
Discurso do Sujeito Coletivo: uma breve introdução à ferramenta de pesquisa qualiquantitativa*

Discourse of Collective Subject: a brief introduction to a qualitative-quantitative research tool*

Discurso del Sujeto Colectivo: una breve introducción a la herramienta de investigación cualitativa y cuantitativa*

Marília Z. A. Figueiredo**

Brasília M. Chiari***

Bárbara N. G. de Goulart****

Resumo

As pesquisas avaliativas, utilizando metodologias qualitativas e qualiquantitativas, ainda são restritas, escassas e pouco acessíveis aos leitores de publicações científicas na área da saúde. Entretanto, questões relativas ao coletivo podem ser mais adequadamente exploradas a partir de metodologias qualitativas. O Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) é uma técnica de tabulação e organização de dados qualitativos e tem como fundamento a teoria da Representação Social. Ele representa uma mudança nas pesquisas qualitativas porque permite que se conheça os pensamentos, representações, crenças e valores de uma coletividade sobre um determinado tema utilizando-se de métodos científicos. A pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes; com um nível de realidade que não pode ser totalmente quantificado. O desafio a que o DSC busca responder é o da auto-expressão do pensamento ou opinião coletiva, respeitando-se a dupla condição qualitativa e quantitativa destes.

Palavras-chave: pesquisa qualitativa; análise qualitativa; metodologia.

* Trabalho realizado na Universidade Federal de São Paulo. Apresentado no 19º Congresso de Fonoaudiologia e 8º Internacional de Fonoaudiologia, de 30 de outubro a 2 de novembro, em São Paulo-SP, na sessão de pôster concorrente a prêmio. ** Fonoaudióloga. Mestranda em Distúrbios da Comunicação Humana pela Universidade Federal de São Paulo. E-mail: mariliazafig@gmail.com. ***Fonoaudióloga. Doutora em Distúrbios da Comunicação Humana pela Universidade Federal de São Paulo. Professora Titular do Departamento de Fonoaudiologia e Livre Docente da Disciplina de Distúrbios da Comunicação Humana da Universidade Federal de São Paulo. ****Fonoaudióloga. Doutora e Pós-Doutoranda em Ciências (Fonoaudiologia) pela Universidade Federal de São Paulo. Professora Adjunto da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Abstract

The researches using qualitative and qualitative-quantitative methodologies are still restricted, scarce and not easily accessible to readers of scientific publications in health. However, issues relating to the collective can be better explored from qualitative methodologies. The Discourse of Collective Subject (DSC) is a technique of tabulation and organization of qualitative data and is based upon the theory of Social Representation. It represents a change in qualitative research because it allows to know the thoughts, images, beliefs and values of a community on a given topic using scientific methods. Qualitative research works with the universe of meanings, motives, aspirations, beliefs, values and attitudes, with a level of reality that can not be fully quantified. The challenge that the DSC seeks to answer is that of self-expression of the collective thought or opinion, respecting the double condition of qualitative and quantitative.

Keywords: *qualitative research; qualitative analysis; methodology.*

Resumen

Los estudios de evaluación con metodologías cualitativas, cuantitativas y cualitativas son todavía restringido, escaso y de difícil acceso para los lectores de las publicaciones científicas en salud. Sin embargo, las cuestiones relacionadas con el colectivo pueden ser mejor aprovechadas a partir de metodologías cualitativas. El Discurso del Sujeto Colectivo (DSC) es una técnica de tabulación y organización de datos cualitativos y se basa en la teoría de la Representación Social. Representa un cambio en la investigación cualitativa, ya que permite conocer los pensamientos, imágenes, creencias y valores de una comunidad sobre un tema determinado mediante métodos científicos. La investigación cualitativa trabaja con el universo de significados, motivaciones, aspiraciones, creencias, valores y actitudes, con un nivel de realidad que no pueden ser cuantificados. El reto para el DSC trata de responder es la de auto-expresión del pensamiento colectivo o de opinión, respetando la doble condición de cualitativos y cuantitativos.

Palabras claves: *investigación cualitativa; análisis cualitativo; metodología.*

Introdução

As pesquisas avaliativas, utilizando metodologias qualitativas e qualiquantitativas, ainda são restritas, escassas e pouco acessíveis aos leitores de publicações científicas na área da saúde. Entretanto, questões relativas ao coletivo podem ser mais adequadamente exploradas a partir de metodologia qualitativa, especialmente quando as percepções das pessoas em geral sobre um dado assunto e, mais particularmente, dos pacientes sobre sua doença e as implicações que elas lhe acarretam são objeto de estudo¹. Os sujeitos do estudo qualitativo são pessoas de determinadas condições sociais, pertencentes a determinados grupos sociais, com suas crenças, valores e significados; o objeto é complexo, contraditório, inacabado e em permanente transformação².

O Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) é uma técnica de tabulação e organização de dados qualitativos, desenvolvido por Lefevre e Lefevre³ no fim da década de 90, e tem como fundamento a teoria da Representação Social. O DSC é um discurso-síntese elaborado com partes de discursos de sentido semelhante, por meio de procedimentos sistemáticos e padronizados⁴.

Ele representa uma mudança nas pesquisas qualitativas porque permite que se conheça os pensamentos, representações, crenças e valores de uma coletividade sobre um determinado tema utilizando-se de métodos científicos.

A aplicação da técnica do DSC a um grande número de pesquisas no campo da saúde⁵ com destaque para o crescente uso na Fonoaudiologia^{6,7,8,9,10} e também em outras áreas do conhecimento¹¹ tem demonstrado sua eficácia para o processamento e expressão das opiniões coletivas¹².

Representações Sociais

O DSC tem como fundamento os pressupostos da Teoria das Representações Sociais¹³ e permite, através de procedimentos sistemáticos e padronizados, agregar depoimentos sem reduzi-los a quantidades¹³.

As representações sociais são esquemas sociocognitivos que as pessoas utilizam para emitirem, no seu cotidiano, juízos ou opiniões; são uma forma de conhecimento, socialmente elaborado e partilhado, de uma realidade comum a um conjunto social¹³.

Esses esquemas sociocognitivos, acessíveis através de depoimentos individuais, precisam ser reconstituídos através de pesquisas sociais que comportem uma dimensão qualitativa e quantitativa. As perguntas devem ser estrategicamente compostas, de modo a fazer com que as respostas dos indivíduos constituam o melhor acesso possível às representações sociais¹³.

Qualiquantitativo

As sociedades existem em um tempo e espaço determinados, são dinâmicas, específicas e provisórias, sendo estas as características fundamentais de qualquer questão social³. A realidade social é o próprio dinamismo da vida individual e coletiva. Essa mesma realidade é mais rica que qualquer teoria, pensamento ou discurso que possamos elaborar sobre ela³.

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes; com um nível de realidade que não pode ser totalmente quantificado³. O desafio a que o DSC busca responder é o da auto-expressão do pensamento ou opinião coletiva, respeitando-se a dupla condição qualitativa e quantitativa destes¹⁴.

Considerando-se o quadro da pesquisa empírica, o pensamento, materializado sob forma de discurso, é uma variável qualitativa, ou seja, é um produto a ser posteriormente qualificado. Mas, sendo esse pensamento coletivo, configura-se também como uma variável quantitativa, na medida em que expressa as opiniões compartilhadas pelos indivíduos¹⁴.

Assim, para que o pensamento coletivo possa se auto-expressar por meio da pesquisa empírica, faz-se necessária a constituição de um sujeito portador desse discurso coletivo: um sujeito coletivo¹⁴.

Nas pesquisas de opinião tradicionais, o sujeito (aquele que fala: “na minha opinião...”) é ou tratado com distanciamento (“os usuários do posto de saúde acham...”) ou com pluralização (“nós, representantes do sindicato...”).

O Discurso do Sujeito Coletivo é uma proposta de reconstituição de um ser empírico coletivo, opinante na forma de um sujeito de discurso emitido na primeira pessoa do singular¹⁴. O social falando na primeira pessoa do singular é o regime natural de funcionamento das opiniões ou representações sociais¹³.

De fato, as opiniões ou representações sociais funcionam justamente porque os indivíduos acreditam que suas opiniões são genuínas. Portanto, a coletividade falando na primeira pessoa do singular ilustra o funcionamento dessas representações¹⁴.

Com o objetivo de conhecer as representações sobre o trabalho multiprofissional no serviço público de saúde, autores¹⁵ entrevistaram 45 profissionais de saúde de uma unidade básica em um município do Paraná e utilizaram a técnica do DSC para análise. Entre outras coisas, observaram uma inexistência de práticas interdisciplinares no processo assistencial em saúde e uma ausência de responsabilidade coletiva pelos resultados do trabalho¹⁶, levando à descontinuidade das ações específicas de cada profissional.

Visando conhecer as dificuldades de acessibilidade aos serviços de saúde por pessoas com deficiência, autores¹⁷ entrevistaram 25 indivíduos com alguma deficiência na cidade de São Paulo. A análise dos discursos sobre o deslocamento ao serviço de saúde mostrou diversidade quanto ao usuário ir ao serviço sozinho ou acompanhado, utilizar carro particular, transporte coletivo, ir a pé ou de ambulância¹⁸. Com relação às dificuldades de acessibilidade oferecidas pelos serviços de saúde, houve relatos de demora no atendimento, problemas com estacionamento, falta de rampas, elevadores, cadeiras de rodas, sanitários adaptados e de médicos¹⁹.

Foi realizado um estudo²⁰ com 80 agentes comunitários de saúde, provenientes de 16 Unidades Básicas de Saúde de Piracicaba, São Paulo, com o objetivo de avaliar como se davam as práticas educativas em saúde bucal no trabalho cotidiano desses agentes. Verificou-se que as atividades educativas em saúde bucal eram realizadas de forma esporádica e voltadas prioritariamente às gestantes, mães e crianças, em um modelo vertical de transmissão de informações, visando mudanças de comportamentos individuais e incorporação de hábitos saudáveis. Os resultados sugeriram a necessidade dos agentes repensarem a forma como vinham desenvolvendo suas práticas educativas em saúde bucal.

Buscando identificar o sentido da intervenção médica e da fé religiosa em idosos não hospitalizados com câncer, autores²¹ entrevistaram 20 pacientes com mais de 60 anos que faziam tratamento quimioterápico em um hospital público de São Paulo. Quanto ao procedimento médico, o discurso coletivo mostrou um sentimento de satisfação e de agradecimento aos profissionais de saúde envolvidos no tratamento e na aplicação dos recursos tecnológicos. Quanto à fé religiosa, o discurso coletivo enalteceu-a; a fé e o tratamento aparecem como parceiros íntimos e a sinergia é positiva para o enfrentamento da doença²².

Com o objetivo de construir instrumentos que pudessem ser úteis na prevenção da gravidez na adolescência, uma pesquisa realizada²³ procurou entender as representações sociais de adolescentes na zona sul de São Paulo e dos profissionais de saúde da rede pública dessa região quanto ao uso da pílula do dia seguinte. Não foram utilizadas perguntas formais, mas oito casos hipotéticos diferentes nos quais o personagem utilizava ou pensava em utilizar a pílula do dia seguinte. Em seguida, era indagado ao adolescente qual seria sua atitude se estivesse vivenciando o caso, e ao profissional de saúde qual seria sua orientação ao personagem do caso. A pesquisa resultou em interessantes discursos / posicionamentos dos adolescentes e profissionais de saúde. Dentre outras coisas, os autores observaram uma necessidade dos profissionais encarregados de orientar os adolescentes treinarem sua escuta.

A técnica do DSC

Os Discursos do Sujeito Coletivo formam um painel de representações sociais sob a forma de discursos que buscam, com base numa série de artifícios metodológicos, resgatar o pensamento coletivo de uma forma menos arbitrária¹⁴ do que geralmente ocorre em uma pesquisa qualitativa.

Na técnica do DSC, os depoimentos coletados são metodologicamente tratados através do Qualiquantisoft (software desenvolvido com base na teoria do DSC) com o objetivo de obter o pensamento coletivo. A técnica consiste basicamente em analisar o material verbal coletado em pesquisas que têm depoimentos como sua matéria-prima, extraindo-se de cada um destes depoimentos as Idéias Centrais ou Ancoragens e as suas correspondentes Expressões Chave; com as Idéias Centrais/Ancoragens e Expressões Chave semelhantes compõe-se um ou vários discursos-síntese que são os Discursos do Sujeito Coletivo¹⁴.

As expressões chave (ECH) são pedaços, trechos do discurso, que devem ser destacados pelo pesquisador, e que revelam a essência do conteúdo do discurso ou a teoria subjacente.

A Idéia Central (IC) é um nome ou expressão lingüística que revela, descreve e nomeia, da maneira mais sintética e precisa possível, o(s) sentido (s) presentes em cada uma das respostas analisadas e de cada conjunto homogêneo de ECH, que vai dar nascimento, posteriormente, ao DSC.

Algumas ECH remetem não apenas a uma IC correspondente, mas também e explicitamente a uma afirmação que denominamos Ancoragem (AC) que é a expressão de uma dada teoria ou ideologia que o autor do discurso professa e que está embutida no seu discurso como se fosse uma afirmação qualquer²⁴.

O Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) é uma reunião num só discurso-síntese redigido na primeira pessoa do singular de ECH que têm ICs ou Acs semelhantes ou complementares.

Estes conteúdos de mesmo sentido, reunidos num único discurso, por estarem redigidos na primeira pessoa do singular, buscam produzir no leitor um efeito de "coletividade falando"; além disso, dão lugar a um acréscimo de densidade semântica

nas representações sociais, fazendo com que uma idéia ou posicionamento dos depoentes apareça de modo “encorpado”, desenvolvido, enriquecido, desdobrado.

(Lefevre, Lefevre e Marques, 2009, p. 1194)

O conteúdo deste depoimento síntese é editado para constituir o produto final que é o discurso do sujeito coletivo, ou seja, uma opinião coletiva de uma pessoa coletiva, redigida na primeira pessoa do singular¹³.

As representações sociais sobre o assunto pesquisado são constituídas pelo conjunto dos discursos do sujeito coletivo relativos aos temas e subtemas pesquisados¹⁴.

Tendo como base os DSCs obtidos e seu contexto, pode-se discutir sobre o motivo das pessoas terem tais pensamentos, bem como quais suas consequências e implicações práticas¹³.

Definido qualitativamente o caráter coletivo do pensamento social, é realizada a coletivização dos resultados pela quantidade. Os dados são organizados em gráficos representativos da frequência que cada opinião aparece em relação ao número total de opiniões.

Exemplo

Abaixo, um exemplo de um projeto desenvolvido com o DSC. Trata-se de uma

pesquisa desenvolvida no ano de 2002, por solicitação do Ministério da Saúde da Argentina, em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde, devido à introdução de uma política pública que exigia que o médico prescrevesse medicamentos utilizando exclusivamente nomes genéricos (de seus componentes químicos). Os dados apresentados referem-se a uma das perguntas coletadas junto a usuários e médicos de hospitais públicos de Buenos Aires (Quadro 1 e Gráfico 1)¹⁴.

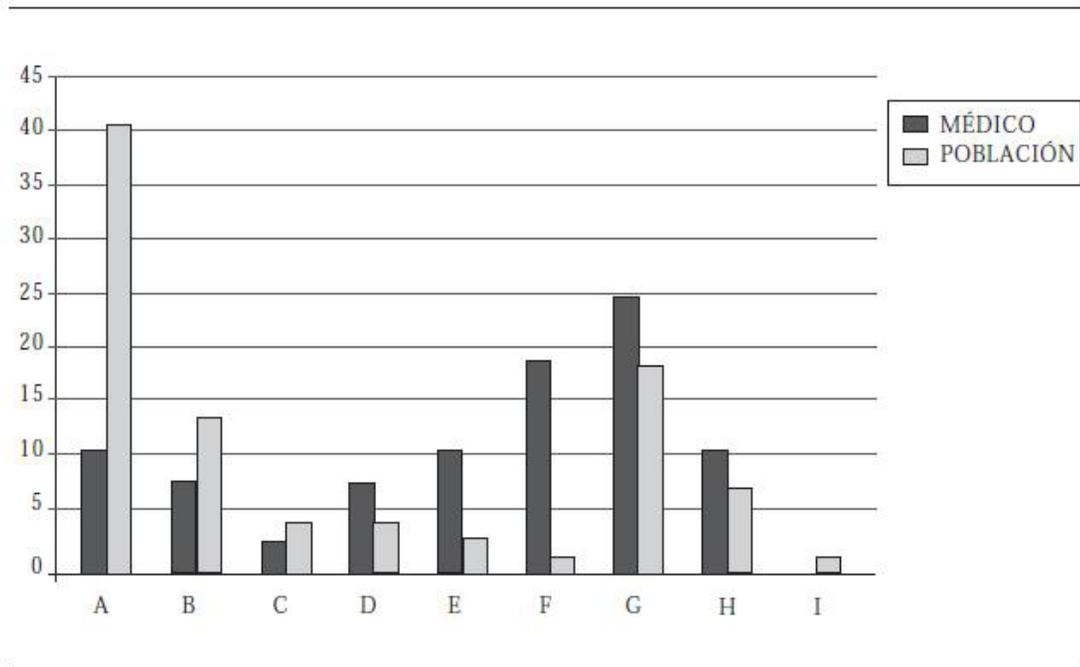
Pergunta: Hoje, na Argentina, os médicos devem receitar preferencialmente pelo nome genérico e não pela marca do medicamento. Isto significa que o paciente poderá escolher os medicamentos entre as diferentes opções de preços disponíveis. A pergunta é: o(a) senhor(a) considera que medicamentos de preços diferentes podem ter a mesma qualidade?

O Quadro 1 mostra a síntese qualitativa das Representações Sociais e o Gráfico 1, as Representações Sociais dos médicos e da população, referentes à pergunta acima.

Abaixo, os discursos do sujeito coletivo correspondentes à representação “A” (Porque os medicamentos podem ter preços diferentes, uma vez que o preço é determinado por vários fatores que não têm necessariamente a ver com a qualidade do medicamento) da população e dos médicos.

Quadro 1: Síntese qualitativa das representações sociais¹⁴.

Categorias idéias centrais
<p>SIM</p> <p>A Porque os medicamentos podem ter preços diferentes, uma vez que o preço é determinado por vários fatores que não têm necessariamente a ver com a qualidade do medicamento</p> <p>B Porque a prescrição pelo nome genérico facilita o acesso da população aos medicamentos e também permite ao consumidor a escolha da marca</p> <p>C Porque confia nos órgãos governamentais, na seriedade dos laboratórios e nos médicos</p> <p>D Desde o momento em que o Estado estabeleça controles, legislação e mecanismos de competição adequados</p>
<p>COM RESERVAS</p> <p>E Porque tem dúvidas sobre os mecanismos de controle de qualidade usados pelos laboratórios e farmácias (controle de qualidade dos produtos feito pelas próprias empresas)</p> <p>F Na atualidade, na Argentina, não há como garantir o controle de qualidade dos medicamentos pelo Estado</p>
<p>NÃO</p> <p>G Porque a qualidade de um medicamento depende de seu processamento. Os medicamentos de preço mais baixo podem ter pior qualidade e os efeitos podem ser diferentes</p> <p>H Porque quem deve indicar e informar ao paciente qual o medicamento mais adequado e qual o melhor laboratório é o médico e não o farmacêutico</p>
<p>UMA SOLUÇÃO</p> <p>I Monopolização da produção de medicamentos pelo Estado</p>

Gráfico 1: Representações sociais dos médicos e da população sobre a relação entre preço e qualidades dos medicamentos. Buenos Aires, 2002¹⁴.

Nota-se que o discurso (favorável) da população é mais enfático que o discurso (também favorável) dos médicos.

População

Seguramente há medicamentos que pela marca ou pela antiguidade, ou pelo que seja, têm preços mais caros que outros medicamentos que são novos no mercado e que podem entrar com preços mais econômicos.

O preço não é um indicador de qualidade. A crença habitual é que maior preço, maior qualidade. Isto, no entanto, em muitos casos é um engano, por exemplo, empresas que têm uma boa marca estabelecida abusam da imagem de marca para posicionar-se com um preço mais alto e estão oferecendo, do ponto de vista da efetividade básica, exatamente o mesmo que outros remédios de preço mais baixo.

Então sim, tranquilamente, os remédios podem ter a mesma qualidade: são variados no preço, mas da mesma qualidade: estamos falando da mesma droga sim, o resto é estrutura e demais coisas que se pagam e inclusive subornos aos médicos (há muitíssimos subornos aos médicos).

Existem também laboratórios que fazem pesquisa, mas que têm preços excessivos: ainda utilizando a

mesma monodroga, há muita diferença de preço. Coloco um exemplo claro: o doce de leite. Há um doce de leite de uma determinada marca e há doces de leite de outras marcas, mas que são elaborados pela mesma fábrica e pelo simples fato de ter um nome, uma marca, saem duas a três vezes mais caro, mas é o mesmo doce de leite, tem o mesmo gosto e produz a mesma necessidade e, então, por isso mesmo é que considero que sim, os medicamentos podem ser de preços diferentes e marcas diferentes e origens distintas e podem servir para a mesma coisa, sim, podem servir.

Médicos

Sim, creio que sim, que podem ter a mesma qualidade. O que acontece é que há um aumento desmedido do preço nas grandes empresas pelo empacotamento, pelo marketing; então, acredito que se pode conseguir remédios mais baratos com menos inversão.

De fato, há medicamentos de diferentes laboratórios, tanto nacionais quanto internacionais, que têm variações nos preços e a qualidade, em princípio, é a mesma porque clinicamente percebe-se que é a mesma.

Tudo depende da experiência pessoal, quer dizer, há

laboratórios que têm a droga original e tem-se que pagar pela marca assim como pagamos a marca de um jeans ou a marca de outra coisa.

Sabemos positivamente que, por sua vez, outros laboratórios compram a droga para fabricá-la, ou seja, que a diferença de preços às vezes não se justifica.

Estes resultados ilustram que a pesquisa com o DSC pode gerar um painel de opiniões coletivas; que uma mesma opinião adquire matizes distintas na medida em que é gerada por atores sociais distintos (no caso, médicos e pacientes); que resultados qualitativos (os discursos) e quantitativos podem se articular¹⁴.

Considerações Finais

As representações sociais são esquemas sociocognitivos que as pessoas utilizam para emitirem, no seu cotidiano, juízos ou opiniões. Tais esquemas são acessíveis através de depoimentos individuais. Os discursos individuais são agrupados, por semelhança semântica, em discursos-síntese redigidos na primeira pessoa do singular, de modo a configurar um sujeito coletivo portador de uma opinião social¹⁴.

O processamento das respostas, que culmina na produção dos discursos do sujeito coletivo, supõe: uma postura rigorosamente descritiva, a análise detalhada, a seleção do conteúdo relevante de cada resposta, a busca e a nomeação das idéias centrais e ancoragens presentes nos conteúdos das respostas e, finalmente, a edição dos DSCs¹⁴.

Estas etapas metodológicas são condições necessárias para que as pesquisas com o DSC sejam vistas como produções científicas, passíveis de serem criticadas nas suas eventuais insuficiências e erros, e reproduzíveis pelos pesquisadores que assim o desejarem¹³.

Referências Bibliográficas

1. Rocha EM, Alves M. Metodologia qualitativa. In: Bicas HEA, Rodrigues MLV, editores. Metodologia científica. Rio de Janeiro: Cultura Médica; 2008. p.337-40.
2. Minayo MCS. O Desafio do Conhecimento. Pesquisa Qualitativa em Saúde. 8ª ed. São Paulo: Ed Hucitec; 2004.
3. Lefevre F e Lefevre AMC. O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul: Educ; 2003a.
4. Lefevre F e Lefevre AMC. Pesquisa qualitativa levada a sério. 2003b. [internet]. Disponível em: http://www.fsp.usp.br/~lefevre/Discurso_o_que_e.htm. Acesso em: Jul, 2011.
5. Tavelaro P, Oliveira CAF e Lefèvre F. Avaliação do conhecimento em práticas de higiene: uma abordagem qualitativa. Interface. 2006; 10(19):243-54.
6. Figueiredo-Andrade MZ, Chiari BM e Goulart BNG. Surdocegueira pós-linguística em síndrome de usher: estudo observacional retrospectivo. [dissertação]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2011.
7. Chiari BM, Bragatto EL, Carvalho CAF e Nishihata R. Perspectivas da Atuação Fonoaudiológica Frente ao Diagnóstico e Prognóstico da Surdocegueira. Revista Distúrbios da Comunicação. 2006;18(3): 371-382.
8. Akiyama R. Análise comparativa da intervenção fonoaudiológica na surdez: com a família ou com os pais? [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2006.
9. Lemos MES, Barros CGC e Amorim RHC. Representações familiares sobre as alterações no desenvolvimento da linguagem de seus filhos. Distúrbios da Comunicação. dez 2006; 18(3): 323-333.
10. Trenche MCB, Balieiro CR. A escrita e prática fonoaudiológica com crianças surdas/deficientes auditivas. Distúrbios da Comunicação. ago 2004; 16(2): 175-180.
11. Bydlowski CR, Lefèvre AMC e Pereira IMTB. Promoção da saúde e a formação cidadã: a percepção do professor sobre cidadania. Ciência e Saúde Coletiva. 2011; 16(3):1771-1780.
12. Lefevre F e Lefevre AMC. O sujeito coletivo que fala. Comunic, Saúde, Educ. jul/dez 2006; 10(20):517-24.
13. Lefevre F e Lefevre AMC. Pesquisa de Representação Social. Brasília: Liberlivro; 2010.
14. Lefevre F, Lefevre AMC e Marques MCC. Discurso do Sujeito Coletivo, complexidade e auto-organização. Ciências e Saúde Coletiva. 2009; 14(4):1193-1204.
15. Otenio CCM, Nakama L, Lefevre AMC e Lefevre F. Trabalho multiprofissional: representações em um serviço público de saúde municipal. Saúde e Sociedade. 2008; 17(4):135-150.
16. Farias LO e Vaitsman J. Interação e conflito entre categorias profissionais em organizações hospitalares públicas. Cad Saúde Pública. set/out 2002; 18(5):1229-1241.
17. Castro SS, Lefevre F, Lefevre AMC, César CLG. Acessibilidade aos serviços de saúde por pessoas com deficiência. Rev Saúde Pública. 2011; 45(1):99-105.
18. Gill TM, Robison JT, Tinetti ME. Difficulty and dependence: two components of the disability continuum among community-living older persons. Ann Intern Med. 1998; 128(2):96-101.
19. Cheer J, Kroll T, Neri MT, Beatty P. Access barriers for persons with disabilities: the consumer's perspective. J Disabil Pol Studies. 2003; 13(4):221-31.
20. Mialhe FL, Lefevre F e Lefevre AMC. O agente comunitário de saúde e suas práticas educativas em saúde bucal: uma avaliação quali quantitativa. Ciência e Saúde Coletiva (online), p. 146, 2009.
21. Lefevre F e Teixeira JJV. Significado da intervenção médica e da fé religiosa para o paciente idoso com câncer. Ciência e Saúde Coletiva. 2008; 13(4):1247-1256.
22. Rosner F. Religion and Medicine. Arch Intern Med. 2001; 165(15):1811-1822.
23. Lefevre F, Lefevre AMC, Cornetta VK e Araújo SDT. O Discurso do Sujeito Coletivo como Eu ampliado: aplicando a proposta em pesquisa sobre a pílula do dia seguinte. Rev Bras Crescimento Desenvolvimento Hum. 2010; 20(3):798-808.



24. Lefèvre AMC, Lefevre F, Cardoso MRL e Mazza MMPR.
Assistência pública à saúde no Brasil: estudo de seis ancoragens.
Saúde e Sociedade. 2002; 11(2):35-47.

Recebido em abril/12; **aprovado em** março/13

Endereço para correspondência

Marília Z. A. Figueiredo
Endereço: Rua Santa Cruz, 785, apt 101, Vila Mariana
CEP 04121-000, São Paulo - SP.
Telefone: (11)9393-4450.

E-mail: mariliazafig@gmail.com

