detalhadas, argumentadas e seus interlocutores são reconhecíveis pelo grupo participante. Por fim, um fórum de discussões possui estrutura que possibilita a ele ser uma biblioteca viva de conteúdos desenvolvidos no decorrer da vida de uma comunidade, permitindo que seus participantes busquem depoimentos e informações, contextualizadas, questões vividas e argumentos trocados.

Quanto às atividades mais realizadas durante o tempo de permanência do acesso à comunidade virtual, são identificadas as seguintes atividades conforme quadro a seguir:

Quadro 3. Síntese dos discursos coletivos sobre atividades realizadas durante o tempo de permanência acessando a comunidade virtual

SC*	Idéia Central	Partic**	%
1	Compartilhar informações/ experiências	48	64 %
2	Ajudar pessoas	9	12 %
3	Relacionar-se/ fazer parte	7	9,3%
	N/R	24	32 %

Notas: * SC é o número pelo qual o Sujeito Coletivo é identificado; ** Participantes é a quantidade de sujeitos que contribuíram para a composição do DSC (podem ter contribuído em mais que um DSC).

Fonte: Pesquisa 'Transformações na relação de poder estabelecida entre médico e paciente - 2010'.

A seguir está apresentada a composição do principal discurso coletivo, assim como prossegue a discussão sobre os resultados apresentados.

Compartilha informações e experiências dentro da comunidade virtual

"Procuro me informar melhor sobre o assunto a que se refere a comunidade, e às vezes até tirar dúvidas sobre algo que precise resolver, também esclareço duvidas que tenho sobre meus sintomas. Buscava informações nos fóruns, mesmo os passados, para saber de informações de meu interesse, ver os depoimentos das pessoas e como elas vivem com a doença, gosto de saber sobre qualidade de vida, técnicas pessoais de vencer a depressão, vencer o medo da doença. Leio os tópico e posto alguns. Gosto quando a comunidade coloca aquelas perguntas com respostas rápidas e que é rápido consultar a resposta e as informações do que temos que entender e aprender. Trocar idéias com outros pacientes, e orientar novatos nos tratamentos pelos quais já passei. Trocar informações, pois é o meio de encontrar respostas concretas e práticas sobre as situações e não ficar só em teoria. Hoje não participo tanto, mas no começo me trouxe muito conhecimento sobre a doença." (discurso coletivo do sujeito1).

A análise das representações sociais – relacionadas às atividades realizadas dentro de uma comunidade virtual – indica que o compartilhamento de informações e experiências é a ação relatada como a mais realizada pelos integrantes da comunidade enquanto '*conectados'* nesta. Este resultado é compatível com resultados relacionados à motivação que leva indivíduos a participarem de comunidades virtuais, na qual parte significativa dos indivíduos relata que compartilhar informações e experiências é um importante motivo para se participar de comunidades virtuais, questão trabalhada na análise e discussão anterior.

Compartilhar experiências remete o integrante da comunidade virtual a declarar para o outro as suas experiências e também vivenciar as experiências do outro. Funciona como *contextualizador* de informações transmitidas, pois o integrante, sendo protagonista de suas histórias e compartilhando-as, se utiliza de ferramentas pedagógicas que contribuem com o aprendizado (FREIRE, 1987), conforme destaca o trecho a seguir: "*é o meio de encontrar respostas concretas e práticas sobre as situações e não ficar só em teoria".*

Compartilhar informações e experiências também possibilita que os integrantes em relação falem sobre ações, resultados, fracassos e medos e, assim, compartilhem também cargas de apoios, interesses e sentimentos, como no relato a seguir: "*gosto de saber sobre qualidade de vida, técnicas pessoais de vencer a depressão, vencer o medo da doença".*

Se o estado da doença e o risco da morte fragilizam o ser humano, tais cargas de apoio e sentimentos funcionariam como apoio social e psicológico para que a pessoa mantenha-se em luta, a favor da manutenção de sua vida.

4.4. Informações pesquisadas nas comunidades

"Que tipo de informação você costuma buscar e discutir em comunidades virtuais?"

Os indivíduos que participam de comunidades virtuais relacionadas à saúde e doenças tornam-se integrantes dessas, com motivações diversas. Uma importante motivação identificada nesta pesquisa é a possibilidade de realizar pesquisa (busca) por informações dentro da comunidade. Esta análise busca identificar quais tipos de informações são pesquisadas.

São variados os tipos de informações pesquisadas pelos integrantes de comunidades virtuais e, muitas vezes, são citados mais que um tipo de informação. Assim, os resultados apresentados nesta análise são relacionados aos diferentes tipos de informações pesquisadas pelos integrantes, podendo ocorrer mais que um tipo por integrante.

No quadro a seguir é apresentada uma distribuição de tipos de informações pesquisadas pelos integrantes de comunidades virtuais com foco em saúde.

Quadro 4. Síntese dos discursos coletivos sobre tipos de informações buscadas e/ou discutidas na comunidade virtual

SC*	Idéia Central	Partic**	%
1	Busco e discuto informações gerais sobre risco ou doença	15	20,0 %
2	Busco e discuto informações para orientação sobre cuidados e prevenção	12	16,0 %

3	Busco e discuto informações sobre inovações e atualidades na saúde	10	13,3%
4	Busco e discuto informações para apoio psicológico e para desabafar sentimentos	7	9,3%
5	Busco e discuto informações para orientações e reações ao tratamento	6	8,0 %
6	Busco e discuto informações sobre exames e seus resultados	5	6,7%
7	Busco e discuto informações para reconhecer sinais e sintomas	5	6,7%
8	Busco e discuto informações para orientações sobre medicamentos	5	6,7%
9	Busco e discuto informações sobre reações adversas e efeitos colaterais	4	5,3%
10	Busco e discuto informações para indicação de bons médicos	3	4,0 %
11	Busco e discuto informações para esclarecer indicações médicas	2	2,7%
12	Busco e discuto informações em busca de cura	2	2,7%
13	Busco e discuto informações sobre procedimentos cirúrgicos	1	1,3%
14	Busco e discuto informações sobre redução de capacidade social/ laboral	1	1,3%
15	Busco e discuto informações sobre como auxiliar, como agir com um doente	1	1,3%
16	Busco e discuto informações sobre questões legais e sobre direitos do doente	1	1,3%

Notas: * SC é o número pelo qual o Sujeito Coletivo é identificado; ** Participantes é a quantidade de sujeitos que contribuíram para a composição do DSC (podem ter contribuído em mais que um DSC).

Fonte: Pesquisa 'Transformações na relação de poder estabelecida entre médico e paciente - 2010'.

A seguir estão apresentadas as composições dos principais discursos coletivos, assim como prossegue a discussão sobre os resultados apresentados.

Busca e discute informações gerais sobre risco ou doença

"Discuto de tudo cara, desde os meus problemas pessoais, questões da saúde da minha mãe, namoro, como me concentrar nos estudos, esporte, tudo. Depende mais de quem está do outro lado e qual é a afinidade do cara comigo. Busco informações sobre o que os participantes estão pensando e opinando sobre determinado assunto e tudo relacionado à saúde, principalmente relacionada a hepatite c e transplantes. Busquei muita informação para minha amiga sobre o problema do menino da minha amiga, que precisa de muita ajuda e atenção e essas pessoas das comunidades da Internet querem ajudar, dá para ver isso quando falam contigo. Tenho problemas de pele, alergia e não posso comer derivados de leite, e busco td na web, minha mãe tb, receitas, ingredientes p/ substituir e até orientação de como fazer qd tenho uma reação alérgica. Aprendi com minha mãe a buscar na web." (discurso coletivo do sujeito1).

Busca e discute informações de orientação

sobre cuidados e prevenção

"Os temas que mais me atraem no momento são: alimentação, educação e sono. Dicas de saúde, alimentação, educação e compras para minha filha de 1,9 meses. Pedir dicas sobre cuidados com o bebê. Na lista de discussão da qual participo busco informações sobre parto e questões relacionadas à gestação. Prevenção, sobre como melhorar minha saúde. Gosto de saber sobre qualidade de vida, técnicas pessoais de vencer a depressão, o medo da doença. Como cada uma busca e encontra saúde e bem viver." (discurso coletivo do sujeito2).

Busca e discute informações sobre inovações e atualidades na saúde

"Busco informação sobre novidades nos tratamentos médicos. Informações atualizadas. Atualidades no tratamento do câncer de mama, inovações médicas, conquistas políticas e o andamento das mesmas, casos singulares e atualidades. Quando estou perto de realizar meus exames anuais para verificar se está tudo bem, entro com mais freqüência nas comunidades para checar se há alguma novidade nos exames e até mesmo para desabafar um pouco." (discurso coletivo do sujeito3).

Quando alguém pesquisa, buscando alguma informação, é de se supor que esse alguém, apresenta uma necessidade que leva a essa busca. Essa necessidade pode ser gerada somente por uma dúvida ou, também, por uma suspeita de possibilidade (ou hipótese) a ser investigada.

Os integrantes de uma comunidade virtual sobre saúde e doenças quando pesquisam em busca de informações, se encontram nessa situação acima descrita. Portanto, é de se esperar que suas buscas estejam de alguma forma, focadas em questões e hipóteses pontuais, ou seja, que operacionalizem suas buscas por meio de palavras que reportem nome de doenças, sintomas, medicamentos, cuidados, tratamentos. Podem variar em termos de quantidade, mas evidencia-se ser esse o foco mantido em boa parte dos tipos de informações pesquisadas.

Reis e Fradique (2004) identificaram um conjunto de categorias relacionadas às significações leigas existentes sobre saúde e sobre doença. Tais categorias revelam os significados que as pessoas leigas constroem sobre os processos de saúde e doença que vivenciam.

As categorias relacionadas às significações sobre saúde são compostas pelos seguintes componentes: (i) centralidade corporal; (ii) capacidade de regulação e funcionalidade; (iii) bem estar e equilíbrio; (iv) religião; (v) contrário de doença; (vi) subjetividade; e (vii) imperfeição da saúde. Tais categorias vão desde as significações mais voltadas ao corpo do indivíduo (biológico) e ao que o corpo sente, até as significações mais filosóficas e subjetivas, relacionadas ao bem estar e à forma de interpretar situações da vida.

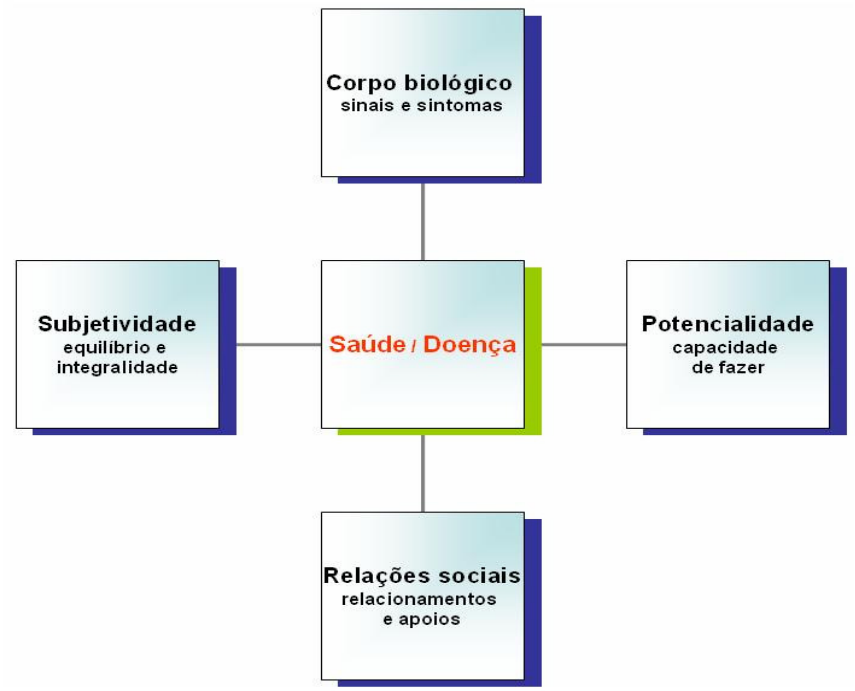
As significações sobre doença reconhecidas por Reis e Fradique (2004) compõem as seguintes categorias: (i) centralidade corporal; (ii) capacidade e disfuncionalidade; (iii) bem estar e desequilíbrio; (iv) falta de apoio interpessoal; (v) contrário de saúde; (vi) subjetividade; (vii) diagnóstico médico; e (viii) estado de espírito. Essas categorias vão também desde as significações mais voltadas ao corpo do indivíduo, seu biológico, indo, também, até as significações filosóficas e subjetivas, incluindo-se, neste conjunto, uma categoria que identifica a doença simplesmente como o diagnóstico de um médico.

Tais significações diferem de significações construídas pelos técnicos da área da saúde, ambas competindo e gerando possíveis conflitos de interpretações e de sentidos em diálogos, e no todo das relações envolvendo médicos e pacientes.

Nos dois conjuntos de categorias de significações – tanto em significações sobre saúde como em significações sobre doença – o que se observa é que tais conjuntos apresentam categorias com significados próximos, funcionando muito mais como 'lados opostos de uma mesma moeda', como também ocorre nas representações sociais da saúde e da doença. A categoria que resume essa situação seria a categoria "(v)" de ambas as significações: a presença de um significa a ausência do outro.

Diante desse fato é possível buscar uma nova categorização de tais significações leigas, busca-se assim unir significações comuns e reconhecer mais claramente as representações sociais identificadas como associadas a tais significações leigas trabalhadas.

Figura 4. Esquema propositivo de categorias que compõem significações leigas sobre saúde e doença



Fonte: Pesquisa 'Transformações na relação de poder estabelecida entre médico e paciente - 2010' - Adaptação realizada à proposição de Reis e Fradique (2004).

Com essa nova proposição de categorias de significações leigas, é possível reconhecer que as representações sociais trabalhadas para os tipos de informações buscadas e discutidas nas comunidades virtuais de saúde e doença são relacionadas a tais significações.

Parece razoável supor, portanto, que as dúvidas geradas e hipóteses trabalhadas por tais integrantes, são relacionadas à categoria de significações leigas às quais pertencem.

A análise dos resultados demonstra que parte significativa das informações pesquisadas e discutidas nas comunidades virtuais

está relacionada diretamente ao significado da saúde/doença como aquilo que afeta o corpo biológico: sinais, sintomas, efeitos colaterais, riscos da doença, riscos do tratamento. Esses termos são reconhecidos nos discursos da maioria dos integrantes das comunidades virtuais pesquisados. As demais significações leigas também estão presentes, porém, em menor escala e de forma mais distribuída nos discursos trabalhados.

Por fim, é importante chamar a atenção para outros tipos de informações pesquisadas e discutidas, relacionadas ao processo operacional do tratamento médico: informações relacionadas as indicação de "bons médicos", inovações e atualizações em tratamentos, orientações jurídicas e relacionadas a direitos.

4.5. Interação com a comunidade após uma consulta médica

"Você acessa ou já acessou alguma comunidade virtual após passar por alguma consulta médica buscando informações relacionadas ao atendimento realizado? O que estava buscando na comunidade virtual? Como? Por favor, explique por que."

"Você considera que as informações buscadas e discutidas em alguma comunidade virtual são úteis para você? Por favor, explique por que."

Os indivíduos que participam de comunidades virtuais relacionadas à saúde e doenças tornam-se integrantes, com motivações diversas. Entre as motivações identificadas nesta pesquisa, uma é a possibilidade de realizar pesquisa (busca) por informações dentro da comunidade. A análise que segue, objetiva identificar quais os tipos de informações que são pesquisadas por esses integrantes das comunidades virtuais.

A análise das respostas às questões acima expostas, apresenta um conjunto de usos da informação e justificativas dos indivíduos participantes para considerarem úteis tais informações.

Tabela 23. Distribuição dos participantes da pesquisa por busca de informações na comunidade virtual após passar por consulta médica

Respostas agrupadas	Participantes	%
Sim, busco a comunidade virtual após passar por consulta médica	45	60,0 %
Não busco a comunidade virtual após passar por consulta médica	19	25,3%
N/R	11	14,7%
Total	**75**	**100,0%**

Fonte: Pesquisa 'Transformações na relação de poder estabelecida entre médico e paciente - 2010'.

A maior parte dos indivíduos que freqüenta comunidades virtuais relacionadas à saúde e doença, que acessa suas comunidades após terem passado por uma consulta médica o faz em busca de informações (60%). Esse número fica ainda mais significativo se levado em consideração que outros 14,7% não responderam claramente a essa questão: se acessam ou não a comunidade após a consulta médica (identificados por N/R). Considerando somente os que responderam, verifica-se: o grupo que acessa tem

mais que o dobro de integrantes (2,4 vezes mais), em relação ao grupo que não acessa comunidades virtuais após consulta médica.

Porém, saber que indivíduos integrantes de comunidades virtuais acessam comunidades após uma consulta médica, não é suficiente. É necessário saber o porquê; saber qual a utilidade que tais integrantes identificam nas informações pesquisadas (buscadas).

Quadro 5. Síntese dos discursos coletivos do porque acessar a comunidade após uma consulta médica

SC*	Idéia Central	Partic**	%
1	As informações das comunidades virtuais são úteis porque oferecem apoio e experiência de pessoas na mesma situação	34	45,3%
2	As informações das comunidades virtuais são úteis porque esclarecem dúvidas e situações antes desconhecidas	21	28,0 %
3	As informações das comunidades virtuais são úteis porque oferecem informação necessária para pensar e agir	18	24,0 %
4	As informações das comunidades virtuais são úteis porque possibilitam que verifique se as informações fornecidas pelo médico estão corretas	10	13,3%
5	As informações das comunidades virtuais são úteis porque retornam respostas rápidas e mais atuais	10	13,3%
6	As informações das comunidades virtuais são úteis porque oferecem apoio social e psicológico	8	10,7 %
7	As informações das comunidades virtuais são úteis porque ajudam a entender melhor um diagnóstico	8	10,7%

8	As informações das comunidades virtuais são úteis porque são em maior quantidade e mais úteis do que as obtidas em consultas	8	10,7%
9	As informações das comunidades virtuais são úteis porque possibilitam agregar/ construir conhecimento	7	9,3%
10	As informações das comunidades virtuais são úteis porque potencializam a interação durante a consulta	5	6,7%

Notas: * SC é o número pelo qual o Sujeito Coletivo é identificado; ** Participantes é a quantidade de sujeitos que contribuíram para a composição do DSC (podem ter contribuído em mais que um DSC).

Fonte: Pesquisa 'Transformações na relação de poder estabelecida entre médico e paciente - 2010'.

A seguir estão apresentadas as composições dos principais discursos coletivos, assim como prossegue a discussão sobre os resultados apresentados.

Oferecem apoio e experiência de pessoas na mesma situação

"Buscava saber como outras pessoas com o mesmo problema lidaram com a situação, assim busquei complementar e confirmar sintomas/diagnóstico. Apresenta dicas interessantes que costumo adotar. Queria orientações sobre a doença, em virtude de estar desolada com a falta de conhecimento dos médicos sobre a doença, descobri na comunidade que eu não era a única com este problema (estar desolada) e, como outros usuários, passei a estudar sobre a síndrome para saber como lidar com a doença e com os

médicos. Fui buscar "segundas opiniões" a respeito de diagnósticos e tratamentos indicados. Sempre discutimos os "métodos" utilizados pelos médicos e trocamos informações. Quando o médico não transmite confiança usamos as comunidades como aliados para saber daqueles já passaram pela situação. Pude saber sobre os possíveis efeitos colaterais e, ao vivenciá-los, não fiquei assustada (e eram assustadores!). Ao se colocar o problema em uma comunidade, várias pessoas acorrem lhe orientado do que elas fizeram quando passaram por situações semelhantes, mas (incrível e isso não é combinado) não lhe dizem o que fazer." (discurso coletivo do sujeito1).

Esclarecem dúvidas e situações antes desconhecidas

"Tem sempre alguém que sabe de alguma coisa que eu não sabia... Aprendi os sintomas, o tipo de tratamento e os efeitos colaterais, tirei minhas duvidas e entendi melhor o q fazer pra controlar meu problema, sem auto medicação é claro. Buscamo os resultados do exame e o que significa por que ele também não sabia as palavra, então procurei entender sobre termo técnico e também sobre novo medicamento. Minha comunidade virtual tem uma médica da área a disposição que não clinica via Internet

mas orienta as pacientes. Aprendi hoje que é de extrema importância eu saber exatamente o que tenho, saber discutir clinicamente com o médico que me acompanha." (discurso coletivo do sujeito2).

Oferecem informação necessária para pensar e agir

"Com as informações e o apoio das pessoas eu consigo entender melhor o que sinto e porque sinto, principalmente os sinais de minha cabeça, que me confundem tanto. Passei a tomar meus remédios e a comer melhor e minha vida tomou um rumo. Todas as vezes faço isso, as informações são importantes para fazer pensarmos sobre o que passamos. A pediatra da minha filha é a favor da amamentação até os 2 anos e também da livre demanda "chorou mamou". Depois de pesquisar em livros e artigos e comunidades online, decidi que para mim seria mais adequado estabelecer uma rotina na amamentação. Melhorei minha vida depois que assumi que quem cuida dela sou eu mesma e que não adianta achar que os outros gostam de você mais do que você mesma." (discurso coletivo do sujeito3).

Receber apoio por meio de relatos de experiências vivenciadas por

pessoas na mesma situação é o principal motivo relatado por aqueles que acessam uma comunidade virtual após passar em consulta médica (45,3%). Os argumentos que justificam a utilidade de tais relatos de experiências se fundamentam na necessidade de buscar, no outro, ou uma confirmação da situação vivenciada e sentir que não está sozinho, ou adquirir informação complementares, não adquirida durante a consulta médica.

Em ambos os casos se verifica que tais informações oferecem um conforto emocional para o integrante que, além de não estar sozinho, passam a conhecer o caminho que os espera. Uma das fontes referidas são os relatos dos mais 'experientes' no adoecer conforme destaque: "*Pude saber sobre os possíveis efeitos colaterais e, ao vivenciá-los, não fiquei assustada (e eram assustadores!)".*

Complementar a essa situação, é a indicação de que as informações das comunidades são úteis porque esclarecem dúvidas e situações antes desconhecidas (28%). Novamente aqui se encontra o conforto de se saber qual caminho está trilhando e o que é possível se esperar neste caminho.

Verificam-se aqui características de um grupo de apoio. Grupo no qual é possível compartilhar experiências entre os que sofrem de um mesmo problema de saúde. Cyrino (2005) relata que esse pode ser um importante momento, uma vez que esses indivíduos se influenciam mutuamente na forma como lidam com o sofrimento e com a doença.

Também útil é acessar a comunidade após uma consulta médica porque oferecem informação necessária para pensar e agir (24%). Identifica-se aqui a informação como subsídio para a tomada de decisão, que pode significar uso da autonomia do paciente,

conforme trecho destacado: "*Melhorei minha vida depois que assumi que quem cuida dela sou eu mesma e não adianta achar que os outros gostam de* você mais do que você mesma".

Em uma análise mais geral, se observa que integrantes de tais comunidades utilizam o espaço das comunidades virtuais para trocar informações sobre o que ocorre com eles dentro dos consultórios médicos: relatando o ocorrido, 'confirmando' diagnósticos e tratamentos e recebendo, dos mais 'experientes', informações e apoio.

4.6. Interação com o médico no retorno à consulta

> *"Você alguma vez utilizou as informações que buscou, postou ou discutiu em alguma comunidade virtual para conversar com seu médico na consulta seguinte? Como? Por favor, explique por que."*

A análise das respostas a essa questão fornece uma concepção do que é percebido pelo paciente sobre a interação que ocorre no retorno à consulta médica, como resultado das possíveis contribuições das informações acessadas e relações fortalecidas na comunidade virtual.

O objetivo desta análise é identificar o que motiva integrantes de comunidades virtuais, quando pacientes, a levarem para seus médicos informações e questões que adquiriram em acesso a comunidade virtual. Possíveis conflitos entre médico e paciente, decorrentes da prática de se consultar informações nas

comunidades virtuais, não são foco desta análise, reconhecendo-se somente sua existência ou inexistência, uma vez que este pode ser revelador de um processo de negociação em curso.

Resultados sobre o uso da informação, adquirida em acesso a comunidade virtual, para conversar com o médico no retorno à consulta médica são explorados a seguir.

Tabela 24. Distribuição dos participantes da pesquisa sobre a interação que ocorre no retorno à consulta médica

Respostas agrupadas	Participantes	%
Sim, uso a informação para conversar com o médico na consulta seguinte	37	49,3%
Não uso a informação para conversar com o médico na consulta seguinte	28	37,3%
N/R	10	13,3%
Total	**75**	**100,0%**

Fonte: Pesquisa 'Transformações na relação de poder estabelecida entre médico e paciente - 2010'.

Aproximadamente metade dos integrantes de comunidades virtuais sobre saúde e doença afirma que usa informações adquiridas na comunidade virtual para conversar com o seu médico em consulta de retorno (49,3%). O integrante que faz isso reconhece neste fato um provocador da interação que ocorreu entre médico e paciente.

A informação como subsídio provocador de interação pôde ser verificado em estudo anterior, conforme trecho de fala destacado a seguir.

> *"Com mais conhecimento, surge 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." (*Pesquisa Navegar é Preciso, 2006; Sujeito1– Participou mais porque conseguiu realizar mais perguntas ao médico; pág. 92).*

A informação adquirida é reconhecida como subsídio necessário para gerar um arcabouço básico com o qual o paciente testa significados de seus problemas e constrói suas próprias hipóteses, o que fortalece sua posição em um possível diálogo com o médico.

O que é percebido pelo paciente quanto ao uso da informação para a interação que ocorre no retorno à consulta médica é exposto em quadro a seguir.

Quadro 6. Síntese dos discursos coletivos sobre elementos que identificam interação que ocorre no retorno à consulta médica

SC*	Idéia Central	Partic**	%
1	Usa a informação obtida na comunidade para dialogar com o médico	11	14,7%
2	Usa para validar com o médico a utilidade da informação obtida na comunidade	9	12,0%
3	Usa a informação obtida na comunidade para auxiliar o médico quanto a melhor conduta	7	9,3%
4	Usa a informação obtida na comunidade para tomar decisões	4	5,3%

5	Usa sim (não esclareceu como)	6	8,0%
6	Não usa porque já foi, ou receia ser, questionado pelo médico	7	9,3%
7	Não usa porque não acredita que gere vantagens	2	2,7%
8	Não usa (não relatou porque)	19	25,3%

Notas: * SC é o número pelo qual o Sujeito Coletivo é identificado; ** Participantes é a quantidade de sujeitos que contribuíram para a composição do DSC (podem ter contribuído em mais que um DSC).

Fonte: Pesquisa 'Transformações na relação de poder estabelecida entre médico e paciente - 2010'.

A seguir estão apresentadas as composições dos principais discursos coletivos, assim como prossegue a discussão sobre os resultados apresentados.

Usa a informação para dialogar com o médico

"Quando tenho uma consulta marcada eu antes anoto tudo que quero falar com minha médica, isso ajuda a aproveitar melhor o tempo com ela e me ajuda a não esquecer nada, e antes dou uma olhada na Internet e no grupo para ver o que acham de meus apontamentos. Constantemente levo questões que são levantadas na comunidade até o meu médico, sempre trocando informações com minha endócrino. Ao chegar no consultório já sabia quais eram as alterações e quais seriam as prováveis recomendações do médico. (maravilhoso, por sinal)." (discurso coletivo do sujeito1).

Usa a informação para validar com o médico sua utilidade

"Sim, o que eu leio na comunidade levo para o meu médico para saber se é certo ou errado, pergunto se posso usar o que alguém da comunidade usou. Sempre tive uma boa conversa com meu médico, ele apenas quer que não acredite em tudo que está escrito e isso eu faço, comentei sobre remédios comentados e perguntei se eram adequados ao meu caso, tudo que é novidade eu levo para minha médica e procuro saber a opinião dela sobre o assunto. Uma vez fiz isso e vi que as informações que encontrei não eram para o meu caso, que não era tão grave como o caso daquela outra pessoa da comunidade, e então o médico me explicou que era para tomar cuidado com o que se fala e se lê na Internet e eu entendi isso." (discurso coletivo do sujeito2).

Não usa a informação: receia ser questionado pelo médico

"Não, nunca falei. Aliás, fiz referência e a médica fez uma cara ruim. Me senti acuado e desconfortável, já que ela demonstrava uma postura de superioridade e não abertura. Preferi trocar de médico, e escolher um que estivesse mais de acordo. Teve uma vez que

eu fiz isso (ler e levar informação da comunidade virtual) e um médico me falou que não era bom fazer isso porque mais confundia do que ajudava no que estava tratando e aí achei melhor não falar mais com os médicos que eu faço isso. Já falei isso na comunidade e vi que outros caras fazem como eu para o medico não ficar chateado demais." (discurso coletivo do sujeito6).

Nos dois primeiros discursos analisados é possível verificar a informação como apoio para a interação. É possível identificar que se forma uma 'ponte' entre o médico e o paciente, que possibilita maior comunicação entre eles na medida em que este último (o paciente) se sentiu mais fortalecido para dialogar com seu médico a partir do apoio e conhecimento produzido na vivência da comunidade virtual. Mas também o paciente pode se tornar uma ponte, um interlocutor entre seu médico e sua comunidade virtual. Assim, o paciente, que também é integrante de um grupo, faz troca de sentidos e de significados do que é a doença; do que são os sinais e sintomas 'legítimos' daquela doença; do que é a possível cura. Isso ocorre entre uma e outra ida ao médico e em sua comunidade virtual.

Essa possibilidade de interação, de uma efetiva comunicação dialógica, por vezes é iniciada pelo próprio médico, pessoalmente ciente da necessidade de interação para a busca de um melhor diagnóstico e uma melhor aderência do paciente ao tratamento. Por vezes, também, encontra barreiras na própria postura do médico, resultado de uma formação profissional e parte de um campo de práticas e de conhecimento que busca ser ciência, muitas vezes sem instrumentos para isso.

> *"[...] sempre que a Medicina desejar ser terapêutica, tratar um ser humano, considerando-se apenas 'científica', isso não será vantagem nenhuma, mas uma enorme desvantagem, pois o médico que assim sentir e praticar a Medicina certamente estará limitando sua compreensão do processo de saúde e doença, e provavelmente encontrará e mesmo poderá provocar inadvertidamente problemas de ordem psicológica na relação com o paciente, o que tenderá a agravar as condições de saúde deste. Como também o risco de o seu sentimento de onipotência prejudicar sua própria atuação e eficácia estritamente técnica. (MARTINS, 2004)".*

Mesmo quando o profissional médico se fecha para a possibilidade de uma comunicação mais dialógica, ele está se comunicando. Por gestos, por palavras, em olhares, o paciente reconhece os sinais de que o diálogo – pelo menos aquele diálogo aberto, questionador e possível gerador de conflitos – não é reconhecido como um bom caminho. Isso fica explicitado no trecho: "*Me senti acuado e desconfortável, já que ela demonstrava uma postura de superioridade e não abertura.".*

Dos integrantes que freqüentam comunidades virtuais sobre saúde e doença, 37,3% não usam as informações adquiridas na comunidade para interagir com seu médico na consulta de retorno. Esse número é bastante expressivo, significando, possivelmente que o paciente reconhece que tais informações podem, potencialmente, criar ou aumentar o conflito com o médico. Os pacientes querem, em boa parte, evitar esse conflito?

4.7. Interação e participação em consultas médicas

"Participar de comunidades virtuais tem contribuído para mudar de alguma forma sua participação durante as consultas médicas ou durante outras situações relacionadas à sua saúde? Como? Por favor, explique por que."

A análise das respostas a essa questão fornece uma concepção do que é percebido pelo paciente sobre as possíveis contribuições que o seu acesso às informações e às relações na comunidade virtual pode promover na sua maior participação durante consultas médicas. Também é foco desta análise, verificar se os integrantes reconhecem se esse processo é produtor – em suas vidas – de mais saúde e melhor qualidade de vida.

A busca, nesta análise, é pelo reconhecimento de elementos que possibilitem, ou não, uma passagem do processo de maior participação para um processo de maior autoconsciência, findando em uma maior autonomia do paciente.

Tabela 25. Distribuição dos participantes da pesquisa sobre mudança na participação em consultas médicas e outras situações de saúde

Respostas agrupadas	Participantes	%
Sim, participar de comunidades virtuais contribui para mudar minha participação durante consultas médicas e outras situações relacionadas à minha saúde	44	58,7%

Não, participar de comunidades virtuais não contribui para mudar minha participação durante consultas médicas ou em outras situações relacionadas à minha saúde	22	29,3%
N/R	9	12,0%
Total	**75**	**100,0%**

Fonte: Pesquisa 'Transformações na relação de poder estabelecida entre médico e paciente - 2010'.

Participar de comunidades virtuais contribui para mudar a sua participação durante consultas médicas e em outras situações relacionadas à saúde, é a afirmativa da maior parte dos integrantes de comunidades virtuais sobre saúde e doença (58,7%).

A análise aqui em curso remete à questão que finaliza um processo de construção de possibilidade de maior interação, inicia na verificação da participação de pacientes em comunidades virtuais, finda na consulta de retorno e uso da informação para a interação.

Cabe também constatar que significativo número de integrantes que freqüentam comunidades virtuais sobre saúde e doença considera que as comunidades virtuais não contribuem para mudar sua participação durante as consultas médicas, ou mesmo em outras situações relacionadas à sua saúde (29,3%). As percepções que são identificadas como justificativas de porque isso não ocorre são exploradas em texto nesta mesma análise.

Sobre o como essa participação em comunidades virtuais contribui, ou não, para uma maior interação durante as consultas médicas e em sua postura mais autônoma da busca por mais saúde é explorado no quadro a seguir.

Quadro 7. Síntese dos discursos coletivos sobre mudança na participação em consultas médicas e outras situações de saúde			
SC*	**Idéia Central**	**Partic****	**%**
1	Sim, participar de comunidades virtuais contribui para mudar minha participação. Consigo compreender e aderir melhor ao tratamento proposto	12	16,0%
2	Sim, participar de comunidades virtuais contribui para mudar minha participação. Consigo perguntar, dialogar com o médico	11	14,7%
3	Sim, participar de comunidades virtuais contribui para mudar minha participação. Consigo compreender e opinar sobre situações e tratamentos	10	13,3%
4	Sim, participar de comunidades virtuais contribui para mudar minha participação, porém não explicou como	7	9,3%
5	Sim, participar de comunidades virtuais contribui para mudar minha participação. Consigo tomar decisões sobre situações e tratamentos	4	5,3%
6	Não, participar de comunidades virtuais não contribui para mudar minha participação, porém não explicou por que.	11	14,7%
7	Não, participar de comunidades virtuais não contribui para mudar minha participação, não acredito que exista possibilidade de maior participação	4	5,3%
8	Não, participar de comunidades virtuais não contribui para mudar minha participação, não acredito ser necessário mudar meu processo de participação	4	5,3%
9	Não, participar de comunidades virtuais não contribui para mudar minha participação, deixo que a consulta seja como o profissional quer	3	4,0%

Notas: * SC é o número pelo qual o Sujeito Coletivo é identificado; ** Participantes é a quantidade de sujeitos que contribuíram para a composição do DSC (podem ter contribuído em mais que um DSC).

Fonte: Pesquisa 'Transformações na relação de poder estabelecida entre médico e paciente - 2010'.

A seguir estão apresentadas as composições dos principais discursos coletivos, assim como prossegue a discussão sobre os resultados apresentados.

Consigo compreender e aderir melhor ao tratamento proposto

"Sim, porque antes eu me sentia oprimida com o que minha médica me mandava fazer, agora sei porque ela me manda fazer várias coisas e como compartilho com os outros minha situação eu também me preparo para o que a vida exige de mim, me torna mais atuante no meu tratamento, já que fico mais bem informada sobre o assunto. Tenho como entender mais o que eles os médicos falam....Com as informações obtidas entendo mais o que está acontecendo comigo e sinto maior segurança. Eu to estudando mais o que sei que tenho de problema de saúde e eu tento ter uma vida mais ativa e saudável para não morrer cedo. Acredito que comunidades sérias ajudem não só o paciente, mas também o médico, pois um paciente consciente e bem informado costuma "tomar" um tempo menor do mesmo. Mas penso também que o paciente tem que confiar na instituição que dá suporte de forma que sejam disponibilizadas informações consistentes e seguras com as respectivas fontes." (discurso coletivo do sujeito1).

Consigo perguntar, dialogar com o médico

"Sim, após consultar comunidades online, eu preparava questionários para o (médico) para não ter aquela sensação de não saber o que perguntar na hora e depois ficar com um monte de dúvidas. Porque antes eu não tinha tanto contato com um médico, homem não é de ficar indo ao médico, tá certo que eu também não tinha uma doença grave, ou não sabia dela, mas hoje eu pergunto quase tudo para o médico que vou, como estou mais informada sobre a minha doença discuto melhor os assuntos. Estou participando mais e estou usando mais informação que estudo sobre o assunto, fico mais segura sobre o que falo e sobre o que penso. Vou ao médico com conhecimento de como está a evolução das pesquisas, da busca de tratamentos novos, de conseqüências relacionadas a medicação, isso nos dá base para conversar de maneira mais segura com o médico e perguntar nossas duvidas. As comunidades me ajudam a entender como sou e falar com meu médico o que sinto, não só no corpo mas na cabeça que é o mais importante. Estou falando mais e o doutor está ouvindo mais, porque eu estou falando o que sinto, as pessoas na Internet ensinam muito isso. Tenho me tornado mais ativa e menos passiva. Já tinha senso crítico, mas com as informações obtive mais argumentos e segurança para conversar. É

uma via de duas mãos, discutimos com nossos médicos o que falamos no grupo e vice versa." (discurso coletivo do sujeito2).

Consigo compreender e opinar sobre situações e tratamentos

"Sinto que tenho me envolvido mais com os problemas de saúde de meu pai e com os meus, porque com mais acesso as informações, e com contato com outros pacientes com o mesmo problema, consigo saber qual caminho é melhor para a nossa família. Fui a um oftalmologista e tive que explicar um monte de coisas para ele, sobre os efeitos colaterais dos medicamentos em relação aos olhos. E assim faço com vários que fogem de mim. Sim, no sentido de questionar algo, se não concordo, pois sei que existem várias linhas de tratamento e várias formas de se entender os problemas relacionados. Acho que até os menos favorecidos estão mais dispostos a buscar saúde de qualidade, questionar tratamentos. Ao saber do que ocorreu com outras pessoas, eu discuto com muito mais informações com meu médico as possíveis soluções para meus problemas. Atualmente eu busco me informar bastante sobre a situação e ler experiências de pessoas que passaram pelos mesmos problemas antes de ir à consulta. Assim posso contestar e

conversar sobre o assunto com o médico. Passei a "confiar desconfiando" dos médicos. Antes acatava os diagnósticos e tratamentos indicados sem questionar. Hoje já insisto em mais explicações, pergunto mais sobre possíveis desdobramentos das doenças e sobre alternativas de tratamento. Eu não fico como "paciente", mas como participante, como quem tem opinião e não aceita qualquer coisa como tratamento ou argumento." (discurso coletivo do sujeito3).

Não acredito que exista possibilidade de maior participação

"Independe! Eu participo pouco de consulta. Não vai mudar nada se só nós mudarmos porque não dá nem para perguntar pros caras que eles ficam olhando o relógio... Vc não tem tempo para dizer a um médico que vc viu ou leu algo que vc está sentido que é correlato com tais sintomas... Acho muito difícil a interação médico-paciente. Já tentei aprofundar alguns assuntos com médicos, mas sem nenhum sucesso. Não há abertura da parte deles." (discurso coletivo do sujeito7).

Interessante verificar que esta é uma questão objetiva da análise até aqui realizada e, ao mesmo tempo, esta é a questão na qual se verifica um maior número de integrantes com respostas afirmativas

à hipótese de que a mudança na postura do paciente, de fato, ocorre.

É possível verificar que, pelo menos em parte dos integrantes que participaram desta análise, existem elementos que, em conjunto, parecem fazer parte de uma lógica: participação em grupo com compartilhamento de informações e de experiências (em comunidades virtuais) representa maior participação em consultas médicas, que potencializa a autonomia do paciente.

Significa que esses integrantes de comunidades virtuais sobre saúde e doença perceberam que são atuantes, participam durante as consultas médicas, buscam e atuam com autonomia, pelo menos em suas experiências pessoais.

4.8. Comunidade virtual e apoio ao tratamento

> *"Alguma comunidade virtual que você participa, ou já participou, ajuda ou já ajudou você a entender sobre sua saúde e melhorá-la? Como? Por favor, explique por que."*

A interação, seja aplicada aos integrantes de comunidades virtuais, seja aplicada ao espaço e momento de uma consulta médica, só faz sentido se apontar para um objetivo maior, que não somente para a mudança da relação estabelecida entre médicos e pacientes. A busca por alguma mudança faz sentido se o que se busca mudar não está apresentando os resultados que deveria.

Significa que a busca por maior interação, pela constituição de uma comunicação mais dialógica, conseqüentes consensos, conflitos e

dissensos, faz sentido se for para – em sucessivas tentativas – se alcançar uma melhor saúde e, conseqüentemente, uma melhor qualidade de vida e mais felicidade.

A análise das respostas a essa questão busca fornecer elementos que possibilitem a identificação de que esse caminho, de mais acesso à informação e relação na comunidade virtual e maior interação, têm gerado como conseqüência mais e melhor saúde em suas vidas, na perspectiva dos integrantes (pacientes).

Tabela 26. Distribuição dos participantes da pesquisa por resultado, positivo ou negativo, obtido da participação em comunidade virtual

Respostas agrupadas	**Participantes**	**%**
Sim, a comunidade virtual me ajuda/ ajudou a entender sobre minha saúde e melhorá-la	55	73,3%
Não, a comunidade virtual não me ajuda/ ajudou a entender sobre minha saúde e melhorá-la	06	8,0 %
Às vezes a comunidade virtual me ajuda a entender sobre minha saúde e melhorá-la	01	1,3%
N/R	13	17,3%
Total	**75**	**100,0%**

Fonte: Pesquisa 'Transformações na relação de poder estabelecida entre médico e paciente - 2010'.

A comunidade virtual sobre saúde e doença ajuda (ou já ajudou) 74,7%, dos integrantes de comunidades virtuais, a entender sobre sua saúde e a melhorá-la. Essa é uma parcela significativa dos participantes da pesquisa.

Dos indivíduos que indicaram que as comunidades virtuais *não*

ajudam a entender sua situação de saúde e, portanto, a melhorá-la (8%), metade (4%) não esclarece ou não argumenta, explicando o porquê de sua resposta. A outra metade declara que não encontraram nas comunidades virtuais informações diferentes em relação ao que já conhecia (2,7%), ou esclarecem que receber ajuda não é o seu objetivo na comunidade (1,3%).

A análise da maior parte dos integrantes em seus resultados sobre os resultados positivos obtidos da interação com comunidades virtuais é explorada a seguir.

Quadro 8. Síntese dos discursos coletivos sobre resultados obtidos da participação em comunidade virtual

SC*	Idéia Central	Partic**	%
1	Ajudou porque passei a conhecer o risco, a doença, sinais e conseqüências	27	36,0 %
2	Ajudou porque passei a conhecer, buscar e decidir sobre alternativas	21	28,0 %
3	Ajudou porque passei a questionar mais no consultório	6	8,0 %
4	Ajudou porque passei a me conhecer mais	5	6,7%
5	Ajudou porque percebi que faço parte de um grupo que me apóia	5	6,7%
6	Ajudou porque passei a assumir o rumo de meu tratamento	4	5,3%
7	Ajudou porque passei a aderir mais ao tratamento	2	2,7%
8	Ajudou sim (sem explicitar como ajudou)	6	8,0 %

Notas: * SC é o número pelo qual o Sujeito Coletivo é identificado; ** Participantes é a quantidade de sujeitos que contribuíram para a composição do DSC (podem ter contribuído em mais que um DSC).

Fonte: Pesquisa 'Transformações na relação de poder estabelecida entre médico e paciente - 2010'.

A seguir estão apresentadas as composições dos principais discursos coletivos, assim como prossegue a discussão sobre os resultados apresentados.

Passei a conhecer o risco, a doença, sinais e conseqüências

"Fui na comunidade ver quais os sintomas mais freqüentes para ver se os tinha. Sintomas q descobri ser da doença na comunidade. Não melhorou minha saúde, a comunidade somente esclareceu. Ajudou muito, ninguém sabia me explica como era Hepatite C, quando fiz o teste e deu REAGENTE. Há membros q possuem profundo conhecimento, até mesmo por suas experiências vividas. Aprendi os sintomas, o tipo de tratamento e os efeitos colaterais. Diariamente temos diversos efeitos colaterais que vão surgindo, sendo praticamente impossível conversar com um médico devido às dificuldades de marcação de consulta. Informações a respeito da evolução relacionada à doença. Muitos sintomas que um médico não me dizia que poderia acontecer, descobri através dos membros da comunidade se era ou não normal. Serviram também para me ajudar a entender que o câncer de tireóide não é nenhum bicho de sete cabeças... Vi que posso me curar e ter uma vida normal. Muitas pessoas já passaram por situações piores e vivem bem." (discurso coletivo do sujeito1).

Passei a conhecer, buscar e decidir sobre alternativas

“Na comunidade virtual busco mais informações sobre qualidade de vida e as informações me auxiliam em opções sobre como me alimentar melhor, me informando como agir, onde buscar ajuda, dando mais informações, dando dicas de como a pessoa saiu da situação e formas alternativas, aprendi como driblar efeitos colaterais. Me levaram a conhecer outros recursos sobre a minha doença, como sites internacionais e newsletters, tratamentos alternativos, fora dos protocolos, endereços para consulta de várias informações científicas. Em uma das comunidades, surgiu o assunto vegetarianismo, que me levou a pesquisar mais sobre alimentação saudável e me fez introduzir alimentos novos na minha alimentação, especificamente no caso do hipotireoidismo, aprendi que é muito bom ingerir sementes de linhaça em jejum, uso produtos que anteriormente não conhecia as indicações terapêuticas. Posso cuidar melhor de minha alimentação sabendo o que é mais adequado. Apresento ao grupo orientações de minha médica, que acho que o grupo vai usar. Dividimos "receitinhas" de saúde, de como se manter saudável, de como se manter viva e de bem com a vida.” (discurso coletivo do sujeito2).

Passei a questionar mais no consultório

"Aprendi hoje que é de extrema importância eu saber exatamente o que tenho, saber discutir clinicamente com o médico que me acompanha. Muitos sintomas que um médico não me dizia que poderia acontecer, descobri através dos membros da comunidade se era ou não normal. Através dos grupos posso avaliar se estou ou não sendo bem tratada. Me consultei com 4 obstetras diferentes até ter certeza daquele que não me faria uma cesariana que não fosse necessária, discuti com o médico os procedimentos que adotaríamos. Logo em seguida, me ajudou a fazer perguntas pertinentes e completas para a pediatra e até a discordar da pediatra. Depois de pesquisar em livros e artigos e comunidades online, decidi que para mim seria mais adequado estabelecer uma rotina na amamentação. Aquele encanto pelo médico que salvará tua vida acaba quando notamos que ele está falhando em nosso tratamento. Acredito que os conhecimentos compartilhados nas comunidades me ajudaram a chegar no consultório médico com as perguntas certas." (discurso coletivo do sujeito3).

Passar a conhecer o risco, a doença, sinais e conseqüências (36%) é um aprendizado que gera mais confiança no paciente e, em muitos casos, significa um ganho de competências. Representa

possível passaporte para a constituição de uma maior participação no processo da busca pelo melhor tratamento: "*Aprendi os sintomas, o tipo de tratamento e os efeitos colaterais. Diariamente temos diversos efeitos colaterais que vão surgindo, sendo praticamente impossível conversar com um médico devido às dificuldades de marcação de consulta.".*

Mas conhecer melhor o risco e a doença significa também conhecer melhor o que espera o paciente. Significa ainda que, existindo um caminho comum, trilhado há mais tempo por outros da comunidade, que permanecem firmes, em situação de luta. Esse integrante – para se constituir em igual/ próximo e não perder o 'pertencimento – deve constituir luta também. Essa postura, muitas vezes é causadora de transformação da percepção que o indivíduo/paciente tinha sobre determinado risco ou problema de saúde: *Vi que posso me curar e ter uma vida normal. "Muitas pessoas já passaram por situações piores e vivem bem."*

Passar a conhecer, buscar e decidir sobre alternativas (28%), de forma complementar a questionar mais no consultório (8%), além de outros elementos nesta análise identificados, são potenciais constituidores de autonomia e estabelecem o início de um possível processo de autonomia do paciente: "*Aprendi hoje que é de extrema importância eu saber exatamente o que tenho, saber discutir clinicamente com o médico que me acompanha".*

É possível verificar que, pelo menos em significativa parte dos integrantes que participou desta análise, existem elementos que, em conjunto, parecem fazer parte de uma lógica do processo de ganho de mais saúde:

i) Pesquisam-se informações isoladamente na comunidade na busca por solucionar, sozinho, suas questões.

ii) Participação passa a ser em grupo, com compartilhamento de informações e de experiências.

iii) Maior participação em consultas médicas.

iv) Possível conflito ou não conflito.

v) Maior autonomia do paciente.

vi) Melhores resultados de saúde.

Novamente aqui o conflito é identificado como passaporte para a transformação de um e de outro – médico e paciente – na identificação de um melhor caminho para fortalecer a autonomia do paciente.

> *"[...] mais importante, nesse momento, não é constatar a realização sempre incompleta das proposições radicalmente "dialógicas". Seria preferível pensá-las como a expressão de "potências" sempre dadas nas situações relacionais humanas. Não se trata de uma "potencialidade" que decorreria apenas da presença de alguns atores "bem intencionados", mas expressaria muito mais a presença e a atividade de atores "bem intencionados", mas expressaria muito mais a presença e a atividade de valores, que estendem seu campo de forças e exercem suas tensões em todo e qualquer processo comunicacional." (TEIXEIRA, 1997).*

Os resultados das análises relacionadas à maior informação =

maior interação, se aproximam: (i) 60% dos integrantes responderam que buscam a comunidade virtual após passarem por alguma consulta médica; (ii) 49,3% dos integrantes responderam que usam a informação para conversarem com o médico na consulta seguinte; (iii) 58,7% dos integrantes responderam que participar de comunidades virtuais contribui para mudarem sua participação durante consultas médicas e outras situações relacionadas à sua saúde; (iv) 73,3% dos integrantes responderam que a comunidade virtual os ajuda, ou já ajudaram, a entender sobre sua saúde e melhorá-las.

4.9. O que caracteriza a boa consulta médica

> *"Como seria para você uma boa consulta médica, com qualidade? Descreva a cena imaginada por você em detalhes e argumente sobre o assunto."*

Existem muitas pesquisas que citam como referência, ou mesmo como contraponto, a conduta de uma 'boa consulta médica'. Sendo, esse, um possível constituidor de parâmetro de avaliação, positiva ou negativa, reconhecidos nos diversos discursos aqui estudados, é de se considerar necessário reconhecer o significado sobre o tema, atribuído pelos próprios pacientes, integrantes de comunidades virtuais.

Composta inicialmente como um conjunto de depoimentos relacionados à caracterização do que compõe uma consulta médica de qualidade. No quadro a seguir é apresentado o conjunto de elementos que caracterizam essa 'consulta médica ideal'.

Quadro 9. Síntese dos discursos coletivos sobre elementos que caracterizam uma consulta médica de qualidade			
SC*	**Idéia Central**	**Partic****	**%**
1	Consulta conduzida por um médico que respeite, escute e dê atenção ao paciente	31	41,3%
2	Consulta conduzida por um médico que realize um atendimento integral (bio-psicológico), vendo o paciente como um todo e único	20	26,7%
3	Consulta conduzida por um médico que faz histórico, anamnese e exame clinico completos	15	20,0 %
4	Consulta com tempo adequado e suficiente	14	18,7%
5	Consulta conduzida por um médico que interaja, discuta junto com o paciente quais alternativas existem	13	17,3%
6	Consulta conduzida por um médico que informa e explica de forma compreensível o que o paciente tem	12	16,0 %
7	Consulta conduzida por um médico que faça perguntas e esclareça todas as dúvidas	12	16,0 %
8	Ambulatório organizado, início no horário, registre corretamente a consulta, agenda para data próxima	11	14,7 %
9	Consulta conduzida por um médico experiente e atualizado, que saiba diagnosticar e prescrever corretamente	9	12,0 %
10	Consulta conduzida por um médico que transmita sinceridade/ confiança	7	9,3%
11	Consulta conduzida por um médico que oferece informações para melhorar a qualidade de vida do paciente	5	6,7%

Notas: * SC é o número pelo qual o Sujeito Coletivo é identificado; ** Participantes é a quantidade de sujeitos que contribuíram para a composição do DSC (podem ter contribuído em mais que um DSC).

Fonte: Pesquisa 'Transformações na relação de poder estabelecida entre médico e paciente - 2010'.

A seguir estão apresentadas as composições dos principais discursos coletivos, assim como prossegue a discussão sobre os resultados apresentados.

Médico interessado, paciente, que respeite, escute e dê atenção ao paciente

"A consulta ideal englobaria atenção ao paciente como indivíduo. Que o médico me olhe como um ser humano, não com uma Coisa desprovida de sentimentos e emoções. Um médico educado, que saiba escutar, um médico que me ouvisse em primeiro lugar, o que é difícil encontrar hoje em dia. Ouvir a minha queixa, observando a minha linguagem e tentando me passar as informações médicas numa linguagem acessível. Alguns médicos só fazem discurso e não ouvem direito as queixas. O medico deve estar realmente atento buscando pensar sobre os problemas que o paciente está colocando. O médico precisa ser uma pessoa paciente e que inspire confiança. Um médico atencioso, que me ouvisse com paciência e fosse aberto a meus questionamentos. O médico deve se mostrar preocupado com o problema do paciente no sentido de querer uma solução que o satisfaça e não simplesmente dar um diagnóstico rápido que muitas vezes até parece um texto decorado e repetitivo. O médico deve principalmente tratar seu paciente de forma personalizada,

fazendo o diagnóstico e sugerindo um tratamento que respeite a individualidade de cada um, tentando conhecer e se adaptar às necessidades de cada um. Uma boa consulta é um médico que ouve com atenção, não se julga superior, o protótipo do médico "semi-deus" tem que acabar." (discurso coletivo do sujeito1).

Médico que realize um atendimento integral (bio-psicológico), vendo o paciente como um todo e único

"Uma boa consulta médica seria aquela que não ficasse focada apenas nos exames, nos padrões e na doença. Ela deveria ser mais abrangente e ver a questão da saúde integrada com o comportamento, alimentação e etc... O médico deve analisar o paciente como um todo, não focar a atenção apenas no problema. O médico me escuta e busca o diagnóstico de forma holística. Um médico que me visse inteira, como um ser humano completo, e não por parte: curando um seio, um útero, um fígado...e sim, um corpo, com uma mente, com uma história...Acredito que o bom profissional de saúde deve estreitar os laços com o paciente, buscando informações em todas as áreas da vida do mesmo, podendo desta forma ajudar não só com a questão "saúde", mas também em uma melhor qualidade de vida para

esse paciente." (discurso coletivo do sujeito2).

Uma consulta conduzida por médico interessado e que seja paciente, que respeite, escute e dê atenção ao paciente, é indicado como o principal atributo a uma boa consulta (41,3%). Esse significado remete como importante a necessidade de acolhimento e de reconhecimento por parte do médico em relação ao outro (o paciente). A escuta e a atenção são elementos característicos da comunicação dialógica aqui indiretamente reportada.

Uma consulta conduzida por médico que realize um atendimento integral (bio-psicológico), vendo o paciente como um todo e único é o segundo significado atribuído à boa consulta médica (26,7%). Neste, o olhar da integralidade, no sentido da visão *do corpo* e não só *do órgão*, de busca ao diagnóstico e ao tratamento de forma holística, é o principal elemento identificado.

São reconhecidos também elementos que colaboram com a constituição de uma consulta que signifique maior autonomia para o paciente, tais como: (i) médico que interaja e discuta junto com o paciente quais alternativas existem; (ii) médico que informa e explica de forma compreensível o que o paciente tem; (iii) médico que faça perguntas e esclareça todas as dúvidas; e (iv) médico que transmita sinceridade/ confiança.

Outros elementos mais relacionados à forma de se organizar e gerenciar os serviços de saúde são apontados posteriormente também como importantes, tais como respeitar horários e agendas e manter registros e documentos organizados.

A seguir é apresentada a composição do discurso coletivo que caracteriza a boa consulta médica, significado atribuído pelos

próprios pacientes, integrantes de comunidades virtuais.

Representação completa da consulta médica ideal:

"A consulta ideal englobaria atenção ao paciente como indivíduo. Começaria pela sala de espera e pelo respeito que o médico deveria ter com o horário da consulta. Que o médico me olhe como um ser humano, não com uma Coisa desprovida de sentimentos e emoções, ele deve me perguntar quais são as minhas dúvidas, explicar e perguntar se foi claro. Que explique as questões relacionadas ao problema de saúde e discute comigo qual tratamento seguiremos. Uma conversa sobre o que estou sentindo, um breve histórico pessoal e familiar, exames, franqueza quanto ao diagnóstico, orientações precisas sobre o tratamento. Um médico sincero e experiente que alie a prática médica ambulatorial a sua permanente atualização em congressos nacionais e internacionais. A consulta médica deveria ser mais abrangente e ver a questão da saúde integrada com o comportamento, alimentação e etc... Uma consulta que não fosse corrida, de dez minutos, mas tão longa quanto fosse necessário." (discurso coletivo consolidado).

Essa caracterização poderá funcionar, de forma parcial ou completa, como referencial para novas pesquisas sobre o tema.

Como possibilidade de prática, deve ser reconhecida como possível ideal a ser alcançado, reconhecendo-se as dificuldades de gestão, de custos, além de dificuldades relacionadas ao campo da formação profissional e capacitação técnica, ou mesmo da potência dos pacientes para uma maior interação.

4.10. Fóruns das comunidades: discussões e construções

Neste item estão identificados os resultados e discussões relacionados ao material coletado em fóruns das três comunidades virtuais estudadas.

O fórum de discussão de uma comunidade virtual é o espaço no qual os integrantes da comunidade – já aceitos e reconhecidos pelos demais integrantes daquela comunidade em conformidade com suas respectivas regras de inclusão – podem publicar um novo subtema, uma questão ou opinião sobre determinado assunto relacionado ao tema da comunidade virtual. Essa ação abre um novo tópico de assunto que comporá o fórum, possibilitando que o integrante, proponente do novo tópico, junto com demais integrantes da comunidade, publique suas idéias, questões e opiniões relacionadas ao novo tópico aberto.

A análise das discussões relacionadas a tópicos publicados em fóruns nas comunidades virtuais possibilita o reconhecimento de discursos dos integrantes das comunidades, sem que estejam respondendo diretamente às questões elaboradas para tal. Essa estratégia busca resultados de um nível *ótimo de performance*. Reis e Fradique (2004) defendem, junto com Fischer (1980), que indivíduos funcionam em seu nível ótimo, por meio do conhecimento potencial.

"Quando as pessoas são simplesmente

questionadas directamente sobre um dado assunto, esta estratégia não promove o seu nível óptimo de funcionamento. Obtemos, neste caso, o seu "conhecimento funcional", isto é, o conhecimento do qual a pessoa se serve espontaneamente, mas não o "conhecimento potencial", ou o conhecimento que não sendo utilizado espontaneamente é uma competência que pode ser potencialmente utilizável." (REIS e FRADIQUE, 2004).

Objetiva-se aqui a identificação de possíveis usos deste conhecimento potencial, em fóruns de discussão, além do reconhecimento de outros possíveis elementos até o momento não identificados, complementando-se, assim, todo esse estudo.

4.10.1. Fóruns de Hepatite C

"ALERTA NÃO TOMEM ABSOLUTAMENTE NADA SEM ANTES CONSULTAR O SEU MÉDICO. O que pode fazer bem para alguém, pode ser maléfico para outro."

Neste item estão identificados os resultados e discussões relacionados ao material coletado em fóruns da comunidade virtual sobre hepatite C.

A hepatite C é uma doença viral que atinge o fígado, causada pelo HCV. O vírus foi descoberto somente em 1989 e, até 1990, muitas pessoas eram contaminadas por transfusão sanguínea, sendo este meio, o responsável por aproximadamente 90% dos novos casos da

doença. Com a incorporação de testes nos hemocentros para detecção de HCV, esse número reduziu drasticamente. O diagnóstico da hepatite C é realizado por meio da detecção sorológica do Anti-VHC, em fase inicial somente o exame HCV-RNA qualitativo é positivo. A realização da genotipagem do vírus determina o prognóstico e o tratamento da doença.

Trata-se de uma epidemia silenciosa, na qual a maioria dos pacientes evolui de forma assintomática por muitos anos, só obtendo diagnóstico de forma incidental. Devido à possibilidade de cronicidade e complicações como a cirrose hepática, além da inexistência de vacina e limitações do tratamento, a hepatite C é hoje um dos mais relevantes problemas de saúde pública.

Os fóruns de discussão selecionados para participar desta análise são fóruns pertencentes à comunidade virtual sobre o tema e estão identificados conforme a caracterização a seguir.

Tabela 27. Identificação e caracterização dos fóruns da comunidade virtual HepatiteC que participaram desta análise

Fóruns de discussão	Período de existência	Dias	Quantidade mensagens	Média de mensagens
Biópsia....	De 27/02/2010 a 05/05/2010	68 dias	13 mens	1 mens/5 dias
ME AJUDEM POR FAVOR!	De 28/10/2009 a 12/12/2009	44 dias	17 mens	1 mens/2 dias
O teste anti-HCV deu positivo, e agora?	De 24/11/2007 a 24/11/2007	1 dia	11 mens	1 mens/3 hs
Plaquetas	De 19/08/2010 a 15/09/2010	26 dias	18 mens	1 mens/1 dia
Sentindo falta do Quim	De 08/04/2010 a 22/05/2010	44 dias	23 mens	1 mens/2 dias
Reflitam	De 31/08/2010 a 18/09/2010	18 dias	20 mens	1 mens/1 dia

Fonte: Pesquisa 'Transformações na relação de poder estabelecida entre médico e paciente - 2010'.

Em análise inicial se verifica que a dinâmica desta comunidade virtual possibilita aos seus integrantes que tenham novas mensagens postadas - e isto significa, em boa parte dos casos, questões respondidas – em um intervalo que varia: de uma mensagem a cada cinco dias, até uma mensagem a cada três horas.

As idéias centrais mais relevantes, identificadas nos discursos que circularam nos espaços desses fóruns de discussão, foram analisadas e identificadas a seguir.

Quadro 10. Síntese das idéias centrais presentes nos discursos que circularam em fóruns de HepatiteC

SC*	Idéia Central	Partic**	%
1	Gosto de trocar experiências sobre sinais, sintomas, exames realizados e tratamentos sugeridos e seguidos	48	47,1%
2	Gosto de me preocupar e apoiar os outros participantes da comunidade, mantenho vinculo afetivo	24	23,5%
3	Gosto de receber e oferecer orientações técnicas e bibliográficas sobre o tema da comunidade virtual	19	18,6%
4	Gosto de vivenciar e compartilhar boa sorte, fé religiosa, além de outras crenças	13	12,7%
5	Gosto de compartilhar os questionamentos que tenho sobre a postura e a formação dos médicos	3	2,9%

Notas: * SC é o número pelo qual o Sujeito Coletivo é identificado; ** Participantes é a quantidade de sujeitos que contribuíram para a composição do DSC (podem ter contribuído em mais que um DSC).

Fonte: Pesquisa 'Transformações na relação de poder estabelecida entre médico e paciente - 2010'.

A seguir estão apresentadas as composições dos principais discursos coletivos, assim como prossegue a discussão sobre os resultados apresentados.

Gosto de trocar experiências sobre sinais, sintomas, exames realizados e tratamentos sugeridos e seguidos

"Prezados amigos, saudações! Eu tenho a biópsia hepática marcada p/ o dia 02/11 e estou apavorada, eu tenho muito MUITO MEDO MESMO e acho que é até pânico desta biópsia e estou até pensando em desistir e não fazer! O que vc acha? Posso desistir? É tão importante assim? Tenho que fazer mesmo? Estou um pouco ansioso porque ainda não sei do resultado do meu PCR de final de tratamento, e de um ano após o término. Eu tbm cheguei a fazer três Biópsias também antes do meu Tt contra HCV (Genótipo 3A). Também fiz PCR Quantitativo (39.115 UI/ml - Log: 4,59), e uma Endoscopia que não detectou varizes (...). A minha experiência com a biópsia foi horrível.... Todo mundo falava que era barbada... Mas a minha durou uma hora e me senti muito mal..... Deram um tiro.... não saiu nada na amostra.... Deram outro no mesmo lugar.... Saiu pouco, que não dava.... Ai deram outro tiro em outro lugar.... pegou meu nervo frênico junto.... Meu Deus..... Que dor... passei sem respirar direito e sem falar por uma hora...

e tudo sem anestesia... peguei o resultado do hemograma que devo apresentar ao medico amanhã. Graças a DEUS as plaquetas subiram para 92000 que permitem a continuação do rett.. Como estou tomando Pegasus as plaquetas tendem a novamente a cair então acredito que a Dr. , ira diminuir a dose do interferom já que ele é o causador desta queda brusca." (discurso coletivo do sujeito1).

Gosto de me preocupar e apoiar os outros participantes da comunidade, mantenho um vinculo afetivo

"Kd o quim ? TAMBÉM COM SAUDADES ! POR ONDE ANDARÁ NOSSO AMIGO ??? - Desculpem a minha ausência. Gostaria de ajudar a todos, mas eu me estresso muito se ficar só pensando em doença. Preciso esquecê-la por uns tempos. Por outro lado, quanto à evolução da doença, minha situação não é das melhores, portanto preciso aproveitar da melhor forma possível o que a vida ainda me permite - Que bom saber que vc está bem.. As vezes a gente te suga demais né?? Eu sei disso. Imagino como deve estar se sentindo. Mas para nós a qui da comu vc éum líder, que sempre tem palavras especiais e um sábio que nos tira os tormentos das dúvidas... Vc faz falta, mas entendemos perfeitamente.... Cuide-se e viva... O que eu quis dizer é que

realmente vc faz falta...” (discurso coletivo do sujeito2).

Gosto de receber e oferecer orientações técnicas e bibliográficas sobre o tema da comunidade virtual

“O teste anti-HCV deu positivo, e agora? O teste anti-HCV positivo não significa necessariamente que você tem hepatite C. Quando o seu teste anti-HCV dá positivo, isto significa que você já foi infectado com o vírus da hepatite C (VHC ou HCV em inglês). O que este teste não te diz é se atualmente você ainda é portador do VHC (...). Além de ter o seu teste anti-HCV confirmado por um teste PCR, é muito importante fazer exames adicionais e tomar certas vacinas se você tiver hepatite C. Se você tem hepatite C, então você deve ser vacinado(a) contra hepatite A e hepatite B para evitar contrair mais de um tipo de hepatite, o que prejudicaria muito seu fígado. Decidindo sobre o tratamento. Existem tratamentos que podem eliminar o VHC, mas eles não são para qualquer pessoa e algumas pessoas não precisam de tratamento. Os tratamentos funcionam melhor para algumas pessoas do que para outras. A eficácia do tratamento vai depender do tipo (genótipo) de VHC que você tem, de quanto tempo de infecção você tem, de quanto o seu fígado está

danificado, do seu estado mental e de outros fatores. não existe cura e sim através de medicação tornar o vírus indetectável a um determinado equipamento com um grau de sensibilidade. Ex: se vc faz o exame em um aparelho que tem como sensibilidade de 100ml/un se vc tiver uma quantidade de virus de 90 o exame lhe dara como indetectável Ex portador de hep b Hepatite B crônica é quando o organismo não é eliminado após 6 meses da infecção.Não dá sintomas.Quando dá,é muito inespecífico,como cansaço. 90 a 95% das pessoas que tiveram contato com o vírus saram sozinhos e nem sabem que tiveram hepatite." (discurso coletivo do sujeito3).

O que se observa nas representações sociais relacionadas acima é uma necessidade de compartilhar. No Fórum o integrante compartilha interesses, informações e experiências que possibilitem a ele melhorar sua saúde.

Algumas noções mais gerais foram identificadas nos textos dos fóruns de discussão de hepatite C:

i) Ocorre intensa troca de experiências relacionadas aos sinais e sintomas, ao diagnóstico e tratamentos possíveis. Busca-se com isso se identificar com o grupo.

ii) Após a identificação com o grupo, apresentam-se reações de vínculo afetivo e apoio pessoal e religioso.

iii) O Fórum também é utilizado para esclarecer e orientar

quanto às informações técnicas e fontes bibliográficas.

4.10.2. Fóruns de vida saudável

> *"A cebola e o alho - A cebola e o alho contêm 2 substâncias antioxidantes, alicina e flavanóides, que têm efeito protetor contra doenças cardiovasculares."*

Neste item estão identificados os resultados e discussões relacionados ao material coletado em fóruns da comunidade virtual sobre vida saudável.

O termo vida saudável é composto do muitas variáveis. Conforme o interesse de quem está protagonizando seu contexto permite que seu significado seja muito diverso. A busca por objetivar esses termos serve unicamente para caracterizar do que se está tratando nesta análise que se segue.

Vida saudável significa, neste contexto, a tomada de decisão e a prática que permitam ao indivíduo adotar, em seu cotidiano, um estilo de vida saudável, composto por compromissos como: realizar atividades físicas direcionadas à promoção da saúde; buscar uma alimentação mais natural, menos modificada e menos industrializada; manter hábitos pessoais e profissionais que permitam a redução de cargas de pressão emocional e de estresse.

Os fóruns de discussão selecionados para participar desta análise são fóruns pertencentes à comunidade virtual sobre tal tema e estão identificados conforme a caracterização apresentada na tabela a seguir.

Tabela 28. Identificação e caracterização dos fóruns da comunidade virtual Vida Saudável que participaram desta análise

Fóruns de discussão	Período de existência	Dias	Quantidade mensagens	Média de mensagens
Que é vida saudável pra vc?	De 30/05/2005 a 15/12/2006	560 dias	6 mens	1 mens/93 dias
ALONGAMENTO	De 16/07/2007 a 23/07/2010	1102 dias	5 mens	1mens/220 dias
D E P R E S S Ã O !!!!	De 17/06/2007 a 03/03/2009	621 dias	6 mens	1mens/103 dias
DICAS DE SAÚDE	De 30/09/2009 a 01/10/2009	2 dias	5 mens	1 mens/10 hs
musculação emagrece?	De 17/05/2007 a 15/09/2010	1213 dias	19 mens	1 mens/63 dias
Uma maçã por dia	De 23/09/2008 a 17/11/2008	54 dias	6 mens	1 mens/9 dias
O q não pode faltar em uma geladeira saudável???	De 24/05/2007 a 01/02/2010	977 dias	4 mens	1mens/244 dias

Fonte: Pesquisa 'Transformações na relação de poder estabelecida entre médico e paciente - 2010'.

Em análise inicial se verifica que a dinâmica dessa comunidade virtual é composta por mensagens publicadas com longo período entre uma e outra mensagem do mesmo tópico de assunto. Possibilita aos seus integrantes que tenham novas mensagens postadas em um intervalo que varia de uma mensagem a cada 244 dias, até uma mensagem a cada 10 horas. Esta (última) situação é identificada aqui como exceção, considerando média das demais mensagens postadas nos demais fóruns dessa mesma comunidade.

As idéias centrais mais relevantes, identificadas nos discursos que circularam nos espaços desses fóruns de discussão, foram

analisadas e identificadas a seguir.

Quadro 11. Síntese das idéias centrais presentes nos discursos que circularam em fóruns de Vida Saudável

SC*	Idéia Central	Partic**	%
1	Gosto de discutir e compartilhar informações sobre atividades físicas adequadas	29	56,9%
2	Gosto de discutir e compartilhar informações sobre alimentação equilibrada	20	39,2%
3	Gosto de discutir e compartilhar informações sobre bem estar psicológico e social	11	21,6%

Notas: * SC é o número pelo qual o Sujeito Coletivo é identificado; ** Participantes é a quantidade de sujeitos que contribuíram para a composição do DSC (podem ter contribuído em mais que um DSC).

Fonte: Pesquisa 'Transformações na relação de poder estabelecida entre médico e paciente - 2010'.

A seguir estão apresentadas as composições dos principais discursos coletivos, assim como prossegue a discussão sobre os resultados apresentados.

Gosto de discutir e compartilhar informações sobre atividades físicas adequadas

"Pra mim (ser saudável) é ter uma alimentação bem balanceada, combinada com atividade física, praticar exercícios regularmente... Quem faz alongamento todos os dias sente de forma imediata os benefícios dessa atividade física simples. Alongar é fundamental, eu mesmo me alongo 2 vezes ao dia. Desentrava toda a

musculatura. Trabalhar os músculos e as articulações mantém o corpo ágil e dá mais disposição para enfrentar as atividades. Proporciona mais elasticidade e flexibilidade, o que resulta em maior agilidade nos movimentos do dia a dia. Alongar traz saúde, antes e depois de caminhar ou qq outro exercício. Um bom relaxamento, ajuda no humor, faz bem para o corpo e alivia o estresse. EMAGRECER SAUDAVELMENTE NÃO SEGNIFICA NECESSARIAMENTE PERDER PESO E SIM AUMENTAR A MASSA MAGRA E DIMINUIR A GORDURA. O treinamento aeróbio é excelente pra essa mobilização de gordura, mas, se tratando em perda de peso o que manda é o balanço calórico negativo..." (discurso coletivo do sujeito1).

Gosto de discutir e compartilhar informações sobre alimentação equilibrada

"O q não pode faltar em uma geladeira saudável??? Preciso compor uma... Um dos benefícios da maçã é que ela tem polifenóis: poderosas propriedades antioxidantes que ajuda na prevenção do câncer. Deve ter farelo de trigo, semente de linhaça. Muitas fibras. Algo simples e puro, Suco de Aloe Vera com Berry Néctar. A cebola e o alho - A cebola e o alho contêm 2 substâncias antioxidantes, alicina e flavanóides, que têm efeito protetor

contra doenças cardiovasculares. Eu como uma maçã todo dia no almoço, ela tem inúmeros benefícios para a saúde em geral: é um excelente antioxidante, por isso retarda o envelhecimento; previne várias doenças. Verdade ou mito: comer uma maçã por dia mantém o médico afastado." (discurso coletivo do sujeito2).

O que se observa nas representações sociais relacionadas acima é uma necessidade de compartilhar; principalmente compartilhar informações e 'dicas' sobre alimentação saudável e sobre atividades físicas saudáveis.

Dos elementos que foram aqui identificados como pertencentes ao significado de vida saudável, esses dois são os mais facilmente controláveis no cotidiano dos indivíduos. Demais elementos dependem de fatores mais externos, tais como conseguir um emprego que não provoque estresse e permita redução de carga de pressão emocional e psicológica, mantendo a conformidade com o preconizado.

Algumas noções mais gerais foram identificadas nos textos dos fóruns de discussão de vida saudável:

i) Para ser saudável é preciso ter equilíbrio/controle de alimentação, atividades físicas, psicológico equilibrado (nada de excessos).

ii) Os elementos químicos existentes nos alimentos e nos medicamentos possibilitam que se alcance tal equilíbrio pleno.

iii) O Termo "Saúde" aqui não é entendido como ausência de doença, como é para a maioria dos técnicos e estudiosos do campo da saúde.

4.10.3. Fóruns de transtornos da tireóide

> *"Pq algumas vezes o médico apenas pede o exame de TSH e outras vezes pede também o T4 livre? Como sei que algo não vai bem? Se dá alguma alteração no TSH ou no T4? Tem que ter alterações nos dois? E se um está legal e o outro não??"*

Neste item estão identificados os resultados e discussões relacionados ao material coletado em fóruns da comunidade virtual sobre transtornos da tireóide, aqui estudada.

Tireóide é uma glândula endócrina, situada na frente da laringe e, sob controle da hipófise, responsável pela secreção dos hormônios tireóideos e. O hormônio da tireóide é importante para o metabolismo a nível celular, afetando praticamente todo tipo de tecido no corpo humano. O mau funcionamento da tireóide pode provocar, basicamente dois tipos de problemas: hipertireoidismo ou hipotireoidismo.

Hipertireoidismo é um transtorno no qual a glândula tireóide produz os hormônios tireoidianos tetraiodotironina(T4) e triiodotironina (T3) em excesso, ampliando o metabolismo e exacerbando efeitos do sistema nervoso simpático. Causa aceleração de vários sistemas corporais e manifestações clínicas e sintomas como taquicardia,

perda de peso, nervosismo e tremores.

Hipotireoidismo é uma doença causada pela produção insuficiente de hormônio tiróide. Existem diversas causas para o hipotireoidismo, sendo a mais comum a tireoidite de Hashimoto. No adulto o hipotireoidismo pode provocar fala lenta e rouca, memória prejudicada, reflexos lentos, pele seca, sensibilidade aumentada ao frio e calor, obesidade, anemia, falta de fôlego, dor em articulações e músculos, fadiga e depressão.

Os fóruns de discussão selecionados para participar desta análise são fóruns pertencentes à comunidade virtual sobre o tema e estão identificados conforme a caracterização apresentada na tabela a seguir.

Tabela 29. Identificação e caracterização dos fóruns da comunidade virtual Transtornos da Tireóide que participaram desta análise

Fóruns de discussão	Período de existência	Dias	Quantidade mensagens	Média de mensagens
Gravidez x hipertireoidismo	De 22/12/2009 a 23/09/2010	271 dias	40 mens	1 mens/6 dias
TSH e T4 livre	De 25/09/2006 a 28/07/2010	1398 dias	43 mens	1 mens/32 dias
Resultado de exame (TSH)	De 30/07/2010 a 04/08/2010	5 dia	12 mens	1 mens/10 hs
Thyrogem e linfonódulos	De 13/05/2010 a 30/06/2010	48 dias	96 mens	1 mens/12 hs
olhos saltones	De 08/05/2009 a 18/10/2009	160 dias	69 mens	1 mens/2 dias
Comprei remédio genérico hoje	De 29/12/2009 a 14/06/2010	166 dias	43 mens	1 mens/3 dias
Qual especialista?	De 31/05/2010 a 02/06/2010	3 dias	25 mens	1 mens/2 hs
Alguém ai sente isso???	De 20/04/2008 a 20/11/2009	575 dias	44 mens	1 mens/13 dias

Fonte: Pesquisa 'Transformações na relação de poder estabelecida entre médico e paciente - 2010'.

Em análise inicial se verifica que a dinâmica dessa comunidade virtual possibilita aos seus integrantes que tenham novas mensagens postadas em um intervalo que varia de uma mensagem a cada trinta e dois dias, até uma mensagem a cada duas horas.

Nesses fóruns, assim como nos demais analisados, também é possível constatar que essa dinâmica é composta por trocas mais freqüentes, mais intensas, assim que o tema ou questão é publicado; posteriormente, as mensagens passam a ser publicadas com menos freqüência.

As idéias centrais mais relevantes, identificadas nos discursos que circularam nos espaços desses fóruns de discussão, foram analisadas e identificadas a seguir.

Quadro 12. Síntese das idéias centrais presentes nos discursos que circularam em fóruns de Transtornos da Tireóide

SC*	Idéia Central	Partic**	%
1	Descreve seu quadro, sinais, sentimentos, resultados de exames e/ou tratamento orientado pelo médico	188	37,3%
2	Solicita esclarecimentos de dúvidas sobre a doença, resultados de exames e/ou tratamento	53	10,5%
3	Indica sorte, fé religiosa e/ou outras crenças	37	7,3%
4	Oferece informação e/ou orientação que indica hipótese diagnóstica e/ou tratamento	36	7,1%
5	Questiona sobre a formação, orientação oferecida e/ou postura do profissional médico	32	6,3%
6	Indica a necessidade de diagnóstico, tratamento e/ou acompanhamento	24	4,8%

	com profissional médico		
7	Indica vinculo afetivo, demonstração de preocupação e/ou incentivo para prosseguir em busca ou tratamento	23	4,6%
8	Agradece apoio, retorno de informações e/ou esclarecimento de dúvidas	20	4,0%
9	Indica sentimento de medo, dúvidas e/ou incertezas sobre decisões a serem tomadas	18	3,6%
10	Descreve sua situação diante do atendimento de seus direitos do consumidor (tratativas com convênios médicos)	13	2,6%
11	Indica intenção de mudar de atitude, para manter um controle e/ou cuidado maior com sua saúde	12	2,4%
12	Indica intenção de postar retorno de resultado de exames, de reação a tratamento iniciado e/ou de consulta médica agendada	10	2,0%
13	Indica profissional médico, equipe e/ou instituição médica como sendo de qualidade	10	2,0%
14	Oferece informação e/ou orientação sobre como manter/ usufruir de direitos	9	1,8%
15	Indica orientação técnica, comercial e/ou bibliográfica sobre o tema	9	1,8%
16	Solicita informações e/ou orientações sobre direitos sociais e/ou direitos do consumidor (tratativas com convênios médicos)	4	0,8%
17	Solicita indicação de profissional médico e de valores praticados	3	0,6%
18	Demonstra interesse em manter sigilo de algumas informações	2	0,4%
19	Incentiva a postagem de informações e a troca de experiências	1	0,2%
Notas: * SC é o número pelo qual o Sujeito Coletivo é identificado; ** Participantes é a quantidade de sujeitos que contribuíram para a composição			

do DSC (podem ter contribuído em mais que um DSC).
Fonte: Pesquisa 'Transformações na relação de poder estabelecida entre médico e paciente - 2010'.

A seguir estão apresentadas as composições dos principais discursos coletivos, assim como prossegue a discussão sobre os resultados apresentados.

Descreve seu quadro, sinais, sentimentos, resultados de exames e/ou tratamento orientado pelo médico

"Já fui diagnosticada com hiper e tenho nódulos, meu gineco disse que agora não posso fazer muito pra tratar a tireóide só mesmo me cuidar e fazer repouso para o bebe nascer com 9 meses. Meus exames de t3,t4 e tsh não stão muito bons por isso minha médica disse para eu estar procurando um endocrinologista. refiz meus exames e os resultados naum estão legais T3 total 341 o ultimo q fiz dia 16/03 tava 248 Vitamina b12 127 o normal é acima de 180 Acho que por isso ando uma pilha! Nunca me pediram T3. Como esse mês relatei que não me sinto bem, a médica pediu tanto o TSH como o T4 ... mas normalmente só me pede o TSH ... Fui á médica na quarta-feira e ela disse que está tudo ok com a tireóide .... contudo, esses sintomas que estou tendo ela não achou normal.... Q bom (...), mas parece q deu uma pequena alteração no colesterol total q deu 215mg/dL. Já o HDL-D deu76 mg/dL. Tomava

Euthirox 100, logo após a hipo ter sido detectada. Meu TSH estava em 26. 2 meses após, em novo exame, meu TSH estava 0,12. Aí a médica mudou para o Puran 88, pois não tinha Euthyrox com essa dosagem. Arrisquei o genérico da Merck (125) e aparentemente estou bem. Um novo exame em breve vai poder comprovar ... Meu cabelo virou bombril... desisti de gastar com ele... to tao feia..... Até q a minha memória n tá ruim, mas eu ando muito depressiva e eu nunca fui assim... mas o pior pra mim é mesmo a maldita queda de cabelo. Fiquei muito depressiva, com muito sono, engordei muito, fiquei nervosa... Affe.. parecia uma conspiração do universo contra a minha pessoa... Parece que to sempre cansada.... terror....to em 100 doida para subir esse hormônio!!!" (discurso coletivo do sujeito1).

Solicita esclarecimentos de dúvidas sobre a doença, resultados de exames e/ou tratamento

"Pq algumas vezes o médico apenas pede o exame de TSH e outras vezes pede também o T4 livre? Como sei que algo não vai bem? Se dá alguma alteração no TSH ou no T4? Tem que ter alterações nos dois? E se um está legal e o outro não???? Mas pra que serve o exame com esse tal de thirogen....fui operada ha 05 anos, faço acompanhamento semestral e nunca

tinha ouvido falar...e o plano não cobre ou dificulta? Será por isso que não conhecia?????? Você está fazendo seu exame aonde? Por favor, me informe o local onde vc está fazendo e se eles te deram esse pedido de dosagem e via de administração. Já foi um parto conseguir o Thyrogem, agora está sendo outro pra conseguir que apliquem a bendita injeção. Vou fazer pci e nem sabia dessa tal de Thirogem, qual a diferença de fazer a PCI com ou sem essa Thirogem?? Me expliquem, meu médico nem comentou sobre esse assunto. Como a sua exoftalmia melhorou, vc fez alguma coisa além de regular os hormônios? Seus olhos voltaram ao normal? E, se sim, depois de quanto tempo de tratamento? Seus olhos voltaram totalmente, depois de realizar a retirada da tireoide, mas sem fazer a cirurgia correção dos olhos? Gostaria de saber se alguém ai toma euthirox e se tem dor de cabeça com ele to sempre com dor de cabeça desde que comecei a tomar." (discurso coletivo do sujeito2).

Indica sorte, fé religiosa e/ou outras crenças

"Minha querida, Deus vai te ajudar! Tenho certeza que vc está em ótimas mãos, pq "tipos" como este que me consultei são poucos, GRAÇAS A DEUS! Estou torcendo querida, que Deus te abençoe. estou bem e mto feliz com a

força de todas vocês. O tratamento de corticoides foi mto bom, baixou a inflamação, já não tenho mas dor nos olhos. o resultado da resonacia foi o que os médicos já esperava, é aumento da gordura ocular, mas graças a deus o resto esta normal. Boa sorte, estou orando por vc ter uma cirurgia tranqüila e uma recuperação maravilhosa. Obrigada pelos pensamentos positivos... se Deus quiser vai correr tudo bem. Os médicos dizem que tomando os hormônios a vida é normal, mas eu vejo q não. Que DEUS nos abençoe!!!! Enquanto lembro não quero esquecer de que Deus me ama e cuida de mim. Tudo isto já foi vencido, todas estas meras coisas passarão... o mais importante é continuarmos firmes no propósito de vivermos um dia a cada dia!" (discurso coletivo do sujeito3).

Oferece informação e/ou orientação que indica hipótese diagnóstica e/ou tratamento

"Olha, geralmente quem tem hiper tem nódulos e geralmente não é nada grave, portanto continue muito calma e confiante.... A irritação e o sono tendem a diminuir mas sempre vão estar presentes... Por causa da alteração hormonal nós sempre estamos mais sujeitos a altos e baixos de humor então a irritação se torna controlável. Você teve CA de tireoide??? Se teve é assim mesmo que tem que

ficar.....senão está hiper..... Ta ótimo..... Você deve ter HIPOTIREOIDISMO, não hiper, caso contrário não tomaria hormônios, a não ser em raríssimos casos. Pelo jeito vc tem hipotireoidismo, se é que vc repõe o hormônio com tratamento.Ou talvez vc tenha tido antes hiper, e com o tratamento ficou hipo....explica pra nós.... Ta normal..... O seu TSH está normalíssimo.....nenhum sinal de hiper nem hipo, já os valores do T4 (referência) que você postou é que está estranho.....pode ser o laboratório. Mas seu TSH está muito equilibrado, isto não é sinal de um hiper. Você toma T4?? porque pode ser apenas que você esteja com uma dosagem alta. Com esse medicamento você não sofre como os sintomas de ficar sem o T4. O linfonodo no meu caso é metástase do ca. Está contaminado do ca. Se fossem só células tireoideanas que ficaram pra trás sem contaminação, o iodo resolveria, queimava elas. Mas ca de tireóide só cirurgia mesmo." (discurso coletivo do sujeito4).

Questiona sobre a formação, orientação oferecida e/ou postura do profissional médico

"A gente fica sem entender mesmo, como eles conseguem fazer um biópsia de um linfonodo deste tamanho e dizem que a cirurgia é arriscada???? Fala sério. Acho que nem eles

sabem bem das coisas. Sinceramente, na minha cabeça, seria mais fácil "ver" o linfonodo na CIRURGIA.... olha que coisa mais incoerente.... e vai falar isto para os médicos e cia ... eles ficam irritadíssimos. A médica nem pediu a punção destes linfonodos da sua ultra??? Sempre que troco de medico escuto o mesmo é tardio esta avançado, dá vontade de rir sem parar só que não consigo só sei chorar... porque vamos desde 24anos vivo em médicos tenho 38anos... já gastei tanto e não tive o tratamento digno. passou de hora como? Infelizmente muitos e muitos médicos se comportam dessa maneira... sem o menor comprometimento profissional... só financeiro. Nós(os pacientes dos planos de saúde), não somos interessantes pra eles... Tô chocada!! Tem um ditado entre os médicos que é assim: - Todos os médicos acham que são deus, os cirurgiões tem certeza!!!!!! Affffff.....arrogância". (discurso coletivo do sujeito5).

O que se observa nas representações sociais relacionadas acima, para além da necessidade de compartilhar – já identificada também fortemente nas análises dos fóruns anteriores – é a linguagem técnica adotada por seus integrantes para falar de suas experiências.

Também é possível verificar que existe uma maior troca de informações sobre resultados de exames laboratoriais e conceitos 'do que é normal e do que não é normal' serem encontrados em

seus resultados.

Por se tratar de tema relacionado a uma doença crônica, na qual seus integrantes possuem longa sobrevida, pode se identificar a possibilidade de criação do 'paciente especialista', que, por conviver com seu risco ou problema de saúde há muito tempo, acaba por conhecer tecnicamente sobre o assunto. Esse fato pode justificar a identificação de uma representação social na qual é possível verificar que o integrante da comunidade virtual oferece informação e orientação que indica constituição de hipótese diagnóstica e possível tratamento, como trecho destacado: *"O seu TSH está normalíssimo... nenhum sinal de hiper nem hipo, já os valores do T4 (referência) que você postou é que está estranho... pode ser o laboratório. Mas seu TSH está muito equilibrado, isto não é sinal de um hiper".*

Algumas noções mais gerais foram identificadas nos textos dos fóruns de discussão de transtornos da tireóide:

i) Ocorre intensa troca de experiências relacionadas a sinais, sintomas, diagnóstico e tratamentos possíveis; busca-se, com isso, se identificar com o grupo.

ii) Após a identificação com o grupo, apresentam-se reações de vínculo afetivo e apoio pessoal e religioso.

iii) O fórum também é utilizado para esclarecer e orientar quanto às informações técnicas e fontes bibliográficas.

iv) Os participantes questionam sobre a formação, orientação oferecida e sobre a postura do profissional médico.

Por fim, para uma análise mais geral sobre todos os fóruns de

discussão das três comunidades virtuais estudadas, é possível descrever algumas outras constatações.

As discussões abertas nos fóruns de discussão, a depender de seus temas, permanecem abertas para debate em curto espaço de tempo, como o caso dos temas postados em vida saudável, ou por um longo período de tempo, podendo durar anos, como no caso dos temas relacionados aos transtornos da tireóide. É possível verificar que quanto mais curto o tempo de duração, maior a quantidade de mensagens trocadas – postadas – por dia, resultado da maior freqüência estabelecida no início da interação em fóruns.

Fato é que um fórum de discussão tem potencial para nunca se fechar, mantendo-se disponível para novas mensagens, uma vez que se postando nova mensagem neste fórum ele aparece com data inicial relacionada à primeira mensagem postada e data final relacionada à última mensagem postada. Assim, a data final do fórum fica indefinida, a não ser que o moderador retire o fórum do status publicado, encerrando o processo de discussão.

Os integrantes dessa comunidade virtual utilizam seus fóruns de discussão para compartilhar informações e experiências por meio de relatos pessoais, sentimentos relacionados a situações vivenciadas, orientações de conduta e apoios psicológicos, religiosos e emocionais diversos. Esse compartilhar permite novas construções de significados relacionados ao que é a doença, ao que é a saúde, ao que é a vida. Essa nova construção é coletiva, sendo novamente transmitidos e retransmitidos, contextualizados e novamente discutidos em seus resignificados.

5. CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

As conclusões e considerações finais que aqui exponho buscam contemplar exigências e interesses pessoais, profissionais e acadêmicos – interesses construídos e fortalecidos durante o processo de concepção e execução de pesquisas trabalhadas a partir de 1994. Contudo, como também é demandado da academia, principalmente buscam contribuir para revelar o tema para a saúde pública, para a gestão, para a melhoria dos serviços, para a construção da cidadania e, enfim, para a democracia.

Desde que *"Eva convenceu Adão a comer a maçã da árvore proibida",* a comunicação promove revoluções. Em sentido *latu*, a comunicação é presente em todo ato humano, inclusive como ferramenta para revoluções. Ela foi também a própria geradora de algumas das principais revoluções: a linguagem falada provocou saltos na evolução humana; a invenção da escrita permitiu registros, preservou memórias, sistematizou e transmitiu conhecimentos. A *prensa de Gutemberg* é considerada, o mais importante invento tecnológico: o resultado foi – para além de substituir escribas – promover resultado prático de ampliar o acesso à Bíblia e também ao escritos gregos, a outros livros, ao conhecimento – dos outros. Gerou novos conhecimentos, novas inteligências: revolução.

Essa prensa mecanizada produziu, alguns anos depois, muitos "Os Direitos do Homem", de Thomas Paine. Sua leitura, debatida na Sociedade Londrina de Correspondência – que disseminou suas idéias e fomentou debates – levou os seus membros a consolidarem a Revolução Gloriosa, que, bem antes da Revolução Francesa, transformou, na Inglaterra, noções de direito e de cidadania. Após isto, e por isto, os valores democráticos e noções

de direitos cresceram e promovem mudanças sociais.

O telégrafo, o telefone, o rádio, a televisão e, enfim, a Internet seguem provocando mudanças e revoluções. Mas a Internet, diferente das invenções anteriores – incluindo os meios impressos – não pode ser reconhecida somente como um meio pelo qual a mensagem flui. Diferente daqueles, a Internet possibilita a interação e a construção de novos conteúdos e, com isso, o exercício de se produzir e publicar novos significados interativamente. Permite ainda concentrar diferentes fontes de informação, possibilitando armazenar e ordenar tais conteúdos em uma lógica que também permite sua recuperação, dado um contexto inicial de pesquisa. A informação recuperada mediante pesquisa na Internet, em si, reflete uma construção própria do indivíduo. Mesmo que de forma não absoluta a Internet possibilita a seleção e a reordenação de informações de acordo com os interesses de quem pesquisa, compondo, no final, um conteúdo único, resultado desse processo de pesquisar a informação.

A Internet está permitindo também fazer e promover a circulação de mercadorias, mas também provoca surgimento de novos produtos, novos serviços e novas formas de relações sociais. Quando se verifica mudanças sociais de tal magnitude, que implicam mudanças não somente de comportamento, mas de transformações em relações de poder até há pouco estáveis – como as verificadas na relação médico-paciente, ou nas escolas, na relação professor-aluno – não se espera que sejam eventos isolados, mas sim, reflexos de um processo de mudança social mais amplo.

Como já debatido anteriormente a relação médico paciente é assimétrica e mediada por um poder do médico sobre o paciente. Esse poder é convencionado, baseado no pressuposto de que conhecimento técnico, experiência, organização do sistema e

aspectos sanitários são determinantes para isto. Contudo, se a relação de poder é resultado da própria natureza dessa relação, há que se ampliar o entendimento sobre o quanto tal 'natureza' tem servido para ampliar, em convenções e práticas, tal poder, com objetivos e motivações também corporativas, de mercado, de satisfação pessoal e, enfim, para garantir a manutenção desse mesmo poder. Relações de produção e a divisão social do trabalho determinam poder e, ao mesmo tempo, fundam a contradição que produz o conflito, luta: vontade de transformar essas relações.

A Internet possibilita, em tese e na prática, estabelecer uma relação entre indivíduos do mundo em um único lugar, em um mesmo momento, mesmo que esse lugar seja virtual. Até então o único lugar onde isso ocorria era no planeta Terra, visto como um todo e de longe. Mas isso ainda determinava uma distância entre os indivíduos. A Internet junta pessoas e encurta distâncias.

Por ora, se faz a apoteose da Internet que, pelo exposto, é e será a ferramenta tecnológica que promove uma revolução. Seu estudo, realizado aqui de forma praticamente isolada de outras mudanças e impactos sociais, busca, em parte, no método e de modo didático, separar a Internet como um dos fatores da mudança e analisá-la como e o quanto contribui para o processo da transformação em estudo.

Nesse estudo não foi pretensão, ou mesmo método, buscar determinar o *quanto* a Internet foi, é ou será causa de mudanças no comportamento de pacientes, na relação médico-paciente ou em mudanças na saúde em geral. É sabido que é e será causa sob diversos modos e é sabido que contribuirá de forma significativa. Aqui, neste estudo, pretende-se apenas apontar – com algum grau de representatividade – *como* a Internet está sendo utilizada por pacientes e, em especial, por integrantes de comunidade virtuais,

para atuar em saúde e *como* isto, segundo a perspectiva desses atores sociais, provoca mudanças específicas na relação médico-paciente.

Da pesquisa o que se evidencia são elementos que contribuem para o reconhecimento da transformação em curso. Elementos relacionados ao processo e aos resultados das possíveis transformações na relação de poder estabelecida entre médico e paciente.

Neste estudo é possível identificar motivos que levam as pessoas a participarem de comunidades virtuais, de forma geral e, mais especificamente, as relacionadas ao tema saúde e doença. É possível identificar que os indivíduos tornam-se integrantes de comunidades virtuais principalmente motivados por uma busca por relacionamentos, pela necessidade de pesquisar e receber informações sobre saúde e doença e pela necessidade de executar alguma ação ou mudança por meio da comunidade virtual.

Também foi possível identificar como as pessoas participam dessas comunidades virtuais sobre saúde e doença. Essa análise indica que o compartilhamento de informações e de experiências é a ação relatada como a mais realizada pelos integrantes nas comunidades.

Ao estudar como se organiza essas comunidades virtuais que tratam do tema saúde-doença, é possível identificar que no fórum de discussões é onde ocorre a maior parte das interações e das construções de conteúdo e significados. Nesses espaços, seus integrantes se relacionam, compartilham informações e experiências, se reconhecem em situações de receber e ajudar outras pessoas e sentem que fazem parte da comunidade virtual: sentimento de pertencimento.

Ao analisar as interações que ocorrem entre os integrantes dessas

comunidades virtuais verifica-se que existem integrantes em diferentes níveis associativo-participativo: desde o integrante silencioso, que isoladamente busca informações, o ‘consultador’, até o nível mais participativo, o ‘cooperador’, havendo predominância no nível de ‘compartilhador’.

Quanto a essa questão, é possível identificar, em discursos de integrantes de comunidades virtuais, possíveis etapas de processos de negociação em curso entre si. Identificam-se situações de: (i) compartilhamento de interesses entre os integrantes, normalmente relacionados ao tema chave da comunidade; (ii) integrantes explicitam necessidades, idéias e significados na busca por aliados; (iii) integrantes identificam diferenças de significados, mas também de objetivos e meios; (iv) reconhece-se conflitos entre integrantes e parte dos integrantes percebe que as diferenças existentes potencializam ou prejudicam seus interesses; (v) se dá uma formatação propositiva ao processo de negociação em curso; (vi) surge uma organização coletiva que atende a maioria dos integrantes; e (vii) surgem produções coletivas, conteúdos, conceitos, significados que reforçam as representações sociais mais fortes no grupo, tornando o processo da produção coletiva mais eficiente.

Sobre como a relação de poder estabelecida entre médico e paciente é tratada nas comunidades virtuais, percebe-se que essa relação tem sofrido importantes interferências, no sentido do fortalecimento da autonomia do paciente - princípio fundamental da bioética e objeto de interesse também da categoria médica, como constatado na análise do Novo Código de Ética Médica. É possível constatar, também, que o maior acesso às informações e o maior compartilhamento de experiências que ocorre no grupo – tal qual ocorre em típicos grupos de apoio – produz influência mútua na

forma como lidam com o sofrimento, com a doença e o cuidado, o que incluí a busca por assistência médica e a relação que se estabelece com profissionais e instituições de saúde.

Quanto aos conteúdos informacionais reconhecidos nos fóruns de discussão, foram identificados como mais freqüentes os seguintes conjuntos de informações: (i) trocas de experiências sobre sinais, sintomas, exames realizados e tratamentos sugeridos e seguidos; (ii) demonstração de preocupação e apoio aos outros participantes da comunidade para manutenção de vínculo afetivo com os participantes; (iii) trocas de orientações técnicas e bibliográficas; (iv) compartilhamento de informações sobre atividades físicas adequadas, alimentação equilibrada e bem-estar psicológico e social; (v) solicitações e retornos para esclarecimento de dúvidas sobre a doença, sobre resultados de exames e/ou tratamento; (vi) informação e orientação que indicam hipótese diagnóstica; (vii) questionamentos sobre formação, orientação oferecida e postura do profissional médico.

Esses conteúdos informacionais remetem a algumas noções também percebidas em duas das comunidades virtuais relacionadas a problemas de saúde – *hepatite C* e *transtornos da tireóide* – que estão relacionadas ao que esse espaço de fórum de discussão significa para seus integrantes: (i) espaço de intensa troca de informações e experiências; (ii) permite reações de vínculo afetivo e apoio pessoal e religioso mútuo; (iii) orientador de informações técnicas e fontes bibliográficas; (iv) espaço que permite questionar sobre orientações e posturas do médico. Tais noções parecem representar significados relacionados ao processo de diagnóstico, tratamento e cura.

De forma diferente, identifica-se que as noções percebidas nos fóruns de discussão relacionados à *vida saudável* remetem às

seguintes constatações: (i) para ser saudável é preciso ter equilíbrio e controle no que se faz; (ii) elementos existentes em alimentos e medicamentos possibilitam o alcance do equilíbrio; (iii) saúde é diferente de ausência de doença. Tais noções parecem representar significados relacionados aos resultados do que é ter mais saúde.

Algumas constatações de âmbito geral ainda são possíveis: (i) há um maior acesso às informações facilitado pela Internet; (ii) há produção de novos conhecimentos[6]; (iii) há consciência de valores de direitos; (iv) há noções de pertencimento, de solidariedade, de comunidade; (v) há resultados práticos desse processo, com mais intervenção, questionamentos e busca por alternativas.

Quanto à estrutura dos diálogos travados nos diferentes fóruns de discussão dessas comunidades virtuais, é possível verificar que apresentam um 'roteiro' próprio, formado pelos seguintes elementos constituintes das relações presenciais e virtuais travadas: (i) indivíduo vai ao médico em busca de uma solução para sua queixa; (ii) médico atende e formula hipóteses diagnósticas, podendo apontar possíveis procedimentos; isso ocorre em diferentes níveis de diálogo (quantidade e qualidade) entre médico e paciente; (iii) indivíduo (já paciente) busca informações na Internet com motivações diversas: esclarecer dúvidas de termos técnicos, esclarecer procedimentos propostos, reconhecer competências médicas e outros; (iv) indivíduo se torna integrante de alguma comunidade virtual relacionada ao seu possível problema de saúde; a queixa se torna hipótese diagnóstica e oferece a ponte para esse acesso; (v) integrante se apresenta à

---

[6] De certo modo o acesso às informações, ao ser interpretado, já produz novos conhecimentos, a partir a experiência de acessar.

comunidade (caso seja novo integrante) e apresenta seu possível diagnóstico; busca por informações mais compreensíveis e mais acessíveis, disponíveis na comunidade virtual; (vi) inicia-se uma relação de troca de informações e experiências entre os integrantes; ocorre análise da queixa, avaliação da hipótese diagnóstica e da conduta assumida pelo médico, sugestões e orientações sobre como proceder, quanto ao processo de busca da cura e quanto ao tratamento; (vii) integrante volta ao consultório médico relatando e formulando novos questionamentos; o diálogo é mais questionador e há indícios de que o paciente tem mais consciência de sua autonomia; (viii) o médico interage com o paciente esclarecendo dúvidas, relacionando informações deste, aos achados clínicos relevantes, informando sobre hipóteses diagnósticas possíveis (caso ainda persistam hipóteses), determinando e tornando transparentes as opções de tratamento possíveis; (ix) médico e paciente chegam a um resultante comum, das informações relativas às competências técnicas do médico e das informações e sensações próprias do paciente; a autonomia do paciente, apoiada no processo de decisão gerenciado pelo médico, é o que prevalece; (x) Paciente volta à comunidade virtual para novas trocas de informação, compartilhamento de experiências, colaborando com a 'rede de apoios' instituída e com a construção de conteúdos e de significados próprios para o grupo sobre o que é a doença, qual é o processo de cura possível, como as pessoas sobrevivem com a queixa e o problema identificado; (xi) paciente apresenta-se mais responsável pela manutenção de seu estado de saúde; participa mais dos processos de decisão e adquire competências específicas relacionadas ao seu problema de saúde.

As análises finais possibilitam ainda identificar que o conhecimento adquirido pelos indivíduos pertencentes às comunidades, e construído a partir da vivência no espaço grupal on-line, pode se

estruturar como uma habilidade do paciente, com potencial de modificar seu papel na relação com o médico, transformando o caráter deste encontro.

Assim, é possível verificar que, em processos de negociação de significativa parte dos integrantes de comunidades virtuais, há elementos que evidenciam existir uma lógica, ou certo padrão, no processo de busca por mais saúde: (i) integrantes pesquisam informações isoladamente na comunidade na busca por solucionar sozinho suas questões; (ii) a participação passa a ser em grupo, com compartilhamento de informações e de experiências; (iii) integrante apresenta-se como mais participante durante consultas médicas; (iv) argumentos e questionamentos indicam a constituição de possível conflito/não conflito na relação anteriormente 'morna' – porque sempre e estruturalmente ativo e passivo – entre médico e paciente; (v) reações indicam maior autonomia do paciente nos processos debate e de decisão; (vi) melhores resultados de saúde são relatados pelos participantes desse processo.

As constatações desta pesquisa permitem reconhecer impactos do acesso à Internet, especificamente via e em comunidades virtuais, na transformação da relação médico-paciente; permitem, ainda, outras inferências, especialmente no campo da saúde pública, gestão, controle social e na cidadania.

Há possibilidade, de médicos e serviços de saúde, valorizar a participação mais ativa e mais autônoma dos pacientes como valor ético a ser fortalecido, mas também como forma de se ampliar a efetividade e otimizar recursos. Há possibilidade de se conduzir a autonomia para uma maior consciência dos riscos, para uma maior aderência aos tratamentos e para a ampliação das competências dos pacientes. A Internet, que também é acessada por médicos, contribui para diagnósticos e prescrições ao expor conhecimentos e

se tornar via de comunicação para debates e conferências.

Há possibilidade que o paciente amplie suas interações, articulações e construa, por diálogo ou pressão, de modo efetivo ou exemplar, novos direitos normativos e práticos, baseados naquilo que lhe é de direito, por princípios já estabelecidos.

Há possibilidade de que serviços – públicos e privados – entendam, compreendam e contemplem cada vez mais esse 'novo' paciente, criando ferramentas para a atuação direta, que adotem uma nova lógica, aproveitando e se integrando a essa transformação ao invés de resistir ou de ingressar passivamente ou reativamente.

Há possibilidade de ampliar, pela sociedade, as informações, os meios, as formas, os direitos e as lutas por direitos que representem valores humanistas, humanitários e éticos.

Talvez não dê para dimensionar o quanto a Internet foi um dos fatores que, direta ou indiretamente, influenciou também na revisão do novo Código de Ética Médica. Contudo, a própria forma de revisão do Código, que contemplou a participação da sociedade em consultas, debates e opiniões via Internet, evidencia a importância dessa ferramenta. É também por essa mesma via, a Internet, que esse Código pode ser mais acessado, conhecido, debatido e, principalmente assim, cumprido. Possivelmente cada vez mais a Internet será o meio que permitirá acelerar mudanças e proporcionar a criação de novas forças, poderes e pressão por mudanças.

Há que se ampliar os estudos e o debate sobre valores, direitos, democracia e análise crítica sobre o que é a ciência, a técnica e a tecnologia. Nos discursos são cada vez mais presentes conceitos como: autonomia, autocuidado, livre consentimento, diálogo,

consensos, direito ao conhecimento. Está cada vez mais presente a discussão – também nas análises políticas – de que a Internet permite acesso às informações e, assim, se constitui também em meio que poderá proporcionar o exercício da democracia direta, substituindo, em parte, ou também complementando, a democracia representativa.

Há alguns anos utiliza-se o termo revolução (ou era) da informação. A concepção e termo mais apropriado é revolução do conhecimento, pois é o conhecimento, produzido com a informação e re-circulando, como bem ou como mercadoria, que faz provocar mudanças sociais que, de tal porte profundo, caracterizam a revolução.

A Internet, contudo, sempre será *meio* – até que, eventualmente, adquira inteligência própria – de interação. Sua utilidade segue dependendo de pessoas em relação, que produzem conteúdos e significados, pessoas dotadas de razão e de emoção, dotadas de compromissos. Ela, essa ferramenta, assim como também a ciência, a técnica e a tecnologia podem servir tanto para mudanças quanto para conservação, tanto para revolução quanto para reação, não podendo ser, portanto, neutra.

É certo que a Internet democratiza acesso, possibilita relações, potencializa processos de negociação e coloca cada vez mais pessoas onde nunca antes estiveram ou poderiam estar: em todo lugar.

6. REFERÊNCIAS

1. Advisory Council for the Concerted Action in Health Care. Appropriateness and Efficiency. The Formulation of Aims, Prevention, User Orientation and Participation - Volume I; Report 2000/2001 [relatório na internet]. Bonn, 2001 [acesso em 21 mai 2009]. Disponível em: http://www.svr-gesundheit.de/gutacht/ gutalt/gutaltle.htm

2. Almeida Filho N, Juca V. Saúde como ausência de doença: crítica à teoria funcionalista de Christopher Boorse. Rev Ciência e Saúde Coletiva 2002; 07: 879-889.

3. Almeida JLT. Respeito à autonomia do paciente e consentimento livre e esclarecido: uma abordagem principialista da relação médico-paciente [tese de doutorado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz; 1999.

4. Alves LRG. Novas cartografias cognitivas: uma análise do uso de tecnologias intelectuais por crianças da rede pública em Salvador, Bahia [dissertação de mestrado]. Salvador: Faculdade de Educação da Universidade Federal da Bahia; 1998.

5. Alves VS. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. Rev. Interface. 2005; v9;16:39-52.

6. Antoun H. As lutas da multidão e o futuro da democracia na Cibercultura [paper]. 2004.

7. Araújo EC. O processo terapêutico da medicina homeopática:

o papel estratégico da relação médico-paciente [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2001.

8. Araújo EC. Homeopatia: uma abordagem do sujeito no processo de adoecimento. Rev. Ciência e Saúde Coletiva. 2008;13: 663-671.

9. Araújo I. A reconversão do olhar: prática discursiva e produção dos sentidos na intervenção social. São Leopoldo: Unisinos; 2000.

10. Araújo LHL, Lucena Filho GJ. Comunidades virtuais de aprendizagem: novas dinâmicas de aprendizagem exigem novas formas de avaliação. In: Anais do XVI Simpósio Brasileiro de Informática na Educação; 2005; Juiz de Fora. Porto Alegre: Sociedade Brasileira de Computação; 2005;v1;p.340-350.

11. Arendt H. A condição humana. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1981.

12. Arendt H. Entre o passado e o futuro. 3 ed. São Paulo: Perspectiva; 1992.

13. Assis RL. Facilitando a percepção em ambientes virtuais de aprendizado através da abordagem groupware [dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro: Departamento de Informática da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro; 2000.

14. Barros DLP. Teoria do discurso: fundamentos semióticos. 2 ed. São Paulo: Humanitas; 2001.

15. Barabási AL. Linked - The new science of networks. Perseus Publishing; 2003.

16. Barbrook R. The hi-tech gift economy [artigo na Internet]. [acesso em 03 abr 2009]. Disponível em: http://subsol.c3.hu/subsol_2/contributors3/barbrooktext2.html.

17. Barbrook R Cibercomunismo: como os americanos estão superando o capitalismo no ciberespaço [artigo na Internet]. [acesso em 20 dez 2009]. Disponível em: http://members.fortunecity.com/cibercultura/vol4/cibercom.html.

18. Barros S, Oliveira MAF, Silva ALA. Práticas inovadoras para o cuidado em saúde. [acesso em 21 mai 2009]. São Paulo: Rev Esc Enferm USP. 2007; 41: 815-9. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41nspe/v41nspea12.pdf.

19. Baumann Z. Comunidade: a busca por segurança no mundo atual. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2003.

20. Benckler Y. The wealth of networks. New Haven: Yale University Press; 2006.

21. Bey H. TAZ - Zona autônoma temporária. São Paulo: Conrad; 2001.

22. Bobbio N. O futuro da democracia: uma defesa das regras do jogo. Nogueira MA, tradução. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1986.

23. Bobbio N. A teoria das formas de governo. Bath S, tradução. Brasília (DF): Editora Universitária de Brasília; 2000.

24. Bobbio N. A era dos direitos. Coutinho CN, tradução. Rio de Janeiro: Elsevier; 2004.

25. Boehs AE. Análisis de los conceptos negociación/acomodación de la teoría de M. Leininger. Rev. Latino-Am. Enfermagem,

ene. 2002;v10;1:90-96.

26. Boorse C. On the distinction between disease and illness. Philosophy and Public Affairs. 1975;5:49-68.

27. Bós AMG, Bós AJG. Determinantes na escolha entre atendimento de saúde privada e pública por idosos. Rev Saúde Pública. 2004;38(1):113-20.

28. Bourdieu P. Coisas ditas. São Paulo: Brasiliense; 1990.

29. Bourdieu P. Sur le pouvoir symbolique. Annales, Paris. 1997; v32;3:405-441.

30. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. São Paulo: IMESP; 1988.

31. Brasil. Ministério da Ciência e Tecnologia. Conselho Nacional de Ciência e Tecnologia. Sociedade da Informação. Brasília: IBICT/ São Paulo: UNIEMP; 1998.

32. Brennand E. Construindo infovias: Paulo Freire e a nova sociedade da informação [mimeo]. São Paulo; 2003.

33. Briceño-León R. Siete tesis sobre la educación sanitaria para la participación comunitária. Cad. Saúde Púb. 1996;12(1):7-30.

34. Burke P. Uma história social do conhecimento: de Gutenberg a Diderot. Rio de Janeiro: Zahar; 2003.

35. Campos GWS. Análise crítica das contribuições da saúde coletiva à organização das práticas de saúde no SUS In: Fleury S, organizador. Saúde e democracia. São Paulo: Lemos; 1997; p.113-124.

36. Campos GWS. Um método para análise e co-gestão de

coletivos. São Paulo: Hucitec; 2000.

37. Campos GWS. Sete considerações sobre saúde e cultura. Rev. Saúde e Sociedade. 2002;11(1):105-115.

38. Campos JL. Do simbólico ao virtual: a representação do espaço em Panofsky e Francastel. Rio de Janeiro: Perspectiva; 1990.

39. Canetti E. Massa e poder. Brasília: Editora Universidade de Brasília/ Melhoramentos; 1983.

40. Caprara A, Rodrigues J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. Rev. Ciência & Saúde Coletiva. 2004;9(1):139-146.

41. Carvalho MCR, Oliveira L. Biblioteca digital de uma comunidade virtual de aprendizagem: a experiência em andamento da Rede de Instituições Católicas de Ensino Superior. [acesso em 15 nov 2006]. Disponível em: http://libdigi.unicamp.br/document/? view=8307.

42. Carvalho AM. Privatização e demissão: representação social de ex-ferroviários [dissertação de mestrado]. Assis: Faculdade de Psicologia da Unesp; 2003.

43. Casas LLA. Marketing de serviços. São Paulo: Atlas; 1991.

44. Castells M. Hacia el estado red?: globalización económica e instituciones políticas en la era de la información. In: Sociedade e Reforma do Estado [acesso em 13 mai 2009]. São Paulo; 1998. Disponível em: http://www.mare.gov.br.

45. Castells M. A sociedade em rede. São Paulo: Paz e Terra; 1999a.

46. Castells M. O poder da identidade. São Paulo: Paz e Terra; 1999b.

47. Castells M. A galáxia da Internet: reflexões sobre a Internet, os negócios e a sociedade. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2003.

48. Castro M. Um estudo das relações de poder na escola pública de ensino fundamental à luz de Weber e Bourdieu: do poder formal, impessoal e simbólico ao poder explícito. Rev. Fac. Educ. 1998; 24(1):9-22.

49. Chauí M. Cultura e democracia. 6 ed. São Paulo: Cortez; 1993.

50. Chauí M. Convite à filosofia. São Paulo: Ática; 1995.

51. Collins H, Pinch T. A cura da AIDS e a expertise dos leigos. In: Massarani L, Turney J, Moreira IC. Terra incógnita: a interface entre ciência e público. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p.227-252.

52. Comitê Gestor da Internet. Pesquisa sobre o uso das tecnologias da informação e da comunicação no Brasil: TIC Domicílios e TIC Empresas 2009 [relatório na Internet]. [acesso em 20 mai 2010]. São Paulo: Comitê Gestor da Internet no Brasil, 2010. Disponível em: http://http://www.cetic.br/tic/2009/index.htm.

53. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1931/2009. Código de ética médica. [acesso em 20 jul 2010]. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=8822.

54. Conselho Regional de Medicina. Ética médica. São Paulo: CRMSP; 1996.

55. Conselho Regional de Medicina. Guia da relação médico-paciente. [acesso em 5 abr 2004]. São Paulo; 2001. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/revistasermedico/medicopaciente.htm.

56. Costa R. Por um novo conceito de comunidade: redes sociais, comunidades pessoais, inteligência coletiva. Rev. Interface. 2005;v9;17:235-48.

57. Csikszentmihalyi M. Beyond Boredom and Anxiety - The Experience of Play in Work and Games. New York: Jossey-Bass; 1982.

58. Csikszentmihalyi M. Flow: The psychology of optimal experience. New York: Harper and Row; 1990.

59. Cyrino APP. As competências no cuidado com o diabetes mellitus: contribuições à educação e comunicação em saúde [Tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2005.

60. Deleuze G, Guattari F. Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia. vol1. Rio de Janeiro: Editora 34; 1995.

61. Del Ghingaro FL, Madeira W, Mattos EC, Puccini PT, Souza LRA. As representações sociais e a escolha de serviço médico [pesquisa apresentada na Disciplina de Pesquisa Qualitativa e Representação Social da Saúde e da Doença]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2004.

62. De Masi D, organizador. A sociedade pós-industrial. São Paulo: Senac; 1999.

63. Deslandes SF. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. Rev Ciência e Saúde Coletiva. 2004;9(1):07-14.

64. Demo P. Cidadania tutelada e cidadania assistida. Campinas: Autores Associados; 1995.

65. Dimantas H. Linkania - a multidão hiperconectada, em Derivas - Cartografia do Ciberespaço. São Paulo: AnnaBlume; 2004.

66. Dimantas H. Linkania - a sociedade da colaboração [dissertação de mestrado] São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2006.

67. Drucker P. A quarta revolução da informação. Rev Exame. 1998;v 32;18: 56-58.

68. Dubois D. O labirinto da inteligência: da inteligência natural à inteligência fractal. Lisboa: Instituto Piaget; 1994.

69. Dudziak EA. A Information Literacy e o papel educacional das bibliotecas [dissertação de mestrado]. São Paulo: Escola de Comunicações e Artes da Universidade de São Paulo; 2002.

70. Dupas G. Ética e poder na sociedade da informação. 2 ed. São Paulo: Unesp; 2001.

71. Dussel E. Ética da libertação: na idade da globalização e da exclusão. Petrópolis: Vozes; 2000.

72. Elias N. Introdução à sociologia. Lisboa: Edições 70; 1980.

73. Elias N. O processo civilizador: uma história dos costumes. Vol.1. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1994.

74. Estraviz M. A linkania e o religare. [acesso em 13 jun 2008].

Disponível em: http://www.novae.inf.br/straviz/ linkania.html.

75. Estraviz M. A periferia é o centro. [acesso em 13 jun 2008]. Disponível em: http://www.cidec.futuro.sp.br/artigos/artigo2.html.

76. Estraviz M. Informação é pública. [acesso em 13 jun 2008]. Disponível em: http://www.novae.inf.br/straviz/nformacaopublica.html.

77. Estrazulas M. Interação e cooperação em listas de discussão. Revista Informática na Educação: Teoria & Prática. Disponível em:http://www.seer.ufrgs.br/index.php/InfEducTeoriaPratica/article/view/6287/3757. 1999;v2;2;81-86.

78. Fischer KW. A Theory of Cognitive Development: The Control and Construction of Hierarchies of Skills. Psychological Review. 1980;v87;6:477-531.

79. Fortes PAC. Por uma melhor relação médico-paciente. Rev Assoc Med Bras. 2002;48:105-105.

80. Foucault M. Nascimento da clínica. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1977.

81. Foucault M. Microfísica do poder. 17 ed. Rio de Janeiro: Graal; 1979.

82. Freire CP, Rosso CV, Reis CRC, Perez DJG, Xavier G, Dimantas H, Passos JR, Reis PRC, Madeira W. Cibercultur@, comunidades e relações de poder: uma produção colaborativa [trabalho de conclusão de curso]. São Paulo: Escola de Comunicação e Artes da Universidade de São Paulo; 2007. [acesso em 24 out 2008]. Disponível em: http://ccvap.futuro.usp.br/TMP_UPLOAD/files/tc-

secs1183762725337__nusp5055199.pdf.

83. Freire P. Pedagogia do oprimido. 17 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1987.

84. Fundação Getúlio Vargas. Centro de Políticas Sociais. Mapa da exclusão digital. Rio de Janeiro; 2003. [acesso em 2 mai 2004]. Disponível em: http://www2.fgv.br/ibre/cps/mapa_exclusao/apresentação/apresentacao.htm.

85. Fundação IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: 2001. Rio de Janeiro; 2002.

86. Galbraith JK. Anatomia do poder. São Paulo: Pioneira; 1986.

87. Garbin HBR, Pereira Neto AF, Guilam MCR. A Internet, o paciente expert e a prática médica: uma análise bibliográfica. Rev. Interface. 2008;v12;26:579-88.

88. Gardner H. Inteligências múltiplas: a teoria na prática. Porto Alegre: Artmed; 1995.

89. Garrafa V. Introdução à bioética. Revista do Hospital Universitário UFMA. 2005;6(2): 9-13.

90. Garrafa V, Prado MM. Mudanças na declaração de Helsinque: fundamentalismo econômico, imperialismo ético e controle social. Cadernos de Saúde Pública. 2001;17(6): 1489-1496.

91. Gerosa MA, Fuks H, Lucena CJP. Elementos de percepção como forma defacilitar a colaboração em cursos via Internet. In: Anais do XII Simpósio Brasileiro de Informática na Educação – SBIE; 2001. [acesso em 20 jan 2009]. Vitória: UFES; p115-124. Disponível em http://ceie-

sbc.tempsite.ws/pub/index.php/sbie/article/view/113/0.

92. Giddens A. As conseqüências da modernidade. Portugal: Celta; 1996.

93. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. São Paulo: Atlas; 1995.

94. Godoy AS. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. Revista de Administração de Empresas. 1995; v35;2:57-63.

95. Governo do Estado de São Paulo. Lei Complementar nº 791, de 09 de março de 1995. Código de saúde. São Paulo: Deputado Gouveia; 1997.

96. Governo do Estado de São Paulo. Lei nº 10.241. Direitos dos Usuários do SUS. São Paulo: Deputado Gouveia; 1999.

97. Governo do Estado de São Paulo. Estatísticas do Acessa São Paulo. 2009 [acesso em 10 out 2010]. Disponível em: http://www.acessasp.sp.gov.br/modules/xt_conteudo/index.php ?id=54.

98. Gouveia CP, Vidigal FR, Knoop J, Kobashi R, organizadores. Manual de redes sociais e tecnologia. São Paulo: Conectas: Friedrich Ebert Stiftung; 2002.

99. Guattari F. Caosmose: um novo paradigma estético. Rio de Janeiro: 34 Letras; 1992.

100. Habermas J. O conceito de poder de Hannah Arendt. In: Freitag B, Rouanet SP, organizadores. Habermas. São Paulo: Ática; 1980. p.100-118.

101. Habermas J. Técnica e ciência enquanto ideologia. São Paulo,

Ed 70; 2001.

102. Hoyos EH, Renna J, Herrero R. Sitios Web en Salud: lineamientos para su desarrollo, gestion y administracion. Inform Med. 2001;8:15-17.

103. Houaiss A, Villar MS. Dicionário Houaiss da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Objetiva; 2001.

104. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas - IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2008 [acesso em 1 out 2010]. Disponível em: http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/tabela.

105. Jameson F. Pós-modernismo: a lógica cultural do capitalismo tardio. 2 ed. São Paulo: Ática; 2002.

106. Jodelet D. As representações sociais. Rio de Janeiro: Ed UERJ; 2001.

107. Junqueira LAP, Auge APF. Qualidade dos serviços de saúde e satisfação do usuário. Cad FUNDAP 1996; jan-abr:60-78.

108. Jungblut AL. A heterogenia do mundo on-line: algumas reflexões sobre virtualização, comunicação mediada por computador e ciberespaço. Horizonte Antropológico. 2004;10(21):97-121.

109. Kaufmann PR. A CIPA: um tratado sociológico das comissões internas de prevenção de acidentes [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo USP; 1997.

110. Kenski VM. Do ensinamento interativo às comunidades de aprendizagem, em direção a uma nova sociabilidade na

educação. Acesso: Revista de Educação e Informática. 2001;15;49-59.

111. Kipper DJ, Clotet J. Princípios da Beneficência e Não-maleficência. In: Costa SIF, Garrafa V, Oselka G. (orgs) Iniciação à Bioética. Brasília: Conselho Federal de Medicina. 1998.

112. Kuttner R. Tudo à venda: as virtudes e os limites do mercado. São Paulo: Companhia das Letras; 1998.

113. Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians. Ottawa: Government of Canadá; 1974.

114. Lakatos EM, Marconi MA. Fundamentos de metodologia científica. 3 ed. São Paulo: Atlas; 1985.

115. Lakoff G, Johnson M. Metáforas da vida cotidiana. Campinas: Mercado das Letras; 2002.

116. La Taille Y, Oliveira MK, Dantas H. Piaget, Vygotsky, Wallon: teorias psicogenéticas em discussão. São Paulo: Summus; 1992.

117. Lefèvre F. O medicamento como mercadoria simbólica. São Paulo: Cortez; 1991.

118. Lefèvre F. Análise da questão: “Você deixaria sua filha se casar com um negro?”. Rev Saúde e Sociedade. 3(2): 186-196, 1994.

119. Lefèvre F. A constituição do sujeito da sua saúde e da sua doença [tese de livre docência]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo USP; 1995.

120. Lefèvre F. Mitologia sanitária: saúde, doença, mídia e

linguagem. São Paulo: Edusp; 1999.

121. Lefèvre F, Lefèvre AMC. Comunicação social em saúde, lógica sanitária e lógica da população [mimeo]. São Paulo; 2003a.

122. Lefèvre F, Lefèvre AMC. O discurso do sujeito coletivo: um enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). Caxias do Sul: Educs; 2003b.

123. Lefèvre F, Lefèvre AMC. Saúde, empoderamento e triangulação. Rev Saúde e Sociedade. 2004a;13(2):32-38.

124. Lefèvre F, Lefèvre AMC. Promoção de saúde. A negação da negação. Rio de Janeiro: Viera e Lent; 2004b.

125. Lefèvre F, Lefèvre AMC, Madeira W. Hipertrofia das mediações, internet e empoderamento, no campo da saúde-doença. Saude & Sociedade. 2007;16(3):149-157.

126. Leloup J. Cuidar do Ser. Petrópolis: Editora Vozes; 2000.

127. Lemos A. Cibercultura-tecnologia e vida social na cultura contemporânea. Porto Alegre: Sulina; 2002.

128. Levine R, Locke C, Searls D, Weinberger D. The cluetrain manifesto: the end of business as usual. Cambridge: Perseus Books; 2000.

129. Levy P. Cibercultura. São Paulo: Atlas; 1995.

130. Levy P, Authier M. As árvores de conhecimentos. São Paulo: Escuta; 1995.

131. Levy P. Cibercultura. 2 ed. São Paulo: Ed. 34; 2000.

132. Levy P. As tecnologias da inteligência: o futuro do pensamento na era da informática. Costa CI, tradutor. São Paulo: Editora

34; 2004.

133. Lima CRM. Informação, assimetria de informações e regulação do mercado de saúde suplementar. [acesso em 10 out 2009]. R. Eletr. Bibliotecon. Ci. Inf. 2006;esp :132-146. Disponível em: http://www.liinc.ufrj.br/pt/attachments/053_clovis_ricardo_montenegro.pdf.

134. Litto FM. Difusão científica e desafios tecnológicos: mitos e realidades. In: Melo JM, Branca SC, organizadores. Pensamento comunicacional brasileiro. São Bernardo do Campo: UMESP; 1999. p.129-136.

135. Litto FM. The hybridization of distance learning in Brazil. An approach imposed by culture. In: The International review of research in open and distance learning. 2002;v2;2. [acesso em 14 nov 2006]. Disponível em: http://www.irrodl.org/index.php/irrodl/article/view/65/133.

136. Lovink G, Schneider F. A Virtual World is Possible: From Tactical Media to Digital Multitudes [acesso em 19 jun. 2007]. Disponível em: http://www.makeworlds.org/book/print/22.

137. Lyotard JF. A condição pós-moderna. Lisboa: Gradiva; 1989.

138. López M. Fundamentos da clínica médica: a relação paciente-médico. Rio de Janeiro: MEDSI Editora Médica e Científica; 1997.

139. Maçada DL, Tijiboy AV. Aprendizagem cooperativa em ambientes telemáticos. In: Anais IV Congresso RIBIE [acesso em 20 jul 2008]. Brasília; 1998. Disponível em: http://www.url.edu.gt/sitios/tice/docs/trabalhos/274.pdf.

140. Macinko J, Almeida C, Oliveira E. Avaliação das características

organizacionais dos serviços de atenção básica em Petrópolis: teste de uma metodologia. Saúde em Debate. 2003;27(65):243-256.

141. Madeira W. Informação em saúde no município de Santos. In Rede Ida-Brasil. Informação e comunicação social em saúde. Fundação Kellogg. 1995; 23-27.

142. Madeira W. Modernização tecnológica: instrumento ou produto do estado? Rev iP - Informática Pública. 2000;2(1):37-46.

143. Madeira W. Navegar é preciso: avaliação de impactos do uso da Internet na relação médico-paciente [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo USP; 2006.

144. Madeira W, Lefèvre F, Lefèvre AMC. A sociedade do conhecimento, empoderamento e produção de consensos na saúde. ECO-PÓS. 2007;v10;1:93-106.

145. Maingueneau D. Analisando discursos constituintes [acessado em 21 mai 2010]. Revista do GELNE. 2000;2(2):1-12. Disponível em: http://www.gelne.ufc.br/revista_ano2_no2_39.pdf.

146. Malagodi MAS. Em busca de conceitos para o trabalho com processos coletivos (e conflituosos) de interpretação do mundo [II Encontro da Associação Nacional de Pós Graduação e Pesquisa em Ambiente e Sociedade ANPPAS]. Indaiatuba: GT Meio ambiente, sociedade e educação; 2004.

147. Manovich L. The language of new media. London: MIT Press; 2001.

148. Martins A. Biopolítica: o poder médico e a autonomia do

paciente em uma nova concepção de saúde. Interface – Comunic, Saúde, Educ 2004; 8(14): 21-32.

149. Masetto MT. Mediação pedagógica e o uso da tecnologia. In: Moran JM, Masetto MT, Behrens MA. Novas tecnologias e mediação pedagógica. Campinas: Papirus; 2001. p.133-173.

150. Massarani L, Turney J, Moreira IC. Terra incógnita: a interface entre ciência e público. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.

151. Masuda Y. A sociedade da informação. Rio de Janeiro: Editora Rio; 1982.

152. Martins GA. Manual para elaboração de monografias e dissertações. São Paulo: Atlas; 1994.

153. Matus C. Teoria do jogo social. São Paulo: FUNDAP; 2005.

154. McLuhan M. The global village. Oxford: USA Trade; 1992.

155. Meleiro AMAS. O médico como paciente. São Paulo: Lemos; 2001.

156. Menicucci TMG. Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil. In: Anais do 4o Encontro Nacional da ABCP - Associação Brasileira de Ciência Política - Área Estado e Políticas Públicas. Rio de Janeiro; 2004; Painel (4) Perspectivas Teóricas na análise de políticas públicas – PUC. Rio de Janeiro; 2004.

157. Meyer JP, Stanley DJ, Herscovitch L, Topolnytsky L. Affective, continuance and normative commitment to the organization: a meta-analysis of antecedents, correlates and consequences. Journal of Vocational Behaviour. 2002;61(1):20-52.

158. Millenson JR. Princípios de análise do comportamento.

Brasília: Coordenada; 1967.

159. Mitjavila M. Corpo, poder, saber. Rev Escritos. 1994;1:61-71.

160. Mitre M, Doimo AM, Maia R. Movimentos sociais, Internet e novos espaços públicos: o caso da DH Net. Rev Comunicação & Política. 2003;10(1):62-92.

161. Moormann T. Health information: empower citizens to make heathy choices. In: Public Health Collaboration in South Eastern Europe: Health determinants in the scope of new public health: a handbook for teachers, researchers and health professionals - PH-SEE, Public Health Collaboration in South Eastern Europe. [acessado em 21 mai 2010]. Germany: Ed Lidia Georgieva Lage; 2005. Disponível em: http://www.snz.hr/ph-see/Documents/Publications/PH-SEE_Book3_Full_HealthDeterminants.pdf.

162. Moraes HIS, Gomez MNG. Informação e informática em saúde: caleidoscópio contemporâneo da saúde. Ciênc. saúde coletiva. 2007;12(3):553-65.

163. Morin E. A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2001.

164. Moscovici S. A representação social da psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar; 1978.

165. Mota E, Carvalho DM. Sistemas de informação em saúde. In: Rouquaryol MZ, Almeida Filho N. Epidemiologia e Saúde. 5 ed. Rio de Janeiro: Medsi; 1999.

166. Moura AH. A psicoterapia institucional e o clube dos saberes. São Paulo: Hucitec; 2003.

167. Muñoz DR, Fortes PAC. O princípio da autonomia e o consentimento livre e esclarecido. In: Costa SI, Oselka GW, Garrafa V, organizadores. Iniciação a Bioética. Brasília: CFM; 1998. p.53-70.

168. Neves NMBC, Siqueira JE. A bioética no atual Código de Ética Médica. Revista Bioética. 2010;18(2):439-50.

169. Niskier A. Educação à Distância. A Tecnologia da Esperança. São Paulo: Edições Loyola; 1999.

170. Nogueira RP. O trabalho em serviços de saúde. In: Santana JP, organizador. Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do sistema único de saúde. Brasília: OPAS; 1997. p.129-136.

171. Okada A. A mediação pedagógica e a construção de ecologias cognitivas: um novo caminho para a educação a distancia. In: Alves L, Nova C, organizadores. Educação a distância. São Paul: Futura; 2003.

172. ONID. Estatísticas do Observatório Nacional de Inclusão Digital [acesso em 10 out 2010]. Brasília: IPSO- Instituto de Pesquisas e Projetos Sociais e Tecnológicos; Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão / Secretaria de Logística e Tecnologia da Informação; 2010. Disponível em: http://visualizacoes.onid.org.br/.

173. Palloff RM, Pratt K. Construindo comunidades de aprendizagem no ciberespaço: estratégias eficientes para a sala de aula on-line. Porto Alegre: Artmed; 2002.

174. Pasquali A. Um breve glossário descritivo sobre comunicação e informação. In Marques de Melo J, Sathler L. Direitos à Comunicação na Sociedade da Informação. São Bernardo do

Campo: Umesp; 2005.

175. Passarelli B. Interfaces digitais na educação: @lucina[cões] consentidas. São Paulo: Escola do Futuro; 2007.

176. Peraya D. O ciberespaço: um dispositivo de comunicação e formação midiatizada. In: Alava S, organizador. Ciberespaço e formações abertas: rumo a novas práticas educacionais? Porto Alegre: Artmed; 2002.

177. Pereira LCB. A reforma do Estado dos anos 90: lógica e mecanismos de controle. Brasília: Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado; 1997.

178. Perosa GTL, Santos M. Interatividade e aprendizagem colaborativa em um grupo de estudo. In: Silva M. Educação on-line. São Paulo: Loyola; 2003.

179. Peters O. Didática do Ensino a Distância. São Leopoldo: Unisinos; 2003.

180. Pinto LP, Soranz DR. Planos privados de assistência à saúde: cobertura populacional no Brasil. Rev Ciência e Saúde Coletiva. 2004;9(1):85-98.

181. Pitta A. Comunicação e saúde: a complexidade dos conceitos e o desafio das práticas. In Rede Ida-Brasil. Informação e comunicação social em saúde. Brasília: Fundação Kellogg; 1995a. p.16-22.

182. Pitta A, organizadora. Saúde & comunicação: visibilidades e silêncios. Rio de Janeiro: Hucitec; 1995b.

183. Pitta A. Comunicação, democracia e promoção da saúde: buscando uma abordagem teórico-conceitual. Saúde em

Debate. 2004;v28;67: 176-183.

184. Pretty JN. Alternative Systems of Inquiry for Sustainable Agriculture. IDS Bulletin University of Sussex. 1994;2 (2) 37-48.

185. Pretty JN. Participation, learning and sustainability: emerging challenge for agricultural development. Social Change. 1996;26(1):07-33.

186. Rancière J. O Dissenso. In Novaes A, organizador. A crise da razão. São Paulo: Companhia das Letras; Brasília: Ministério da Cultura; Rio de Janeiro: Fundação Nacional de Arte; 1996.

187. Raymond ES. Cathedral and The Bazaar: musings on linux and open source by an accidental revolutionary. Sebastopol: O'Reilly & Associates; 1999.

188. Recuero R. Redes sociais na internet. Porto Alegre: Sulina; 2009.

189. Rego TC. Vygotsky: uma perspectiva histórico-cultural da educação. 8 ed. Petrópolis: Vozes; 1997.

190. Reis J, Fradique F. Significações leigas de saúde e de doença em adultos. Rev Análise Psicológica. 2004;3(XXII):475-485. [acesso em 8 ago 2006]. Disponível em: http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v22n3/v22n3a05.pdf

191. Rheingold H. Comunidades virtuais. In: Hesselbein F, et al. A comunidade do futuro: idéias para uma nova comunidade. São Paulo: Futura; 1998.

192. Rheingold H. The virtual community. 1998. [acesso em 2 jul 2007]. Disponível em:

http://www.rheingold.com/vc/book/9.html.

193. Rodrigues AD. Comunicação e cultura: a experiência cultural na era da informação. Lisboa: Presença; 1994.

194. Russell B. O poder - uma nova análise social. Caixeiro NC, tradutor. Rio de Janeiro: Zahar; 1979.

195. Ruben G, Wainer J, Dwyer T, organizadores. Informática, organizações e sociedade no Brasil. São Paulo: Cortez; 2003.

196. Rubim AAC. Comunicação e contemporaneidade: aspectos conceituais. In Rede Ida-Brasil. Informação e comunicação social em saúde. Brasília: Fundação Kellogg; 1995. p.05-15.

197. Sá CP. A construção do objeto de pesquisa em representações sociais. Rio de Janeiro: EDUERJ; 1998.

198. Samaja J. A reprodução social e a saúde. Salvador: Casa da qualidade; 2000.

199. Sampaio AC, Silva MRF. Prontuários médicos: reflexo das relações médico-paciente. Revista Bioética. 2010;18(2):451-68.

200. Santana JP. Desafios para as Redes no campo da Saúde [acesso em 3 mar 2006]. Belo Horizonte; 2005. Disponível em: http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio/redes_cap1.pdf.

201. Santos MMB. Sociedade em rede e modo de desenvolvimento informacional: descrições sociológicas da sociedade contemporânea sob o capitalismo avançado [roteiro de disciplina]. [acesso em 20 ago 2010]. Santa Catarina: Curso de Ciências Sociais da Unisc. Disponível em:

http://files.lilianazevedo.webnode.com.br/200000114-1c04d1cfef/Sociedade_Rede_paradigma_informacional.doc.

202. Saur RAC. A tecnologia da informação na reforma do Estado. Ciência da Informação. 1997;v26;1:88-93.

203. Schaff A. A sociedade informática. São Paulo: Unesp: Brasiliense; 1995.

204. Schwab K. Global information technology report 2004-2005 [acesso em 5 mar 2006]. World Economic Fórum; 2005. Disponível em: http://www.weforum. org/site/homepublic.nsf/Content/Global+Competitiveness+Programme%5CGlobal+ Information+Technology+Report.

205. Searls D, Weinberger D. World of ends - what the internet is and how to stop mistaking it for something else [acesso em 19 jun 2007]. Disponível em: http://www.worldofends.com.

206. Segre M. Definição de bioética e sua relação com a ética, deontologia e diceologia. In: Segre M, Cohen C, organizadores. Bioética. São Paulo: EDUSP; 1995.

207. Segre M, Silva FL, Schramm FR. O contexto histórico, semântico e filosófico do princípio de autonomia. Rev Bioética. 1998;6(1):15-26.

208. Sevcenko N. A corrida para o século XXI: no loop da montanha-russa. São Paulo: Companhia das Letras, 2001.

209. Shaffer C, Anundsen K. Creating community anywhere. New York: Jeremy P; 1993.

210. Siqueira JE. A evolução científica e tecnológica, o aumento dos custos em saúde e a questão da universalidade de acesso.

Revista de Bioética. Conselho Federal de Medicina. 1997;5(1): 41-48.

211. Silveira HFR. A study of the power in the information society. Ci. Inf. 2000;29(3)79-90.

212. Silveira SA. Inclusão digital, software livre e globalização contra-hegemônica. In: Silveira SA. Software livre e inclusão digital. São Paulo: Conrad; 2003. p.17-47.

213. Simioni A, Lefèvre F, Pereira IB. Metodologia qualitativa nas pesquisas em saúde coletiva: considerações teóricas e instrumentais. São Paulo: FSP; 1997.

214. Soares JCRS. A autonomia do paciente e o processo terapêutico: uma tecedura complexa [tese de doutorado]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2000.

215. Somavía J. A estrutura transnacional de poder e a informação internacional. In: Mattar FR, organizador. A informação na nova ordem internacional. Kramer P, Sarti S, tradutores. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1980. p.31-52.

216. Souza NTC. Erro médico: uma visão [acesso em 10 jan 2005]. Goiânia; 2003. Disponível em: http://www.procon.go.gov.br/artigodoutrinario/artigo_dout_81.htm.

217. Spink MJ. O estudo empírico das representações sociais. In: Spink MJ, organizadora. O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social. São Paulo: Brasiliense; 1993.

218. Spink MJ, Gimenes MGG. Práticas discursivas e produção de

sentido: apontamentos metodológicos para a análise de discursos sobre a saúde e a doença. Rev Saúde e Sociedade. 1994;3(2):149-171.

219. Spink MJ, organizadora. Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas. 3ª ed. São Paulo: Cortez; 2004.

220. Steffen C. A Política nos espaços digitais: a campanha Presidencial de 2002 na Internet [dissertação de mestrado]. Porto Alegre: UNISINOS; 2004.

221. Stotz EM, Araújo JWG. Promoção da saúde e cultura política: a reconstrução do consenso. Rev Saúde e Sociedade. 2004;13(2):05-19.

222. Surbone A, Lowenstein J. Exploring asymmetry in the relationship between patients and physicians. J Clin Ethics. 2003;14:183-188.

223. Takahashi T. Sociedade da informação no Brasil: livro verde. Brasília: Ministério da Ciência e Tecnologia; 2000.

224. Teixeira RR. Modelos comunicacionais e práticas de saúde. Interface. 1997;1(1):7-40.

225. Testa M. Pensar en salud. Buenos Aires: Lugar Editorial; 1993. Tendencias en planificación; p.85-126.

226. Thiam MM. Descolonizar a informação. In: Matta FR, organizador. A informação na nova ordem internacional. Kramer P, Sarti S, tradutores. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1980.

227. Thompson, EP. A Formação da classe operária inglesa: a

árvore da liberdade. São Paulo: Paz e Terra; 1987.

228. Tibiriçá B. Sobre os telecentros [acesso em 25 abr 2004]. São Paulo; 2004. Disponível em: http://telecentros.sp.gov.br/interna.php?id= 911.

229. Tobar F, Yalour MR. Como fazer teses em saúde pública: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2001.

230. Touraine A. O que é a democracia? Petrópolis: Vozes; 1996.

231. UNIFESP. O prontuário eletrônico do paciente na assistência, informação e conhecimento médico. São Paulo: Núcleo de Informática em Enfermagem; 2003.

232. Vygotsky LS. A formação social da mente: o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores. 2 ed. São Paulo: Martins Fontes; 1988.

233. Vygotsky LS. Pensamento e linguagem. 2 ed. Camargo JL, tradutor. São Paulo: Martins Fontes; 1998.

234. Zajdsznajder L. Teoria e prática da negociação. Rio de Janeiro: José Olímpio; 1988.

235. Waizbort L. Questões não só alemãs. Revista Brasileira de Ciências Sociais. 1998;13(37): 185-90.

236. Weber M. Economia e sociedade: fundamentos da sociologia compreensiva. vol 2. Barbosa R, Barbosa KE, tradutores. Brasília: Editora Universidade de Brasília; 1999.

237. Weber M. Ensaios de sociologia. 5.ed. Org. Int. H.H. Gerth e Wright Mills. Rio de Janeiro: Zahar; 1979.

238. Weber M. Ensaios de sociologia e outros escritos. São Paulo: Abril Cultural; 1974.

239. Weinberger D. The hyperlinked metaphysics of the web quoted in kottke.org [acesso em 19 jun 2009]. Disponível em: http://www.hyperorg.com/misc/metaphysics/index.html.

240. Wikipedia. [acessado em 10 ago 2010]. Disponível em http://www.wikipedia.org/.

241. Willig, MH. Cuidar/gerenciar: possibilidades de convergência no discurso coletivo das enfermeiras [dissertação de mestrado]. Curitiba: Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal do Paraná; 2004.

242. World Economic Forum. The global information technology report 2009-2010 [acesso em 20 jun 2010]. Disponível em: http://www.weforum.org/en/initiatives/gcp/Global%20Information%20Technology%20Report/index.htm.

243. Yus R. As comunidades de aprendizagem na perspectiva holística. Pátio Rev Pedagógica. 2002;6(24):10-13.

7. GLOSSÁRIO

1. Assimetria: ausência de simetria; grande diferença, disparidade, discrepância.

2. Atendimento: ato ou efeito de atender; maneira como habitualmente são atendidos os usuários de determinado serviço.

3. Avaliação: ato ou efeito de avaliar; cálculo do valor de um bem ou de bens; apreciação ou conjectura sobre condições, extensão, intensidade, qualidade etc. de algo; verificação que objetiva determinar a competência, o progresso etc. de um profissional, aluno etc.

4. Benchmarking: processo que permite a comparação das performances de organizações e respectivas funções ou processos face ao que é considerado "o melhor nível", visando não apenas a equiparação dos níveis de desempenho, mas também a sua ultrapassagem. A origem da palavra refere-se às marcas (*marks*) que viajantes deixavam em bancos de descanso (*bench*) no caminho para Roma, para indicar a que distância se estava da capital.

5. Browser: ferramenta de informática que possibilita a 'navegação' pelas páginas publicadas na Internet.

6. Capital físico: bem econômico relacionado ao acesso a equipamentos de informática tais como micro-computador, link ou linha telefônica discada e sistema operacional com browser.

7. Capital humano: bem econômico relacionado ao conhecimento e prática da leitura e escrita no idioma do

conteúdo da Internet que seja de seu interesse.

8. Capital social: bem econômico relacionado ao conhecimento e prática do uso do ambiente de Internet, com uso do sistema de navegação e conhecimento da organização e das ferramentas do ambiente virtual.

9. Critério: norma de confronto, avaliação e escolha; faculdade de discernir e de identificar a verdade; juízo, razão; fundamento, base para uma opção e/ou decisão.

10. Disponibilizar: fazer ou tornar (algo) disponível para; pôr (algo) à disposição de.

11. *E-mail*: correio eletrônico, ferramenta da Internet muito utilizada para troca rápida e confiável de mensagens entre indivíduos e grupos de indivíduos.

12. EpiInfo: é um conjunto de programas patrocinado e distribuído gratuitamente pela Organização Mundial da Saúde. Possibilita o arquivamento, análise e apresentação de dados gerados e tratados pelo próprio usuário. É pacote integrado composto por três aplicativos básicos: editor de textos (EPED); gerenciador de banco de dados (ENTER); e recursos de estatística básica com possibilidade de construção de gráficos (ANALYSIS).

13. Estado: é o conjunto das instituições (governo, forças armadas, funcionalismo público etc.) que controlam e administram uma nação.

14. Grupo virtual: conjunto de pessoas que possuem características, traços, objetivos e interesses comuns e que se constitui em uma simulação criada por meios eletrônicos.

15. Impacto: impressão ou efeito muito fortes deixados por certa ação ou acontecimento.

16. Digitalmente incluído: fazer parte do grupo de pessoas que possuem acesso, e utilizam em seu cotidiano, recursos digitais tais como computadores, Internet, filmadoras, máquinas fotográficas e equipamentos de som.

17. Inclusão digital: ato ou ação de incluir digitalmente um indivíduo ou um grupo, que passa a fazer parte do grupo de pessoas que possuem acesso, e utilizam em seu cotidiano, recursos digitais tais como computadores, Internet, filmadoras, máquinas fotográficas e equipamentos de som.

18. Internauta: aquele indivíduo que utiliza a Internet.

19. Internet: Internet, diminutivo de rede de Internetwork, rede de computadores dispersos por todo o planeta que trocam dados e mensagens utilizando um protocolo comum, unindo usuários particulares, entidades de pesquisa, órgãos culturais, institutos militares, bibliotecas e empresas de toda envergadura.

20. Link: elemento de hipermídia formado por um trecho de texto em destaque ou por um elemento gráfico que, ao ser acionado (geralmente mediante um clique de mouse), provoca a exibição de novo hiperdocumento.

21. Novas tecnologias: conjunto de tecnologias dos campos da comunicação e da informação que surgiram a partir do século XX e que caminham para a convergência.

22. Poder: direito ou capacidade de decidir, agir e ter voz de mando e autoridade.

23. Poder público: a totalidade dos órgãos dotados de autoridade para a realização dos fins do Estado.

24. Qualiquantisoftware: software desenvolvido para inclusão, organização e apoio a análise de discursos em conformidade com a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC).

25. Relação: vinculação de alguma ordem entre pessoas, fatos ou coisas; ligação, conexão.

26. Relação médico-paciente: é a vinculação que se dá entre o profissional médico e o paciente; é de natureza civil e contratual não formalizada, reconhecida juridicamente, que gera direitos e deveres de ambas partes.

27. Saber técnico: ter conhecimento específico, nesse caso relativo à profissão da medicina.

28. Saber leigo: ter conhecimento específico, porém não clerical e não diplomado.

29. Sociedade organizada: conjunto de pessoas que vivem em certa faixa de tempo e de espaço, seguindo normas comuns, unidas pelo sentimento de grupo e organizadas para a realização de um determinado fim comum.

30. Spam: é o envio abusivo de correio eletrônico não solicitado em grande quantidade distribuindo propaganda tentando forçar a leitura pela pessoa que recebe que não optou por este recebimento.

31. Sujeito: eu pensante, consciência, espírito ou mente enquanto faculdade cognoscente e princípio fundador do conhecimento.

32. Telecentro: espaço físico mantido por alguma organização social, de natureza pública ou privada, com recursos disponíveis para o acesso a recursos computacionais e de telecomunicações.

33. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: é um instrumento do processo de pesquisa utilizado com o objetivo de facilitar a comunicação entre o pesquisador e o pesquisado, formalizando o aceite do sujeito pesquisado quanto a sua participação na pesquisa. É elaborado como texto jurídico e está relacionado a questões referentes à autonomia, privacidade, sigilo e anonimato do sujeito pesquisado. Está regulamentado pela Resolução Nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

34. Tratamento: modo de cuidar ou paliar; conjunto dos meios empregados na cura.

-- ANEXOS --

Anexo 1. Resolução CFM Nº 1.931, de 17/09/2009

Norma: RESOLUÇÃO	**Órgão:** Conselho Federal de Medicina
Número: 1931	**Data Emissão:** 17-09-2009

Ementa: Aprova o Código de Ética Médica.

Fonte de Publicação: Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 24 set. 2009. Seção I, p. 90-2; Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 13 out. 2009. Seção I, p. 173 - RETIFICAÇÃO

Vide: Situaçao/Correlatas

CORRELATA : Resolução SS-SP nº 151, de 13-08-2010 - Dispõe sobre a estrutura organizacional e operacional do Sistema Estadual de Transplantes de São Paulo.

CORRELATA: Resolução CFM nº 1.949, de 10-6-2010 - Revoga a Resolução CFM nº 1.752/04, que trata da autorização ética do uso de órgãos e/ou tecidos de anencéfalos para transplante, mediante autorização prévia dos pais.

CORRELATA: Resolução CREMESP nº 216, de 9-3-2010 - Implanta o TAC – Termo de Ajustamento de Conduta no âmbito da jurisdição do CREMESP com vistas à adequação da conduta dos médicos ao Código de Ética Médica, e dá outras providências.

REVOGA a Resolução CFM n. 1.246, de 8-1-1988 - Dispõe sobre o Código de Ética Médica.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.931, DE 17 DE SETEMBRO DE 2009
Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 24 set. 2009. Seção I, p. 90-2
Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 13 out. 2009. Seção I, p. 173 - RETIFICAÇÃO
em vigor a partir de 13/04/2010

Aprova o Código de Ética Médica.

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições conferidas pela

Lei n.º 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto n.º 44.045, de 19 de julho de 1958, modificado pelo Decreto n.º 6.821, de 14 de abril de 2009 e pela Lei n.º 11.000, de 15 de dezembro de 2004, e, consubstanciado nas Leis n.º 6.828, de 29 de outubro de 1980 e Lei n.º 9.784, de 29 de janeiro de 1999; e

CONSIDERANDO que os Conselhos de Medicina são ao mesmo tempo julgadores e disciplinadores da classe médica, cabendo-lhes zelar e trabalhar, por todos os meios ao seu alcance, pelo perfeito desempenho ético da Medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exerçam legalmente;

CONSIDERANDO que as normas do Código de Ética Médica devem submeter-se aos dispositivos constitucionais vigentes;

CONSIDERANDO a busca de melhor relacionamento com o paciente e a garantia de maior autonomia à sua vontade;

CONSIDERANDO as propostas formuladas ao longo dos anos de 2008 e 2009 e pelos Conselhos Regionais de Medicina, pelas Entidades Médicas, pelos médicos e por instituições científicas e universitárias para a revisão do atual Código de Ética Médica;

CONSIDERANDO as decisões da IV Conferência Nacional de Ética Médica que elaborou, com participação de Delegados Médicos de todo o Brasil, um novo Código de Ética Médica revisado.

CONSIDERANDO o decidido pelo Conselho Pleno Nacional reunido em 29 de agosto de 2009;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em sessão plenária de 17 de setembro de 2009.

RESOLVE:

Art. 1º Aprovar o Código de Ética Médica, anexo a esta Resolução, após sua revisão e atualização.

Art. 2º O Conselho Federal de Medicina, sempre que necessário, expedirá Resoluções que complementem este Código de Ética Médica e facilitem sua aplicação.

Art. 3º O Código anexo a esta Resolução entra em vigor cento e oitenta dias após a data de sua publicação e, a partir daí, revoga-se o Código de Ética Médica aprovado pela Resolução CFM n.º 1.246, publicada no Diário Oficial da União, no dia 26 de janeiro de 1988, Seção I, páginas 1574-1579, bem como as demais disposições em contrário.

EDSON DE OLIVEIRA ANDRADE
Presidente

LÍVIA BARROS GARÇÃO
Secretária-Geral

CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA

PREÂMBULO

I – O presente Código de Ética Médica contém as normas que devem ser seguidas pelos médicos no exercício de sua profissão, inclusive no exercício de atividades relativas ao ensino, à pesquisa e à administração de serviços de saúde, bem como no exercício de quaisquer outras atividades em que se utilize o conhecimento advindo do estudo da Medicina.

II - As organizações de prestação de serviços médicos estão sujeitas às normas deste Código.

III - Para o exercício da Medicina, impõe-se a inscrição no Conselho Regional do respectivo Estado, Território ou Distrito Federal.

IV - A fim de garantir o acatamento e a cabal execução deste Código, o médico comunicará ao Conselho Regional de Medicina, com discrição e fundamento, fatos de que tenha conhecimento e que caracterizem possível infração do presente Código e das demais normas que regulam o exercício da Medicina.

V - A fiscalização do cumprimento das normas estabelecidas neste Código é atribuição dos Conselhos de Medicina, das comissões de ética e dos médicos em geral.

VI - Este Código de Ética Médica é composto de 25 princípios fundamentais do exercício da Medicina, 10 normas diceológicas, 118 normas deontológicas e quatro disposições gerais. A transgressão das normas deontológicas sujeitará os infratores às penas disciplinares previstas em lei.

Capítulo I
PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS

I - A Medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade e será exercida sem discriminação de nenhuma natureza.

II - O alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional.

III - Para exercer a Medicina com honra e dignidade, o médico necessita ter boas condições de trabalho e ser remunerado de forma justa.

IV - Ao médico cabe zelar e trabalhar pelo perfeito desempenho ético da Medicina, bem como pelo prestígio e bom conceito da profissão.

V - Compete ao médico aprimorar continuamente seus conhecimentos e usar o melhor do progresso científico em benefício do paciente.

VI - O médico guardará absoluto respeito pelo ser humano e atuará sempre em seu benefício. Jamais utilizará seus conhecimentos para causar sofrimento físico ou moral, para o extermínio do ser humano ou para permitir e acobertar tentativa contra sua dignidade e integridade.

VII - O médico exercerá sua profissão com autonomia, não sendo obrigado a prestar serviços que contrariem os ditames de sua consciência ou a quem não deseje, excetuadas as situações de ausência de outro médico, em caso de urgência ou emergência, ou quando sua recusa possa trazer danos à saúde do paciente.

VIII - O médico não pode, em nenhuma circunstância ou sob nenhum pretexto, renunciar à sua liberdade profissional, nem permitir quaisquer restrições ou imposições que possam prejudicar a eficiência e a correção de seu trabalho.

IX - A Medicina não pode, em nenhuma circunstância ou forma, ser exercida como comércio.

X - O trabalho do médico não pode ser explorado por terceiros com objetivos de lucro, finalidade política ou religiosa.

XI - O médico guardará sigilo a respeito das informações de que detenha conhecimento no desempenho de suas funções, com exceção dos casos previstos em lei.

XII - O médico empenhar-se-á pela melhor adequação do trabalho ao ser humano, pela eliminação e pelo controle dos riscos à saúde inerentes às atividades laborais.

XIII - O médico comunicará às autoridades competentes quaisquer formas de deterioração do ecossistema, prejudiciais à saúde e à vida.

XIV - O médico empenhar-se-á em melhorar os padrões dos serviços médicos e em assumir sua responsabilidade em relação à saúde pública, à educação sanitária e à legislação referente à saúde.

XV - O médico será solidário com os movimentos de defesa da dignidade profissional, seja por remuneração digna e justa, seja por condições de trabalho compatíveis com o exercício ético-profissional da Medicina e seu aprimoramento técnico-científico.

XVI - Nenhuma disposição estatutária ou regimental de hospital ou de instituição, pública ou privada, limitará a escolha, pelo médico, dos meios cientificamente reconhecidos a serem praticados para o estabelecimento do diagnóstico e da execução do tratamento, salvo quando em benefício do paciente.

XVII - As relações do médico com os demais profissionais devem basear-se no respeito mútuo, na liberdade e na independência de cada um, buscando sempre o interesse e o bem-estar do paciente.

XVIII - O médico terá, para com os colegas, respeito, consideração e solidariedade, sem se eximir de denunciar atos que contrariem os postulados éticos.

XIX - O médico se responsabilizará, em caráter pessoal e nunca presumido, pelos seus atos profissionais, resultantes de relação particular de confiança e executados com diligência, competência e prudência.

XX - A natureza personalíssima da atuação profissional do médico não caracteriza relação de consumo.

XXI - No processo de tomada de decisões profissionais, de acordo com seus ditames de consciência e as previsões legais, o médico aceitará as escolhas de seus pacientes, relativas aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos por eles expressos, desde que adequadas ao caso e cientificamente reconhecidas.

XXII - Nas situações clínicas irreversíveis e terminais, o médico evitará a

realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários e propiciará aos pacientes sob sua atenção todos os cuidados paliativos apropriados.

XXIII - Quando envolvido na produção de conhecimento científico, o médico agirá com isenção e independência, visando ao maior benefício para os pacientes e a sociedade.

XXIV - Sempre que participar de pesquisas envolvendo seres humanos ou qualquer animal, o médico respeitará as normas éticas nacionais, bem como protegerá a vulnerabilidade dos sujeitos da pesquisa.

XXV - Na aplicação dos conhecimentos criados pelas novas tecnologias, considerando-se suas repercussões tanto nas gerações presentes quanto nas futuras, o médico zelará para que as pessoas não sejam discriminadas por nenhuma razão vinculada a herança genética, protegendo-as em sua dignidade, identidade e integridade.

Capítulo II
DIREITOS DOS MÉDICOS

É direito do médico:

I - Exercer a Medicina sem ser discriminado por questões de religião, etnia, sexo, nacionalidade, cor, orientação sexual, idade, condição social, opinião política ou de qualquer outra natureza.

II - Indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas cientificamente reconhecidas e respeitada a legislação vigente.

III - Apontar falhas em normas, contratos e práticas internas das instituições em que trabalhe quando as julgar indignas do exercício da profissão ou prejudiciais a si mesmo, ao paciente ou a terceiros, devendo dirigir-se, nesses casos, aos órgãos competentes e, obrigatoriamente, à comissão de ética e ao Conselho Regional de Medicina de sua jurisdição.

IV - Recusar-se a exercer sua profissão em instituição pública ou privada onde as condições de trabalho não sejam dignas ou possam prejudicar a própria saúde ou a do paciente, bem como a dos demais profissionais. Nesse caso, comunicará imediatamente sua decisão à comissão de ética e ao Conselho Regional de Medicina.

V - Suspender suas atividades, individualmente ou coletivamente, quando a instituição pública ou privada para a qual trabalhe não oferecer condições adequadas para o exercício profissional ou não o remunerar digna e justamente, ressalvadas as situações de urgência e emergência, devendo comunicar imediatamente sua decisão ao Conselho Regional de Medicina.

VI - Internar e assistir seus pacientes em hospitais privados e públicos com caráter filantrópico ou não, ainda que não faça parte do seu corpo clínico, respeitadas as normas técnicas aprovadas pelo Conselho Regional de Medicina da pertinente jurisdição.

VII - Requerer desagravo público ao Conselho Regional de Medicina quando atingido no exercício de sua profissão.

VIII - Decidir, em qualquer circunstância, levando em consideração sua experiência

e capacidade profissional, o tempo a ser dedicado ao paciente, evitando que o acúmulo de encargos ou de consultas venha a prejudicá-lo.

IX - Recusar-se a realizar atos médicos que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência.

X– Estabelecer seus honorários de forma justa e digna.

Capítulo III
RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL

É vedado ao médico:

Art. 1º Causar dano ao paciente, por ação ou omissão, caracterizável como imperícia, imprudência ou negligência.

Parágrafo único. A responsabilidade médica é sempre pessoal e não pode ser presumida.

Art. 2º Delegar a outros profissionais atos ou atribuições exclusivos da profissão médica.

Art. 3º Deixar de assumir responsabilidade sobre procedimento médico que indicou ou do qual participou, mesmo quando vários médicos tenham assistido o paciente.

Art. 4º Deixar de assumir a responsabilidade de qualquer ato profissional que tenha praticado ou indicado, ainda que solicitado ou consentido pelo paciente ou por seu representante legal.

Art. 5º Assumir responsabilidade por ato médico que não praticou ou do qual não participou.

Art. 6º Atribuir seus insucessos a terceiros e a circunstâncias ocasionais, exceto nos casos em que isso possa ser devidamente comprovado.

Art. 7º Deixar de atender em setores de urgência e emergência, quando for de sua obrigação fazê-lo, expondo a risco a vida de pacientes, mesmo respaldado por decisão majoritária da categoria.

Art. 8º Afastar-se de suas atividades profissionais, mesmo temporariamente, sem deixar outro médico encarregado do atendimento de seus pacientes internados ou em estado grave.

Art. 9º Deixar de comparecer a plantão em horário preestabelecido ou abandoná-lo sem a presença de substituto, salvo por justo impedimento.

Parágrafo único. Na ausência de médico plantonista substituto, a direção técnica do estabelecimento de saúde deve providenciar a substituição.

Art. 10. Acumpliciar-se com os que exercem ilegalmente a Medicina ou com profissionais ou instituições médicas nas quais se pratiquem atos ilícitos.

Art. 11. Receitar, atestar ou emitir laudos de forma secreta ou ilegível, sem a devida identificação de seu número de registro no Conselho Regional de Medicina da sua jurisdição, bem como assinar em branco folhas de receituários, atestados,

laudos ou quaisquer outros documentos médicos.

Art. 12. Deixar de esclarecer o trabalhador sobre as condições de trabalho que ponham em risco sua saúde, devendo comunicar o fato aos empregadores responsáveis.

Parágrafo único. Se o fato persistir, é dever do médico comunicar o ocorrido às autoridades competentes e ao Conselho Regional de Medicina.

Art. 13. Deixar de esclarecer o paciente sobre as determinantes sociais, ambientais ou profissionais de sua doença.

Art. 14. Praticar ou indicar atos médicos desnecessários ou proibidos pela legislação vigente no País.

Art. 15. Descumprir legislação específica nos casos de transplantes de órgãos ou de tecidos, esterilização, fecundação artificial, abortamento, manipulação ou terapia genética.

§ 1º No caso de procriação medicamente assistida, a fertilização não deve conduzir sistematicamente à ocorrência de embriões supranumerários.

§ 2º O médico não deve realizar a procriação medicamente assistida com nenhum dos seguintes objetivos:

I – criar seres humanos geneticamente modificados;

II – criar embriões para investigação;

III – criar embriões com finalidades de escolha de sexo, eugenia ou para originar híbridos ou quimeras.

§ 3º Praticar procedimento de procriação medicamente assistida sem que os participantes estejam de inteiro acordo e devidamente esclarecidos sobre o mesmo.

Art. 16. Intervir sobre o genoma humano com vista à sua modificação, exceto na terapia gênica, excluindo-se qualquer ação em células germinativas que resulte na modificação genética da descendência.

Art. 17. Deixar de cumprir, salvo por motivo justo, as normas emanadas dos Conselhos Federal e Regionais de Medicina e de atender às suas requisições administrativas, intimações ou notificações no prazo determinado

Art. 18. Desobedecer aos acórdãos e às resoluções dos Conselhos Federal e Regionais de Medicina ou desrespeitá-los.

Art. 19. Deixar de assegurar, quando investido em cargo ou função de direção, os direitos dos médicos e as demais condições adequadas para o desempenho ético-profissional da Medicina.

Art. 20. Permitir que interesses pecuniários, políticos, religiosos ou de quaisquer outras ordens, do seu empregador ou superior hierárquico ou do financiador público ou privado da assistência à saúde interfiram na escolha dos melhores meios de prevenção, diagnóstico ou tratamento disponíveis e cientificamente

reconhecidos no interesse da saúde do paciente ou da sociedade.

Art. 21. Deixar de colaborar com as autoridades sanitárias ou infringir a legislação pertinente.

Capítulo IV
DIREITOS HUMANOS

É vedado ao médico:

Art. 22. Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte.

Art. 23. Tratar o ser humano sem civilidade ou consideração, desrespeitar sua dignidade ou discriminá-lo de qualquer forma ou sob qualquer pretexto.

Art. 24. Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo.

Art. 25. Deixar de denunciar prática de tortura ou de procedimentos degradantes, desumanos ou cruéis, praticá-las, bem como ser conivente com quem as realize ou fornecer meios, instrumentos, substâncias ou conhecimentos que as facilitem.

Art. 26. Deixar de respeitar a vontade de qualquer pessoa, considerada capaz fisica e mentalmente, em greve de fome, ou alimentá-la compulsoriamente, devendo cientificá-la das prováveis complicações do jejum prolongado e, na hipótese de risco iminente de morte, tratá-la.

Art. 27. Desrespeitar a integridade física e mental do paciente ou utilizar-se de meio que possa alterar sua personalidade ou sua consciência em investigação policial ou de qualquer outra natureza.

Art. 28. Desrespeitar o interesse e a integridade do paciente em qualquer instituição na qual esteja recolhido, independentemente da própria vontade.

Parágrafo único. Caso ocorram quaisquer atos lesivos à personalidade e à saúde física ou mental dos pacientes confiados ao médico, este estará obrigado a denunciar o fato à autoridade competente e ao Conselho Regional de Medicina.

Art. 29. Participar, direta ou indiretamente, da execução de pena de morte.

Art. 30. Usar da profissão para corromper costumes, cometer ou favorecer crime.

Capítulo V
RELAÇÃO COM PACIENTES E FAMILIARES

É vedado ao médico:

Art. 31. Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte.

Art. 32. Deixar de usar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento,

cientificamente reconhecidos e a seu alcance, em favor do paciente.

Art. 33. Deixar de atender paciente que procure seus cuidados profissionais em casos de urgência ou emergência, quando não haja outro médico ou serviço médico em condições de fazê-lo.

Art. 34. Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

Art. 35. Exagerar a gravidade do diagnóstico ou do prognóstico, complicar a terapêutica ou exceder-se no número de visitas, consultas ou quaisquer outros procedimentos médicos.

Art. 36. Abandonar paciente sob seus cuidados.

§ 1º Ocorrendo fatos que, a seu critério, prejudiquem o bom relacionamento com o paciente ou o pleno desempenho profissional, o médico tem o direito de renunciar ao atendimento, desde que comunique previamente ao paciente ou a seu representante legal, assegurando-se da continuidade dos cuidados e fornecendo todas as informações necessárias ao médico que lhe suceder.

§ 2º Salvo por motivo justo, comunicado ao paciente ou aos seus familiares, o médico não abandonará o paciente por ser este portador de moléstia crônica ou incurável e continuará a assisti-lo ainda que para cuidados paliativos.

Art. 37. Prescrever tratamento ou outros procedimentos sem exame direto do paciente, salvo em casos de urgência ou emergência e impossibilidade comprovada de realizá-lo, devendo, nesse caso, fazê-lo imediatamente após cessar o impedimento.

Parágrafo único. O atendimento médico a distância, nos moldes da telemedicina ou de outro método, dar-se-á sob regulamentação do Conselho Federal de Medicina.

Art. 38. Desrespeitar o pudor de qualquer pessoa sob seus cuidados profissionais.

Art. 39 Opor-se à realização de junta médica ou segunda opinião solicitada pelo paciente ou por seu representante legal.

Art. 40. Aproveitar-se de situações decorrentes da relação médico-paciente para obter vantagem física, emocional, financeira ou de qualquer outra natureza.

Art. 41. Abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu representante legal.

Parágrafo único. Nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal.

Art. 42. Desrespeitar o direito do paciente de decidir livremente sobre método contraceptivo, devendo sempre esclarecê-lo sobre indicação, segurança, reversibilidade e risco de cada método.

Capítulo VI

DOAÇÃO E TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS E TECIDOS

É vedado ao médico:

Art. 43. Participar do processo de diagnóstico da morte ou da decisão de suspender meios artificiais para prolongar a vida do possível doador, quando pertencente à equipe de transplante.

Art. 44. Deixar de esclarecer o doador, o receptor ou seus representantes legais sobre os riscos decorrentes de exames, intervenções cirúrgicas e outros procedimentos nos casos de transplantes de órgãos.

Art. 45. Retirar órgão de doador vivo quando este for juridicamente incapaz, mesmo se houver autorização de seu representante legal, exceto nos casos permitidos e regulamentados em lei.

Art. 46. Participar direta ou indiretamente da comercialização de órgãos ou de tecidos humanos.

Capítulo VII
RELAÇÃO ENTRE MÉDICOS

É vedado ao médico:

Art. 47. Usar de sua posição hierárquica para impedir, por motivo de crença religiosa, convicção filosófica, política, interesse econômico ou qualquer outro, que não técnico-científico ou ético, que as instalações e os demais recursos da instituição sob sua direção, sejam utilizados por outros médicos no exercício da profissão , particularmente se forem os únicos existentes no local.

Art. 48. Assumir emprego, cargo ou função para suceder médico demitido ou afastado em represália à atitude de defesa de movimentos legítimos da categoria ou da aplicação deste Código.

Art. 49. Assumir condutas contrárias a movimentos legítimos da categoria médica com a finalidade de obter vantagens.

Art. 50. Acobertar erro ou conduta antiética de médico.

Art. 51. Praticar concorrência desleal com outro médico.

Art. 52. Desrespeitar a prescrição ou o tratamento de paciente, determinados por outro médico, mesmo quando em função de chefia ou de auditoria, salvo em situação de indiscutível benefício para o paciente, devendo comunicar imediatamente o fato ao médico responsável.

Art. 53. Deixar de encaminhar o paciente que lhe foi enviado para procedimento especializado de volta ao médico assistente e, na ocasião, fornecer-lhe as devidas informações sobre o ocorrido no período em que por ele se responsabilizou.

Art. 54. Deixar de fornecer a outro médico informações sobre o quadro clínico de paciente, desde que autorizado por este ou por seu representante legal.

Art. 55. Deixar de informar ao substituto o quadro clínico dos pacientes sob sua responsabilidade ao ser substituído ao fim do seu turno de trabalho.

Art. 56. Utilizar-se de sua posição hierárquica para impedir que seus subordinados atuem dentro dos princípios éticos.

Art. 57. Deixar de denunciar atos que contrariem os postulados éticos à comissão de ética da instituição em que exerce seu trabalho profissional e, se necessário, ao Conselho Regional de Medicina.

Capítulo VIII
REMUNERAÇÃO PROFISSIONAL

É vedado ao médico:

Art. 58. O exercício mercantilista da Medicina.

Art. 59. Oferecer ou aceitar remuneração ou vantagens por paciente encaminhado ou recebido, bem como por atendimentos não prestados.

Art. 60. Permitir a inclusão de nomes de profissionais que não participaram do ato médico para efeito de cobrança de honorários.

Art. 61. Deixar de ajustar previamente com o paciente o custo estimado dos procedimentos.

Art. 62. Subordinar os honorários ao resultado do tratamento ou à cura do paciente.

Art. 63. Explorar o trabalho de outro médico, isoladamente ou em equipe, na condição de proprietário, sócio, dirigente ou gestor de empresas ou instituições prestadoras de serviços médicos.

Art. 64. Agenciar, aliciar ou desviar, por qualquer meio, para clínica particular ou instituições de qualquer natureza, paciente atendido pelo sistema público de saúde ou dele utilizar-se para a execução de procedimentos médicos em sua clínica privada, como forma de obter vantagens pessoais.

Art. 65. Cobrar honorários de paciente assistido em instituição que se destina à prestação de serviços públicos, ou receber remuneração de paciente como complemento de salário ou de honorários.

Art. 66. Praticar dupla cobrança por ato médico realizado.

Parágrafo único. A complementação de honorários em serviço privado pode ser cobrada quando prevista em contrato.

Art. 67. Deixar de manter a integralidade do pagamento e permitir descontos ou retenção de honorários, salvo os previstos em lei, quando em função de direção ou de chefia.

Art. 68. Exercer a profissão com interação ou dependência de farmácia, indústria farmacêutica, óptica ou qualquer organização destinada à fabricação, manipulação, promoção ou comercialização de produtos de prescrição médica, qualquer que seja sua natureza.

Art. 69. Exercer simultaneamente a Medicina e a Farmácia ou obter vantagem pelo encaminhamento de procedimentos, pela comercialização de medicamentos, órteses, próteses ou implantes de qualquer natureza, cuja compra decorra de

influência direta em virtude de sua atividade profissional.

Art. 70. Deixar de apresentar separadamente seus honorários quando outros profissionais participarem do atendimento ao paciente.

Art. 71. Oferecer seus serviços profissionais como prêmio, qualquer que seja sua natureza.

Art. 72. Estabelecer vínculo de qualquer natureza com empresas que anunciam ou comercializam planos de financiamento, cartões de descontos ou consórcios para procedimentos médicos.

Capítulo IX
SIGILO PROFISSIONAL

É vedado ao médico:

Art. 73. Revelar fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão, salvo por motivo justo, dever legal ou consentimento, por escrito, do paciente.
Parágrafo único. Permanece essa proibição:
a) mesmo que o fato seja de conhecimento público ou o paciente tenha falecido;
b) quando de seu depoimento como testemunha. Nessa hipótese, o médico comparecerá perante a autoridade e declarará seu impedimento;
c) na investigação de suspeita de crime, o médico estará impedido de revelar segredo que possa expor o paciente a processo penal.

Art. 74. Revelar sigilo profissional relacionado a paciente menor de idade, inclusive a seus pais ou representantes legais, desde que o menor tenha capacidade de discernimento, salvo quando a não revelação possa acarretar dano ao paciente.

Art. 75. Fazer referência a casos clínicos identificáveis, exibir pacientes ou seus retratos em anúncios profissionais ou na divulgação de assuntos médicos, em meios de comunicação em geral, mesmo com autorização do paciente.

Art. 76. Revelar informações confidenciais obtidas quando do exame médico de trabalhadores, inclusive por exigência dos dirigentes de empresas ou de instituições, salvo se o silêncio puser em risco a saúde dos empregados ou da comunidade.

Art. 77. Prestar informações a empresas seguradoras sobre as circunstâncias da morte do paciente sob seus cuidados, além das contidas na declaração de óbito, salvo por expresso consentimento do seu representante legal.

Art. 78. Deixar de orientar seus auxiliares e alunos a respeitar o sigilo profissional e zelar para que seja por eles mantido.

Art. 79. Deixar de guardar o sigilo profissional na cobrança de honorários por meio judicial ou extrajudicial.

Capítulo X
DOCUMENTOS MÉDICOS

É vedado ao médico:

Art. 80. Expedir documento médico sem ter praticado ato profissional que o

justifique, que seja tendencioso ou que não corresponda à verdade.

Art. 81. Atestar como forma de obter vantagens.

Art. 82. Usar formulários de instituições públicas para prescrever ou atestar fatos verificados na clínica privada.

Art. 83. Atestar óbito quando não o tenha verificado pessoalmente, ou quando não tenha prestado assistência ao paciente, salvo, no último caso, se o fizer como plantonista, médico substituto ou em caso de necropsia e verificação médico-legal.

Art. 84. Deixar de atestar óbito de paciente ao qual vinha prestando assistência, exceto quando houver indícios de morte violenta.

Art. 85. Permitir o manuseio e o conhecimento dos prontuários por pessoas não obrigadas ao sigilo profissional quando sob sua responsabilidade.

Art. 86. Deixar de fornecer laudo médico ao paciente ou a seu representante legal quando aquele for encaminhado ou transferido para continuação do tratamento ou em caso de solicitação de alta.

Art. 87. Deixar de elaborar prontuário legível para cada paciente.

§ 1º O prontuário deve conter os dados clínicos necessários para a boa condução do caso, sendo preenchido, em cada avaliação, em ordem cronológica com data, hora, assinatura e número de registro do médico no Conselho Regional de Medicina.

§ 2º O prontuário estará sob a guarda do médico ou da instituição que assiste o paciente.

Art. 88. Negar, ao paciente, acesso a seu prontuário, deixar de lhe fornecer cópia quando solicitada, bem como deixar de lhe dar explicações necessárias à sua compreensão, salvo quando ocasionarem riscos ao próprio paciente ou a terceiros.

Art. 89. Liberar cópias do prontuário sob sua guarda, salvo quando autorizado, por escrito, pelo paciente, para atender ordem judicial ou para a sua própria defesa.

§ 1º Quando requisitado judicialmente o prontuário será disponibilizado ao perito médico nomeado pelo juiz.

§ 2º Quando o prontuário for apresentado em sua própria defesa, o médico deverá solicitar que seja observado o sigilo profissional.

Art. 90. Deixar de fornecer cópia do prontuário médico de seu paciente quando de sua requisição pelos Conselhos Regionais de Medicina.

Art. 91. Deixar de atestar atos executados no exercício profissional, quando solicitado pelo paciente ou por seu representante legal.

Capítulo XI
AUDITORIA E PERÍCIA MÉDICA

É vedado ao médico:

Art. 92. Assinar laudos periciais, auditoriais ou de verificação médico-legal quando

não tenha realizado pessoalmente o exame.

Art. 93. Ser perito ou auditor do próprio paciente, de pessoa de sua família ou de qualquer outra com a qual tenha relações capazes de influir em seu trabalho ou de empresa em que atue ou tenha atuado.

Art. 94. Intervir, quando em função de auditor, assistente técnico ou perito, nos atos profissionais de outro médico, ou fazer qualquer apreciação em presença do examinado, reservando suas observações para o relatório.

Art. 95. Realizar exames médico-periciais de corpo de delito em seres humanos no interior de prédios ou de dependências de delegacias de polícia, unidades militares, casas de detenção e presídios.

Art. 96. Receber remuneração ou gratificação por valores vinculados à glosa ou ao sucesso da causa, quando na função de perito ou de auditor.

Art. 97. Autorizar, vetar, bem como modificar, quando na função de auditor ou de perito, procedimentos propedêuticos ou terapêuticos instituídos, salvo, no último caso, em situações de urgência, emergência ou iminente perigo de morte do paciente, comunicando, por escrito, o fato ao médico assistente.

Art. 98. Deixar de atuar com absoluta isenção quando designado para servir como perito ou como auditor, bem como ultrapassar os limites de suas atribuições e de sua competência.

Parágrafo único. O médico tem direito a justa remuneração pela realização do exame pericial.

Capítulo XII
ENSINO E PESQUISA MÉDICA

É vedado ao médico:

Art. 99. Participar de qualquer tipo de experiência envolvendo seres humanos com fins bélicos, políticos, étnicos, eugênicos ou outros que atentem contra a dignidade humana.

Art. 100. Deixar de obter aprovação de protocolo para a realização de pesquisa em seres humanos, de acordo com a legislação vigente.

Art. 101. Deixar de obter do paciente ou de seu representante legal o termo de consentimento livre e esclarecido para a realização de pesquisa envolvendo seres humanos, após as devidas explicações sobre a natureza e as consequências da pesquisa.

Parágrafo único. No caso do sujeito de pesquisa ser menor de idade, além do consentimento de seu representante legal, é necessário seu assentimento livre e esclarecido na medida de sua compreensão.

Art. 102. Deixar de utilizar a terapêutica correta, quando seu uso estiver liberado no País.

Parágrafo único. A utilização de terapêutica experimental é permitida quando aceita pelos órgãos competentes e com o consentimento do paciente ou de seu representante legal, adequadamente esclarecidos da situação e das possíveis

consequências.

Art. 103. Realizar pesquisa em uma comunidade sem antes informá-la e esclarecê-la sobre a natureza da investigação e deixar de atender ao objetivo de proteção à saúde pública, respeitadas as características locais e a legislação pertinente.

Art. 104. Deixar de manter independência profissional e científica em relação a financiadores de pesquisa médica, satisfazendo interesse comercial ou obtendo vantagens pessoais.

Art. 105. Realizar pesquisa médica em sujeitos que sejam direta ou indiretamente dependentes ou subordinados ao pesquisador.

Art. 106. Manter vínculo de qualquer natureza com pesquisas médicas, envolvendo seres humanos, que usem placebo em seus experimentos, quando houver tratamento eficaz e efetivo para a doença pesquisada.

Art. 107. Publicar em seu nome trabalho científico do qual não tenha participado; atribuir-se autoria exclusiva de trabalho realizado por seus subordinados ou outros profissionais, mesmo quando executados sob sua orientação, bem como omitir do artigo científico o nome de quem dele tenha participado.

Art. 108. Utilizar dados, informações ou opiniões ainda não publicados, sem referência ao seu autor ou sem sua autorização por escrito.

Art. 109. Deixar de zelar, quando docente ou autor de publicações científicas, pela veracidade, clareza e imparcialidade das informações apresentadas, bem como deixar de declarar relações com a indústria de medicamentos, órteses, próteses, equipamentos, implantes de qualquer natureza e outras que possam configurar conflitos de interesses, ainda que em potencial.

Art. 110. Praticar a Medicina, no exercício da docência, sem o consentimento do paciente ou de seu representante legal, sem zelar por sua dignidade e privacidade ou discriminando aqueles que negarem o consentimento solicitado.

Capítulo XIII
PUBLICIDADE MÉDICA

É vedado ao médico:

Art. 111. Permitir que sua participação na divulgação de assuntos médicos, em qualquer meio de comunicação de massa, deixe de ter caráter exclusivamente de esclarecimento e educação da sociedade.

Art. 112. Divulgar informação sobre assunto médico de forma sensacionalista, promocional ou de conteúdo inverídico.

Art. 113. Divulgar, fora do meio científico, processo de tratamento ou descoberta cujo valor ainda não esteja expressamente reconhecido cientificamente por órgão competente.

Art. 114. Consultar, diagnosticar ou prescrever por qualquer meio de comunicação de massa.

Art. 115. Anunciar títulos científicos que não possa comprovar e especialidade ou área de atuação para a qual não esteja qualificado e registrado no Conselho

Regional de Medicina.

Art. 116. Participar de anúncios de empresas comerciais qualquer que seja sua natureza, valendo-se de sua profissão.

Art. 117. Apresentar como originais quaisquer idéias, descobertas ou ilustrações que na realidade não o sejam.

Art. 118. Deixar de incluir, em anúncios profissionais de qualquer ordem, o seu número de inscrição no Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo único. Nos anúncios de estabelecimentos de saúde devem constar o nome e o número de registro, no Conselho Regional de Medicina, do diretor técnico.

Capítulo XIV
DISPOSIÇÕES GERAIS

I - O médico portador de doença incapacitante para o exercício profissional, apurada pelo Conselho Regional de Medicina em procedimento administrativo com perícia médica, terá seu registro suspenso enquanto perdurar sua incapacidade.

II - Os médicos que cometerem faltas graves previstas neste Código e cuja continuidade do exercício profissional constitua risco de danos irreparáveis ao paciente ou à sociedade poderão ter o exercício profissional suspenso mediante procedimento administrativo específico.

III - O Conselho Federal de Medicina, ouvidos os Conselhos Regionais de Medicina e a categoria médica, promoverá a revisão e atualização do presente Código quando necessárias.

IV - As omissões deste Código serão sanadas pelo Conselho Federal de Medicina.

Anexo 2. Termo de Consentimento

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Por favor, leia atentamente todos os termos e condições deste termo de consentimento para participação da pesquisa.

Pesquisa: Transformações na relação de poder estabelecida entre médico e paciente: um estudo de representação social em comunidades virtuais.

O objetivo desta pesquisa é estudar possíveis transformações na relação de poder existente entre médico e paciente em três comunidades virtuais, cujos temas se referenciam a saúde ou a doenças. Pretendemos verificar se as comunidades virtuais possuem potencial para transformar a relação médico-paciente tradicionalmente estabelecida por meio do fortalecimento do papel exercido pelo paciente nesta relação: uma mudança de comportamento do paciente que pode ser provocada não apenas por um maior acesso às informações específicos do campo da saúde, mas principalmente por uma maior interação entre pessoas participantes de comunidades virtuais. Essa é uma pesquisa desenvolvida no âmbito da Faculdade de Saúde Pública, da USP.

Para participar dessa pesquisa você precisa:

- Preencher todos os campos do questionário on-line.

- Confirmando o aceite do termo de consentimento, clicando no botão 'CONCORDO', localizado ao final da Página do Termo de Consentimento.

- Enviar o questionário preenchido, clicando no botão de 'ENVIAR', localizado ao final da Página da Pesquisa.

Caso você considere que alguma das questões lhe ocasiona algum constrangimento, de alguma natureza, você tem o direito de recusar-se a responder tais questões. Caso você queira desistir de sua participação, mesmo após o envio do aceite do termo de consentimento e do questionário, seus direitos serão preservados. Solicite a retirada de suas respostas através do e-mail do pesquisador: pesquisador.usp@gmail.com.

As informações obtidas serão consideradas confidenciais. Serão analisadas em conjunto com outros participantes da pesquisa, não sendo divulgado a identificação de nenhum participante. Os dados coletados serão utilizados exclusivamente para a realização dessa pesquisa. Os resultados da pesquisa serão disponibilizados neste mesmo site da pesquisa após o término da análise e discussão dos resultados.

Esclarecemos que não há benefício direto e individual para o participante da pesquisa. Somente no final do estudo poderemos concluir a presença de algum benefício, sendo esse de caráter coletivo.

A pesquisadora responsável chama-se Wilma Madeira e pode ser contatada pelo endereço eletrônico pesquisador.usp@gmail.com ou telefone (11) 83556868. O Orientador do Projeto é o Professor Dr. Fernando Lefèvre, da Faculdade de Saúde Pública, da Universidade de São Paulo.

Se você tiver alguma dúvida ou consideração sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) – Av. Dr. Arnaldo, 715 – CEP: 01246-904 – São Paulo/SP – Brasil.

.....

Termo de Consentimento

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li acima. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados e as garantias de confidencialidade. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas.

Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Botões: 'CONCORDO' 'NÃO CONCORDO'

Atenciosamente,

São Paulo, 08 de janeiro de 2008.

Wilma Madeira da Silva

No USP: 5055199

Botões: concordo - não concordo

Anexo 3. Modelos de cartas

Apresentação da pesquisa e solicitação de apoio de divulgação em telecentros e organizações de apoio as ações de inclusão digital.

Carta Nº. 01 Carta de Solicitação de Apoio

São Paulo, 25 de junho de 2009.

A Instituição,
A/C nome do responsável pela instituição
Assunto: Apoio para divulgação de pesquisa da USP

Venho por meio desta carta solicitar apoio de vossa instituição para divulgação de pesquisa que está sendo realizada na Internet no período de 10/06/2009 a 09/12/2009. É uma pesquisa desenvolvida no âmbito da Faculdade de Saúde Pública, conhecida e respeitada instituição universitária pública vinculada á Universidade de São Paulo - USP.

A pesquisa chama-se "Transformações na relação de poder estabelecida entre médico e paciente: um estudo de representação social em comunidades virtuais". Estudos sobre a relação médico-paciente são importantes para melhorar a qualidade do atendimento na área da saúde, pública e privada. Trata-se de uma pesquisa que objetiva ampliar o conhecimento quanto a possíveis transformações que a Internet, e comunidades virtuais, têm potencializado no campo da saúde coletiva, tanto em consultórios particulares como na rede pública de saúde.

As informações obtidas serão consideradas confidenciais, analisadas em conjunto com outros participantes da pesquisa, não sendo divulgada a identificação de nenhum participante. Os dados coletados serão utilizados exclusivamente para a realização dessa pesquisa.

Existe um Termo de Consentimento para Realização da Pesquisa – Botão “Concordo”, a ser clicado pelo entrevistado antes de iniciar as questões e respostas, que explica esse compromisso de confidencialidade.

Os resultados da pesquisa serão disponibilizados no mesmo site da pesquisa após o término da análise e discussão dos resultados, podendo ser encaminhado relatório final para que a sua instituição possa também apreciá-lo e divulgá-lo. Para ajudar na divulgação da pesquisa, solicito: Inclua na lista da comunidade virtual, em seu portal ou em sua homepage, um link com um texto curto sobre a pesquisa, síntese da explicação apresentada nessa carta, e que cite o link para o questionário on-line - endereço:
http://users1.jabry.com/wilmausp/default.htm

Envie mensagem por e-mail para a sua lista de contatos e associados, solicitando a participação na pesquisa. A pesquisadora responsável é a Doutoranda Wilma Madeira, especialista em saúde e Internet, pode ser contatada pelo endereço eletrônico wilmams@usp.br. O Orientador do Projeto é o Professor Dr. Fernando Lefèvre, da Faculdade de Saúde Pública, da Universidade de São Paulo.

Sabendo que o sucesso dessa pesquisa depende da ampla participação das redes de comunidades virtuais e de inclusão digital, agradeço muito o apoio de vossa instituição.

Cordialmente,

Wilma Madeira
Mestre em Saúde Pública – Novas Tecnologias
Pesquisadora USP 5055199

Carta Nº. 02

Ao Telecentro,

Assunto: Apoio para divulgação de pesquisa da USP

São Paulo, 30 de julho de 2009.

Venho por meio desta carta solicitar apoio de vossa instituição para divulgação de uma pesquisa que está sendo realizada na Internet, no período de 10/06/2009 a 09/12/2009.

A pesquisa "Transformações na relação de poder estabelecida entre médico e paciente: um estudo de representação social em comunidades virtuais" objetiva ampliar o conhecimento quanto a possíveis transformações que a Internet, e comunidades virtuais, têm potencializado no campo da saúde coletiva, tanto em consultórios particulares como na rede pública de saúde.

LINK DA PESQUISA: http://users1.jabry.com/wilmausp/default.htm

Trata-se de uma pesquisa desenvolvida no âmbito da Faculdade de Saúde Pública FSP, conhecida e respeitada instituição universitária pública da Universidade de São Paulo – USP, parte integrante de projeto para a obtenção do título de Doutor em Saúde Pública.

As informações obtidas serão consideradas confidenciais, não sendo divulgada a identificação de nenhum participante. Os dados coletados serão utilizados exclusivamente para a realização dessa pesquisa.

Existe um Termo de Consentimento para Realização da Pesquisa – Botão "Concordo", a ser clicado pelo entrevistado antes de iniciar as questões e respostas, que explica esse compromisso de confidencialidade.

Os resultados da pesquisa serão disponibilizados no mesmo site da pesquisa após o término da análise e discussão dos resultados, podendo ser encaminhado relatório final para que a sua instituição possa também apreciá-lo e divulgá-lo. Para ajudar na divulgação da pesquisa, solicito:

- Inclua na lista em seu portal ou em sua homepage, um link com uma síntese da explicação apresentada nessa carta com o link para o questionário on-line: http://users1.jabry.com/wilmausp/default.htm

- Envie mensagem por e-mail para sua lista de contatos e associados, solicitando a participação das instituições associadas na divulgação dessa pesquisa junto aos seus pacientes.

A pesquisadora responsável é a Doutoranda Wilma Madeira, especialista e Mestre em saúde e Internet, pode ser contatada pelo endereço eletrônico wilmams@usp.br - Orientador Prof.Dr. Fernando Lefèvre, da USP.

Sabendo que o sucesso dessa pesquisa depende da ampla participação das redes de comunidades virtuais e de inclusão digital, agradeço muito o apoio. Cordialmente,

Wilma Madeira

Pesquisadora USP 5055199

Anexo 4. Questionário *On-line*: [7]

Bloco A- Identificação:

1. Nome:_____ _____.

2. Sexo: ( )masculino ( )feminino.

3. Idade (anos completos): _____ anos.

4. Cidade em que reside: _____.
   Estado (UF): ___.

5. Escolaridade (identifique apenas o nível que completou):

   ( )antigo primário; ( )antigo ginásio;

   ( )antigo clássico, científico; ( )ensino fundamental / 1º. grau;

   ( )ensino médio / 2º grau; ( )superior – graduação;

   ( )mestrado ou doutorado; ( )nenhum

6. Profissão/ Ocupação: _____.

Bloco B - Informações complementares:

7. Você acessa a Internet:

   ( )de casa; ( )do trabalho; ( )da escola/curso;

[7] O questionário é aberto após apresentação e aceite do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

( )da casa de amigos; ( )acesso público gratuito;

( )acesso pago;

8. Você participa ou já participou de alguma comunidade virtual (Orkut, Facebook e ou outros), relacionada a qualquer tema de seu interesse? ( )Sim ( )Não

9. Porque você participa ou já participou de alguma comunidade virtual? Se você não participa, existe algum motivo? O que o motiva – ou já o motivou – a participar, ou não participar de comunidades virtuais?

_____

_____

10. Você participa ou já participou de alguma comunidade virtual relacionada ao tema saúde (saúde, doenças ou qualidade de vida) ? ( )Sim ( )Não

11. Caso você participe ou já tenha participado de alguma comunidade virtual relacionada ao tema saúde, liste até cinco comunidades virtuais por ordem de importância para você:

_____

_____

12. Com que freqüência você entra na comunidade virtual?

( )1 vez ao mês; ( )1 vez por semana; ( )1 vez ao dia;

13. Cada vez que você entra na comunidade virtual, em média quanto tempo você fica “logado” participando da comunidade virtual? _____ minutos.

Bloco C - Informações discursivas:

14. Qual a área de que mais gosta nas comunidades virtuais? O que você mais faz em alguma comunidade virtual? Por quê?

_____

_____

15. Que tipo de informação você costuma buscar e discutir em comunidades virtuais?

_____

_____

16. Você considera que as informações buscadas e discutidas em alguma comunidade virtual são úteis para você? Por favor, explique por que.

_____

_____

17. Alguma comunidade virtual que você participa, ou já participou, ajuda ou já ajudou você a entender sobre sua saúde e melhorá-la? Como? Por favor, explique por que.

_____

_____

18. Como seria para você uma consulta médica boa e de qualidade? Descreva a cena imaginada por você em detalhes e argumente sobre o assunto.

_____

_____

19. Você acessa ou já acessou alguma comunidade virtual após passar por alguma consulta médica buscando informações relacionadas ao atendimento realizado? O que estava buscando na comunidade virtual? Como? Por favor, explique por que.

_____

_____

20. Você alguma vez utilizou as informações que buscou, postou ou discutiu em alguma comunidade virtual para conversar com seu médico na consulta seguinte? Como? Por favor, explique por que.

_____

_____

21. Participar de comunidades virtuais tem contribuído para mudar de alguma forma sua participação durante as consultas médicas ou durante outras situações relacionadas à sua saúde? Como? Por favor, explique por que.

_____

_____

Envie suas respostas clicando em: 'ENVIAR'.

Os resultados dessa pesquisa estarão disponíveis nesse site em breve.

Obrigada por sua participação.

Botões: **ENVIAR**

NÃO ENVIAR

Anexo 5. Lista de Telecentros Contatados no Brasil

#	UF	Instituição (telecentro)	Contato 1/16
1	AC	Tel.Vila Progresso	http://www.comunidadedigital.ac.gov.br/
2	AC	Tel.Vila Ipiranga	http://www.comunidadedigital.ac.gov.br/
3	AC	Tel.Viradouro	http://www.comunidadedigital.ac.gov.br/
4	AC	Tel.Comunitário de Colares	http://www.comunidadedigital.ac.gov.br/
5	AC	Tel.Bravas Guerreiras	telecentro.bravasguerreiras@gmail.com
6	AL	Tel.Inhapi	tcentro.inhapi@yahoo.com.br
7	AL	Tel.Pedro Felix	telecentro.palestina@gmail.com
8	AL	Tel.Com. Profª. M.Hol.Marques	telecentro.quebrangulo@hotmail.com
9	AL	I Tel.Comunitário de Feira Grande	pmfeiragrande@gmail.com
10	AL	Tel.da Pesca - Piaçabuçu - AL	coloniaz19@hotmail.com
11	AL	Tel.Jequiá da Praia	acaosocial_jequia@hotmail.com
12	AL	Tel.da Pesca Porto de Pedras - AL	telecentrotadeubit29@gmail.com
13	AL	Tel.da Pesca - Porto de Pedras	pedroluizd@yahoo.com.br
14	AL	Tel.da Pesca - Coruripe - AL	edilenecatunda@hotmail.com
15	AL	Tel.Manoel Joãoo da Silva	comun.quixabeira@hotmail.com
16	AM	Tel.Comunitário de Travesseiro	educ@travesseiro.rs.gov.br
17	AM	Tel.Comunitário de Cach.de Macacu	http://www.mc.gov.br/
18	AM	Tel.Jardim Copacabana	telecentro.copacabana@gmail.com
19	AM	Tel.Unidos Para Mudar	(97) 3321-0055
20	AM	Tel.Comunitário de Diorama	(97) 3491-1749
21	AM	Tel.Miguel Arraes de Alencar	(92) 3631-9431
22	AM	Tel.de Cujubim	(92) 9105-7058
23	AM	Tel.Comunitário da Boiadeira	(97) 3561-4185

#	UF	Instituição (telecentro)	Contato 2/16
24	AM	Tel.de Campo do Tenente	(97) 3561-2683
25	AM	Tel.de Cafeara	(97) 3485-1260
26	AM	Tel.de Arapuão	(97) 3482-1037
27	AM	Tel.de Ariranha do Ivaí	(97) 3481-1131
28	AP	Tel.Pracuúba	(96) 3424-1174
29	AP	Tel.de Incl. Digital Perp. Socorro	(96) 9906-9340
30	AP	Tel.Com. de Porto Grande - AP	(96) 9111-7753
31	BA	Tel.Comunitário de Araguaçu	telecentro.net@araguacu.to.gov.br
32	BA	Telecentro/Semdel	sine.manaus@pmm.am.gov.br
33	BA	Tel.Capitãoo Andrade	tc.capitaoandrade@inclusaodigital.mg.gov.br
34	BA	Tel. Santa Lúcia - Campinas	fundorsa@fundacaoorsa.org.br
35	BA	Tel.Mangaratiba - Biblioteca	http://www.candeiasdigital.com.br/
36	BA	Tel.CEU Paz	http://www.casabrasil.com.br/
37	BA	Tel.Comunitário	http://www.cdccaetite.blogspot.com/
38	BA	Tel.Comunidade de Mãos Dadas	http://www.comunidademaosdadas.org.br/
39	BA	Tel.Com. Ativa Sto A.de Jesus	http://www.construindoredes.org.br/
40	BA	Tel.SINTE / RN	http://www.escologia.org/
41	BA	Tel.de Ipirá	http://www.fundal.org.br/
42	BA	Tel.de Ferrete	http://www.indiosonline.org.br/
43	BA	Tel.para Inclusãoo Digital	http://www.infocentrodemacaubas.zip.net/
44	CE	Tel.Pensando e Construíndo	http://seliga.idear.org.br/
45	CE	Tel.Raízes e Asas	http://seliga.idear.org.br/
46	CE	Tel.Rodolfo Teófilo	http://seliga.idear.org.br/
47	CE	Tel.Rui Barbosa	http://seliga.idear.org.br/
48	CE	Tel.Sinfrônio Peixoto de Morais	http://seliga.idear.org.br/
49	CE	Tel.Terra do Saber	http://seliga.idear.org.br/
50	CE	Tel.Valdenia Acelino da Silva	http://seliga.idear.org.br/

#	UF	Instituição (telecentro)	Contato 3/16
51	CE	Tel.Walmik Sampaio Albuquerque	http://seliga.idear.org.br/
52	CE	Tel.Ulisses Guimarãoes	http://seliga.idear.org.br/
53	CE	Tel.Francisco Antônio Fontenelle	http://seliga.idear.org.br/
54	CE	Tel.Comunitário (Inclusãoo Digital)	http://telecentrojbe.zip.net/
55	CE	Tel.Bo@ Esperança	http://telecentro-ottoni.blogspot.com/
56	CE	Tel.União Operária	http://www.avhsj.com.br/
57	CE	Tel.Amigos CEMUC	http://www.batistalianca.com.br
58	CE	Tel.de Chaval	http://www.bibliotecachavalglobal.blogspot.com/
59	CE	Tel.13 de Maio	http://www.casabrasil.art.br/wiki
60	CE	Tel.de Cândido de Abreu	http://www.horizontecultural.com.br/
61	CE	Tel.Alegria Cultural	http://www.idear.org.br/
62	CE	Tel.Antônio de Albuq. Souza Filho	http://www.idear.org.br/
63	CE	Tel.Aprender Pensando	http://www.idear.org.br/
64	CE	TEL.ANTÃ"NIO GONDIM	http://www.idear.org.br/
65	CE	Tel.Edson Queiroz	http://www.idear.org.br/
66	CE	Tel.Liceu de Maracanaú	http://www.idear.org.br/
67	CE	Tel.Jatobá	http://www.idear.org.br/
68	CE	Tel.Herbert de Sousa	http://www.idear.org.br/
69	CE	Tel.Acanguçu	http://www.lardeclara.org.br/
70	CE	Tel.Lar Fabiano Cristo UPI	http://www.lfc.org.br/site/blogs.php
71	CE	Tel.Comunitário de Meruoca	telecentro.meruoca@gmail.com
72	DF	Tel.Comunitário Fábrica do Futuro	http://www.acaoesperanca.ning.com/
73	DF	Tel.Apae Acessível	http://www.apaedf.org.br/telecentro.htm
74	DF	Tel.da Bibl. Pública de Brazlândia	http://www.brazlandia.df.gov.br/
75	DF	Tel.Vem Ser Cidadãoo	http://www.ciecdf.org/

#	UF	Instituição (telecentro)	Contato 4/16
76	DF	Tel.Jardim Botânico de Brasília	http://www.jardimbotanico.df.gov.br/
77	DF	Tel.Comunitário Resgate da Vida	manoelcmagalhaes@ig.com.br
78	DF	TIDICEI Tel.Incl. Digital Ceilândia	globalnetcei@gmail.com
79	ES	Tel.Blumenau	http://telecentrodejaguare.blogspot.com/
80	ES	Tel.de Cruzeiro do Oeste	http://www.casabrasilvilavelha.blogspot.com/
81	ES	Tel.Ribeirãoo Branco	http://www.cidsl.com.br/
82	ES	Tel. Pref. Vitória - Jardim Camburi	wnfiguerede@vitoria.es.gov.br
83	ES	Tel. Pref. Vitória Ilha Santa Maria	wnfiguerede@vitoria.es.gov.br
84	ES	Tel. Pref. Vitória - Jardim da Penha	wnfiguerede@vitoria.es.gov.br
85	ES	Tel. Pref. Vitória - Estrelinha	wnfigueredo@vitoria.es.gov.br
86	ES	Tel. Pref. Vitória - Parque Moscoso	wnfigueredo@vitoria.es.gov.br
87	GO	Tel.Comunitário Forte	http://www.capetinga.org.br/
88	GO	Tel.Com. Centro Inf. Capetinga	http://www.capetinga.org.br/
89	GO	Tel.Fortaleza Minas NS Aparecida	http://www.cepss.com.br/
90	GO	Tel.Digitodos	http://www.cultura.anapolis.go.gov.br/
91	GO	Tel.Comunitário Felippe Wendling	http://www.mercadodecampinas.com.br/
92	GO	Tel.Comunitário de Indaiabira	http://www.metroflog.com.br/alexs
93	GO	Tel.Comunitário	http://www.mineiros.go.gov.br/
94	GO	Tel.do Centro da Juventude	dct@gmail.com
95	GO	Tel.Municipal Zeca Batista	telecentroagora@gmail.com
96	MA	Tel.Comunitário Sta Luzia do Paruá	http://telecentrocomunitarioslp.blogspot.com/
97	MA	Tel.APAE Ibirubá	http://www.naotem.com/
98	MA	Tel.Comunitário	http://www.naotem.com/

#	UF	Instituição (telecentro)	Contato 5/16
99	MG	Tel.Comunitário de Várzea da Palma	telecentrovzp@hotmail.com
100	MG	Tel.Comunitário de Pavãoo	http://paipedronet.blogspot.com/
101	MG	Tel.SEMDES	http://projetopresente.zip.net/
102	MG	Tel.Andradas	http://www.andradas.mg.gov.br/
103	MG	Tel.Arel Sabará	http://www.arelesportes.org.br/
104	MG	Tel.Comunitário de Rubim	http://www.cidadao.net.org
105	MG	Tel.Salto.Net	http://www.cidadao.net.org
106	MG	Tel.da APMPI	http://www.cidadao.net.org/
107	MG	Tel.de Elói Mendes	http://www.cidadao.net.org/
108	MG	Tel.Comunitário de Crisólita	http://www.cidadao.net.org/
109	MG	Tel.Com. de São João do Paraíso	http://www.cidadaonet.org/
110	MG	Tel.Com. de Sta Maria do Salto	http://www.cidadaonet.org/franciscopolis/
111	MG	Tel.Com. de Ponto dos Volantes	http://www.cidadaonet.org/pirapora/
112	MG	Tel.Comunitário de Curral de Dentro	http://www.frutadeleite.cidadaonet.org/
113	MG	Tel.Comunitário de Bocaiúva	http://www.inclusaodigital.mg.gov.br/
114	MG	Tel.Inclusão Digital	http://www.inclusaodigital.mg.gov.br/
115	MG	Tel.Corinto	http://www.inclusaodigital.mg.gov.br/webmail
116	MG	Tel.Com. Incl.Dig. S.Bento Caldas	http://www.ladainha.cidadaonet.org/
117	MG	Tel.Com. Daracy R. Pitta Sampaio	http://www.matiasbarbosa.mg.gov.br/
118	MG	Tel.Comunitário de Novorizonte	http://www.monteazul.cidadaonet.org/
119	MG	Tel.Narcisio Pessoa de Araújo	seliga_coordenacao@idear.org.br
120	MS	Tel.Comunitário Batayporão	http://telecentrobatayporams.blogspot.com/
121	MS	Tel.Vitoria	http://www.ivinhema.ms.gov.br/
122	PA	Tel. Esperança Ananin	isseamazon@gmail.com

#	UF	Instituição (telecentro)	Contato 6/16
123	PA	Tel.Comunitário	http://muratuba.redemocoronga.org.br/
124	PA	Tel.Com. EME Cândida Souza	http://www.eln.gov.br/
125	PA	Tel.Municipal - Unidade 01	http://www.infocentros.pa.gov.br/
126	PA	Tel.de Aracaju	http://www.infocentros.pa.gov.br/
127	PA	Tel.Selbach	http://www.infocentros.pa.gov.br/
128	PA	Tel.Comunitário Santa Olga	http://www.infocentros.pa.gov.br/
129	PA	Tel.de Inclusãoo Digital Centro	http://www.mda.gov.br/territoriosdigitais
130	PA	Puraqué Incl. Digital Telecentro	tarcisio.puraque@gmail.com
131	PB	Tel.Pedra do Sapo	adipqd87@gmail.com
132	PB	Tel.Piollin	telecentropiollin@yahoo.com.br
133	PB	Tel.de Inclusãoo Digital	conectado@saojoaodocariri.pb.gov.br
134	PE	Tel.Afeto Ã Criança	telecentroafeto@hotmail.com
135	PE	Tel.Comunitário Santana	http://telecentro.nonemix.com/
136	PE	Tel.Marie Armelle	http://telecentrosgoiana.blogspot.com/
137	PE	Tel.Portal água Viva	http://www.comunidadeaguaviva.org/
138	PE	Tel.Tijuco Preto	http://www.educacao.belojardim.pe.gov.br/
139	PE	Tel.Comunitário Louis Braille	http://www.leaocoroado.org.br/
140	PE	Tel.Associaçãoo Universol	telecentrotrajetoriamundial@yahoo.com.br
141	PE	Tel.Jardim Primavera	joe652@gmail.com
142	PE	Tel.E. M. Prof. Ruy Afrânio Peixoto	(87) 3785-1155
143	PE	Tel.Comunitário de Acupe	(81) 3644-1021
144	PE	Tel.Centro Sul	(81) 3707-5130
145	PE	Tel.Frei Miguelinho	(19) 3809-5902
146	PE	Tel.de Inclusãoo Digital	(81) 3636-4122
147	PI	Telecentro-Maria do Socorro	suporte@cacoal.ro.gov.br
148	PR	Tel.Comunitário Boa Vista	reginakahali@hotmail.com

#	UF	Instituição (telecentro)	Contato 7/16
149	PR	Tel.Comunitário Sol de Primavera	reginakahali@hotmail.com
150	PR	Tel.Comunitario de Alvorada do Sul	http://telecentro.adese.org.br/
151	PR	Tel.- Informática para Todos	http://telecentro.andira.info/
152	PR	Tel.de Incl.Digital Aldeia Juvenil	http://www.cidadedoconhecimento.org.br/
153	PR	Tel.Morro do Estado	http://www.cidadedoconhecimento.org.br/
154	PR	Tel.Santa Rita de Minas	http://www.cidadedoconhecimento.org.br/
155	PR	Tel.Viva Idoso	http://www.cidadedoconhecimento.org.br/
156	PR	Tel.Comunitário	http://www.cidadedoconhecimento.org.br/
157	PR	Tel.de Incl. Dig. Cordeiros Itajaí	http://www.cidadedoconhecimento.org.br/
158	PR	Tel.de Candói	http://www.cidadedoconhecimento.org.br/
159	PR	Tel.Espaço 300	http://www.cidadedoconhecimento.org.br/
160	PR	Tel. Cabuçu	http://www.cidadedoconhecimento.org.br/
161	PR	Tel.CRAS Conceiçãoo de Jacareí	http://www.cidadedoconhecimento.org.br/
162	PR	Tel.Itacuruçá	http://www.cidadedoconhecimento.org.br/
163	PR	Tel.Praia do Saco	http://www.cidadedoconhecimento.org.br/
164	PR	Tel.Muriqui	http://www.cidadedoconhecimento.org.br/
165	PR	Tel.Comunitário Cione	http://www.cruzeirodooeste.pr.gov.br/
166	PR	Tel.Comunitário Guarani	http://www.cruzeirodooeste.pr.gov.br/
167	PR	Tel.Comunitário Santa Luzia	http://www.cruzeirodooeste.pr.gov.br/
168	PR	Tel.Comunitário Miguel Quaresma	http://www.fazendariogrande.gov.pr.br/

#	UF	Instituição (telecentro)	Contato 8/16
169	PR	Tel.Tunas do Paraná (Japãoo)	http://www.forumvaledoribeira.com.br/
170	PR	Tel.Com. Colônia Marques Abrantes	http://www.forumvaledoribeira.com.br/
171	PR	Tel.Terminal Urbano	http://www.londrina.pr.gov.br/
172	PR	Tel.Distrito de Guaravera	http://www.londrina.pr.gov.br/
173	PR	Tel.EM Armando Rosario Castelo	http://www.londrina.pr.gov.br/
174	PR	Tel.Distrito da Warta	http://www.londrina.pr.gov.br/
175	PR	Tel.EM Bento Munhoz da R. Netto	http://www.londrina.pr.gov.br/
176	PR	Tel.Centro Cultural Lupercio Luppi	http://www.londrina.pr.gov.br/
177	PR	Tel.EM Prof. José Gasparini	http://www.londrina.pr.gov.br/
178	PR	Tel.Bibl. Pública Munic. Londrina	http://www.londrina.pr.gov.br/
179	PR	Tel.do Sine	http://www.londrina.pr.gov.br/
180	PR	Tel.Comunitário APAE	http://www.naotem.com.br/
181	PR	Tel.de Pitangueiras	telecentros@paranavegar.pr.gov.br
182	PR	Tel.de Porto Vitória	telecentros@paranavegar.pr.gov.br
183	PR	Tel.de Ortigueira	telecentros@paranavegar.pr.gov.br
184	PR	Tel.de Reserva do Iguaçu	telecentros@paranavegar.pr.gov.br
185	PR	Tel.de Rosário do Ivaí	telecentros@paranavegar.pr.gov.br
186	PR	Tel.de Sãoo Joãoo do Triunfo	telecentros@paranavegar.pr.gov.br
187	PR	Tel.de Palmital	telecentros@paranavegar.pr.gov.br
188	PR	Tel.de Três Barras do Paraná	telecentros@paranavegar.pr.gov.br
189	PR	Tel.de Ventania	telecentros@paranavegar.pr.gov.br
190	PR	Tel.de Sãoo Jerônimo da Serra	telecentros@paranavegar.pr.gov.br
191	PR	Tel.de Guarituba - Piraquara	telecentros@paranavegar.pr.gov.br
192	PR	Tel.de Sapopema II	telecentros@paranavegar.pr.gov.br
193	PR	Tel.de Reserva	telecentros@paranavegar.pr.gov.br
194	PR	Tel.de Pérola	telecentros@paranavegar.pr.gov.br
195	PR	Tel.de Pinhais - José Gaudêncio	telecentros@paranavegar.pr.gov.br

#	UF	Instituição (telecentro)	Contato 9/16
196	PR	Tel.de Porto Amazonas	telecentros@paranavegar.pr.gov.br
197	PR	Tel.de Prado Ferreira	telecentros@paranavegar.pr.gov.br
198	PR	Tel.de Ramilândia	telecentros@paranavegar.pr.gov.br
199	PR	Tel.de Rio Branco do Ivaí	telecentros@paranavegar.pr.gov.br
200	PR	Tel.de Santa Lúcia	telecentros@paranavegar.pr.gov.br
201	PR	Tel.de Sapopema I	telecentros@paranavegar.pr.gov.br
202	PR	Tel.de Tapejara	telecentros@paranavegar.pr.gov.br
203	PR	Tel.de Tunas do Paraná II	telecentros@paranavegar.pr.gov.br
204	PR	Tel.Dom Bosco	telecentros@paranavegar.pr.gov.br
205	PR	Tel.Nova Brasilia	telecentros@paranavegar.pr.gov.br
206	PR	Tel.de Mandaguaçu	telecentros@paranavegar.pr.gov.br
207	PR	Tel.de Espigãoo Alto do Iguaçu	telecentros@paranavegar.pr.gov.br
208	PR	Tel.de Mariluz	telecentros@paranavegar.pr.gov.br
209	PR	Tel.Biblioteca Pública do Paraná	telecentros@paranavegar.pr.gov.br
210	PR	Tel.de Catanduvas	telecentros@paranavegar.pr.gov.br
211	PR	Tel.de Jandaia do Sul	telecentros@paranavegar.pr.gov.br
212	PR	Tel.Vila Real	telecentros@paranavegar.pr.gov.br
213	PR	Tel.de Inácio Martins	telecentros@paranavegar.pr.gov.br
214	PR	Tel.de Douradina	telecentros@paranavegar.pr.gov.br
215	PR	Tel.de Dr. Ulysses	telecentros@paranavegar.pr.gov.br
216	PR	Tel.de Guaraqueçaba	telecentros@paranavegar.pr.gov.br
217	PR	Tel.de Abatiá	telecentros@paranavegar.pr.gov.br
218	PR	Tel.de Novo Itacolomi	telecentros@paranavegar.pr.gov.br
219	PR	Tel.de Itaperuçu	telecentros@paranavegar.pr.gov.br
220	PR	Tel.de Mato Rico	telecentros@paranavegar.pr.gov.br
221	PR	Tel.Vila Parolin	telecentros@paranavegar.pr.gov.br
222	PR	Tel.de Imbaú	telecentros@paranavegar.pr.gov.br
223	PR	Tel.Corumbataí do Sul	telecentros@paranavegar.pr.gov.br
224	PR	Tel.de Morretes	telecentros@paranavegar.pr.gov.br
225	PR	Tel.de Carambeí	telecentros@paranavegar.pr.gov.br

#	UF	Instituição (telecentro)	Contato 10/16
226	PR	Tel.de Coronel Domingos Soares	telecentros@paranavegar.pr.gov.br
227	PR	Tel.Sine	telecentros@paranavegar.pr.gov.br
228	PR	Tel.Ceasa	telecentros@paranavegar.pr.gov.br
229	PR	Tel.de Colombo - Vila Zumbi	telecentros@paranavegar.pr.gov.br
230	PR	Tel.de Nova Esperança do Sudoeste	telecentros@paranavegar.pr.gov.br
231	PR	Tel.IPC	telecentros@paranavegar.pr.gov.br
232	PR	Tel.de Congonhinhas	telecentros@paranavegar.pr.gov.br
233	PR	Tel.de Godoy Moreira	telecentros@paranavegar.pr.gov.br
234	PR	Tel.de Lindoeste	telecentros@paranavegar.pr.gov.br
235	PR	Tel.de Guaraci	telecentros@paranavegar.pr.gov.br
236	PR	Tel.de Guarapuava/Apadevi	telecentros@paranavegar.pr.gov.br
237	PR	Tel.Vila das Torres	telecentros@paranavegar.pr.gov.br
238	PR	Tel.de Curiúva	telecentros@paranavegar.pr.gov.br
239	PR	Tel.da UEM	telecentros@paranavegar.pr.gov.br
240	PR	Tel.de Bom Jesus do Sul I	telecentros@paranavegar.pr.gov.br
241	PR	Tel.de Cantagalo	telecentros@paranavegar.pr.gov.br
242	PR	Tel.de Cerro Azul	telecentros@paranavegar.pr.gov.br
243	PR	Tel.de Diamante do Sul	telecentros@paranavegar.pr.gov.br
244	PR	Tel.de Foz do Iguaçu	telecentros@paranavegar.pr.gov.br
245	PR	Tel.de Goioxim	telecentros@paranavegar.pr.gov.br
246	PR	Tel.de Ibaiti	telecentros@paranavegar.pr.gov.br
247	PR	Tel.de Janiópolis	telecentros@paranavegar.pr.gov.br
248	PR	Tel.de Lunardelli	telecentros@paranavegar.pr.gov.br
249	PR	Tel.de Mauá da Serra	telecentros@paranavegar.pr.gov.br
250	PR	Tel.Com. de Novo Aripuanão	consultoria.ti.pmna@hotmail.com
251	PR	Tel.Vida Nova	pmcupira@yahoo.com.br
252	PR	Tel.Elenir Santos Lima	assistencia-socialbsa@hotmail.com
253	PR	Tel.Comunitário	gopatelecomu@gmail.com
254	PR	Tel. Maringá Assent. Milton Santos	lista-telecentros@celepar.pr.gov.br

#	UF	Instituição (telecentro)	Contato 11/16
255	PR	Tel.de Anahy	lista-telecentros@celepar.pr.gov.br
256	PR	Tel.de Antonina - Siri do Portinho	lista-telecentros@celepar.pr.gov.br
257	PR	Tel.de Apucarana - Ebenezer	lista-telecentros@celepar.pr.gov.br
258	PR	Tel.de Campo Magro	lista-telecentros@celepar.pr.gov.br
259	PR	Tel.de Centenário do Sul	lista-telecentros@celepar.pr.gov.br
260	PR	Tel.de Carlópolis	lista-telecentros@celepar.pr.gov.br
261	PR	Tel.de Castro	lista-telecentros@celepar.pr.gov.br
262	PR	Tel.de Cruzeiro do Oeste II	lista-telecentros@celepar.pr.gov.br
263	PR	Tel.de Fernandes Pinheiro	lista-telecentros@celepar.pr.gov.br
264	PR	Tel.de Foz do Iguaçu Guarda Mirim	lista-telecentros@celepar.pr.gov.br
265	PR	Tel.de Guamiranga	lista-telecentros@celepar.pr.gov.br
266	PR	Tel.de Guarapuava - Betel	lista-telecentros@celepar.pr.gov.br
267	PR	Tel.de Ibema	lista-telecentros@celepar.pr.gov.br
268	PR	Tel.de Iporão	lista-telecentros@celepar.pr.gov.br
269	PR	Tel.de Jacarezinho	lista-telecentros@celepar.pr.gov.br
270	PR	Tel.de Japira	lista-telecentros@celepar.pr.gov.br
271	PR	Tel.de Luiziana	lista-telecentros@celepar.pr.gov.br
272	PR	Tel.de Maria Helena	lista-telecentros@celepar.pr.gov.br
273	PR	Tel.de Parananavaí – Igr.Ass. Deus	lista-telecentros@celepar.pr.gov.br
274	PR	Tel.de Paranapoema	lista-telecentros@celepar.pr.gov.br
275	PR	Tel.de Paula Freitas	lista-telecentros@celepar.pr.gov.br
276	PR	Tel.de Pinhão	lista-telecentros@celepar.pr.gov.br
277	PR	Tel.de Pinhais - Weissópolis	lista-telecentros@celepar.pr.gov.br
278	PR	Tel.de Pranchita	lista-telecentros@celepar.pr.gov.br
279	PR	Tel.de Quarto Centário	lista-telecentros@celepar.pr.gov.br
280	PR	Tel.de Tupãossi	lista-telecentros@celepar.pr.gov.br
281	PR	Tel.de Guapirama	lista-telecentros@celepar.pr.gov.br
282	PR	Tel.de Marumbi	lista-telecentros@celepar.pr.gov.br
283	PR	Tel.de Rio Azul	lista-telecentros@celepar.pr.gov.br

#	UF	Instituição (telecentro)	Contato 12/16
284	PR	Tel.Bairro Novo C	lista-telecentros@celepar.pr.gov.br
285	PR	Tel.ITAPAR - Sinal Verde	lista-telecentros@celepar.pr.gov.br
286	PR	Tel.Paraná Previdencia	lista-telecentros@celepar.pr.gov.br
287	PR	Tel.de Guarapuava - Paiol da Telha	lista-telecentros@celepar.pr.gov.br
288	PR	Tel.de Rancho Alegre D' Oeste	lista-telecentros@celepar.pr.gov.br
289	PR	Tel.de Santana do Itararé	lista-telecentros@celepar.pr.gov.br
290	PR	Tel.Hip Hop Carmo	lista-telecentros@celepar.pr.gov.br
291	PR	Tel.Porto Belo	lista-telecentros@celepar.pr.gov.br
292	PR	Tel.de Esperança Nova	telecentros@paranavegar.pr.gov.br
293	RJ	Tel.AREL	arelesportes@yahoo.com.br
294	RJ	Tel.Ascamare	http://onglutandopelavida.org.br/
295	RJ	Tel.Itaperuna - Centro	http://telecentros.itaperuna.rj.gov.br/
296	RJ	Tel.Sério	http://www.baixadadigital.com.br/
297	RJ	Tel.Castro Alves	http://www.baraodemacaubas.com.br/
298	RJ	Tel.Educapipa	http://www.casadaculturabaixada.org.br/
299	RJ	Tel.Praia da Gambôa	http://www.mangaratiba.rj.gov.br/
300	RJ	Casa Brasil / Tel.de Mesquita	http://www.mesquita.rj.gov.br/
301	RJ	Tel.Itapeva	http://www.novaiguacu.rj.gov.br/
302	RJ	Tel.Casa Ceilândia	http://www.novaiguacu.rj.gov.br/
303	RJ	Tel.Comunitário Lago Oeste	telecentro@asprodeste.org.br
304	RN	Tel.Comunitário Jaguary	caril20012000@yahoo.com.br
305	RN	Tel.Illha do Governador	http://sites.denilton.org/eidc
306	RN	Tel.Com. Fronteira dos Vales	http://www.escolaraul.com.br
307	RN	Tel.Trabalho - Comunitário	http://www.fecamrn.org.br/
308	RN	Tel.Comunitário CEDESCO	http://www.fecamrn.org.br/
309	RN	Tel.Comunitário Jardim Cruzeiro	http://www.fecamrn.org.br/
310	RN	Tel.Comunitário Sãoo José	http://www.fecamrn.org.br/
311	RN	Tel.Comunitário	http://www.fecamrn.org.br/

#	UF	Instituição (telecentro)	Contato 13/16
312	RN	Tel.Com. Santa Gertrudes/SP	http://www.fecamrn.org.br/
313	RN	Tel.Comunitário de Passo de Torres	http://www.fecamrn.org.br/
314	RN	Tel.Casa Brasil - Intituto Delta	http://www.fecamrn.org.br/
315	RN	Tel.Comunitário de Milho Verde	http://www.fecamrn.org.br/
316	RO	Tel.de Buriticupu	http://www.ieewilsoncamargo.com.zip.net/
317	RO	Tel.água azul	citaguaazul@hotmail.com
318	RR	Tel.Ideal	(95) 3542-1378
319	RR	Solano Trindade - Tel.Jardim Ypê	(95) 3542-1378
320	RR	Tel.da Univ. Federal de Roraima	(61) 3429-5333
321	RS	Tel.Comunitário de Montenegro	telecentro.montenegro.rs@gmail.com
322	RS	Tel.Comunitário de Diamantina	caroline.queiroz@idene.mg.gov.br
323	RS	Tel.Comunitário Alegria	http://telecentroalegria.blogspot.com/
324	RS	Tel.de Olho no Mundo	http://telecentrolascandelaria.fotoflog.com.br/
325	RS	Tel.01 Barãoo de Cotegipe	http://www.baraodecotegipe.rs.gov.br/
326	RS	Tel.02 Barãoo de Cotegipe RS	http://www.baraodecotegipe.rs.gov.br/
327	RS	Tel.Cotiporão	http://www.cotipora.rs.gov.br/
328	RS	Tel.Manoah	http://www.estacaodigital.org.br/
329	RS	Tel.Comunitário Arambaré	telecentro@arambare.rs.gov.br
330	RS	Tel.Comunitário de Putinga	telecentro@putingars.com.br
331	RS	Tel.Rede Cidadania - Dunas Mundo	amiz.ong@gmail.com
332	SC	Tel. Inf. Neg. CEFET Campos	tim@cefetcampos.br
333	SC	Tel.Regional da Pajuçara	http://www.beijaflor.agricultura.sc.gov.br/
334	SC	Tel.Raquel de Queiroz	http://www.beijaflor.agricultura.sc.gov.br/

#	UF	Instituição (telecentro)	Contato 14/16
335	SC	Tel.Comunitário Heligra Medeiros	http://www.beijaflor.agricultura.sc.gov.br/
336	SC	Tel.Tancredo Neves	http://www.beijaflor.agricultura.sc.gov.br/
337	SC	Tel.Vinícius de Moraes	http://www.beijaflor.agricultura.sc.gov.br/
338	SC	Tel.Sinfronio Peixoto	http://www.beijaflor.agricultura.sc.gov.br/
339	SC	Tel.Empreendedor	http://www.beijaflor.agricultura.sc.gov.br/
340	SC	Tel.Comunitário Lions Clube	http://www.beijaflor.agricultura.sc.gov.br/
341	SC	Tel.Trabalho - Vila Augusta	http://www.beijaflor.agricultura.sc.gov.br/
342	SC	Tel.Trabalho - Pimentas	http://www.beijaflor.agricultura.sc.gov.br/
343	SC	Tel.Perdigãoo (J.M.)	http://www.beijaflor.agricultura.sc.gov.br/
344	SC	Tel.Santa Bárbara do Tugúrio	http://www.beijaflor.agricultura.sc.gov.br/
345	SC	Tel.Cristais - Sãoo Judas Tadeu	http://www.beijaflor.agricultura.sc.gov.br/
346	SC	Tel.Santa Luzia (M.A.J.) RTM	http://www.beijaflor.agricultura.sc.gov.br/
347	SC	Tel.CEU Campo Limpo	http://www.blumenau.sc.gov.br/
348	SC	Tel.Monte Azul - APAE	http://www.cunhapora.gov.sc.br/
349	SC	Tel.Comunitário de Felixlândia	tc.felixlandia@inclusaodigital.mg.gov.br
350	SE	Tel. Maré - Guaraqueçaba	(79) 3179-3677
351	SE	Tel.Itaipava	(79) 3266-1317
352	SP	Tel.Digital de Horizonte	http://www.acessasp.sp.gov.br/
353	SP	Tel.Apae Batatais	http://www.acessasp.sp.gov.br/
354	SP	Tel.Cultural de Maguari	http://www.acessasp.sp.gov.br/
355	SP	Tel.de Alto Bela Vista	http://www.apaebatatais.org.br/
356	SP	Tel.Comunitário	http://www.arcoiris.sp.gov.br/
357	SP	Tel.Municipal	http://www.cristaispaulista.sp.gov.br/

#	UF	Instituição (telecentro)	Contato 15/16
358	SP	Tel.CAC	http://www.fatecjahu.edu.br/
359	SP	Tel.Santa Clara	http://www.franciscanos.org.br/
360	SP	Tel.2 Capitão Enéas	http://www.guarulhos.sp.gov.br/
361	SP	Tel.2 Carmo do Rio Claro 3	http://www.guarulhos.sp.gov.br/
362	SP	Tel.Trabalho - Fortaleza	http://www.guarulhos.sp.gov.br/
363	SP	Tel.Trabalho - Cumbica	http://www.guarulhos.sp.gov.br/
364	SP	Tel.Trabalho - Vila Flórida II	http://www.guarulhos.sp.gov.br/
365	SP	Tel.Trabalho - Sãoo Joãoo	http://www.guarulhos.sp.gov.br/
366	SP	Tel.Trabalho - Bambi	http://www.guarulhos.sp.gov.br/
367	SP	Tel.Trabalho - Uirapuru	http://www.guarulhos.sp.gov.br/
368	SP	Tel.Trabalho - Albergue	http://www.guarulhos.sp.gov.br/
369	SP	Tel.- Casa Brasil	http://www.guarulhos.sp.gov.br/
370	SP	Tel.Brasilândia	http://www.interacaodigital.org.br/
371	SP	Tel.Comunitário de Corinto	http://www.interacaodigital.org.br/
372	SP	Tel.Com. Ribeirãoo da Várzea	http://www.itapirapuapaulista.sp.gov.br/
373	SP	Tel.Semente	http://www.ministeriosemente.org/
374	SP	Tel.do Trabalhador	telecentro.trabalhador@ac.gov.br
375	SP	Tel.Comunitário de Itapema	telecentro@itapema.sc.gov.br
376	SP	Tel.de Campo Largo/Vila Guarany	jacirjl@hotmail.com
377	SP	Tel.Maceió	telecentromaceio.fme@gmail.com
378	SP	Tel.Municipal de Pocinhos	telecentropocinhos@hotmail.com
379	SP	Tel.Alvorada - Patos de Minas (MG)	akilapaula@hotmail.com
380	SP	Tel.Terminal Rodoviário	telecentroararaquara@telecentroararaquara.com.br
381	SP	Tel.Bibl. Mun. de Ribeirão Branco	ngj123@gmail.com
382	SP	Tel.Comunitário de Franciscópolis	neltioli@hotmail.com
383	TO	Tel.Comunitário- Taquari Digital	taquari.atende@gmail.com
384	TO	Tel.Mundi Mundo Digital- Aureny I	mundi.atende@gmail.com

#	UF	Instituição (telecentro)	Contato 16/16
385	TO	Tel.Casa Brasil	casabrasil.pg@gmail.com
386	TO	Tel.Com. Alvorada do Tocantins	http://telecentroalvoradato.blogspot.com/
387	TO	Tel.Comunitário de Quinta do Sol	nissin.2006@hotmail.com
388	TO	Tel.Comunitário Pref. Mun. Estância	telecentro.estancia@hotmail.com
389	TO	Tel.Comunitário Josué Gonçalves	secgab@gmail.com
390	TO	Tel.Linda da Ipam	telecentrolindadaipam@hotmail.com
391	TO	Tel.Ctr Marista Incl.Digital CMID	cmid.sm@gmail.com
392	TO	Tel.Dom Cavati	domcavati.mg@hotmail.com
393	TO	Casa Brasil / Tel.de Mesquita	leopiupiu@ig.com.br
394	TO	Tel.para Todos	telecentro-farol@bol.com.br
395	TO	Tel.Ilha Digital	seliga_coordenacao@idear.org.br
396	TO	Tel.Escola Santa Rita de Cássia	santarita@ue.seduc.to.gov.br
397	TO	Tel.Centro de Juventude	moises-jose.nascimento@serpro.gov.br
398	TO	Tel.Roda Viva	asso_rodaviva@hotmail.com
399	TO	Tel.Maré de Araguatins	amadodair@yahoo.com.br
400	TO	Tel.Com. Crixas do Tocantins	telecentrocrixas@hotmail.com
401	TO	Tel.Municipal 01	teledno@gmail.com
402	TO	Tel.Comunitário - Divinópolis - TO	fabcesfar@hotmail.com
403	TO	Tel.Comunitário de Itapiratins	sintiasouza31@gmail.com

Currículo Lattes da Autora (somente 1ª página)

Wilma Madeira da Silva

Diretório de grupos de p

SciELO - artigos em completo

É graduada em Comunicação Social (Universidade Católica de Santos, 1989), Mestre em Saúde Pública (USP, 2006), com especializações em Saúde Pública (UNESP, 1994); Planejamento e Administração em Saúde (UNICAMP, 1993); e Informação e Comunicação em Saúde (ENSP/RJ, 1993). É Coordenadora de projetos da Quasar e Coordenadora de projetos pelo IPT/USP. Já atuou como consultora em projetos da Fundação Instituto de Administração (FIA-USP), da Fundação Getúlio Vargas (FGV/SP), da Fundação Escola de Administração (FEA/UFBA), do Instituto Florestan Fernandes e da Faculdade de Saúde Pública (FSP/USP). Tem ampla experiência na área de Políticas Públicas, com ênfase em Gestão Pública e uso de tecnologias, atuando principalmente nos seguintes temas: uso de novas tecnologias, ciência da informação, comunicação social, gestão pública, saúde pública e prontuário eletrônico.
(Texto informado pelo autor)

Última atualização do currículo em 08/11/2010
Endereço para acessar este CV:
http://lattes.cnpq.br/4964687212606359

Certificado pelo autor em 08/11/10

Dados pessoais

Nome	Wilma Madeira da Silva
Nome em citações bibliográficas	MADEIRA, Wilma
Sexo	Feminino
Endereço profissional	Instituto de Políticas Públicas Florestan Fernandes, Capacitação e Pesquisa. Rua Heitor Penteado, 646 Sumarezinho 05438-000 - Sao Paulo, SP - Brasil Telefone: (11) 38721291 Fax: (11) 33376340

Formação acadêmica/Titulação

2007
Doutorado em andamento em Saúde Pública (Conceito CAPES 5) .
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
Título: Transformações nas Relações de Poder Estabelecidas entre Médico e Paciente: um estuco em comunidades virtuais, *Orientador:* Fernando Lefèvre.
Palavras-chave: Comunicação; Saúde; Internet.
Grande área: Ciências da Saúde / *Área:* Saúde Coletiva / *Subárea:* Saúde Pública.
Setores de atividade: Cuidado À Saúde das Pessoas.

2004 - 2006
Mestrado em Saúde Pública (Conceito CAPES 5) .
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
Título: Navegar é preciso: avaliação de impactos da Internet na relação médico-paciente, *Ano de Obtenção:* 2006.
Orientador: Fernando Lefèvre.
Palavras-chave: Internet; Comunicação; representação social.
Grande área: Ciências da Saúde / *Área:* Saúde Coletiva / *Subárea:* Saúde Pública / *Especialidade:* Comunicação na Saúde.
Grande área: Ciências da Saúde / *Área:* Saúde Coletiva / *Subárea:* Saúde Pública / *Especialidade:* Informação da Saúde.
Setores de atividade: Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde.

1994 - 1994
Especialização em Saúde Pública .
Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, UNESP, Brasil.
Título: Canal de TV para a Saúde do Trabalhador de Santos.
Orientador: Antonio Pithon Cyrino.

1993 - 1993
Aperfeiçoamento em Aperfeiçoamento Em Comunicação e Saúde .
Escola Nacional de Saúde Pública. Ano de finalização: 1993.
Orientador: Aurea Maria da Rocha Pitta.

1993 - 1993
Aperfeiçoamento em Gestão do Sistema Único de Saúde .
Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP, Brasil.
Título: Sistemas de Informação do SUS. Ano de finalização: 1993.
Orientador: Gastão Wagner Sousa Campos.

1993 interrompido
Graduação interrompida em 1994 em Psicologia Social .
Universidade Católica de Santos, UNISANTOS, Brasil.
Ano de interrupção: 1994

1986 - 1989
Graduação em Comunicação Social .
Universidade Católica de Santos, UNISANTOS, Brasil.
Título: Chicletes Adam´s: a mercadoria usada como 'troco'..
Orientador: Américo Rodrigues Barbosa.

Currículo Lattes do Orientador (somente 1ª página)

Fernando Lefevre

Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq - Nível 2

Tem graduação em Pedagogia pela Universidade de São Paulo (1969), mestrado em Semiótica pela Universidade de Paris - Sorbonne (1974) e doutorado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (1990). Atualmente é professor titular da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Saúde Pública, atuando principalmente nos seguintes temas: comunicação social em saúde, promoção de saúde, discurso do sujeito coletivo, pesquisa qualitativa, representação social da saúde e da doença e metodologia qualitativa.É criador do método do Discurso do Sujeito Coletivo e dos softwares Qualiquantisof e QLQTonline. Tem bolsa de produtividade do CNPQ

(Texto informado pelo autor)

Rede de Colaboração

Diretório de grupos de pesquisa

SciELO - artigos em texto completo

Última atualização do currículo em 02/11/2010
Endereço para acessar este CV:
http://lattes.cnpq.br/1616277652306428

Certificado pelo autor em 02/11/10

Dados pessoais

Nome	Fernando Lefevre
Nome em citações bibliográficas	LEFEVRE, F.;Lefèvre, Fernando
Sexo	Masculino
Endereço profissional	Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Prática de Saúde Pública. AV.Dr. Arnaldo 715 Cerqueira Cesar 01246-904 - Sao Paulo, SP - Brasil Telefone: (11) 30617718 Fax: (11) 30833501 URL da Homepage: www.fsp.usp.br

Formação acadêmica/Titulação

1995 Livre-docência.
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
Título: , *Ano de obtenção:* 1995.

1983 - 1990 Doutorado em Saúde Pública (Conceito CAPES 5) .
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
Título: O medicamento como problema de saúde pública. Contribuição para o estudo de uma mercadoria simbólica,
Ano de Obtenção: 1990.
Orientador: Nelly Martins Ferreira Candeias.
Bolsista do(a): Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, CNPq, Brasil.

1970 - 1974 Mestrado em Semiótica .
Universidade de Paris - Sorbonne.
Título: A difusão da cultura. Análise de um caso no Brasil, *Ano de Obtenção:* 1974.
Orientador: Edgar Morin.
Bolsista do(a): Governo Francês, , .

1965 - 1969 Graduação em Pedagogia .
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.