

O desenvolvimento de uma pesquisa-intervenção com uma comunidade urbana

Robert E. Snyder,^{II} Luiza Rodrigues de Oliveira,^I Carlos Dimas Martins Ribeiro,^I Mara Ribeiro Corrêa,^I Claudete Aparecida Araújo Cardoso,^I Fabio Aguiar Alves,^I ★ Rose Mary Latini^I

^I Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, Brasil

^{II} Universidade da Califórnia, Berkeley, Califórnia, USA

Resumo

Este artigo analisa o desenvolvimento de uma pesquisa no campo da Epidemiologia, na interface com a psicologia histórico-cultural, que teve como cenário uma comunidade urbana. A pesquisa pretendia comparar a carga das doenças relacionadas ao diabetes mellitus, a fim de, posteriormente, promover uma prática em saúde, o que significa uma divisão entre diagnóstico e intervenção. Entretanto, durante o processo, uma pesquisa, alternativa a este modelo diagnóstico, foi sendo produzida no processo dialógico entre os envolvidos. Esta prática - nomeada de pesquisa-intervenção - trouxe à tona o caráter construtivo do conhecimento e produziu "zonas de sentido", que engendraram formas novas para a pesquisa e para a prática em saúde. Estas transformações exigiram também novos percursos epistemológicos, o que nos aproximou da psicologia histórico-cultural de Vigotski, da pedagogia de Freire e da filosofia da linguagem de Bakhtin.

Palavras-chave: pesquisa-intervenção; diabetes; saúde; epidemiologia; psicologia.

The development of a research-intervention project with an urban slum

Abstract

This article analyzes the interface between epidemiology and historical-cultural psychology in a research project in an urban slum: Morro do Preventório, located in the Charitas neighborhood of the city of Niterói, in the state of Rio de Janeiro, Brazil. From the outset, the study sought to assess the clinical burden of disease due to diabetes mellitus, iteratively integrating findings into clinical practice, a strict separation between diagnosis and intervention. However, during the course of the project, it began to shift away from the traditional medical model as all stakeholders became engaged in the dialogic process. This process – known as research-intervention – brought to light the constructive nature of knowledge, producing "zones of senses". These senses, and the lessons learned via their analysis, engender the development of new research and medical practice. In the process of these analyses we highlight several intersecting epistemological paths as we explore the historical-cultural psychology of Vygotsky, the pedagogy of Freire, and the philosophy of the language of Bakhtin.

Keywords: research-intervention; diabetes; health; epidemiology; psychology.

Introdução

Apresentando o aporte teórico

Este artigo descreve e analisa o desenvolvimento de uma pesquisa no campo da Epidemiologia, que toma a psicologia histórico-cultural como fundamento de análise para as práticas realizadas, que teve como cenário a comunidade urbana do Preventório, no bairro de Charitas/Hípica, localizada no município de Niterói - RJ, Brasil.

Inicialmente a pesquisa tinha apenas caráter diagnóstico, pois, por meio do projeto Populações Vulneráveis com Diabetes (PVD),¹ elaborado por pesquisadores da Universidade Federal Fluminense (UFF) e da Universidade de Califórnia (UC) Berkeley, objetivava coletar dados para comparar a carga das doenças relacionadas ao diabetes mellitus (DM), e às suas complicações, na rede pública de Niterói, a fim de, posteriormente, promover uma prática em saúde voltada para a melhoria das condições das populações envolvidas na pesquisa.

Este tipo de atuação remete a uma clara divisão entre diagnóstico e intervenção, nos moldes das pesquisas mais tradicionais em que há o ideal de uma apropriação linear de uma realidade que se nos apresenta e a consideração do sujeito do campo de pesquisa como alvo das instrumentações do pesquisador (GONZÁLEZ REY, 2010). Esta perspectiva é instituída pelo que podemos nomear de operador ético da modernidade, estilo de vida produzido pela tríade que instaura a sociedade moderna – Ciência-Capital/Trabalho-Estado. No campo das pesquisas sobre os fenômenos humanos e sociais, esta abordagem caracteriza um *status* epistemológico que nos impõe um modelo quantitativo e anistórico.

É evidente que o principal problema da quantificação não está referido na operação como tal, operação que é totalmente legítima na produção do conhecimento; o principal problema está naquilo que quantificamos [...] esse tem sido um aspecto totalmente ignorado por causa da utilização, de forma inadequada, da quantificação que guia importantes setores da pesquisa nas ciências sociais (GONZÁLEZ REY, 2010, p. 3).

A crítica feita é, portanto, ao instrumentalismo que, no trato dos fenômenos humanos e sociais, aparta pesquisadores e sujeitos do campo; diagnóstico e intervenção, a partir de uma ancoragem em categorias universais pelas quais são estabelecidas relações de

*Endereço para correspondência: Universidade Federal Fluminense, Programa de Mestrado em Patologia. Rua Marquês do Paraná, 303, 4o andar - sala 01, prédio principal do Hospital Universitário Antônio Pedro. Centro - Rio de Janeiro, RJ - Brasil. CEP: 24033-900. E-mail: robert.snyder@berkeley.edu, luiza.oliveira@gmail.com, dimasmrribeiro@gmail.com, mararibeirocorrea@yahoo.com.br, claudetecardoso@id.uff.br, faalves@gmail.com, rose.latini@gmail.com

¹O projeto PVD foi aprovado pelos comitês de ética da UFF e da UC Berkeley; e pelo Núcleo de Educação Permanente e Pesquisa (NEPP) da prefeitura de Niterói.

causa e efeito entre significados e formas de produção dos sujeitos concretos (GONZÁLEZ REY, 2010). Nesse sentido, a pesquisa não passaria de uma ação diagnóstica e classificatória e a intervenção, de uma aplicação de conhecimentos preestabelecidos e não integrados às histórias de vida das populações.

Pesquisas na área de saúde, especificamente em Epidemiologia, são feitas para a melhoria das condições de saúde e do estilo de vida das populações, a partir da compreensão do binômio saúde-doença no âmbito da coletividade. Porém, quando a investigação, nessa área, acontece de forma não integrada à população, em que os pesquisadores, como especialistas, se apropriam dos saberes dos atores sociais, tomando-os como objetos de investigação, os resultados ficam comprometidos em termos de desenvolvimento e melhoramento do estado da saúde da população. Normalmente, ao fim da investigação não integrada, com os diagnósticos realizados, os pesquisadores não dão retorno ao campo, às populações, além da promessa vaga de “ter contribuído para o conhecimento científico” (HARRIS, 2004).

Esta forma de investigação integrada às práticas concretas das populações traz à tona a relação entre saúde e educação, pois a participação das populações no processo de construção de ações de saúde requer práticas educativas, a fim de configurar novas formas de relação, de estilo de vida. No entanto, estas práticas pedagógicas devem ser respaldadas pelos modelos dialógicos, nos quais as populações se apropriem dos saberes e não apenas se submetam a eles (FERNANDES; BACKES, 2010). Diante do pressuposto que associa saúde à educação, um dos referenciais deste trabalho já se anuncia – o método freireano. Este método vem sendo aproximado das pesquisas em saúde como alternativa ao modelo tradicional, que é típico do operador ético da modernidade.

Para muitos de nós, a realidade concreta de uma certa área se reduz a um conjunto de dados materiais ou de fatos cuja existência ou não, de nosso ponto de vista, importa constatar. Para mim, a realidade concreta é algo mais que fatos ou dados tomados mais ou menos em si mesmos. Ela é todos esses fatos e todos esses dados e mais a percepção que deles esteja tendo a população neles envolvida (FREIRE, 1986, p. 35).

Com estas afirmações, não estamos negando as contribuições dadas pelas pesquisas em epidemiologia que estão associadas a um viés mais clássico, mas, estamos defendendo a ideia de que a participação dos atores sociais traz um sentido novo às formas de intervenção, pois a realidade estudada passa a ser contada pelas próprias populações no diálogo com pesquisadores e especialistas.

No campo da Epidemiologia, a abordagem pautada no operador ético da modernidade produz o que denominamos promoção de saúde conservadora. Passados exatos 30 anos da promulgação da Carta de Ottawa, que é um dos documentos de fundamentação

do conceito de promoção de saúde, é preciso construir a possibilidade de análise de como as propostas contidas no documento vêm sendo implementadas. Segundo Buss (2000), podemos falar em dois tipos de promoção de saúde. Um dos modelos, o que nomeamos em nosso artigo como conservador, desenvolve práticas que são dirigidas somente à mudança comportamental dos indivíduos. São programas e ações de educação para a saúde individuais voltados para riscos comportamentais, tais como o fumo, a falta de exercícios físicos, o controle alimentar, entre outros. No entanto, ainda de acordo com Buss (2000) e Traverso-Yépez (2007), há um modelo de promoção mais contemporâneo, que neste artigo denominamos promoção de saúde crítica, que evidencia um conceito ampliado de saúde, em que

[...] as atividades estariam, então, mais voltadas ao coletivo de indivíduos e ao ambiente, compreendido num sentido amplo, de ambiente físico, social, político, econômico e cultural, através de políticas públicas e de condições favoráveis ao desenvolvimento da saúde (as escolhas saudáveis serão as mais fáceis) e do reforço (*empowerment*) da capacidade dos indivíduos e das comunidades (BUSS, 2000, p. 167).

Durante a implementação do trabalho aqui relatado, uma pesquisa alternativa ao modelo diagnóstico inicial foi sendo produzida no processo dialógico entre os envolvidos - pesquisadores, atores da comunidade e profissionais de saúde. Isso porque o *empowerment* foi se constituindo nas relações concretas. O termo *empowerment*, em nossas pesquisas, é tomado a partir de uma abordagem epistemológica que instaura suas discussões acerca da produção de subjetividade. Esta perspectiva no campo da Saúde, engendra a ideia de que nenhuma prática em saúde tem sentido em si mesma, mas depende do contexto no qual está inserida, depende da realidade das populações (MORI; GONZÁLEZ REY, 2012).

Assim, o sentido subjetivo se organiza a partir das diferentes produções humanas, e, à medida que a pessoa atua em diferentes contextos e os qualifica à sua maneira, novos sentidos subjetivos podem emergir e alterar os sentidos subjetivos iniciais que correspondiam à configuração subjetiva dominante em relação a essa experiência (MORI; GONZÁLEZ REY, 2012, p. 146).

Esta abordagem epistemológica está fundamentada no conceito de subjetividade que podemos apreender da obra do psicólogo russo L. Vigotski (1996, 2000, 2010). Baseando-se nos princípios do método dialético de Marx, para o qual todos os fenômenos são processos em movimento e em mudança, dentre eles as ditas funções psicológicas superiores, a análise da obra de Vigotski permite sustentar que subjetividade é processualidade, que supera o conceito da lógica cartesiana em direção à ideia de sistemas psicológicos que ocorrem no processo de individuação e diferenciação do homem inserido social e historicamente em uma cultura. E mais do que isso, a compreensão da subjetividade só se dá pelo conhecimento das contradições de sua organização. Isto

é, o processo de subjetivação² acontece em um cenário de conflitos, réplicas, contradições, tensões, no mundo de significações concretas.

A ruptura com o conceito de sujeito organizado e a ressignificação da subjetividade como processo das formas culturais de relação nos revela a prática dos homens historicamente situados. Esta forma de recolocação do método da psicologia produz outro modo de intervenção no real. Para Vigotski, o método não se dá simplesmente pelo trato do fenômeno humano como fato social, não se dá pela sua redução ao biológico ou aos princípios da introspecção (psicocentrismo ingênuo), e também não é possível pela “observação clínica” ou pelo método comportamentalista, pois não há sujeito para ser conhecido “de fora” pelo pesquisador. Como a subjetividade se constitui no processo de intersubjetividade, é nas atividades práticas, nas interações que devemos “compreender” o sujeito.

Para discutir esta perspectiva de compreensão, nos aproximamos de outro autor, Bakhtin (2011), que, tal como Vigotski, afirmava o método da dialética marxista como forma de superação dos reducionismos nas ciências humanas.

Compreender a enunciação de outrem significa orientar-se em relação a ela, encontrar o seu lugar adequado no contexto correspondente. A cada palavra da enunciação que estamos em processo de compreender, fazemos corresponder uma série de palavras nossas, formando uma réplica. Quanto mais numerosas e substanciais forem, mais profunda e real é a nossa compreensão (BAKHTIN; VOLOCHINÓV, 2009, p. 137).

Ao pensar a pesquisa no campo da saúde, tomamos o mesmo método como referência, pois a epistemologia da dialética, defendida por Vigotski e Bakhtin, ao romper com a representação dos processos lineares de determinação, institui a plurideterminação, o que remete ao que alguns chamam de *práxis* e aos múltiplos fazeres, múltiplas técnicas – isso não significa a totalidade das técnicas e saberes fragmentados, mas as diversas possibilidades do campo. No campo da saúde, é preciso promover um tipo de intervenção, que atrelada à pesquisa, construa instrumentos que possibilitem a *práxis* entre o saber das populações e o saber acadêmico-científico, dando protagonismo aos atores sociais das diversas comunidades.

Este processo - que denominamos pesquisa-intervenção - trouxe à cena o caráter construtivo interpretativo do conhecimento e produziu, ainda, “zonas de sentido”, que deram voz aos atores do campo, produzindo, assim, formas novas para a pesquisa e para a prática em saúde, aproximando-as de vertentes da crítica social.

Esta proposta de pesquisa está fundamentada no discurso das populações, que não pode ser entendido aquém e além do contexto cultural (social, histórico,

²É preciso fazer um esclarecimento: é fato que não há na obra de Vigotski o aparecimento do termo subjetividade, mas defendemos, tal como outros analistas, que o conceito está instituído nos textos do autor quando ele afirma o desejo de encontrar o homem criativo mesmo que sob as determinações sociais (SAWAIA, 2009).

político e econômico), pois é produzido na relação dialética entre subjetividade e objetividade, como diz Freire (1986). Se a promoção de saúde crítica é categoria de análise, não conseguiremos compreender este fenômeno e propor alternativas se não analisarmos os estilos de vida das populações envolvidas, através de suas próprias percepções. Entretanto, o objetivo não é de dominação do saber especializado, produzido pelas universidades e pelos centros de pesquisa, sobre o saber das populações, com a promoção de práticas que visam à mudança de comportamento e a culpabilidade dos atores sociais. Ao deslocarmos esta discussão do campo das ações individuais para o modo de produção que a define e a situa, percebemos que é condição para a promoção da conscientização – conceito tão caro à promoção de saúde crítica, a problematização da realidade a partir dos processos culturais; a ruptura com processos que diluem a dimensão social na natural, o entendimento dialético da relação sociedade-natureza.

Logo, a pesquisa que realizamos é denominada pesquisa-intervenção, pois construiu no próprio campo de investigação, junto aos atores sociais o objetivo de “dar voz” aos atores sociais acerca das práticas em saúde, com a finalidade de que a partir daí seja produzida uma réplica ao que está instituído. Isto é, a participação dos atores sociais traz a perspectiva de transformação social, pois, a tomada de consciência, acerca das condições de possibilidade históricas, políticas, econômicas e sociais das condições de saúde, promove questionamento sobre o que está instituído e sua transformação.

Se [...] a minha opção é libertadora, se a realidade se dá a mim não como algo parado, imobilizado, posto, aí, mas na relação dinâmica entre objetividade e subjetividade, não posso reduzir os grupos populares a meros objetos da minha pesquisa. Simplesmente, não posso conhecer a realidade de que participam a não ser com eles como sujeitos também deste conhecimento que, sendo para eles, um conhecimento do conhecimento anterior (o que se dá ao nível da sua experiência cotidiana) se torna um novo conhecimento. Se me interessa conhecer os modos de pensar e os níveis de percepção do real dos grupos populares estes grupos não podem ser meras incidências de meu estudo. Dizer que a participação direta, a ingerência dos grupos populares no processo da pesquisa altera a “pureza” dos resultados implica na defesa da redução daqueles grupos a puros objetos da ação pesquisadora de que, em consequência, os únicos sujeitos são os pesquisadores profissionais. Na perspectiva libertadora em que me situo, pelo contrário, a pesquisa, como ato de conhecimento, tem como sujeitos cognoscentes, de um lado, os pesquisadores profissionais; de outro, os grupos populares e, como objeto a ser desvelado, a realidade concreta. Quanto mais, em uma tal forma de conceber e praticar a pesquisa, os grupos populares vão aprofundando, como sujeitos, o ato de conhecimento de si em suas relações com a realidade, tanto mais vão podendo superar ou vão superando o conhecimento anterior em seus aspectos mais ingênuos. Deste modo, fazendo pesquisa, educo e estou me educando com os grupos populares. Voltando à área para pôr em prática os resultados da pesquisa não estou somente educando ou sendo educado:

estou pesquisando outra vez. No sentido aqui descrito pesquisar e educar se identificam em um permanente e dinâmico movimento (FREIRE, 1986, p. 35-36).

A história de como se deu a transformação de um tipo de pesquisa mais conservador em promoção de saúde para outro mais próximo da crítica social em um cenário de pesquisa específico é a que contaremos a seguir.

Maria e o tema gerador da pesquisa

O objetivo e o cenário

O projeto PVD, elaborado por pesquisadores da UFF, juntamente com pesquisadores da UC Berkeley, tinha por objetivo o estudo e a comparação da carga das doenças relacionadas ao diabetes (e as suas complicações) na rede pública de Niterói. A fase do trabalho relatada foi desenvolvida no período de sete meses – novembro de 2014 a maio 2015, em Niterói, Rio de Janeiro, Brasil, nas comunidades do Morro do Preventório e Morro da Charitas (Hípica), no bairro Charitas. As escolhas de Niterói e dos Morros foram de conveniência, os autores Cardoso, Alves e Snyder já estavam colaborando (BRAGA et al., 2014), e a UFF faz um trabalho do campo nos postos com os alunos de medicina (Ribeiro e Corrêa).

A escolha de estudar *diabetes mellitus* (DM) e as doenças associadas foi feita por dois motivos. O primeiro é que a carga de diabetes mellitus está aumentando mundialmente. No Brasil, a DM tem a sétima maior carga de doenças (MURRAY et al., 2012). Além disso, a DM também está intimamente relacionada com doenças transmissíveis; ela aumenta o risco das infecções do trato urinário, tuberculose, e infecções de pele e tecidos moles, dentre outras (JOSHI et al., 1999; MULLER et al., 2005; BERTONI; SAYDAH; BRANCATI, 2001; ROCHA, J. et al., 2002; HAMILTON et al., 2013). Nos lugares com carência de infraestrutura, como nas comunidades brasileiras, há uma interação entre o surto recente de DM (MURRAY et al., 2012), e as doenças transmissíveis para produzir um aumento na prevalência, incidência, morbidade, e mortalidade nesses lugares (RILEY et al., 2007).

De acordo com o Programa Médico de Família (PMF) de Niterói, os diabéticos devem ser acompanhados mensalmente ou a intervalos menores a critério médico dependendo da gravidade da doença, se dirigindo aos postos para medir a glicemia, renovar receitas, ou consultar com um profissional (caso não tenham condição clínica de visitar o posto, os profissionais fazem visitas domiciliares) (BRASIL, 2013). Junto ao objetivo inicial foi se desenvolvendo outro, que é a partir das ações da pesquisa feita, identificar e analisar condições para a realização de outro tipo de metodologia, para além da pesquisa que inicialmente estávamos propondo – uma prática puramente diagnóstica e com aspectos de intervenção conservadora. Neste item, analisaremos como a aproximação dos atores sociais do cenário investigado nos fez fazer uma crítica da nossa própria pesquisa e nos aproximar do que estamos nomeando de pesquisa-intervenção. É preciso esclarecer que o que denominamos de pesquisa-intervenção é uma forma

de pesquisa que está fundamentada no método do materialismo dialético da Psicologia histórico-cultural, tal como afirmamos na introdução deste artigo. Mas, há algo de comum entre esta abordagem e a denominada pesquisa-intervenção cujo referencial teórico são os fundamentos da análise institucional, pois são ambas pesquisas do tipo participativas, que se contrapõem às pesquisas tradicionais nas ciências humanas e sociais, no que tange às relações entre o pesquisador e o campo investigado, e às relações entre teoria e prática. A relação entre pesquisador e ator social se justifica pela necessidade da análise da realidade concreta que se dá a partir das demandas das populações. Não adianta impormos demandas e práticas às populações a partir de um estilo de vida abstrato, tal como podemos entender com Freire (1986). A busca da *práxis*, da relação entre teoria e prática, significa que

[...] as práticas que constituem o social e os referenciais que lhe dão sentido vão se produzindo concomitantemente, uma vez que o conhecimento e a ação sobre a realidade são constituídos no curso da pesquisa de acordo com as análises e decisões coletivas, dando à comunidade participante uma presença ativa no processo. O conhecimento se constrói, assim, entre o saber já elaborado e incorporado nos pressupostos do pesquisador e o fazer enquanto produção contínua que organiza a ação investigativa (ROCHA, M., 2006, p. 169).

É exatamente a história de como fomos, a partir do nosso lugar de pesquisadores, identificando estes dois requisitos fundamentais do que podemos chamar de pesquisa-intervenção – relação pesquisador e ator social e relação teoria e prática, que iremos relatar e analisar.

Antes, porém, apresentamos alguns dados do cenário da pesquisa. A história da comunidade do Preventório, com cerca de 6.000 habitantes, em 2010, teve início no meio do século XIX, quando o Hospital da Enseada de Jurujuba começou a receber pacientes com varíola, cólera e febre amarela do Distrito Federal (TAUNAY, 1948; SOUZA, 2006). No meio da década de 1970, os funcionários da escola de Enfermagem da UFF (atualmente encontra-se como o prédio de Coordenação de Arquivos da UFF - Arquivo Central) começaram a construir casas ao redor do terreno da escola. Como uma moradora da comunidade relatou:

Meus pais contavam que os funcionários, com o passar dos anos, para facilitar a volta para casa, começaram a construir suas casas nos terrenos em volta do hospital. Os pescadores seguiram o exemplo e depois vieram os parentes dos funcionários e dos pescadores e famílias que foram expulsas de Charitas. Não parou mais de chegar gente e a comunidade continuou crescendo (NITERÓI ANTIGO, 2016, [online](#)).

De acordo com o Censo Demográfico 2010 (BRASIL, 2010), a idade média dos habitantes é de 26 anos (Tabela 1).

Tabela 1- Características das comunidades do Preventório e Charitas do Censo Brasileiro 2010

| Característica | N | |
|--|-----------------|-------|
| População residente | 6.022 | |
| No. de domicílios ocupados | 1.840 | |
| Idade média | 26 | |
| | | |
| | Abaixo de 18 | 1.881 |
| | Acima de 18 | 4.147 |
| Alfabetismo | | |
| | | |
| | Idade 15-24 | 1.184 |
| | Idade 25 a mais | 2.257 |
| Renda mensal média por casa (mediana)* | 0.25-0.5x SM | |
| Água da rede | 1.683 | |
| Lixo coletado | 1.770 | |
| Esgoto da rede | 1.712 | |
| Eleticidade | 1.839 | |

* O Censo 2010 só relata renda mensal em termos de números de Salário Mínimo (SM)

Em novembro de 2014, quando iniciamos a pesquisa, existiam 267 diabéticos diagnosticados, uma prevalência populacional de 4,4%, mas sendo que as crianças não são testadas regularmente, nem da mesma forma que a população adulta, a prevalência na idade acima de 18 anos (critério de inclusão no estudo) foi 267/4147 (6,4%). No total, 372 moradores foram entrevistados, dos quais 164 (44,1%) tinham diabetes. A população estudada tinha uma idade média de 54,4 anos, e dois terços eram mulheres (67,7%) (Tabela 2).

Tabela 2 - Características relacionadas ao acesso à saúde na população do estudo Populações Vulneráveis com Diabetes, estratificado por estado de diabetes, Niterói, Rio de Janeiro, 2014-2015

| | População Total | Diabéticos | Não-diabéticos |
|--------------------------|-----------------|------------|----------------|
| Profissão (n. %) | | | |
| | | | |
| Aposentado | 107 (28,8) | 59 (36,0) | 48 (23,1) |
| Desempregado | 30 (8,1) | 17 (10,4) | 13 (6,3) |
| Do Lar | 39 (10,5) | 13 (7,9) | 26 (12,5) |
| Educação | | | |
| | | | |
| Analfabeto | 33 (8,9) | 17 (10,4) | 16 (7,7) |
| 1° a 4° serie incompleta | 78 (21,0) | 42 (25,6) | 36 (17,3) |
| Problemas nos olhos | | | |
| | | | |
| Total | 82 (22,04) | 62 (37,8) | 20 (9,62) |
| Catarata | 52 (14,1) | 37 (22,7) | 15 (7,3) |
| Retinopatia | 9 (2,4) | 6 (3,7) | 3 (1,5) |
| Glaucoma | 11 (3,0) | 9 (5,5) | 2 (1,0) |

Estes números podem estar subestimados, pois a baixa escolaridade e a falha de acesso a saúde (incluindo a falha de conhecimentos básicos de saúde ou a necessidade a se manifestar no posto quando as queixas aparecem), impedem que as notificações aconteçam de maneira fidedigna. Isto se justifica com o aumento na carga de diabetes no Brasil de 170% desde 1990 (MURRAY et al., 2012). Provavelmente existem outros diabéticos não diagnosticados morando na comunidade, acrescido do fato de que a crise política e financeira dos últimos anos no Brasil provocou uma falha de recursos financeiros para a promoção da saúde, havendo uma suspensão na liberação dos testes para o diagnóstico da diabetes. A estimativa da prevalência do diabetes na cidade do Rio de Janeiro através do VIGITEL 2013 (usado pelo Ministério de Saúde para estimar a taxa das doenças nas capitais do Brasil) é de 7,4% (intervalo de confiança (IC) 95%: 6.1-8.7) (BRASIL, 2012), e que a prevalência de diabetes se encontra mais alta nas populações mais carentes (GASKIN et al., 2014).

O Morro do Preventório tem dois postos de saúde dentro do Sistema Único de Saúde (SUS): Preventório I: Abel Santamaria e Preventório 2: Calixto Garcia. Os postos são administrados pelo PMF-Niterói. Usualmente os postos são pontos de primeiro contato dos residentes com o sistema de saúde.

Além dos postos, a comunidade possui vários outros recursos: existe um banco comunitário premiado, um colégio público, uma creche (no momento deslocada devido à construção da Transoceanica Niterói; estão construindo novo prédio em outro lugar), e dois colégios bilíngues (Francês e Chinês). A comunidade tem em seu entorno o 79º Departamento Policial, o Quartel do Corpo dos Bombeiros, e o Hospital Psiquiátrico de Jurujuba.

A pesquisa

Para iniciar o projeto, os pesquisadores responsáveis criaram um protocolo para entrevistar os moradores da comunidade, a fim de entender a sua experiência com o *diabetes mellitus*. Foram usados métodos epidemiológicos para comparar a carga de diabetes mellitus desta população da comunidade estudada com outras.

Indivíduos diagnosticados como diabéticos, e que haviam desistido do tratamento no posto, foram visitados em seus domicílios com auxílio dos agentes comunitários de saúde (ACS) durante suas visitas normais. Estes pacientes foram convidados a participar do estudo e se reintegrarem ao tratamento. Inicialmente, somente para gerar interesse na pesquisa e explicar a presença dos pesquisadores, foram organizados, pelos profissionais dos postos de saúde e pelos coordenadores da pesquisa, eventos para o público. Entretanto, durante esta fase inicial do estudo, quando os pesquisadores e profissionais estavam testando as ferramentas da pesquisa, uma das profissionais, que também é moradora da comunidade, relatou que uma das principais preocupações com a população diabética é a alimentação: acesso, saúde e dieta. Identificamos, ao longo desta fase da pesquisa, falas recorrentes, tanto dos profissionais de saúde envolvidos quanto das pessoas da comunidade, acerca das dificuldades com a dieta. Uma das queixas principais foi sobre as informações distribuídas pelo controle da dieta. Muitas receitas e comidas especiais indicadas para os diabéticos têm um custo muito alto além de terem relatado dificuldades de acesso aos locais de venda.

Esta demanda da comunidade engendrou o que reconhecemos hoje ter sido o tema gerador da pesquisa, alimentação, que foi, portanto, definido em reunião com membros da comunidade e dos Postos. Este é um dos pontos fundamentais em uma pesquisa-intervenção - identificar problemas e necessidades a partir do discurso dos próprios atores sociais da comunidade cenário da pesquisa. É a partir desta identificação que será possível fortalecer as ações organizadas da comunidade, objetivo essencial para as ações de uma prática próxima da promoção de saúde crítica.

É importante ressaltar que esta análise se fez após a realização da pesquisa, isto é, a finalidade inicial não era a de uma pesquisa-intervenção e esta só foi se

configurando nas análises da própria narrativa do que foi feito no campo pela equipe de pesquisadores. Assim, após o fim desta etapa da pesquisa, é que identificamos que a alimentação se constituiu como um tema gerador, pois entendemos que surgiu a partir de uma estratégia, que inicialmente visava apenas à aproximação com os sujeitos do campo, mas que acabou por se revelar como produtora de uma demanda elaborada pelos próprios atores do cenário investigado. Ou seja, através da inserção dos pesquisadores na rotina da comunidade e da exposição para a população dos objetivos do projeto de pesquisa, foi eleito o tema alimentação como tema central a fim de atingir o objetivo inicial da pesquisa - coletar dados para comparar a carga das doenças relacionadas ao diabetes mellitus (e as suas complicações) na rede pública de Niterói, a fim de, posteriormente, promover uma prática em saúde voltada para a melhoria das condições das populações. Entendemos a apresentação desta demanda pela comunidade, na investigação temática inicial (FERNANDES; BACKES, 2010), como uma réplica, no sentido bakhtiniano, pois evidencia uma recusa de ações naturalizadas no campo das práticas em saúde, um confronto às informações e prescrições que tomam as populações de assalto e que produzem a desqualificação da existência dos atores sociais. Entendemos, então, esta réplica como uma possibilidade de transformar as nossas práticas tanto de pesquisa como no campo da Epidemiologia. Fizemos, portanto, uma aposta que trouxe à cena um operador ético que rompe com as relações verticais no campo de pesquisa e na vida cotidiana – dar voz aos atores sociais.

Podemos nomear este processo de réplica nos moldes bakhtinianos, pois as apresentações da equipe para a comunidade não visavam à investigação temática, mas apenas uma forma de aproximação. A fala de uma das moradoras, reafirmada pelos profissionais de saúde, fez réplica a essa prática que inicialmente não tinha pretensões de participação da população. À enunciação dos coordenadores do projeto, os moradores e profissionais de saúde fizeram corresponder uma série de palavras, que criaram uma narrativa acerca do tema alimentação – réplica (BAKHTIN; VOLOCHINÓV, 2009). Assim, os pesquisadores reuniram alguns residentes para visitar os mercados da comunidade e elaborar receitas com os nutrientes disponíveis no local. Esta ação dos pesquisadores revela outro passo importante na construção de uma pesquisa intervenção, pois produz motivação e condição para a organização social, o que, posteriormente, somada ao compartilhamento de saberes, entre pesquisadores, profissionais de saúde e moradores da comunidade, pode engendrar ações coletivas que transformem o estilo de vida e as condições da comunidade. Além disso, este passo pode ser comparado ao que Fernandes e Backes (2010) chamam de codificação e descodificação/desvelamento crítico, pois a partir da análise das dietas tradicionais, a população juntamente com os pesquisadores e os profissionais de saúde discutiram ideias e construíram uma narrativa sobre as discordâncias e as impossibilidades de seguir as dietas

tradicionalmente apresentadas a eles. Em seguida, houve a contextualização das “[...] ideias expostas por eles na primeira etapa (resgatar valores e origens de acordo com a realidade), para isso foram instigados a debater os significados dos temas geradores a partir de suas experiências e vivências” (FERNANDES; BACKES, 2010, p. 569). Pensamos que podemos nomear este momento quando da ida aos mercados da comunidade a fim de desenhar novas dietas. Isso nos faz pensar em autonomia da população, pois evidencia a participação de alguns atores sociais envolvidos no projeto. Dando prosseguimento às ações de promoção de autonomia da comunidade, os pesquisadores desenvolveram um evento em cada posto da comunidade com o tema “renovação da dieta”, com os profissionais da saúde do posto (com os ACS e os técnicos de enfermagem) e alunos de medicina no seu trabalho do campo supervisionado da Universidade Federal Fluminense (UFF). Foram preparadas as receitas para os diabéticos (com foco no aumento do consumo de frutas/verduras), e panfletos sobre a doença (como prevenir, controlar, e lidar com o diabetes). Todos os moradores foram convidados para os eventos com convites pessoais entregues nas casas dos pré-diabéticos e diabéticos já diagnosticados.

Durante as oficinas, os pesquisadores relataram o interesse dos residentes (fazendo e respondendo às perguntas) e a participação dos mesmos durante os grupos com uma queixa: poucos participantes se interessaram pelas informações distribuídas pelos papéis. Mesmo assim, os participantes dispersaram dos encontros com as receitas e panfletos nas mãos, dizendo que iam distribuir às famílias, amigos, vizinhos e outros.

Novamente nos deparamos com a réplica feita a modelos instituídos no campo das práticas em saúde voltadas para as comunidades e elaborados com perspectivas instrucionistas. Resolvemos escutar a demanda dos atores sociais com a perspectiva de criar ações instituintes de novas formas de relação entre os membros da comunidade, os profissionais de saúde e os pesquisadores a fim de atingir o objetivo inicial da pesquisa - coletar dados para comparar a carga das doenças relacionadas ao diabetes mellitus (e as suas complicações) na rede pública de Niterói, a fim de, posteriormente, promover uma prática em saúde voltada para a melhoria das condições das populações.

Além disso, outra réplica surgiu, observamos um grande número de participantes analfabetos ou funcionalmente analfabetos, além de pessoas cegas ou quase cegas por diabetes ou por outros motivos. Os idosos relataram que pedissem aos filhos e netos para que lessem as informações contidas nos panfletos. No entanto, esta foi uma solução que mantinha os ideais instrucionistas e um operador ético pautado no alheamento.

Então, passamos a discutir o fato de que a maioria das informações não chegava até a população alvo. Este fato orientou a equipe de pesquisadores para a premissa de que é fundamental “dar voz” à comunidade, pois a informação dada por meio de cartazes, panfletos e afins, tem caráter comportamentalista, instrucionista, o que não leva à

transformação das práticas instituídas – práticas em que a demanda das populações não é levada em consideração. Porém, quando se constrói atividades, tal como as atividades participativas realizadas em grupo, o ator social pode se expressar e, de maneira coletiva, apresentar demandas e encaminhamentos, que, muitas vezes, o especialista não consegue identificar, sem o auxílio dos próprios membros da comunidade, pois não faz parte efetivamente daquele grupo. A valorização de histórias de vida e de conhecimentos vivenciais de uma comunidade é fundamental para a conscientização nas práticas em saúde.

Naquele momento da pesquisa, os pesquisadores revisaram os dados já recuperados e perceberam que quase um quarto da população alvo (principalmente os diabéticos, e os indivíduos com risco alto para desenvolver DM) era analfabeta (108 (29,0%) analfabeta ou 1ª a 4ª série incompleta), além do fato de que um quarto tinha dificuldades de leitura, por motivos físicos. Por exemplo, 21,7% (82 pessoas) estavam com problemas oculares relacionados ao diabetes (glaucoma, retinopatia, catarata) (Tabela 2).

Assim, a coordenação do projeto propôs a elaboração de um instrumento utilizando a linguagem da arte - uma música com vídeo, que apresentasse as mesmas informações contidas no panfleto. Logo depois, os pesquisadores se reuniram com os profissionais do posto, e alguns moradores, para identificar os temas da música, criar as letras, e planejar o vídeo. Foi resolvido que a música seria um samba para atingir a população de maior faixa etária que faz parte da maioria dos diabéticos (12,9%) da população total com idade acima de 65, idade média do estudo foi 54,4 anos).

Os atores do vídeo foram os próprios residentes da comunidade. A “estrela” do filme, Dona Manuela, conhecida como Dona Maria Manuela no vídeo, é conhecida como “a mãe” do Preventório, e aparece no Preventório I todos os dias para cumprimentar os profissionais. Além disso, cuida dos outros moradores, lembrando quando os pacientes precisam visitar o posto para medir a glicemia, levando os mesmos para marcar e fazer consultas.³

Este estudo teve limitações e momentos de ambigüidade entre uma pesquisa mais tradicional e uma pesquisa-intervenção, pois, em relação à elaboração da música, os pesquisadores optaram por utilizar um produtor que não era morador na comunidade, a fim de garantir a qualidade da gravação e produção do produto. Teria sido melhor se os residentes tivessem criado a música sem esta ajuda. No entanto, para momentos futuros desta pesquisa, vamos desenvolver a ideia de que a apropriação técnica ajuda a desenvolver pensamento, tal como entenderemos mais adiante com Vigotski.

³ Todos os participantes e atores dos vídeos concederam permissão para aparecer no vídeo e pela distribuição das suas imagens. Nenhuma pessoa foi compensada pela participação no vídeo. As imagens e as letras foram cadastradas no registramusica.com.br sob o número RGM-25972-20150514 para o produtor e os direitos foram concedidos aos pesquisadores e até um representante da comunidade foi identificado para concedê-los.

Assim, a ideia do trabalho com a linguagem da Arte precisa ser desenvolvida para além apenas da substituição dos panfletos e folders. A linguagem artística precisa ser tomada como uma forma de mediação entre o saber científico sobre o tema gerador e o saber espontâneo da população. Isto é, a Arte promove o desenvolvimento do pensamento e não é apenas um fator de ludicidade, pois é esta linguagem, que pela imaginação, permite a aproximação das concepções prévias que o sujeito constrói no seu dia a dia das concepções científicas. Sendo assim, não basta, tal como na abordagem behaviorista, apresentar orientações às populações acerca de sua saúde. É preciso, e a Arte é um excelente veículo para isso, criar metodologias que permitam as populações internalizarem os conceitos fundamentais para que se tornem sujeitos nos processos de saúde. A Arte, que traz à cena o processo de imaginação, permite que as populações se apropriem das informações e, por meio da atividade criadora, as reconstruam no uso diário de suas relações concretas (VIGOTSKI, 2010).

O conceito de imaginação na obra de Vigotski (2010) não significa uma função psicológica que seria oposta ao exercício do pensamento, da razão, mas é uma formação humana relacionada à capacidade criadora do homem, que é fundamental para novas experiências estéticas – produção de novas formas de vida e atividade; sendo, portanto, condição para o desenvolvimento do pensamento. É o domínio da técnica, nos moldes do conceito de atividade produtiva de Marx, que pode promover a transformação qualitativa no desenvolvimento do sujeito. “Se quando eram menores a superação das dificuldades técnicas arrefecia e freava seus ímpetos de criadores, agora é o contrário: determinadas limitações, dificuldades técnicas, necessidade de utilizar sua capacidade de representar em determinados limites elevam sua atividade laboral criativa [...]” (VIGOTSKI, 2010, p. 118).

As considerações de Vigotski sobre a arte e a técnica se mostram ainda inspiradoras. Ele fala das condições da época e projeta o futuro. Quase cem anos depois, vivenciamos determinadas condições de vida, de conhecimento e desenvolvimento da tecnologia que viabilizam novas formas de objetivação da experiência. Criamos novas linguagens e aprendemos novos modos de dizer. Experienciamos as mais diversas possibilidades da *imagem em ação* e somos intensamente afetados por elas (SMOLKA, 2010, p. 122, grifo do autor).

Para tanto, a equipe de pesquisadores resolveu produzir a música e um vídeo tendo como protagonistas as pessoas da comunidade, a fim de garantir a participação da população envolvida, bem como promover possibilidades de motivação para a construção de novas demandas e práticas de transformação a partir de encontros para a exibição do vídeo e a partir das ações realizadas para a elaboração do próprio vídeo. Naquele momento ainda não tínhamos a perspectiva da Arte como condição para o desenvolvimento do pensamento e da internalização de conceitos. Esta perspectiva será um dos objetivos na continuação deste projeto, a fim de que de fato esta prática se constitua como pesquisa-intervenção.

Depois de discutir com os profissionais e os residentes, foi resolvido que a música contaria a história de uma senhora (Dona Maria), que descobriu que estava pré-diabética, e propagar a mensagem pelos seus amigos na comunidade.⁴

Os pesquisadores objetivaram produzir informações úteis para a população, para tanto, o objetivo do vídeo foi a divulgação de uma alimentação saudável. Cumprindo metas importantes do PMF-Niterói e reforçando a atenção básica para o diabetes do programa de controle de diabetes, o vídeo tinha duas mensagens principais para realizar um diagnóstico de diabetes e para lidar com a doença, no caso da existência da mesma: 1) o indivíduo pode ter uma vida feliz e saudável com diabetes, e ele mesmo pode controlá-la com mudanças na dieta 2) isto pode ser adquirido com consultas regulares com os profissionais de saúde nos postos, consumo regular dos medicamentos, e pequeno aumento nas atividades físicas (como uma caminhada de 30 minutos algumas vezes por semana).

Mesmo levando em conta as dificuldades de leitura da população, seja por analfabetismo ou falta de acuidade visual, os pesquisadores resolveram criar um panfleto para auxiliar no acompanhamento da música. No panfleto estão incluídas algumas receitas de sucos naturais, dicas comuns para a dieta, junto com as letras da música. Assim, qualquer pessoa teria acesso às letras sem que precisasse ouvir a música.

É notório que, após nos aproximarmos da perspectiva da pesquisa-intervenção, voltamos a uma prática mais instrucionista. No entanto, isso aconteceu devido à dificuldade de desenvolver ações participativas diante do modelo pautado no saber do especialista que, geralmente, fundamenta o saber médico e suas práticas. Estamos todos, pesquisadores, população e agentes de saúde, em nossas práticas cotidianas, constituídos pelos modelos de saúde-enfermidade-cuidado. As práticas cotidianas engendram uma narrativa com signos e significados de saúde que estão perpassadas pelo conceito de gênero discursivo: “cada época e cada grupo social têm seu repertório de formas de discurso na comunicação socioideológica. A cada grupo de formas pertencentes ao mesmo gênero, isto é, a cada forma de discurso social, corresponde um grupo de temas” (BAKHTIN; VOLOCHINÓV, 2009, p. 44). Bakhtin (2011) expõe dois tipos de gêneros de discurso - primário e secundário, este é desenvolvido em circunstâncias sociais de produção mais complexas, absorvem e transmutam, durante sua formação, os gêneros primários, que se constituíram em circunstâncias de uma comunicação verbal espontânea. Esta relação entre o gênero científico (secundário) e o gênero do saber popular (primário) é, muitas vezes, produzida pelo que Bakhtin (BAKHTIN; VOLOCHINÓV, 2009, p. 156) chama de estilo linear, é uma forma de orientação que cria “[...] contornos exteriores nítidos à volta do

discurso citado”, gerando tendências dogmáticas, a tendência racionalista que é própria da Modernidade. Este é um tipo de apreensão do discurso de outrem cujas marcas são a despersonalização e a preocupação com a objetividade. Sendo assim, ao mesmo tempo em que produzimos formas de dar voz à população em nossa pesquisa, também despersonalizamos estas vozes. É a heterogeneidade do discurso, a ambiguidade, o drama das práticas sociais.

Quando levamos em consideração essa rede de comunicação cultural – e aqui ressalto a atualidade de Bakhtin, quando nos possibilita pensar sobre o imbricamento ou ‘encadeamento’ de vozes (textos e signos) – reconhecemos que os agentes/coletivos humanos – sujeitos sociais – em suas mais diversas trajetórias e formas de intercâmbios culturais, encontram-se engajados na mobilização de ‘modelos’ de saúde-enfermidade-cuidado. Cabe, então, destacar que nossos enunciados e inscrições são reconhecidos e objetivados por serem signos sociais. Portanto, estão investidos de historicidade, conformam hábitos, esforçam-se para traduzir uma linguagem em outra, adquirem novas formas (e qualidades), configuram e/ou alteram práticas culturais - sempre com o risco de produzir (novos) ruídos e interferências de comunicação (SILVA, 2003, p. 146).

Porém, entendemos que pesquisadores e profissionais da saúde podem produzir um espaço de dialogicidade, na medida em que sendo agentes do discurso médico-científico, somos também sujeitos da prática social concreta, sujeitos das diversas populações, mesmo com o nosso discurso e as nossas ferramentas próprias do discurso médico. Este exercício da crítica e da reflexão sobre a nossa própria prática, tal como estamos fazendo neste artigo, talvez seja um dos caminhos, talvez o principal, para a dialogia com outros atores sociais (SILVA, 2003). Neste percurso, Bakhtin será uma referência importante para os próximos passos deste projeto.

Voltamos, assim, à ideia da relação entre teoria e prática, também anunciada na introdução deste artigo, pois a dialogicidade entre o gênero discursivo dos pesquisadores e agentes de saúde, o gênero discursivo da ciência, e o gênero discursivo das populações opera movimento que implica réplica, nova verdade, ou, de acordo com as perspectivas bakhtiniana e vigotskiana, produção do diálogo em direção a um entendimento criativo. A busca de compreensão do campo, a partir dos conflitos, das réplicas, é condição para lidar com o que está instituído nas relações concretas. O que pretendemos é que a compreensão dos nossos modos de atuação possa engendrar outras práticas, outras formas de relação, outros estilos de vida. Durante o decorrer do estudo, os participantes foram orientados sobre as metas em participar da pesquisa, os métodos utilizados e os resultados esperados. Os mesmos foram perguntados sobre o seu estado de saúde e os próprios objetivos em participar do estudo. Esta dinâmica dos sujeitos do campo afirma novamente a dialogicidade, pois eles se sentiram à vontade para construir uma narrativa de questionamento do discurso médico. Esta foi a realidade do projeto, com encontros entre os

⁴O vídeo pode ser encontrado com legendas em inglês <<https://www.youtube.com/watch?v=p80BNySqqxk&feature=youtu.be>> e sem legendas <<https://www.youtube.com/watch?v=Gyb75gnXfVY>>. Ele está disponível no YouTube, livre para quem quiser. Porém, quem se interessar pode entrar em contato com um dos autores do artigo para receber um mp4 e utilizar livremente.

pesquisadores, os profissionais de saúde e os atores sociais, isso não somente afirmou o respeito de um para com o outro, mas também porque ofereceu a possibilidade de desenvolver um plano de trabalho flexível. De acordo com André (2005), esta forma da pesquisa, feita por meio de observação participante com retroalimentação dos participantes é primordial para o sucesso de qualquer projeto. Claramente o trabalho inicial deste projeto foi se desenvolvendo de acordo com as demandas das populações entrecruzadas às demandas dos pesquisadores e dos profissionais de saúde. Sabemos que não rompemos completamente com a pesquisa nos moldes tradicionais, pois acabamos por produzir ao final uma prática mais instrucionista. No entanto, conseguimos refletir sobre as nossas ações, o que criará formas diferentes de estar no campo no passo seguinte deste projeto.

Também, a integração e a colaboração entre o pesquisador e pesquisado melhora a qualidade da pesquisa para o pesquisador. Quando o pesquisador se insere numa comunidade, mesmo em um estudo observacional, existe a realidade de descarregamento da balança e ações na comunidade. Becker (1993) relatou que quando o pesquisador se coloca na vida da comunidade numa pesquisa participante, ele tem a capacidade de observar a situação com menos interrupção, o que este também oferece é a possibilidade do pesquisador receber retroalimentação pela pesquisa, trazendo sua atenção às coisas que não teriam sido percebidas antes. Seguindo Bogdan e Biklen (1994), a pesquisa participativa facilita o estabelecimento de uma colaboração entre pesquisadores e participantes, onde os sujeitos participam das decisões sobre a sua participação. A fim de manter esse viés participativo, Freire será uma referência importante, pois para este autor a pesquisa deve ser fundamentada no discurso das populações.

A forma participativa da pesquisa deixou a comunidade mais satisfeita com as suas interações no posto. Os encontros, o vídeo e as interações com os pesquisadores abriram um diálogo entre os pacientes e os profissionais de saúde, trazendo novas possibilidades para incorporar sugestões no dia-a-dia dos profissionais do posto.

Quando os pesquisadores levaram os materiais gerados pela pesquisa e os resultados preliminares do estudo para a coordenação do programa, foi relatado que nenhuma pesquisa feita nos postos tinha gerado bens que poderiam ser utilizados pelos profissionais da rede para melhorar o estado de saúde da população.

Além da criação dos materiais e resultados do estudo (materiais como resultados do estudo PVD, e também as ferramentas como a música/panfletos/receitas) os pesquisadores estão criando um *site* aberto para apresentar os resultados da pesquisa.⁵ Esta forma de divulgar os resultados tem vantagens: os participantes teriam acesso em tempo real aos resultados numa plataforma. Além dos resultados como publicações, gráficos publicados nas revistas científicas, também serão criadas informações

⁵ www.ucbrileylab.com/pvd

para aqueles que não são profissionais na área da saúde. O centro oferecerá um lugar onde os participantes poderão acessar os pesquisadores pelo “contato” *widget*, o que afirma a permanência do dialogo entre todos os partidos envolvidos e uma maneira para os interessados (de público até o governo e os financiadores) puderem acompanhar a parte participativa tanto mais a parte epidemiológica.

Este relato e esta análise nos mostram o percurso de um grupo de pesquisadores da área de saúde empenhados em construir uma forma de pesquisa alternativa ao modelo tradicional. Vimos que, por ações, por vezes sem objetivo direto de mudança na prática de pesquisa, realizamos formas diferentes que nos aproximam do que aqui nomeamos de pesquisa-intervenção. Esperamos que esta análise nos permita, a partir do aporte teórico nas obras de Freire, Bakhtin e Vigotski, uma nova forma de produção de saber na interação com a população do cenário do projeto, na segunda fase de seu desenvolvimento. Esperamos estabelecer práticas que favoreçam a investigação temática, a codificação e o desvelamento, promovendo, assim, promoção de saúde crítica e uma nova forma de relação entre pesquisadores, agentes de saúde e atores sociais.

Considerações finais

O tipo de pesquisa descrita, além de gerar resultados mais úteis, tal como prevê documentos oficiais sobre a Saúde Coletiva e Promoção de Saúde Crítica - a Declaração de Alma Ata e a Carta de Ottawa (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE [OMS], 1978, 1986), que promulgam que “indivíduos no exercício de cidadania deverão seguir atuando e participando ativamente das políticas públicas do setor” (MELLO et al., 1998, p. 584; OMS, 1978) promove um operador ético que deixa o saber científico dos pesquisadores e dos agentes de saúde e o saber popular dos atores sociais da comunidade em condições de dialogia. Esta nova forma de relação não é de alheamento de um gênero discursivo sobre o outro, mas de troca de saberes a partir das práticas concretas do dia-a-dia.

Quando os pesquisadores programam pesquisa participativa, que nomeamos aqui de pesquisa-intervenção, e envolvem a população alvo nas decisões, identificando temas com meta de construir alguns bens para a população estudada, a pesquisa se torna bem mais rica em termos científicos. Além disso, esta forma de pesquisar abre mais possibilidades para a continuação das colaborações em longo prazo entre os pesquisadores e a população envolvida e para desenvolver perguntas de pesquisas futuras de interesse para a população.

Referências

- ANDRE, M. E. D. A. *Etnografia da prática escolar*. Campinas: Papirus, 2005.
- BAKHTIN, M. *Estética da criação verbal*. 6. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2011.
- BAKHTIN, M.; VOLOCHINÓV, V. *Marxismo e Filosofia da Linguagem*. 13. ed. São Paulo: HUCITEC, 2009.

- BECKER, H. *Métodos de pesquisa em ciências sociais*. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 1993.
- BERTONI, A. G.; SAYDAH, S.; BRANCATI, F. L. Diabetes and the risk of infection-related mortality in the U.S. *Diabetes Care*, USA, v. 24, n. 6, p. 1044-1049, June 2001. [CrossRef](#).
- BOGDAN, R.; BIKLEN, S. *Investigação qualitativa em educação*. Porto: Porto, 1994.
- BRAGA, E. D. V. et al. High prevalence of *Staphylococcus aureus* and methicillin-resistant *S. aureus* colonization among healthy children attending public daycare centers in informal settlements in a large urban center in Brazil. *BMC Infectious Diseases*, London, v. 14, n. 538, p. 1-10, 2014. [CrossRef](#).
- BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo 2010*. 2010. Disponível em: <<http://censo2010.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 30 abr. 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Vigilê Brasil 2012: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_36.pdf>. Acesso em: 13 mar. 2016.
- BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000. [CrossRef](#).
- FERNANDES, M. C. P.; BACKES, V. M. S. Educação em saúde: perspectivas de uma equipe da Estratégia Saúde da Família sob a óptica de Paulo Freire. *Rev Bras Enferm.*, São Paulo, v. 63, n. 4, p. 567-573, maio 2010. [CrossRef](#).
- FREIRE, P. Criando métodos de pesquisa alternativa: aprendendo a fazê-la melhor através da ação. In: BRANDÃO, C. (Org.). *Pesquisa Participante*. 6. ed. São Paulo: Brasiliense, 1986. p. 34-41.
- GASKIN, D. J. et al. Disparities in diabetes: the nexus of race, poverty, and place. *American Journal of Public Health*, Washington DC, v. 104, n. 11, p. 2147-2155, Nov. 2014. [CrossRef](#).
- GONZÁLEZ REY, F. L. *Pesquisa qualitativa e subjetividade: os processos de construção da informação*. Tradução de Marcel Aristides Ferrada Silva. São Paulo: Cengage Learning, 2010.
- HAMILTON, E. J. et al. Incidence and Predictors of Hospitalization for Bacterial Infection in Community-Based Patients with Type 2 Diabetes: The Fremantle Diabetes Study. *PLoS ONE*, Washington DC, v. 8, n. 3, e60502, Mar. 2013. [CrossRef](#).
- HARRIS, E. Building scientific capacity in developing countries. *EMBO reports*, Heidelberg, v. 5, n. 1, p. 7-11, 2004. [CrossRef](#).
- JOSHI, N. et al. Infections in patients with diabetes mellitus. *New England Journal of Medicine*, Boston, v. 341, n. 25, p. 1906-1912, 1999. [CrossRef](#).
- MELLO, D.A. et al. Promoção à saúde e educação: diagnóstico de saneamento através da pesquisa participante articulada à educação popular (Distrito São João dos Queiróz, Quixadá, Ceará, Brasil). *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 583-595, jul./set. 1998. [CrossRef](#).
- MORI, V. D.; GONZÁLEZ REY, F. L. A saúde como processo subjetivo: uma reflexão necessária. *Psicologia: teoria e prática*, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 140-152, 2012. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872012000300012>. Acesso em: 16 mar. 2016.
- MULLER, L. M. A. J. et al. Increased risk of common infections in patients with type 1 and type 2 diabetes Mellitus. *Clinical Infectious Diseases*, Oxford, v. 41, n. 3, p. 281-288, 2005. [CrossRef](#).
- MURRAY, C. J. L. et al. Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*, Amsterdam, v. 380, n. 9859, p. 2197-2223, dez. 2012. [CrossRef](#).
- NITERÓI ANTIGO. Disponível em: <<https://www.facebook.com/NiteroiAntigo>>. Acesso em: 22 de novembro 2016.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Declaração de Alma-Ata*. Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde; 6-12 de setembro 1978. Disponível em: <http://prosaude.org/pub/diversos/Declaracoes_e_carta_portugues.pdf>. Acesso em: 13 maio 2016.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Carta de Ottawa*. Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Ottawa, novembro de 1986. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/carta-de-ottawa/>>. Acesso em: 13 maio 2016.
- RILEY, L. W. et al. Slum health: diseases of neglected populations. *BMC International Health and Human Rights*, London, v. 7, n. 2, p. 1-6, 2007. [CrossRef](#).
- ROCHA, M. L. Psicologia e as práticas institucionais: a pesquisa-intervenção em movimento. *Psico*, Porto Alegre, v. 37, n. 2, p. 169-174, maio/ago. 2006. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/teo/ojs/index.php/revistapsico/article/view/1431/1124>>. Acesso em: 12 abr. 2016.
- ROCHA, J. L. L. et al. Aspectos relevantes da interface entre diabetes mellitus e infecção. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 221-229, 2002. [CrossRef](#).
- SAWAIA, B. B. Psicologia e desigualdade social: uma reflexão sobre liberdade e transformação social. *Psicologia Sociedade*, Belo Horizonte, v. 21, n. 3, p. 364-372, 2009. [CrossRef](#).
- SILVA, L. A. V. Saúde e produção de sentidos no cotidiano: práticas de mediação e translingüística bakhtiniana. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 7, n. 13, p. 135-146. [CrossRef](#).
- SMOLKA, A. L. Apresentação e Comentários. In: VIGOTSKI, L. S. *Imaginação e Criação na Infância*. São Paulo: Ática, 2010. p. 7-10.
- SOUZA, R. M. Histórico do prédio do Arquivo Central do Núcleo de Documentação da UFF. Disponível em: <<http://www.ndc.uff.br/OLD2013/repositorio/Hist%F3rico%20do%20pr%E9dio%20do%20Arquivo.pdf>>. Acesso em: 22 maio 2016.
- TAUNAY, A. E. *Memórias do Visconde de Taunay*. São Paulo: Instituto Progresso, 1948.

TRAVERSO-YÉPEZ, M. A. Dilemas na promoção da saúde no Brasil: reflexões em torno da política nacional. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 11, n. 22, p. 223-238, ago. 2007. [CrossRef](#).

VIGOTSKI, L. *Teoria e Método em Psicologia*. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

VIGOTSKI, L. Manuscrito de 1929. *Educação & Sociedade*, Campinas, v. 21, n. 71, p. 21-44, jul. 2000.

VIGOTSKI, L. *Imaginação e Criação na Infância*. São Paulo: Ática, 2010.

Agradecimentos

Dedicamos este artigo a uma das nossas estrelas, Dona Edyr, moradora da comunidade cenário da pesquisa, falecida recentemente e que participou ativamente do projeto. Agradecemos a todos que apoiaram a e participaram da pesquisa, principalmente os líderes e residentes do Preventório. Agradecemos aos que participaram do vídeo. Agradecemos o Lee W. Riley. Agradecemos, também, o Programa de Medicina da Família de Niterói e seus funcionários, Equipe do Programa Médico de Família Abel Santamaria (“Preventório I”) e Equipe do Programa Médico de Família Calixto Garcia (“Preventório II”) por terem disponibilizado o posto de saúde para a realização do projeto. Agradecemos, ainda, a Zé Neto por ter produzido a música do vídeo. Agradecemos, ainda, Dra. Adela Zamora Rodriguez, Ana Beatriz Ramos da Silva Torres, Ana Maria Faustino Filho, Carina Rebeque da Conceição, Cassio da Silva Santos, Dr. Edgardo Acuna Fernandez, Dr. Ernesto Faria Neto, Eutilia Gonçalves Maldonado, Fernanda da Silva, Geyza Raimundo Valente, Jamili de Jesus Araujo Texeira Alves, Jose Roberto Martins Nunes, Laurimar Auxiliadora Lopes, Leandro Correa e Castro Tavares, Leandro Lourenço da Silva, Lucienne Aragão Bastos, Marcia Rodrigues de Oliveira dos Santos, Paula Valeria Costa de Oliveira Chagas, Dr. Pétrus Duque da Incarnação, Rejane Rosemarque da Silva Nascimento, Renata Batalha, Rosa Ribeiro da Silva, Rosângela Suvobida de Carvalho Oliveira e Thais Fonseca Lasnor.

Recebido em: 13 de junho de 2016

Aceito em: 15 de novembro de 2016