

Ministério da Saúde  
FIOCRUZ  
**Fundação Oswaldo Cruz**



RAFAELA ALVES LUZIA DA SILVA

A AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA INFORMAÇÃO EM SITES DE  
TUBERCULOSE: TRANSLAÇÃO DO CONHECIMENTO?

Rio de Janeiro

2017

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO  
EM SAÚDE**

RAFAELA ALVES LUZIA DA SILVA

A Avaliação da Qualidade da Informação de Sites de  
Tuberculose: Translação do Conhecimento?

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Informação, comunicação e Saúde (Icict), para obtenção do grau de Mestre em Ciências.

Orientador: Prof. Dr. André de Faria Pereira Neto

Rio de Janeiro

2017

SILVA, RAFAELA ALVES LUZIA DA.

A AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA INFORMAÇÃO EM SITES DE TUBERCULOSE: TRANSLAÇÃO DO CONHECIMENTO? / RAFAELA ALVES LUZIA DA SILVA. - Rio de Janeiro, 2017.

74 f.

Dissertação (Mestrado) - Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Pós-Graduação em Informação e Comunicação em Saúde, 2017.

Orientador: André de Faria Pereira Neto .

Bibliografia: f. 66-69

1. Translação do Conhecimento. 2. Pesquisador-Cidadão. 3. Avaliação da Qualidade da Informação. 4. Saúde. 5. Internet. I. Título.

RAFAELA ALVES LUZIA DA SILVA

A AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA INFORMAÇÃO DE SITES DE  
TURBERCULOSE:  
Translação do Conhecimento?

Aprovado em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

**Banca Examinadora:**

---

**Prof. Dr. André de Faria Pereira Neto - Iicict/Fiocruz**

---

**Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Elizabeth Moreira dos Santos – IESC/UFRJ**

---

**Prof. Dr. Wilson Couto Borges – ICICT/FIOCRUZ**

**Suplentes:**

---

**Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Kátia Lerner - ICICT/FIOCRUZ**

---

**Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Egléubia Andrade Oliveira – IESC/UFRJ**

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho à minha família. Em especial aos meus pais e avós, por não terem deixado faltar afeto e fé.

## AGRADECIMENTOS

Aos pesquisadores – cidadãos, homens e mulheres fortes de Manguinhos, pela oportunidade de aprendizagem e pela generosidade em compartilhar comigo suas histórias de vida;

Aos pesquisadores do LaISS, pela acolhida calorosa e parceria ao longo desses quase 4 anos;

Aos professores do PPGICS, pela dedicação e conhecimentos compartilhados ao longo dessa jornada;

Aos meus colegas de turma do PPGICS, pela companhia e risadas e, principalmente, pela torcida;

Aos professores membros da banca examinadora, pela disponibilidade de avaliar este trabalho e pela contribuição acadêmica;

Aos meus amigos da vida, incansáveis na missão de me incentivar, em especial à Viviane Santos, Rodrigo Campos, Moisés Silva, Daniela Pereira e Flávia Renata;

Ao meu amor e toda sua serenidade, pela companhia nos dias de brinde e também nos dias de total silêncio.

À minha mãe e irmã, parceiras da minha vida, por todo o amor que transborda em nossa convivência diária.

Ao André, orientador e amigo, pelo cuidado que dedica a tudo que faz e também com aqueles que o cercam. Agradeço por incentivar e, principalmente, por acreditar.

**Obrigada!**

## EPIGRAFE

“Eu vinha alegre, eu vinha satisfeito. Eu vinha não era só por vir. Eu vinha pq eu sabia que eu ia fazer, eu ia pesquisar alguma coisa, eu ia aprender alguma coisa do dia a dia. Ai eu vinha alegre. Eu gosto de ficar aqui. [...] **Eu me senti gente!** Me senti orgulhoso! Por que eu não esperava participar”

**Álvaro - Pesquisador – Cidadão**

## RESUMO

**Cenário:** O objeto de estudo desta dissertação é a participação de pesquisadores-cidadãos no projeto “Avaliação da Qualidade da Informação em sites de Tuberculose: Uma proposta inovadora para a Promoção da Saúde”. Esse projeto associou diferentes temáticas e atores, entre eles os pesquisadores-cidadãos, usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) e moradores do território de Manguinhos, no Rio de Janeiro. Metodologicamente este trabalho procurou amparar-se na Translação do Conhecimento.

**Objetivo:** Analisar a percepção que os pesquisadores-cidadãos tiveram de sua participação no processo de avaliação da qualidade da informação em sites de tuberculose. **Metodologia:** A História Oral foi o método adotado. As entrevistas dos depoentes foram analisadas e organizadas em três principais categorias: “história de vida”, “relação com a Fiocruz” e “participação no projeto”. **Resultados:** A percepção dos pesquisadores-cidadãos em relação a sua participação no projeto sinaliza, majoritariamente, uma postura passiva em relação ao processo vivenciado, aproximando-se assim de um ensino bancário. **Conclusão:** A hipótese é que atitude passiva identificada na fala dos depoentes está relacionada com um sentimento de impotência. Tal sentimento estaria atrelado à situação de vulnerabilidade em que vivem.

**Palavras – Chave:** Translação do Conhecimento, Pesquisador-Cidadão, Avaliação da Qualidade da Informação, Saúde, Internet.

## ABSTRACT

**Scene:** The objective of this dissertation is the participation of researches-citizens in the project “Assessment of information in Tuberculosis’ sites – An innovator proposal for the Promotion of health”. This project associated different themes and actors, among the researches – citizens, users of the Unique System of Health (SUS) and residents of Manginhos, Rio de Janeiro. Conceptually this work supports itself in the Knowledge Translation. **Objective:** Analyses the perception that researches – citizens had about their participation in the evaluation quality of information process in sites of tuberculosis. **Methodology:** The Oral History was the adopted method. The interviews of deponents were analyzed and organized into three principal categories: “life’s history”, “relation with Fiocruz” and “participation into the project”. **Results:** The perception of researches – citizens in respecting to their participation in the project signalize, mostly, a passive posture in relation of the living process, coming close of a banking education. **Conclusion:** The hypothesis is that passive attitude identified in deponents’ speech is related to an impotence feeling. This feeling could be linked to the situation of vulnerability that they live.

**Keywords:** Knowledge Translation, Researcher-Citizen, Information Quality Assessment, Health, Internet.

## **LISTA DE ILUSTRAÇÕES**

Figura 1 – Proporção de domicílios com computador em regiões do mundo e no Brasil (2008-2015)

Figura 2 - Proporção de domicílios com acesso à internet em regiões do Mundo e no Brasil (2008-2015)

Figura 3 – Proporção de usuários de internet por equipamentos usados para usar a rede, por classe social (2014/2015)

Figura 4 - Proporção de residências com acesso a internet por região (2008-2015)

Figura 5 - Proporção de usuários de Internet por atividade realizada (2016)

Figura 6 - Ferramenta de avaliação de sites de Tuberculose

Figura 7 – Práticas de translação em projetos participativos de investigação

Figura 8 - Distribuição percentual dos arranjos familiares com filhos residentes em domicílios particulares, por tipo de arranjo e sexo da pessoa de referência (2004/2014)

## **LISTA DE SIGLAS**

CGI.br - Comitê Gestor de Internet no Brasil

CREMESP – Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo

CRPHF - Centro de Referência Professor Hélio Fraga

CSEGSF – Centro de Saúde Escola Germano Sinval de Faria

ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

HON – Health on the Net Foundation

LaISS – Laboratório Internet, Saúde e Sociedade

SUS – Sistema Único de Saúde

TB – Tuberculose

TC – Translação do Conhecimento

TICs – Tecnologias de Informação e Comunicação

**SUMÁRIO**

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>12</b>
<b>2</b>	<b>CAPÍTULO 1</b> <b>A EXPERIÊNCIA DE AVALIAÇÃO DE SITES DE SAÚDE</b>	<b>15</b>
<b>3</b>	<b>CAPÍTULO 2</b> <b>PESQUISA PARTICIPATIVA E TRANSLAÇÃO DO CONHECIMENTO</b>	<b>33</b>
<b>4</b>	<b>CAPÍTULO 3</b> <b>CAMINHOS METODOLÓGICOS</b>	<b>38</b>
<b>5</b>	<b>CAPÍTULO 4</b> <b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	<b>46</b>
<b>6</b>	<b>CONCLUSÃO</b>	<b>62</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>66</b>
	<b>APÊNDICES</b>	<b>70</b>
	<b>ANEXOS</b>	<b>72</b>

## INTRODUÇÃO

A minha aproximação com o tema desta Dissertação começou em 2013, quando me tornei pesquisadora do Laboratório Internet, Saúde e Sociedade (LaISS), vinculado ao Centro de Saúde Escola Germano Sinval de Faria (CSEGSF), departamento da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) da Fiocruz.

Antes de começar a participar desta atividade, minhas experiências profissionais como pedagoga estavam relacionadas ao processo de ensino aprendizagem em ambientes corporativos, na área de Treinamento e Desenvolvimento. Esse cenário mudou radicalmente quando fui convidada para ser tutora no projeto “Avaliação da Informação em sites de Tuberculose: Uma proposta inovadora para a Promoção da Saúde”.

O projeto, financiado pela Vice Presidência de Ambiente, Atenção e Promoção à Saúde (VPAAPS/Fiocruz), me proporcionou uma aproximação com questões relacionadas com a interface internet, saúde e sociedade. Tais questões eram, até então, estranhas da minha trajetória acadêmica e profissional. Ao longo de seis meses tive a oportunidade de ser tutora do projeto e pude conviver de maneira muito próxima com os diferentes atores desse processo.

Entre esses atores, interagi com profissionais de saúde da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) e do Centro de Referência Professor Hélio Fraga (CRPHF) – Departamento da ENSP e instituição pública de referência nacional para tuberculose e outras pneumopatias. Durante o projeto me relacionei também com o grupo de três homens e dezessete mulheres, moradores de Manguinhos: cidadãos brasileiros que convidamos para participar deste projeto para exercer o papel de pesquisadores. Por esta razão eles passarão a ser denominados de pesquisadores-cidadãos. Com eles tive (e ainda tenho) uma relação de proximidade. Praticamente todo o grupo de moradores já se conhecia ou pelo convívio no próprio território de Manguinhos ou pelo fato de terem participado do projeto anterior desenvolvido no LaISS que avaliou a qualidade da informação em sites de Dengue (Pereira Neto, et al. 2017)

Apesar de ser uma pessoa estranha ao território, fui muito bem acolhida pelo grupo. Durante os seis meses de projeto realizamos quarenta e quatro encontros presenciais, de duas horas cada, dedicados ao processo construção dos critérios e indicadores que levaram a elaboração da ferramenta e a avaliação de 20 sites de tuberculose. Foram, portanto, aproximadamente oitenta e oito horas de convívio. O período transcorreu em um ambiente agradável e permitiu o estreitamento do vínculo entre nós e o grupo que foi mantido mesmo com o término do projeto.

Nossa atuação neste projeto gerou, além desta Dissertação, mais dois produtos: O livro “Qualidade da informação em sites de tuberculose: análise da segunda experiência inovadora”, publicado em 2016 (Pereira Neto et al, 2016) e o artigo “Avaliação da qualidade da informação em sites de tuberculose: análise de uma experiência participativa”, publicado em 2017 na Revista “Saúde em Debate”, do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES). (Paolucci, R. ; Pereira Neto, A. e Luzia, R. 2017). Os dois produtos foram construídos coletivamente com os pesquisadores André Pereira Neto e Rodolfo Paolucci Pimenta.

Durante o desenvolvimento do projeto, fiz o Curso de Especialização em “Promoção da Saúde e Desenvolvimento Social”, na ENSP (2014/105). Na ocasião tive a oportunidade de me aproximar um pouco mais das questões relacionadas à saúde e ao próprio território de Manguinhos através das aulas e demais atividades discentes realizadas. Pude também aprofundar questões relacionadas à internet e saúde com o Trabalho de Conclusão de Curso intitulado “Eu quero entrar na rede e promover um debate: a utilização das TIC como recurso para o empoderamento e a participação social”.

Ter sido tutora do projeto “Avaliação da Informação em sites de Tuberculose: Uma proposta inovadora para a Promoção da Saúde” permitiu que me aproximasse de alguns elementos subjetivos que constituíram este processo. Essa vivência proporcionou que construísse um caderno de campo onde foram anotadas impressões sobre o dia-a-dia do trabalho. Na época, a “Translação do Conhecimento”, que será discutida nesta Dissertação não fazia parte do meu universo de preocupações acadêmicas.

Quando fui apresentada ao conceito de “Translação do Conhecimento” fiquei instigada com a possibilidade de ter acontecido, no LaISS, uma experiência que caminhava nessa direção. Algumas perguntas nos chamaram a atenção naquele momento inicial: O que tínhamos feito no LaISS, mesmo que sem essa intenção inicial, estava relacionado a esse conceito? As estratégias utilizadas poderiam contribuir para a efetividade de projetos futuros seja no LaISS ou em outros espaços de saúde pública?

Assim que conclui a especialização (2015), ingressei no Mestrado do Programa de Pós – Graduação em Informação e Comunicação em Saúde (PPGICS/ICICT) e tive a oportunidade de realizar este trabalho de análise desta experiência. Assim o objetivo desta Dissertação é analisar a percepção que os pesquisadores-cidadãos tiveram sobre sua participação no processo de avaliação da qualidade da informação em sites de tuberculose.

A presente Dissertação está dividida em 5 partes.

No Capítulo 1, o projeto “Avaliação da Informação em sites de Tuberculose: Uma proposta inovadora para a Promoção da Saúde” será exposto, assim como as questões

relacionadas à internet e saúde e ao território de Manguinhos.

No capítulo 2 discorreremos brevemente sobre a “Translação do Conhecimento” e as práticas pertinentes a esta metodologia de trabalho de pesquisa.

O capítulo 3 se dedica a resumir alguns aspectos da História Oral: metodologia utilizada para este trabalho.

No capítulo 4, é mostrado o perfil socioeconômico dos depoentes, assim como são analisados os conteúdos das entrevistas coletadas que foram organizadas em 3 principais categorias.

No fim, nossas conclusões ressaltam o papel dos pesquisadores- cidadãos e apontam qual percepção os mesmos tiveram desse processo.

Esperamos que este trabalho contribua para a área, ampliando experiências que aproximem o meio acadêmico com as pessoas da sociedade brasileira que vivem em situação de vulnerabilidade, como os pesquisadores- cidadãos que participaram do processo descrito e analisado nesta Dissertação.

## CAPÍTULO 1

### A EXPERIÊNCIA DE AVALIAÇÃO DE SITES DE SAÚDE

A internet pode ser considerada uma das principais Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs) da atualidade e um fenômeno mundial. Ela foi popularizada no final da década de 1980. Um dos fatores que levaram a internet a atingir esse patamar foi o fato de seu acesso ter crescido em larga escala, em todo mundo e em poucos anos. Este rápido crescimento ocorreu apesar das limitações relacionadas com a falta de recursos financeiros de milhões de cidadãos, às dificuldades relacionadas com a infraestrutura técnica de acesso ou em decorrência da falta de habilidades técnicas do usuário. Este crescimento contribuiu para que atividades relacionadas aos setores econômico, social, político e cultural se desenvolvessem em torno da internet (CASTELLS, 2003).

A internet apresenta uma importante diferença em relação aos tradicionais veículos de comunicação. Enquanto o jornal impresso, o rádio e a televisão atribuem ao usuário uma postura passiva mediante determinada informação, a internet permite que os usuários deixem de ser apenas receptores para passem a ser também emissores de uma determinada mensagem.

a internet é um meio de comunicação que permite, pela primeira vez, a comunicação de muitos com muitos, num momento escolhido, em escala global (CASTELLS, 2003, pag.8).

Assim a Internet modifica o modo como nos comunicamos e como produzimos informação. Além de produzir informação o cidadão pode compartilhar diferentes conteúdos em incontáveis sites, blogs, canais do youtube e redes sociais como o facebook. Estas novas mídias sociais podem ter diferentes origens. Elas podem estar vinculadas a órgãos públicos, a instituições privadas, a empresas do terceiro setor e até mesmo a um único cidadão. Na internet, as diferentes e incontáveis novas informações produzidas e compartilhadas são acessadas numa velocidade muitas vezes maior que através dos veículos de comunicação até então existentes.

Como afirmam Garbin e colaboradores (2008):

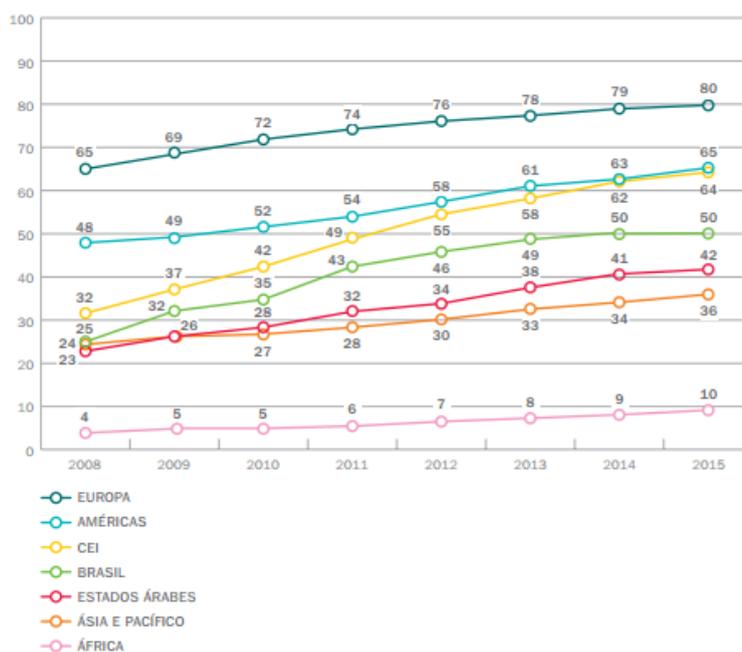
hoje, pode-se saber de tudo e de todos, a qualquer hora do dia ou da noite, de qualquer lugar do planeta. Essa brutal transformação ocorreu em pouco mais de dez anos. Ela foi presenciada por muitos de nós. A internet se diferencia da televisão por duas características: a infinidade de fontes de informação disponíveis e a postura ativa do indivíduo. Por mais

que existam dezenas ou até centenas de canais de televisão, eles são finitos, enquanto, na internet, as fontes de informação disponíveis são incontáveis. Por mais que o indivíduo possa mudar o canal da televisão se não encontrar a informação que está procurando, na internet ele se torna o agente do processo de aquisição de informações (GARBIN et al., 2008, p. 580).

Apesar do rápido crescimento da internet, esse crescimento não ocorreu da mesma forma ao redor do mundo. Segundo Sorj e Guedes (2005), as condições sociais, econômicas e culturais contribuem para a existência da exclusão digital. Além disso, estes autores enfatizam que a utilização do computador exige um grau mínimo de instrução e habilidade.

A Figura 1 revela a disparidade existente no mundo em relação aos domicílios que possuem computador.

**Figura 1 – Proporção de domicílios com computador em regiões do mundo e no Brasil (2008-2015) - Percentual sobre o total de domicílios.**



Fonte: CGI (2016)

Os dados apresentados indicam que a exclusão digital pode ser expressa territorialmente. Sorj e Guedes (2005) sinalizam, entretanto, que a utilização do número de domicílios com computadores e o número de usuários com acesso à internet (Figuras 1 e 2) não é um parâmetro suficiente para analisar e compreender o fenômeno da exclusão digital. Segundo eles, vários outros fatores devem ser considerados como o tempo disponível para o acesso e a qualidade desse acesso. Além disso, enfatizam a importância do investimento

relacionado com a manutenção e atualização para que as TICs não fiquem obsoletas. Os autores indicam ainda que deve ser considerada a capacidade de leitura e interpretação da informação por parte dos usuários das informações encontradas na rede.

No Brasil, a exclusão digital pode ser atribuída à disparidade entre as classes sociais. Nesse sentido, o elevado custo dos equipamentos e também dos serviços que possibilitam a conexão à internet, contribuíram para que seu acesso ocorresse de forma desigual em diferentes regiões do país, em especial entre as áreas urbanas e rurais (CGI, 2016).

O “Comitê Gestor da Internet no Brasil” (CGI. Br) é o órgão responsável por estabelecer diretrizes estratégicas relacionadas ao uso e desenvolvimento da Internet no Brasil. Ele coordena e integra todas as iniciativas de serviços Internet no País, promovendo a qualidade técnica, a inovação e a disseminação dos serviços ofertados. Com base nos princípios do multissetorialismo e transparência, o CGI.Br representa um modelo de governança da Internet democrático, elogiado internacionalmente, em que todos os setores da sociedade são partícipes de forma equânime de suas decisões. O CGI.Br realiza frequentemente pesquisas de caráter nacional sobre o uso das Tecnologias de Informação e Comunicação nas empresas, nos estabelecimentos de saúde, entre as crianças e adolescentes e nos domicílios brasileiros.

A “Pesquisa sobre o uso de tecnologias de informação e comunicação nos domicílios brasileiros” (CGI, 2016) apresenta a realidade do país e aponta que apenas 55% dos brasileiros com 10 anos ou mais utilizam a internet. Estes dados foram coletados entre novembro de 2015 e junho de 2016. Esse percentual corresponde, em números absolutos, a 94, 2 milhões de pessoas conectadas. Esse fenômeno de acesso à informação através da internet tem se acentuado, principalmente nas classes C, D e E, através da utilização de dispositivos portáteis, em especial, o celular.

**Figura 2 – Proporção de usuários de internet por equipamentos usados para usar a rede, por classe social no Brasil (2014/2015).**

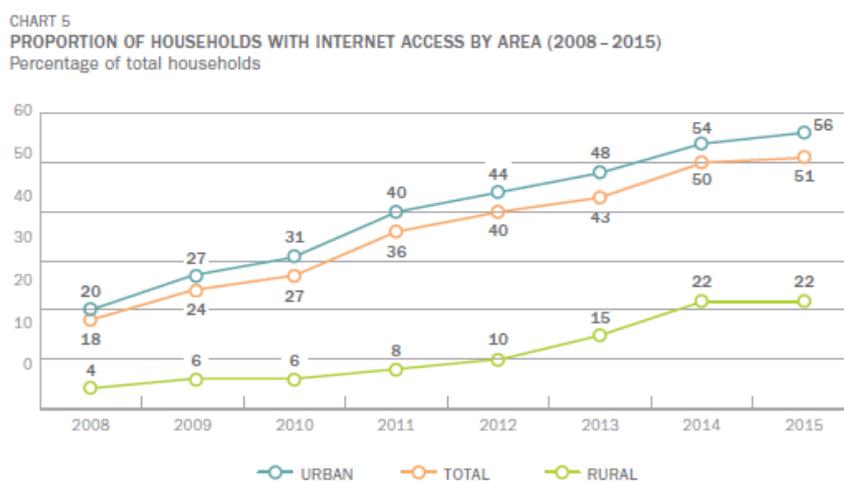
		Usuários de Internet que usaram a rede apenas pelo computador (de mesa, portátil ou tablet)		Usuários de Internet que usaram a rede apenas pelo telefone celular		Usuários de Internet que usaram a rede tanto pelo computador quanto pelo celular	
		2014	2015	2014	2015	2014	2015
TOTAL		24%	11%	20%	35%	56%	54%
CLASSE SOCIAL	A	13%	8%	2%	8%	85%	84%
	B	22%	10%	10%	19%	68%	71%
	C	25%	11%	26%	44%	48%	44%
	DE	30%	10%	39%	65%	31%	24%

**Fonte: CGI (2016)**

Apesar do significativo crescimento do número de usuários, ainda existe uma disparidade significativa no que tange ao acesso “entre as áreas urbanas e rurais, entre as diferentes regiões geográficas do país e, no interior de cada região, entre as diferentes classes sociais” (CGI, 2016, p. 284). Os padrões de desigualdade socioeconômica e regional recorrentemente encontrados nas pesquisas do CGI.br e regional são atribuídos ao custo do acesso e a falta de cobertura e de habilidades do usuário (CGI, 2015).

A figura 3 também revela a mesma tendência.

**Figura 3 – Proporção de residências com acesso a internet por região no Brasil (2008-2015).**



**Fonte: CGI (2016)**

Segundo o CGI (2016), a informação em saúde é um dos temas mais buscados na internet por usuários brasileiros. Em primeiro lugar está a procura por informações relativas a produtos e serviços. Em seguida, encontra-se a busca por informações relacionadas à saúde ou serviços de saúde. Este quadro não se altera nas áreas rurais e urbanas nem nas diferentes regiões do país, conforme demonstra a Figura 4.

**Figura 4 – Proporção de usuários de Internet por atividade realizada (2016).**

Percentual (%) Percentage (%)		Procurou informações sobre produtos e serviços <i>Information on products and services</i>	Procurou informações relacionadas à saúde ou a serviços de saúde <i>Information on health or healthcare services</i>	Procurou informações em sites de enciclopédia virtual como Wikipédia <i>Information in virtual encyclopedia websites such as Wikipedia</i>
TOTAL		58	41	31
ÁREA AREA	Urbana / Urban	60	42	32
	Rural / Rural	40	30	19
REGIÃO REGION	Sudeste / Southeast	64	45	35
	Nordeste / Northeast	48	37	27
	Sul / South	59	40	30
	Norte / North	53	38	27
	Centro-Oeste / Center-West	59	35	28

Fonte: CGI (2016)

Hoje em dia é cada vez mais difícil pensar a realização de tarefas diárias sem a utilização das mais variáveis formas de TICs. Não é difícil perceber ao nosso redor instrumentos como *computadores, smartphone, tablets* e outras TICs que possibilitam a execução de atividades do cotidiano. Esta é a uma realidade de dificilmente será alterada. Nos últimos anos as TICs assumiram um papel de destaque nas diferentes esferas da sociedade. Neste contexto, a saúde e os serviços atrelados a ela tem, cada vez mais, relação direta com as TICs.

A chamada “saúde digital” influenciará a relação médico – paciente. De uma forma mais abrangente a “saúde digital” inclui:

a totalidade de elementos de saúde móvel – m-Saúde –, saúde sem fio (*wireless health*, em inglês), Saúde 2.0, e-Saúde, e-Paciente – empoderamento do paciente –, tecnologia de Informação em Saúde – *healthcare IT* ou *health IT* –, Big Data, *health data*, computação em nuvem (*cloud computing*), *quantified self*, *wearable computing*, gamificação, *telessaúde*, *telemedicina*, *medicina precisa*, *medicina personalizada* e, sobretudo, a *saúde conectada* (HIDALGO et al., 2016, pag. 36).

Para este autor, a presença das TICs na saúde iniciou-se em 1995. Em meados de 2005, através da Web 2.0 ela se expandiu e se constituiu verdadeiramente em 2015, através de uma ruptura digital. As mudanças não param por aqui.

Hidalgo et al. (2016, p. 35) recorreram a uma pesquisa elaborada em 2013 pelo *McKinsey Global Institute* com as doze tecnologias inovadoras previstas para 2025. Os resultados nos pareceram surpreendentes! Do total de doze propostas, oito impactarão

diretamente a área da saúde. Serão elas:

- A “Internet das coisas”, que permite a conexão de sensores em pessoas ou objetos físicos associada às redes digitais vinculadas a saúde;
- O armazenamento na nuvem, onde grandes quantidades de dados estarão disponíveis a exploração do indivíduo consultar quando tiver alguma dúvida na área da saúde;
- A robótica avançada, que poderá auxiliar no diagnóstico, na mecanização dos laboratórios e na precisão dos tratamentos;
- O sequenciamento rápido do genoma, que poderá ajudar no diagnóstico e na engenharia genética;
- A Internet móvel, que facilitará a saúde móvel (m-Saúde, ou mHealth, em inglês);
- A Impressão 3D, que permitirá a geração de próteses e tecidos;
- A Automação do trabalho do conhecimento e inteligência artificial, que permitirão o diagnóstico automático;
- Os Materiais avançados, como as nanopartículas, que serão úteis para a realização de diagnósticos e novos medicamentos. (Hidalgo et al. ,2016).

Assim, o futuro próximo tende a nos apresentar mudanças ainda maiores que aquelas que vivenciamos nos dias atuais. As propostas tecnológicas apresentadas acima, em especial aquelas relacionadas com saúde móvel, dialogam com Garbin et al., (2008). Estes autores sinalizaram neste estudo que a área da saúde tem, cada vez mais, informações disponíveis para um número cada vez maior de pessoas interessadas em acessá-las, em especial para investigar sobre sua própria condição de saúde ou de alguém próximo. Nesse contexto, a internet se apresenta como uma opção, pois são incontáveis os sites sobre temas vinculados, de alguma forma, às questões relativas à saúde-doença. Este destaque se justifica na medida em que a saúde tornou-se, nos últimos anos, uma das principais preocupações do homem, adquirindo um valor inédito na história da humanidade. Por esta razão, é cada vez maior o número de pessoas que acessam a internet e a televisão para obter alguma informação sobre sua condição de saúde ou de um parente ou amigo (GARBIN et al., 2008).

Hidalgo et al. (2016, p. 36) apontam ainda que através das TICs, a “saúde digital”, caracteriza um novo modelo de saúde, apoiado nas seguintes características:

1. Globalidade, entendendo a saúde da pessoa de maneira global;
2. Transversalidade, com relação a seus âmbitos disciplinares e aos serviços que

- intervêm nas prestações de saúde;
3. As redes Sociais, pela combinação de diferentes instrumentos de comunicação de maneira coordenada, assim como pela definição das características básicas do estilo de vida atual;
  4. A orientação ao indivíduo, graças a uma mudança de atitude que transfere o controle e a responsabilidade da saúde para o usuário. (Hidalgo et al., 2016).

As características apresentadas levantam diferentes questões acerca da “saúde digital”. O quarto ponto, relacionado a mudança de atitude do usuário no que diz respeito a transferência, controle e responsabilidade de sua saúde merece uma atenção especial. Atualmente existem incontáveis sites, de diferentes iniciativas, dedicados a disseminar informação sobre saúde. A expansão da internet, aliada a facilidade de produzir e acessar as informações disponíveis na internet, contribuíram para o surgimento de um novo personagem: o *paciente expert*.

Para Garbin et al., (2008, p. 581), o *paciente expert* é mais do que um paciente informado. Ele não busca apenas informações relacionadas à saúde na internet. O *paciente expert* “se sente, de alguma forma, um entendido em um determinado assunto, alterando assim a relação médico – paciente”. Ele é um paciente que

busca informações sobre diagnósticos, doenças, sintomas, medicamentos e custos de internação e tratamento. O fato de ter acesso à quantidade de informações disponíveis na internet, independente de sua veracidade, pode fazer com que este paciente esteja potencialmente menos disposto a acatar passivamente as determinações médicas (GARBIN et al., 2008, p. 581).

Além disso, a internet pode ser utilizada também como um poderoso mecanismo para interação entre enfermos através de redes sociais como o Facebook. (Pereira Neto, et al. 2015). O acesso à informação sobre saúde aliado a troca de experiências poderá propiciar benefícios para a saúde do cidadão como melhorar sua qualidade de vida, aumentar sua autonomia e autoconfiança e melhorar seu conhecimento sobre a doença (MORETTI et al., 2012).

Se por um lado a facilidade de acesso à informação sobre saúde contribui para os fatores apresentados acima, por outro lado pode causar impactos negativos.

Para Lopes (2008, p.2) a expansão do oferecimento de informações em saúde na Internet ocorre sem que sejam oferecidas garantias de credibilidade e de qualidade. Na área de Saúde, “isto representa grandes riscos principalmente para os usuários leigos, que

desconhecem as regras relativas à identificação de padrões de qualidade nos textos e documentos tornados disponíveis na Web”.

Na Internet, qualquer pessoa com um mínimo de domínio e habilidade com a tecnologia pode postar as informações que desejar. Assim, além de simplesmente acessar a informação, os usuários se descolam do papel de expectadores e passam a ser produtores e disseminadores de conteúdo. Como afirmamos anteriormente, este é um aspecto importante que diferencia a internet de outros veículos de comunicação como o rádio e a televisão. A internet possibilita, portanto, o acesso à informação, a produção e o compartilhamento de conteúdo.

Dessa maneira o usuário poderá criar sua própria mensagem e a disseminá-la por meio da rede, com o potencial de atingir milhões de usuários, ao alcance de um clique. Tal produção e difusão ocorrem sem que o conteúdo seja submetido a qualquer ordem de avaliação, uma vez que não existe regulação para a publicação de informação na internet. Sendo assim é possível encontrar na internet informações incorretas, incompletas ou até mesmo fraudulentas.

Além de incorretas, incompletas ou fraudulentas as informações disponíveis na internet também podem ser inteligíveis. Essa condição dificulta o entendimento do usuário que busca na internet informações a respeito de determinado tema. No caso das informações relacionadas com a saúde, ter acesso a uma informação incorreta, incompleta, fraudulenta ou inteligível pode causar danos aos usuários.

Lévy (2001, p.15), fazendo uma metáfora com a Arca de Noé, utiliza a expressão “Dilúvio de Informação” para se referir a quantidade de informações produzidas na internet. Face ao caos e ao volume de informações presentes na internet, é necessário que cada grupo faça a sua seleção crítica e filtre as informações que deseja considerar e colocar na *arca*.

Segundo Castiel e Vasconcellos-Silva (2002, p. 304) as preocupações relacionadas com a qualidade da informação disponível na internet são pautadas em “educar o consumidor, estimular a regulação dos emissores de informação em saúde, possuir instâncias não comprometidas para avaliar a informação e estabelecer sanções em casos de disseminação nociva ou fraudulenta de informação”.

O debate de profissionais acerca dos mecanismos para a regulação da qualidade da informação disponíveis em sites de saúde possui mais de uma década. Esse debate congrega diferentes personagens, entre eles profissionais de saúde, autores acadêmicos, órgãos de classe e organismos nacionais e internacionais. O objetivo destes profissionais é mostrar aos usuários que as informações de saúde presentes na internet podem não ser confiáveis (LOPES, 2012).

Assim vivemos um contexto informacional em que os conteúdos de comunicação em saúde disponíveis na rede não passam por nenhum filtro de qualidade. A criação de uma certificação foi uma das estratégias criadas para atestar a qualidade da informação disponível em sites de saúde. Lopes (2006, 2008, 2012) afirma que existem diversas iniciativas internacionais atuam nessa direção, como a *Health On the Net Foundation* (HON). Esta Fundação Suíça Não Governamental pode ser citada como um exemplo pioneiro. Criada em 1996, a HON foi fundada com o objetivo de incentivar a divulgação de informação de saúde de qualidade, tanto para pacientes quanto para profissionais. Seu objetivo é padronizar a confiabilidade da informação sobre saúde presente na internet. A HON desenvolveu e criou um código de ética e confiança denominado *HONcode*. A iniciativa foi realizada em parceria com pacientes, profissionais de saúde e webmasters e está amparada em sete princípios básicos. São eles: autoridade, complementaridade, confidencialidade, atribuições, justificativas, transparência na propriedade, transparência do patrocínio e honestidade da publicidade e da política editorial.

Para exibir o selo de certificação *HONcode* em um site de saúde, deve se submeter a um processo de requerimento formal no site da HON. Em seguida, a equipe HON verifica se os oito princípios éticos do *HONcode* estão sendo respeitados. A primeira avaliação é gratuita e está condicionada a uma segunda avaliação, que será paga e deverá ser realizada um ano após a primeira.

Em 10 anos de existência, mais de 7.300 sites em 102 países já foram certificados pela HON. São mais de 27.000 visitantes ao redor do mundo visitando o site da HON diariamente. No Brasil, inúmeros sites possuem o selo de certificação *HONcode*<sup>1</sup>

Do ponto de acadêmico, a revisão sistemática realizada por Eysenbach et al. (2002) é uma referência obrigatória. Sua equipe encontrou 79 iniciativas de avaliação da qualidade da informação em sites de saúde até meados do século XXI. Estas iniciativas acadêmicas utilizaram 86 diferentes critérios para avaliação da informação em sites de saúde. Os autores desta revisão sistemática realizaram um esforço de síntese e agruparam estes critérios em cinco categorias, a saber: Técnico, Interatividade, Abrangência, Legibilidade e Acurácia.

O critério Técnico busca atribuir responsabilidade e referência para a informação disponível no site. Sendo assim, a intenção é que a fonte ou a autoria do conteúdo disponível possa ser atribuída a algum responsável. Para alguns autores esse critério deveria ser denominado de transparência (EYSENBACH et al., 2002).

O critério Interatividade indica maior ou menor facilidade na comunicação entre o

---

<sup>1</sup> (<http://www.hon.ch>)

gestor do site e o usuário através de diferentes funcionalidades.

O critério Abrangência verifica se as informações existentes no site de saúde incluem, por exemplo, o ciclo completo da doença (prevenção, diagnóstico, sintoma e tratamento).

O critério Legibilidade está relacionado com o fato de o texto disponível ser compreensível pelo usuário do site.

O critério Acurácia abrange o caráter biomédico da informação disponível nos sites. Para Eysenbach et al. (2002) esse critério define se determinada informação disponível no site está em conformidade com a informação atualmente aceita pelas ciências biomédicas.

Para cada critério citado, Eysenbach et al. (2002) relacionaram um número distinto de indicadores. Os indicadores são perguntas avaliativas que atendem a alguma especificidade do critério.

No Brasil, até bem pouco tempo, atrás não existiam instituições dedicadas à avaliação da qualidade da informação em sites de saúde. Em 2011 o “Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo” (CREMESP) elaborou o “Manual de Princípios Éticos para sites de medicina e saúde na internet” (ANEXO A). Este manual, elaborado pelo CREMESP, apesar de definir um código de conduta para publicações de saúde na internet, não avaliou efetivamente as informações presentes nos mesmos.

Nos últimos anos o “Laboratório Internet, Saúde e Sociedade” (LaISS) vinculado ao Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria (CSEGSF), departamento da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) tem realizado algumas experiências de avaliação da qualidade da informação de sites de saúde.

O LaISS foi inaugurado em dezembro de 2009, com o apoio financeiro recebido da FAPERJ. Ele integra o conjunto de atividades de promoção da saúde do Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria (CSEGSF): um dos departamentos da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) da Fundação Oswaldo Cruz. Ele atende prioritariamente moradores da região de Manguinhos e demais colaboradores da Fiocruz. Atua na linha da promoção da saúde, estimulando o empoderamento do cidadão a partir da alfabetização digital e da avaliação da qualidade da informação sobre saúde na Internet.

Consta no site do LaISS que sua criação e atuação respondem a uma avaliação do momento atual. Segundo seus fundadores vivemos em uma sociedade profundamente marcada pela desigualdade socioeconômica. O LaISS<sup>2</sup> busca oferecer um ambiente não apenas de inclusão digital, mas também de inclusão social. Ele acredita que, no atual “cenário de

---

<sup>2</sup>Site do LaISS: <http://laiss.ensp.fiocruz.br/>

globalização, o domínio sobre uma tecnologia tão importante quanto a Internet e o acesso a informação com qualidade certificada são ferramentas fundamentais para que o sujeito torne-se autônomo, sendo capaz de melhorar sua qualidade de vida e de se engajar ativamente no processo democrático da construção da cidadania”.

O LaISS atende à população residente em Manguinhos, Zona Norte do Rio de Janeiro.

Esta região da cidade recebeu este nome por ter o manguezal como característica original (Fernandes e Costa, 2013). Tal característica não resistiu ao longos anos de intenso assoreamento dos rios através do lixo proveniente da cidade e material de grandes obras de urbanização. Atualmente, as pequenas ilhas, rios e manguezais que possuía não são percebidos ou não existem mais. O processo de ocupação do território de Manguinhos ocorreu, sobretudo, ao longo do século XX. Ele foi marcado pela falta de planejamento habitacional por parte do poder público.

Como afirmam Fernandes e Costa (2013), tal crescimento deve-se,

principalmente, à ocupação de novos espaços, oriundos dos terrenos das empresas transferidas da localidade, às novas construções, à verticalização das moradias, à ampliação familiar, à transformação de moradias em ocupações multifamiliares e à ampliação do mercado interno de imóveis (FERNANDES E COSTA, 2013, p. 27) .

O território de Manguinhos é composto por diferentes comunidades que têm, entre si, algumas diferenças socioeconômicas. Apesar disso, elas se assemelham na medida em que a densidade demográfica e a péssimas condições de vida predominam em todo o território.

Para termos uma ideia mais precisa das condições sócio-ambientais em que vivem os moradores de Manguinhos iremos recorrer aos dados oficiais.

Em 2008 a Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro publicou o “Índice de Desenvolvimento Social – IDS”. Ele foi inspirado no conhecido “Índice de Desenvolvimento Humano” – IDH, calculado pela ONU (PNUD) para inúmeros países do mundo (Cavallieri e Lopes, 2008). Para a construção do IDS foram utilizados quatro grandes dimensões de análise, a saber: Dimensão Acesso a Saneamento Básico, de Qualidade Habitacional, Grau de Escolaridade e de Disponibilidade de Renda. Cada dimensão foi composta por determinados indicadores configurando-se o seguinte quadro:

Dimensão de análise	Indicadores
---------------------	-------------

Acesso a Saneamento Básico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Percentagem dos domicílios com serviço de abastecimento de água adequada aqueles que estão ligados à rede geral;</li> <li>• Percentagem dos domicílios com serviço de esgoto ligado à rede geral;</li> <li>• Percentagem dos domicílios aqueles que dispõem de coleta direta ou indireta de lixo;</li> </ul>
Qualidade Habitacional	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número médio de banheiros por pessoa;</li> </ul>
Grau de Escolaridade	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Percentagem de analfabetismo em maiores de 15 anos;</li> <li>• Percentagem dos chefes de domicílio com menos de quatro anos de estudo;</li> <li>• Percentagem dos chefes de domicílio com 15 anos ou mais de estudo;</li> </ul>
Disponibilidade de Renda	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rendimento médio dos chefes de domicílio em salários mínimos;</li> <li>• Percentagem dos chefes de domicílio com renda até dois salários mínimos;</li> </ul>

**Fonte: (Cavallieri e Lopes, 2008, p 2).**

Foram avaliados 158 bairros. Manguinhos ocupou a posição 150. Assim Manguinhos é uma região da cidade do Rio de Janeiro composta por áreas extremamente insalubres. Os moradores do território convivem com altas taxas de gravidez na adolescência e de doenças crônicas e infecciosas, como HIV, Tuberculose e Diabetes. Este território é caracterizado por elevada taxa de vulnerabilidade econômica, social e institucional (ENGSTRON et al, 2012). É comum ver o território de Manguinhos associado aos problemas de violência que envolvem a “Unidade de Polícia Pacificadora”, os traficantes de droga e a milícia. Por esta razão a região passou a ser denominada de “Faixa de Gaza”.

No que tange ao atendimento de serviços relacionados a saúde, Manguinhos está enquadrado na Área de Planejamento 3.1 da Secretaria Municipal de Saúde<sup>3</sup>. De acordo com dados do “Registro Eletrônico de Informação em Saúde” (Reis), o total de famílias cadastradas é de 12.080, correspondendo a 36.976 habitantes. Estima-se um percentual pequeno de não cadastro (cerca 5% dos domicílios), por recusa dos moradores, domicílios fechados ou desocupados.

O Território Integrado de Ações em Saúde (TEIAS), criado para atenção primária à saúde em Manguinhos, foi definido e pactuado entre comunidade e gestores municipais. Ele engloba todas as comunidades de Manguinhos, acrescidas de Monsenhor Brito, CCPL e Vila Previdência.

<sup>3</sup> Informações retiradas do site <http://www.conhecendomanguinhos.fiocruz.br/?q=saudebairro>

O TEIAS tem uma cobertura de 100% da população residente, por meio da implantação de 13 equipes de saúde da família em dois equipamentos de saúde: a Clínica da Família Victor Vala (CFVV) e o CSE Manguinhos (localizado no Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria - CSEGSF/Fiocruz). Cada equipe de saúde da família é composta por 01 médico, 01 enfermeiro, 01 técnico de enfermagem, 06 agentes comunitários de saúde (ACS) e 01 agente de vigilância em saúde (AVS)<sup>4</sup>.

O território de Manguinhos e a FIOCRUZ possuem uma relação muito próxima. Nesse contexto, o LaISS está voltado para atender prioritariamente os moradores do território de Manguinhos e demais colaboradores da FIOCRUZ. Por entender a internet como o principal meio de informação e comunicação da atualidade e uma poderosa ferramenta para a construção da cidadania e promoção da saúde, a missão do laboratório é estimular e promover o empoderamento dos cidadãos através do uso crítico e criativo desta ferramenta.

Para alcançar esse objetivo e considerando a natureza de um laboratório, o LaISS utiliza inovação e questionamento como combustível para produzir novos conhecimentos, ferramentas e metodologias. Assim, busca contribuir para a autonomia do sujeito, em prol de sua qualidade de vida<sup>5</sup>.

Com uma equipe heterogênea, o laboratório se dedica a

alfabetizar digitalmente a população vizinha, majoritariamente em condições socioeconômicas desfavoráveis e construir um ambiente propício para elaboração, validação e aplicação de indicadores de qualidade para a avaliação da informação disponível em sites de saúde (PEREIRA NETO et al., 2016, p 11).

Em 2012, foi desenvolvido um projeto de pesquisa voltado para análise da qualidade da informação em sites de dengue<sup>6</sup>. Em 2014, foi publicado um livro onde esta experiência foi apresentada e analisada (Pereira Neto; Paolucci, 2014). Também foi publicado um artigo em um livro que resgata diferentes iniciativas da Fiocruz no território de Manguinhos. (Pereira Neto, 2016). A segunda experiência de avaliação da qualidade da informação em sites de saúde foi realizada pelo LAISS entre os anos de 2013 e 2014. Desta vez, foram avaliados sites de tuberculose (TB) (Paolucci; Pereira Neto; Luzia, 2017), através do projeto intitulado “Avaliação da Informação em sites de Tuberculose (TB): Uma proposta inovadora

---

<sup>4</sup> <http://andromeda.ensp.fiocruz.br/teias/sausedafamilia>

<sup>5</sup> Informações retiradas do site do LaISS: <http://laiss.ensp.fiocruz.br/home/quemsomos>

<sup>6</sup> Este projeto contou com o apoio da Vice-Presidência de Ambiente, Atenção e Promoção da Saúde (VPAAPS/FIOCRUZ) e do Programa de Desenvolvimento e Inovação Tecnológica em Saúde Pública (PDTSP) no TEIAS.

para a Promoção da Saúde”.

A TB é uma grave doença infecciosa. Ela está diretamente relacionada a indicadores de pobreza como, por exemplo, exclusão social, más condições de vida, alimentação e moradia. Ela é considerada uma doença negligenciada e uma das principais a ser combatida no mundo. O Brasil ocupa a 16ª posição mundial em casos absolutos da doença, com mais de 73 mil novos casos diagnosticados entre 2005 e 2014 (Brasil, 2015).

Para sua realização forma constituídas quatro equipes (Tabela 1): uma com profissionais do LaISS, outra com pesquisadores do Centro de Referência Professor Hélio Fraga (CRPHF), departamento da Escola Nacional de Saúde Pública (Fiocruz), uma com pesquisadores-cidadãos, moradores das comunidades de Manguinhos e uma equipe com profissionais de saúde da Fiocruz.

**Tabela 1 – Equipes do Projeto Avaliação da Qualidade da Informação em Sites de Tuberculose**

<b>Grupo</b>	<b>Quantidade de pessoas envolvidas</b>	<b>Atribuição no projeto</b>
Pesquisador LaISS	3	Operacionalizar a realização do projeto
Pesquisador CRPHF	5	Construção e validação dos indicadores de acurácia
Pesquisador-Cidadão	20	Construção e validação dos indicadores e avaliação dos sites de TB
Profissionais de saúde da Fiocruz	19	Avaliação dos sites de TB

Fonte: Adaptado de PEREIRA NETO et al (2016).

A equipe do LaISS foi constituída por um pesquisador, mestre em ciências, um Doutor em Saúde Coletiva e por mim - pedagoga formada pela Universidade Federal Fluminense. Além de idealizar a experiência, esta equipe foi responsável por acompanhar a avaliação operacionalizar a realização do projeto, articulando a atuação dos diferentes grupos de atuação.

O “Centro de Referência Prof. Hélio Fraga” (CRPHF), foi criado em 1984 pela “Campanha Nacional Contra a Tuberculose” (CNCT). Trata-se de uma instituição nacional de referência do SUS para tuberculose e outras pneumopatias, destacando-se como órgão de

apoio às ações nacionais em saúde pública<sup>7</sup>. Atualmente este Centro é um dos departamentos da Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ. Ele está localizado no bairro de Jacarepaguá, na cidade do Rio de Janeiro. Sua missão é atuar na área de pneumologia sanitária, em especial no controle da tuberculose e outras micobacterioses. Além disso deve desenvolver, monitorar e avaliar ações, políticas, normas e estratégias, apoiando estados e municípios. O Centro ainda desenvolve, avalia e dissemina conhecimentos por meio da formação, atualização e treinamento de profissionais para o SUS<sup>8</sup>.

A equipe do Centro de Referência Professor Hélio Fraga (CRPHF) foi composta por 5 profissionais (uma enfermeira e três médicos e uma pedagoga): profissionais experientes na área de estudos e pesquisa sobre tuberculose. A atuação deste grupo foi fundamental para a execução do projeto, considerando o desempenho para aprimorar os indicadores de acurácia para que os mesmos contemplassem temas imprescindíveis para a temática Tuberculose.

O grupo de pesquisadores - cidadãos foi composto por 20 usuários do Sistema único de Saúde (SUS), moradores do território de Manguinhos. A proposta era criar um grupo heterogêneo no que tange a idade, gênero e experiências com a temática tuberculose. Assim como parte da parcela da população brasileira, que acessa os serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) esse grupo busca, cada vez mais, informações de saúde na internet<sup>9</sup>. A seleção da equipe foi realizada através da experiência dos pesquisadores – cidadãos que, em sua maioria, já havia participado da avaliação da qualidade da informação de sites de dengue.

Os profissionais do “Centro de Referência Professor Hélio Fraga” (CRPHF) e os pesquisadores-cidadãos participaram da construção e validação dos critérios e dos indicadores utilizados durante a avaliação.

O quarto grupo de participantes foi composto por 19 profissionais de saúde da Fiocruz, divididos da seguinte forma: 5 profissionais que atuam na Atenção Primária do Centro de Saúde Escola Germano Sinval de Faria, da Escola Nacional de Saúde Pública; 1 pesquisadora do Instituto Oswaldo Cruz (IOC), 6 profissionais do “Laboratório de Situações Endêmicas Regionais” (LASER) da Escola Nacional de Saúde Pública; 3 profissionais recém formados no curso de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Escola Nacional de Saúde Pública e 4 profissionais do Centro de Referência Professor Hélio Fraga. Diferentemente dos demais grupos, o grupo de profissionais de saúde dedicou-se exclusivamente a avaliar a qualidade da informação dos sites de TB. Dos quatro profissionais

---

<sup>7</sup> <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/departamento/heliofraga/apresentacao>

<sup>8</sup> Informações retiradas do site <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/departamento/heliofraga/apresentacao>

<sup>9</sup> O grupo de pesquisadores – cidadãos será o foco deste trabalho, já que a percepção a respeito da Translação do Conhecimento será feita a partir deste grupo de atores.

de saúde do CRPHF que participaram da avaliação de sites, dois participaram também do processo de escolha dos sites e elaboração dos indicadores do critério Acurácia (PEREIRA NETO, et al, 2016)<sup>10</sup>.

A qualidade da informação presente nos sites avaliados foi verificada através dos critérios interatividade, legibilidade, técnico, abrangência e acurácia. Para cada critério citado foi elaborado um número distinto de indicadores e avaliado por um grupo de avaliadores específico<sup>11</sup>.

Assim, o processo de avaliação dos sites selecionados foi realizado sob dois pontos de vista distintos: o ponto de vista dos pesquisadores – cidadãos e o ponto de vista dos profissionais de saúde.

Considerando as especificidades de cada grupo, diferentes ambientes foram criados para que a avaliação dos 12 sites de TB se tornasse possível.

Os 20 pesquisadores – cidadãos se encontravam semanalmente para realizar a avaliação dos sites de forma presencial. O espaço físico do LaISS possibilita que 10 pessoas utilizem o laboratório por vez. Trata-se de uma pequena sala com duas mesas contínuas tendo cada uma delas 5 computadores. Sendo assim, foram criadas duas turmas de avaliadores. Uma turma se encontrava as segundas – feiras, de 17h às 19h e a outra turma se encontrava as quartas – feiras, de 17h às 19h. Um profissional da equipe do LaISS acompanhou os encontros. No total, foram 44 encontros dedicados a construção dos indicadores e avaliação da qualidade da informação em 12 sites de Tuberculose.

Nesse processo, os pesquisadores – cidadãos

além de serem os avaliadores dos sites, eles também participaram do processo de definição e construção dos critérios e dos indicadores, assim como na primeira experiência. Suas opiniões foram consideradas para qualquer tomada de decisão sobre a inclusão e redação dos indicadores (PEREIRA NETO et al., 2016, pág. 24).

Sendo assim,

esta comunicação dialógica com os moradores de Manguinhos buscou construir um sentido compreensível e compartilhado entre o grupo sobre a ferramenta avaliativa e sobre os critérios e indicadores que a formam. Desse modo, estes moradores foram considerados pesquisadores –

---

<sup>10</sup> Os critérios para escolha dos sites avaliados podem ser encontrados em Pereira Neto et al, 2016.

<sup>11</sup> Para facilitar o processo de avaliação deste grupo, os *links* dos sites que seriam avaliados foram disponibilizados na barra de favoritos dos computadores do LaISS. Na outra foi instalada a ferramenta de avaliação.

cidadãos, uma vez que suas participações não foram como sujeitos da pesquisa, mas enquanto colaboradores no desenvolvimento da pesquisa, por meio de seus conhecimentos preexistentes e de outros obtidos durante o projeto (PEREIRA NETO et al., 2016, pág, 25).

Os 19 profissionais de saúde realizaram a avaliação de maneira voluntária e remota, considerando a disponibilidade de tempo de cada integrante deste grupo. Para facilitar o processo de avaliação, um tutorial com as orientações gerais foi elaborado. As orientações gerais, o link para a ferramenta de avaliação e os links dos sites que foram avaliados eram enviados por email. Um profissional da equipe do LaISS acompanhou o andamento das avaliações, entrando em contato com os avaliadores via email ou telefone quando necessário.

Dois questionários distintos foram criados, considerando os indicadores específicos para cada grupo. A ferramenta utilizada foi o Google Drive. Além de facilitar o processo de avaliação, contribui na etapa de consolidação e sistematização das informações como a construção de gráficos através das perguntas objetivas (PEREIRA NETO et al., 2016).

O procedimento para avaliação dos sites foi o mesmo para todos os avaliadores. Em uma aba do navegador o questionário de avaliação era aberto. Em outra aba do navegador, o site avaliado era aberto. Assim, alternando entre uma aba e outra, era possível verificar o indicador em questão e buscar pela informação no site indicado. Na medida em que os indicadores eram respondidos, o avaliador era levado para as próximas páginas do questionário. No caso dos profissionais de saúde, os links eram disponibilizados por email. (Pereira Neto et al., 2016).

Nesse contexto, a ferramenta elaborada para avaliação de sites de TB possibilitou conectar em um mesmo processo, os diferentes atores que fizeram parte desse projeto.

Com isso este o projeto “Avaliação da Informação em sites de Tuberculose (TB): Uma proposta inovadora para a Promoção da Saúde” desenvolvido pelo LaISS procurou atender a uma preocupações Eysenbach e colaboradores (2002). A revisão sistemática que conduziram concluiu em 2002 que “nenhum dos estudos conduziu testes de compreensão com consumidores reais ou utilizou o julgamento de especialistas em letramento<sup>12</sup>” (EYSENBACH et al., 2002, p. 2695, tradução nossa).

A experiência desenvolvida no LaISS foi, portanto, motivada por esta lacuna identificado no estudo de Eysenbach et al. (2002). Por esta razão foram convidados , especialistas e usuários para participarem do processo de elaboração dos critérios e

---

<sup>12</sup> O texto correspondente na tradução é: “None of the studies conducted comprehension tests with actual consumers or used judgments of literacy experts”.

indicadores e da avaliação da qualidade da informação dos sites de saúde.

O objetivo geral desta Dissertação é verificar se a prática da Translação do Conhecimento pode ser identificada no projeto “Avaliação da Informação em sites de Tuberculose: Uma proposta inovadora para a Promoção da Saúde”.

Iremos, no próximo capítulo apresentar, em linhas gerais, as características da Translação do Conhecimento. Em seguida apresentaremos a metodologia adotada: A História Oral. Para a realização deste trabalho entrevistamos alguns pesquisadores-cidadãos que atuaram no projeto de avaliação da qualidade da informação de sites de tuberculose. Em seguida apresentamos os resultados desta investigação.

## CAPÍTULO 2

### PESQUISA PARTICIPATIVA E TRANSLAÇÃO DO CONHECIMENTO

Abreu et al (2017) situam o termo “Translação do Conhecimento” (TC) como oriundo dos campos da linguística e da comunicação. Apesar disso, desde meados da década de 1970, e mais amplamente a partir da década de 1990, a TC vem sendo utilizada em outros campos, incluindo o da saúde.

A TC pode ser entendida como uma “prática multifacetada, inovadora, que permite o intercâmbio multi-direcionais e co-construção do conhecimento entre os acadêmicos, representantes da comunidade, profissionais e tomadores de decisão”<sup>13</sup> (CLAVIER et al., 2011, p.794, tradução nossa). Segundo Clavier e colaboradores (2011) ela busca construir “um espaço para uma ação coordenada entre os atores que têm uma diversidade de perspectivas e responsabilidades entre os diversos segmentos”<sup>14</sup> (CLAVIER et al., 2011, p.792, tradução nossa).

Especificamente no campo da saúde, A TC é definida por ABREU e colaboradores (2017) como:

um processo dinâmico e interativo que inclui a síntese, a difusão, o intercâmbio e a aplicação eticamente sólida de conhecimentos para melhorar a saúde, o fornecimento de serviços e produtos de saúde mais eficazes, e o fortalecimento do sistema de saúde (ABREU et al., 2017, p. X).

Por atuar na interface entre o conhecimento acadêmico formal e o conhecimento fruto da experiência, a TC pode facilitar a troca de diversas formas de conhecimento e saberes, podendo envolver múltiplos processos visando modificar práticas em diferentes níveis. Além disso, tem condições de permitir o desenvolvimento da compreensão entre universos inicialmente considerados estranhos (CLAVIER al., 2011, MANTOURA et al., 2007 , ABREU et al 2017). Para os estes autores a prática da TC não é um processo neutro. Ela se desenvolve em meio a uma constante renegociação de interesses distintos, incertos e instáveis que podem resultar na criação de novos interesses.

Abreu et al., (2017) amparando-se em Donnely (2014), aponta quatro características da TC: ser multidimensional, possibilitar o envolvimento de diferentes atores, ter o pesquisador

<sup>13</sup> O texto correspondente na tradução é “a multifaceted, innovative practice that allows for multidirectional exchanges and the co-construction of knowledge among academics, community representatives, practitioners and decision-makers”

<sup>14</sup> O texto correspondente na tradução é “a space for coordinated action among actors who have a diversity of insights and responsibilities across several sectors”.

como portador da mensagem, considerando o seu conhecimento do produto e da pesquisa e reconhecer a existência de facilitadores e barreiras para que a prática da TC aconteça.

Ainda que não existam teorias sobre a produção do conhecimento na interface entre pesquisa acadêmica e a experiência prática, a TC se apresenta como um conceito chave para a leitura e compreensão de espaços participativos (CLAVIER et al., 2011, MANTOURA et al., 2007).

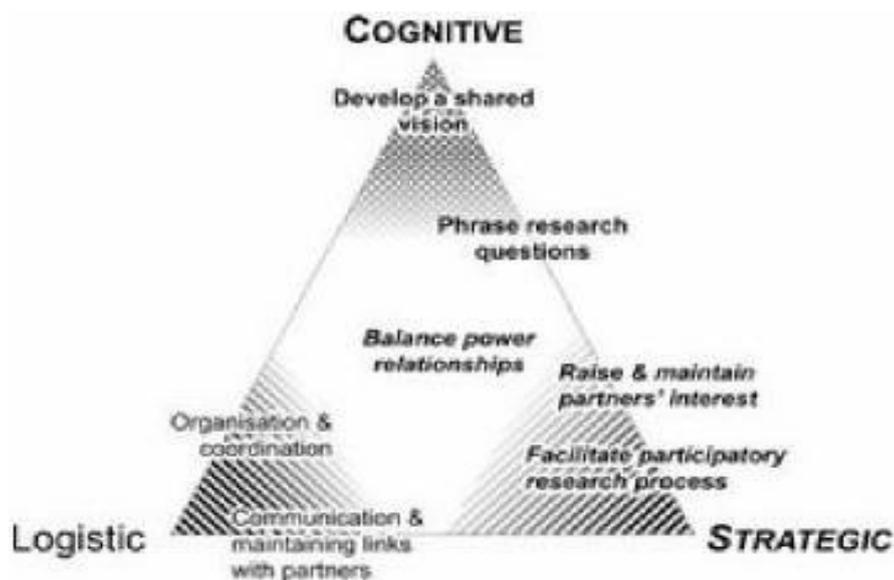
Para que a TC se torne possível, são necessários três tipos de práticas fundamentais, que permitam a co - construção em pesquisa participativa. São as “práticas logística”, “cognitiva” e “estratégica”. Cada tipo de prática tem características e atividades específicas. Elas se desenvolvem, no entanto, de maneira simultânea ao longo do processo (CLAVIER et al., 2011).

As “práticas cognitivas” lidam com o conteúdo em si da parceria. Tais práticas contribuem com os aspectos que se referem aos parceiros do projeto, como por exemplo, a comunicação entre as partes envolvidas. Sendo assim, contribuem para a circulação do conhecimento entre os parceiros, em todas as direções (CLAVIER et al., 2011).

As “práticas estratégicas” se referem ao conjunto de atividades, competências e esforços que são necessários para mobilizar os diferentes grupos e também para manter os mesmos interessados na pesquisa (CLAVIER et al., 2011).

Já as “práticas logísticas” estão relacionadas com as atitudes de coordenação do projeto. São as ações que criam as condições materiais para que as parcerias e atividades efetivamente aconteçam. A convocação de reuniões, os telefonar para parceiros e ainda a redação das atas de reuniões são algumas das “práticas logísticas” possíveis (CLAVIER et al., 2011).

A Figura 7 representa necessária sinergia entre as práticas cognitivas, estratégicas e logísticas.



**Figura 7 – Práticas de translação em projetos participativos de investigação. Fonte: Clavier et al ( 2011).**

Como pode ser observado, o processo de TC, para estes autores:

está longe de ser um processo mecânico: ao contrário, é a elaboração qualificada de práticas cognitivas, estratégicas e logísticas que se entrelaçam os valores, interesses e idéias de cada um dos parceiros<sup>15</sup> (CLAVIER et al., 2011, p. 802, tradução nossa).

Existem diferentes maneiras de nomear aqueles que praticam a TC. Clavier et al. (2011) sinalizam que há quem denomine de “Pesquisadores de Ação”, “Trasladores”, “Pessoal de apoio”, “Líderes” e “corretores de conhecimento”<sup>16</sup>.

Independentemente do termo utilizado, uma das figuras centrais para o processo de TC é o indivíduo que exerce o papel de “mediador”. Esse “ator social” (Goffman, 2011) lida tanto com o conteúdo presente na investigação como também na interface dos processos da pesquisa participativa (CLAVIER al., 2011).

Ele deve ter como características a liderança e capacidade de organização. O “mediador” cria e mantém ativas conexões entre parceiros que anteriormente estavam

<sup>15</sup> O texto correspondente na tradução é “is far from being a mechanical process: rather, it is the skilled crafting of cognitive, strategic and logistic practices that interweave the values, interests and ideas of each partner”.

<sup>16</sup> O texto correspondente na tradução é “Action researchers”, “translators”, “support staff”, “leaders” e “knowledge brokers”, respectivamente.

desconectados. Ele deve ser capaz de equilibrar as relações de poder entre esses diferentes parceiros envolvidos com a pesquisa. Sendo assim, habilidades como comunicação, negociação e trabalho em rede contribuem efetivamente para que a aliança entre os parceiros de pesquisa seja preservada. Tais competências contribuem ainda para que ele se torne um componente estrutural e indispensável na TC (CLAVIER al., 2011).

A existência de um “ator social” (Goffman, 2011) preocupado e dedicado em tecer vínculos formais e informais entre os parceiros envolvidos com o projeto pode facilitar o processo. Diversos autores ressaltam o papel central exercido por este mediador tais como Cargo e Mercer (2008), Israel et al., (1998), Tsai Roussos e Fawcett (2000), Williams et al., (2005) e Clavier et al (2011).

Para além da aliança, para que a Translação do Conhecimento se efetive, este mediador é responsável pela construção de um ambiente de confiança, comunicação e transparência entre as partes envolvidas. Estes são os três elementos frequentemente apontados pela literatura especializada como fundamentais para promover a sustentabilidade da rede. Isso porque a diversidade e heterogeneidade existentes na rede fazem com que a prática da TC não seja considerada uma tarefa fácil (CLAVIER al., 2011).

Sendo assim, é preciso um esforço deliberado e contínuo deste mediador para o desenvolvimento das relações formais e informais entre pesquisadores acadêmicos e praticantes. Sua ação exige ferramentas, competências e estratégias, como a escuta, a defesa, a liderança democrática, as competências culturais, a negociação e o uso de uma linguagem comum<sup>4</sup> (CLAVIER et al., 2011, p. 792, tradução nossa).

Autores como Israel et al., 1998; Bilodeau et al., 2003 e Williams et al., 2005 ressaltam que as alianças criam condições para promover o envolvimento entre os atores do projeto em todas as suas etapas, ou seja, da definição do problema até a divulgação dos resultados. Assim, as alianças propiciam também um espaço para que todos os atores envolvidos conheçam suas competências e contribuam para a geração de novos conhecimentos.

No entanto, a criação de tais condições não é tarefa fácil. Muitos pesquisadores acadêmicos e praticantes têm suas próprias agendas, prazos e culturas próprias. Além disso detêm diferentes concepções do que é legítimo, em termos de fontes de conhecimento, qual a especificidade do problema e o que constitui uma pesquisa participativa (CLAVIER et al., tradução nossa).

Clavier et al. (2011) apontam que a prática da TC pressupõe a existência de atores sociais distintos que se disponham a ser parceiros. Que queiram atuar entre pesquisa e prática

visando facilitar o processo de pesquisa participativa e contribuir para o processo de translação do conhecimento. A criação de condições para que a prática da TC aconteça não é, portanto, tarefa fácil. Com isso, o espaço para pesquisa participativa pode ser considerado um espaço problemático. (CARGO E MERCER, 2008; CLAVIER et al., 2011).

A prática da TC pode ser realizada em pesquisas na área da saúde. Nessa direção, Mantoura et al. (2011) e Clavier et al. (2011) desenvolveram diferentes experiências. Em ambos os casos, a TC foi utilizada com o intuito de articular diferentes atores sociais: peças fundamentais do processo.

Para Mantoura et al (2007, p. 441, tradução nossa) “a Saúde Pública não existe em si mesma. Ela é definida nos processos através dos quais ela ocorre”.<sup>17</sup> Para estes autores, para que os objetivos de Saúde Pública sejam alcançados, a sociedade civil deve se fazer cada vez mais presente..

Mantoura et al (2007) afirmam que a teoria da Saúde Pública não está preparada para refletir, facilitar e avaliar as alterações eminentes desse novo cenário, que mescla diferentes mundos sociais. Sendo assim, estes autores admitem que conhecer esses diferentes mundos - o da prática de saúde pública e o da pesquisa acadêmica - se faz fundamental.

Os pontos apresentados acima justificam o crescimento da utilização da TC por organizações de saúde que buscam construir alianças locais através da pesquisa ou do desenvolvimento de programas. Nesse contexto, a produção do conhecimento deve estar atrelada a alianças de aprendizagem: característica essencial para a investigação e intervenção na Saúde Pública (Mantoura et al, 2007).

Além do papel de destaque do mediador Clavier et al (2011) acreditam que a formação de alianças com as comunidades envolvidas seja um ponto central para pesquisas participativas em saúde pública. Neste caso elas visam propiciar um ambiente de coesão e compartilhamento entre as partes envolvidas. Para tanto, se torna fundamental “equilibrar as relações de poder entre os parceiros, pesquisadores/acadêmicos e praticantes (em sentido lato, para abranger os representantes da comunidade, praticantes e os *decision-makers*)”.

Estas alianças são ainda mais importantes quando há o envolvimento de grupos mais vulneráveis e excluídos. O projeto de avaliação da qualidade da informação em sites de Tuberculose está inscrito nesse contexto, na medida em que envolve pesquisadores – cidadãos, moradores do território de Manguinhos, como parte significativa do processo e não apenas como objeto da pesquisa.

Paolucci (2015) na revisão sistemática publicada recentemente revela que, apesar do

---

<sup>17</sup> O texto correspondente na tradução é “public health does not exist in itself. It is defined in the processes through which it occurs”.

campo de estudos da avaliação de sites estar em expansão no mundo, ainda é inexpressivo o quantitativo de iniciativas que unem usuários e avaliadores na mesma experiência. A maior parte dos estudos tem o próprio autor do artigo como avaliador/especialistas no assunto como responsável pela avaliação.

Paolucci et al (2017) entendem que a experiência de Avaliação da Qualidade da Informação em Sites de Tuberculose foi uma pesquisa participativa. Apontam ainda que, nesse tipo de investigação, foi necessária uma mudança no comportamento de todos os participantes envolvidos. Nesse cenário, todos são participantes do processo, se esforçaram para diluir o tom hierárquico na relação entre pesquisador e morador de comunidade de baixa renda. Paolucci et al (2017) afirmam que:

foi necessária a mudança na postura do pesquisador e dos pesquisados, porque, nesse tipo de investigação, todos são coautores do processo de diagnóstico da situação-problema e da construção de vias que possam resolver as questões. /.../ Nesse caso, os participantes usuários e profissionais tiveram a oportunidade de discutir e apresentar propostas na elaboração dos critérios e indicadores utilizados na avaliação. Além disso, eles foram os avaliadores. Houve preocupação em manter as diferenças entre esses segmentos sem hierarquizá-los. As contribuições foram incorporadas e debatidas exaustivamente (Paolucci et al, 2017, p.86).

Nesta dissertação iremos verificar a percepção que os pesquisadores-cidadãos tiveram de sua participação no processo de avaliação da qualidade da informação em sites de tuberculose. Eles se sentiram parte do processo de construção dos critérios e indicadores utilizados na avaliação?

### **CAPÍTULO 3**

#### **CAMINHOS METODOLÓGICOS**

A História da História Oral se situa no contexto de redemocratização política no país, a partir de 1979. Neste cenário foi possível propiciar um espaço coletivo de debate com possibilidade de abranger diferentes opiniões, sobretudo às críticas a hegemonia do documento escrito (Ferreira, 1998). Essa particularidade faz com que a História Oral tenha estado intimamente relacionada com a Democracia. No entanto, foi apenas na década seguinte que a História Oral se popularizou, culminando com a fundação da “Associação Brasileira de História Oral”, em 1994 (MEIHY, 2000).

A História Oral é “um método de pesquisa (histórica, antropológica, sociológica) que privilegia a realização de entrevistas com pessoas que participaram de/ou testemunharam, acontecimentos, conjunturas, visões de mundo, como forma de se aproximar do objeto de estudo” (ALBERTI, 2004, p.18),

A História Oral pode ser utilizada como um método de investigação científico, como uma fonte de pesquisa ou como uma técnica de produção e tratamento dos depoimentos gravados. Ela é uma prática essencialmente multidisciplinar, já que pode ser empregada em diversas disciplinas das ciências sociais e humanas. Além disso, a História Oral pode ser aplicada em diferentes modalidades de pesquisa, como a História do Cotidiano, a História Política e a História de Comunidades e Instituições, entre outros (ALBERTI, 2004).

Na “História do cotidiano” ela possibilita que sejam reconstituídos discursos que geralmente não estão registrados em outro tipo de fonte. Essa tarefa mescla a dificuldade dos entrevistados de lembrar das ações rotineiras e óbvias com a nostalgia proveniente dessa narrativa.

Na “História política” a “História Oral” traz à luz a importância das ações dos indivíduos, suas estratégias e as diferentes formas de articulação entre atores e grupos. Na chamada “História de Comunidades” ela auxilia na reconstituição de trajetórias de comunidades específicas, como as de moradores de bairro, de imigrantes e de camponeses. Na “História de Instituições” as entrevistas ajudam a esclarecer o conteúdo, a organização e as lacunas de arquivos existentes nos organismos públicos e nas empresas privadas. Nos estudos biográficos a “História Oral” facilita a reconstrução de trajetória de vida de pessoas. Em muitos destes casos a História das comunidades, grupos ou indivíduos que não produziram registro escrito sobressaem. Trata-se da história dos sem história! Neste caso os estudos sobre as tradições culturais de populações iletradas têm sido beneficiados com a expansão da História Oral. Eles buscam resgatar as canções, poemas, provérbios, modos de falar de um

grupo e reminiscências sobre antepassados e sobre sua relação com o território. A História Oral pode ser útil ainda em estudos sobre grupos pertencentes a camadas sociais, gerações, sexos, profissões, religiões geralmente excluídas ou silenciadas pela História tradicional.

Joutar (2000), Meihy (2000) e Alberti (2004) destacam a função social da metodologia História Oral, que proporcionou a documentação e o estudo das minorias como os negros, indígenas, mulheres, presidiários, trabalhadores sem-terra, entre outros grupos oprimidos.

Nesse contexto, a História Oral se propõe a dar voz aqueles que normalmente não a têm: os esquecidos, os excluídos ou, retomando a bela expressão de um pioneiro da história oral, Nuno Revelli, aos “derrotados”. Ela revela a importância que cada indivíduo tem como ator da história (JOUTARD, 2000). Seu valor está associado ainda ao fato de, por seu intermédio, ser possível recuperar aquilo que dificilmente é encontrado em documentos escritos. Ela revela acontecimentos pouco esclarecidos ou nunca evocados, experiências pessoais, impressões particulares etc (ALBERTI, 2004).

Pereira Neto e colaboradores (2007) realizaram uma análise preliminar da produção acadêmica brasileira de História Oral entre 1998 e 2008. Eles utilizaram duas fontes de pesquisa: os artigos publicados na revista da Associação Brasileira de História Oral – História Oral – e os cadernos de resumos das comunicações apresentadas nos encontros nacionais que a mesma associação organizou no mesmo período. Do ponto de vista temático estes autores construíram três grupos de temas/problemas abordados pelos autores nacionais.

No primeiro grupo foram reunidos artigos e comunicações que analisavam setores sociais denominados “populares” ou mesmo analfabetos, além de categorias sociais como os trabalhadores fabris e camponeses, além dos povos indígenas. Nos trabalhos de pesquisa voltados para este segmento social encontram-se estudos que valorizam as manifestações culturais no campo da arte e no campo religioso. No segundo grupo os autores reuniram a produção teórica sobre História Oral que inclui trabalhos historiográficos, metodológicos e conceituais. No terceiro grupo foi reunida a produção voltada para o segmento social nomeado por “elites” (ou “dominantes”), sejam elas políticas, intelectuais ou profissionais. Neste último caso, muitos trabalhos foram financiados por empresas ou instituições corporativas (PEREIRA NETO, 1997). O presente trabalho se insere no primeiro grupo de estudos identificados por (PEREIRA NETO, 1997).

Em linhas gerais, Alberti (2004) assinala que a singularidade da História Oral está associada ao valor que confere a narrativa.

um dos principais alicerces (da entrevista) é a narrativa. Um acontecimento ou uma situação vivida

pelo entrevistado não pode ser transmitido a outrem sem que seja narrado. Isso significa que ele se constitui (no sentido de tornar - se algo) no momento mesmo da entrevista. Ao contar sua experiência, o entrevistado transforma aquilo que foi vivenciado em linguagem, selecionando e organizando os acontecimentos de acordo com determinado sentido (ALBERTI, 2004, p.77).

Assim ela se apresenta como uma ferramenta para compreensão da experiência vivida. Neste caso incluem-se as experiências vividas com a doença. Assim a História Oral pode ajudar a desenvolver estratégias para a prevenção ou o tratamento da doença (Thomson, 2000).

Este é o caso do estudo de Rocha e colaboradores (2015). Estes autores analisaram a trajetória de introdução e regulamentação da acupuntura no Brasil através do depoimento de profissionais diretamente envolvidos com este processo. Este estudo concluiu que:

a possibilidade e a oportunidade de ouvir diversas histórias de vida de profissionais com diferentes formações, mas com algo em comum, a acupuntura, trouxeram ricos elementos para o estudo e confirmaram nossas expectativas de que a utilização da História Oral de Vida foi a abordagem mais adequada a este estudo (ROCHA et al., 2015, p.163).

O processo da História Oral abrange um conjunto de procedimentos que se inicia com a elaboração de um projeto e que continua com o estabelecimento de um grupo de pessoas a serem entrevistadas. Segundo Meihy & Holanda (2007, p.15). O projeto prevê as seguintes etapas:

1. Elaborar o projeto de Pesquisa;
2. Definir os critérios de seleção dos entrevistados;
3. Elaborar o Roteiro da Entrevista;
4. Definir o local e duração da entrevista;
5. Transcrever os depoimentos;
6. Apresentar os resultados do trabalho ao grupo que ofereceu o depoimento.

Este foi o passo a passo seguido por nós na elaboração desta pesquisa que se transformou nesta Dissertação.

Cabe inicialmente salientar que as entrevistas foram realizadas com o objetivo de verificar se a prática da Translação do Conhecimento foi percebida pelos pesquisadores-cidadãos que participaram do projeto “Avaliação da Informação em sites de Tuberculose: Uma proposta inovadora para a Promoção da Saúde”.

Com o intuito de alcançar o objetivo principal deste estudo, o Roteiro das Entrevistas foi estruturado visando obter dados subjetivos dos depoentes como valores, atitudes e opiniões (BONI & QUARESMA, 2005).

Para Alberti (2005) a entrevista é o cerne da História Oral. Por esse motivo, no seu entender, deve ser cercada de cuidados. A autora confere uma atenção especial à relação que será estabelecida entre entrevistador e entrevistado. Ela aponta, ainda, que na História Oral, existem dois tipos de entrevistas: as “entrevistas temáticas” e as “entrevistas de história de vida”. Ela define estas duas opções afirmando que:

a entrevista temática versa prioritariamente sobre a participação do entrevistado no tema escolhido, enquanto as entrevistas de história de vida têm como centro de interesse o próprio indivíduo da história, incluindo sua trajetória desde a infância até o momento em que fala (ALBERTI, 2005, p.37).

No caso desta Dissertação, as entrevistas seguiram um formato híbrido, mesclando as duas opções apresentadas.

Vale reforçar que, independente do tipo de entrevista utilizada, a utilização dessa metodologia pressupõe que o indivíduo entrevistado seja/tenha sido peça fundamental e indispensável para que o objetivo do estudo seja alcançado. Assim, a escolha do entrevistado não é aleatória. O depoente é escolhido por ser/ter sido alguém que participa/ou significativamente, através da sua vivência e experiências, no processo/acontecimento estudado.

Assim, escolha do público – alvo das entrevistas atendeu, em primeira instância, a um critério básico e previamente estabelecido: ter participado, enquanto pesquisador–cidadão, do projeto “Avaliação da Informação em sites de Tuberculose: Uma proposta inovadora para a Promoção da Saúde”.

As entrevistas que utilizam a História Oral como metodologia devem ser realizadas presencialmente. Isto se justifica na medida em que os aspectos não-verbais da entrevista, como gestos, postura, entonação e pausas, são fundamentais e não podem ser desconsiderados.

No caso da pesquisa que se transformou nesta Dissertação, o agendamento da entrevista foi efetuado através de contato telefônico, considerando a disponibilidade de agenda dos entrevistados e a possibilidade de utilização do espaço físico onde elas foram realizadas.

As entrevistas ocorreram entres os dias 1 e 18 de novembro de 2016, nas

dependências do “Laboratório Internet Saúde e Sociedade” (LaISS). O laboratório foi escolhido por ser familiar para o grupo entrevistado. Neste mesmo ambiente havia sido realizada a avaliação da qualidade da informação de sites de dengue e de tuberculose. Outro fator determinante para a escolha do local foi a proximidade com o território de Maginhos: local onde reside a maior parte dos entrevistados. Além disso, o laboratório possui a infraestrutura necessária para a realização das entrevistas.

Durante o contato telefônico foi explicado o objetivo da pesquisa. Além disso, foi sinalizado que a participação na entrevista era opcional. Sendo assim, ficou claro para o pesquisador-cidadão que se ele não participasse da entrevista não sofreria qualquer tipo de retaliação ou discriminação que levasse a sua exclusão de futuros projetos.

Do total de vinte pesquisadores-cidadãos que participaram do projeto de avaliação de sites de tuberculose, dezessete foram entrevistados. Das três ausências registradas, uma foi devido à falta de contato telefônico e as outras duas ausências ocorreram por incompatibilidade de agenda dos entrevistados. Os pesquisadores-cidadãos foram agendados individualmente e em horário pré-estabelecido para a início da entrevista. No momento da entrevista, foi novamente exposto o objetivo da pesquisa e sinalizada a relevância do pesquisador-cidadão para a mesma. O “Termo de Consentimento Livre Esclarecido” (Anexo A) foi apresentado e lido para todos os participantes entrevistados<sup>18</sup>. Eles assinaram o documento e foi acordado que todos receberiam um retorno da pesquisa, quando a mesma fosse concluída.

Um roteiro de entrevista semi-estruturado foi elaborado para nos orientar durante a realização da entrevista. Por não se tratar de um questionário fechado, questões além daquelas previstas inicialmente surgiram nas entrevistas. O Roteiro da Entrevista está dividido em quatro partes (APÊNDICE B).

Na primeira parte constam perguntas que visam obter informações gerais e sociais do entrevistado como nome, idade, naturalidade, estado civil, número de filhos, escolaridade, atuação profissional e número de pessoas que residem no domicílio onde mora. Com isso procuramos conhecer, mesmo que parcialmente, alguns aspectos das experiências individuais e familiares que compõe o perfil de cada pesquisador-cidadão. A entrevista era iniciada com uma pergunta bem ampla como “Quem é (nome do pesquisador- cidadão)?” ou “Me conte um pouco da sua história”. A partir daí, a conversa seguia diferentes direções, considerando a narrativa do pesquisador-cidadão entrevistado.

Na segunda buscamos conhecer a relação que cada depoente tem com o território de

---

<sup>18</sup> Número do processo CEP: 1.786.694.

Manguinhos, local de moradia para a maior parte do grupo de pesquisadores-cidadãos. Devido à diversidade socioeconômica daquela área perguntamos em que comunidade o depoente vive e há quanto tempo. Para conhecer o perfil socioeconômico perguntamos se a residência do depoente possuía energia elétrica e água e esgoto encanados. Foi indagado, ainda, se a residência localizava-se em rua asfaltada. Solicitamos que fossem apresentados aspectos positivos e negativos da comunidade e que eles nos dissessem a relação que tem com a Fundação Oswaldo Cruz.

As duas partes seguintes foram dedicadas a buscar conhecer as percepções que os pesquisadores-cidadãos têm em relação ao projeto e a sua participação.

Assim na terceira parte perguntamos como o depoente poderia explicaria a proposta da experiência que participou e o que motivou a sua participação no projeto. Como informamos anteriormente foi oferecida a cada pesquisador-cidadão uma bolsa de estudos para participar do projeto, no valor de cem reais mensais. Como o valor era considerado por muitos como aparentemente irrisório, alguns participantes do projeto apelidaram carinhosamente esta bolsa de *pochete*: pequena bolsa que se leva a tiracolo ou presa à cintura. Assim foi perguntado na terceira parte da entrevista se a bolsa oferecida foi uma elemento motivacional para a participação no projeto. Perguntamos, finalmente, em que momento ele/a considera que participou mais e menos. Pedimos ainda que cada um fizesse uma breve avaliação da participação dos outros integrantes do grupo.

Na quarta e ultima parte do Roteiro da Entrevista foi estruturada para que fosse possível identificar os aspectos diretamente relacionados com as práticas que envolvem a Translação do Conhecimento (cognitiva, logística e estratégica) em uma experiência prática. Perguntamos se o depoente já havia participado antes de outro projeto de pesquisa na condição de pesquisador. Solicitamos que o depoente fizesse uma avaliação desta experiência, ressaltando os aspectos que contribuíram e dificultaram a plena participação no processo.

O roteiro não foi usado por nós como uma camisa de força. Na medida em que as entrevistas foram sendo realizadas e de acordo com o interesse de cada depoente o Roteiro era mais ou menos seguido. Os participantes revelaram interesse e formularam questionamentos na medida em que novas informações surgiam. Além disso, as respostas não seguiam exatamente a ordem prevista no roteiro inicial. No entanto, buscamos seguir as questões apontadas inicialmente no roteiro visando estabelecer um padrão de informação de todos os entrevistados. Assim foi possível construir um quadro comparativo entre as respostas e percepções expostas.

Todas as entrevistas realizadas foram gravadas. As impressões obtidas durante as

entrevistas foram anotadas em um caderno de campo, com o objetivo de ampliar o registro da História Oral dos personagens que fizeram parte do projeto. Aspectos não verbais também foram observados e anotados para compor a análise futura. Apenas o áudio das entrevistas foi gravado, pois o registro através de câmeras poderia causar constrangimento ou até mesmo inibir os entrevistados.

Grande parte dos pesquisadores–cidadãos que participaram da entrevista não estavam habituados a desempenhar esse papel: A participação em um entrevista para um Disertação de Mestrado foi uma experiência inédita para os entrevistados. Consideramos esse cenário, e tivemos a preocupação de que o formato da entrevista não inibisse o entrevistado. Então, a opção foi utilizar o tom de conversa para criar um ambiente confortável e menos formal. Assim, o entrevistado se sentiria mais a vontade para falar de sua vida pessoal, para além das questões relacionadas ao projeto. Apesar da discrepância de duração das entrevistas, foi necessário apenas um encontro com cada pesquisador – cidadão entrevistado.

Após a realização das entrevistas, foi realizada uma transcrição literal de todo o conteúdo coletado. Em seguida, o material bruto dessa primeira versão foi analisado e passou pelo processo de “transcrição”. Trata-se de admitir que a entrevista gravada guarda dentro de si uma série de componentes subjetivos. A fala traz dentro de si as emoções. O tom, a velocidade, os intervalos, os silêncios, as pausas se perdem quando é feita uma transcrição literal de uma fala. A noção de “transcrição” visa re-construir o que foi dito para comunicar o melhor sentido e a intenção do que foi registrado. (MEIHY & HOLANDA, 2007, p.136).

O procedimento de “transcrição” exigiu atenção especial e foi aprimorado na medida em que novas entrevistas foram sendo realizadas. Somente através da anotação detalhada no caderno de campo foi possível criar sinergia entre a fala registrada em áudio e as pequenas marcas como, por exemplo, os gestos, a emoção e os silêncios que também estiveram presentes na entrevista e foram fundamentais para a construção da narrativa.

Com a “transcrição” realizada, os trechos de cada entrevista foram agrupados em 5 grandes categorias (“história de vida”, “moradia”, “atuação profissional”, “relação com a Fiocruz” e “relação com o projeto”). Tratam-se de categorias recorrentes, em maior ou menor escala, em cada entrevista. O segundo passo foi identificar as falas que se aproximavam e agrupar as mais relevantes em novas categorias. O conteúdo das entrevistas foi dividido 3 categorias finais (“história de vida”, “relação com a Fiocruz” e “participação no projeto”), que serão apresentados no próximo capítulo.

Antes porem iremos apresentar o perfil de cada depoente indicando algumas características do grupo de entrevistados.

## CAPÍTULO 4

### RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com as informações obtidas com a primeira parte da entrevista construímos o quadro abaixo. Nele poderão ser observados dados relativos à idade, naturalidade, tempo de duração da entrevista, profissão e residência do depoente. Os nomes originais dos depoentes foram substituídos por denominações fictícias para preservar o anonimato dos participantes, atendendo a exigência do Comitê de Ética em Pesquisa.

**Tabela 2 - Perfil dos Depoentes (Pesquisadores-Cidadãos)**

Nome	Idade	N <sup>19</sup>	T <sup>20</sup>	Escolaridade	Profissão	Residência
Ana	36	RJ	47'	Superior Inc <sup>21</sup> .	Artesã	Amorim
Antonio	59	RJ	34'	Médio Inc.	Jardineiro	Manguinhos
Helena	48	DF	37'	Médio Inc.	Aposentada	Samora Machel
Ilana	55	PB	38'	Superior Comp.	Aposentada	Vila Turismo
Eloísa	58	RJ	22'	Superior Inc.	Aposentada	Vila Turismo
Armando	54	RJ	26'	Médio completo	Autônomo	Amorim
Valda	55	PB	48'	Médio completo	Fiocruz	Parque João Goulart
Teodora	46	RJ	34'	Médio completo	Cozinheira	Varginha
Marina	37	RJ	22'	Médio completo	Cozinheira	Amorim
Rosália	60	RGN	33'	Médio completo	D. de casa	Vila Turismo
Teresa	62	SP	28'	Médio completo	Cozinheira	Amorim
Letícia	27	RJ	18'	Superior Inc.	Fiocruz	Amorim
Celina	64	RJ	63'	Médio completo	Autônoma	Amorim
Álvaro	57	BA	19'	Médio completo	Autônomo	CCPL
Telma	62	RJ	51'	Médio completo	Fiocruz	Amorim
Ivone	51	RJ	32'	Pós-Graduação	Fiocruz	Amorim
Nélida	57	PB	32'	Médio completo	D. de casa	Penha

**Fonte: Própria autora**

<sup>19</sup> N - Naturalidade

<sup>20</sup> T - Tempo de duração da entrevista.

<sup>21</sup> Inc - Incompleto. Comp - Completo

Esse capítulo será dedicado a caracterização mais precisa do perfil sócio-cultural dos participantes do projeto, por meio dos depoimentos dos pesquisadores-cidadãos. Ela poderá contribuir na avaliação de participação deste grupo no processo de translação do conhecimento.

Como pode ser observado na TABELA 2, o grupo de pesquisadores-cidadãos que participou das entrevistas é constituído majoritariamente por mulheres. Essas mulheres possuem diferentes idades, diferentes níveis de escolaridade, são oriundas de diferentes cidades do Brasil e moram em diferentes comunidades do território de Manguinhos. No entanto, apesar das diferenças apresentadas, essas depoentes mulheres compartilham em larga medida o papel social desempenhado pela mulher no mundo contemporâneo.

Quando ele [meu filho] tinha 6 anos eu separei do pai dele e desde então somos eu e meu filho: Eu cuidando dele e ele cuidando de mim. Só na minha responsabilidade. Aí eu sou o que chamam por aí de pãe [Pai + Mãe] (Ilana)

Segundo o documento “Síntese de Indicadores Sociais – Uma análise das condições de vida da população brasileira” (IBGE, 2015), a composição das famílias brasileiras foi alterado entre 2004 e 2014 (Figura 8). Nesse novo arranjo, houve uma queda da proporção daqueles que tinham o homem como pessoa de referência. Em 2004 esta condição era de 67,7% das famílias. Dez anos depois este índice caiu para 54,9%. Por outro lado, a mulher foi indicada como a pessoa de referência<sup>22</sup>, passando de 3,6%, em 2004, para 15,1%, em 2014. A figura abaixo apresenta a evolução deste quadro entre 2004 e 2014.

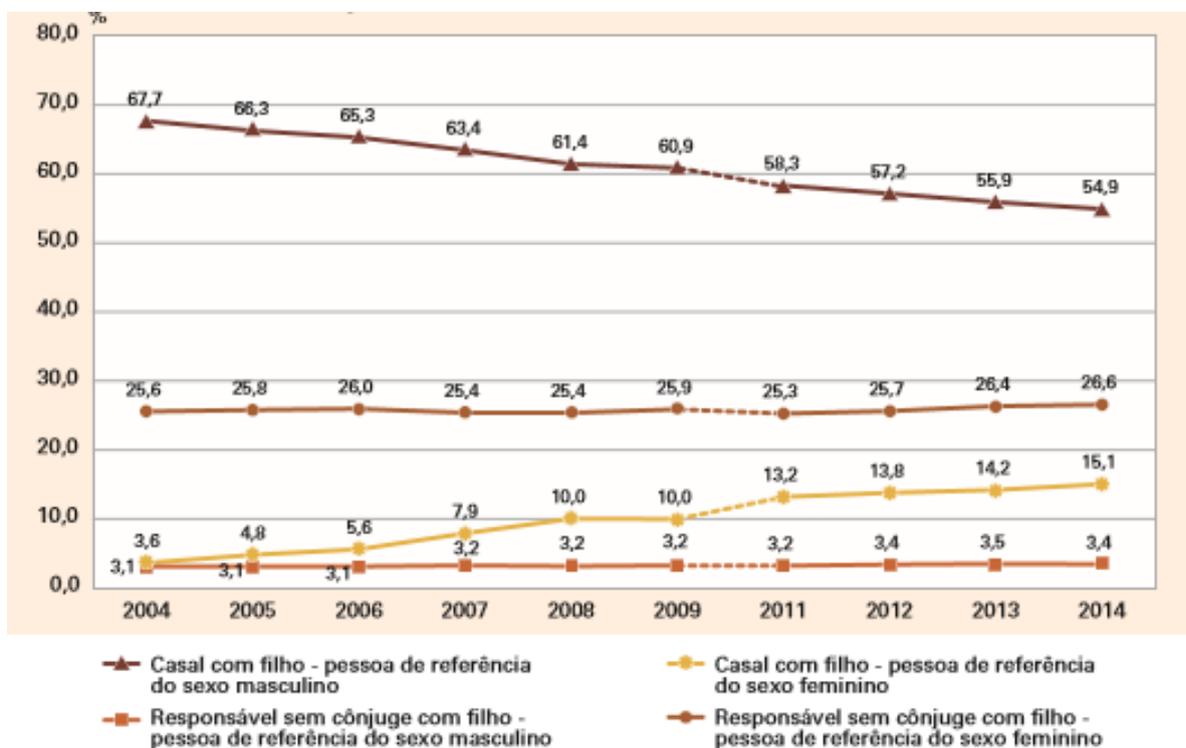
No contexto de vulnerabilidade em que os pesquisadores-cidadãos vivem a posição social ocupada pela mulher também pode ser observada. Alguns estudos já analisaram este fenômeno social. Pinto e colaboradores (2011), por exemplo, assinalam que:

a situação de vulnerabilidade das famílias está relacionada à sua situação de pobreza, exploração e abuso, aspectos psicossociais e culturais. Porém, a pobreza se expressa de muitas formas e expõe indivíduos a condições de vida muitas vezes a níveis abaixo da dignidade humana, interferindo na complexa dinâmica da vida familiar. /.../ neste cenário têm-se verificado o aumento de famílias monoparentais, em especial

<sup>22</sup> Na metodologia adotada pelo IBGE, a pessoa é considerada de “referência” se assim for identificada pelos integrantes de sua família. O IBGE sinaliza que essa escolha é subjetiva, já que cada família possui seus próprios critérios para selecionar o que considera “referência”.

aquelas onde a mulher assume a chefia do domicílio (PINTO et al., 2011, p. 168).

**Figura 8 - Distribuição percentual dos arranjos familiares com filhos residentes em domicílios particulares, por tipo de arranjo e sexo da pessoa de referência (2004/2014)**



Fonte: IBGE (2015).

Por vezes o papel de chefe do domicílio pode ser exercido pela avó, conforme depoimento abaixo:

Eu moro com a minha avó e um primo meu. A minha avó acolhe os netos. O meu primo terminou agora a faculdade de administração. A gente tinha que fazer uma obra em casa, precisava muito. Meu primo ficou desempregado. Eu não podia parar de fazer a obra e também não queria que meu primo parasse de fazer faculdade. Alguém tinha que ceder. Então eu dei preferência para o meu primo terminar (Ana).

As adversidades enfrentadas por essas mulheres impactam diretamente em diferentes setores de suas vidas, impossibilitando ou atrasando projetos pessoais.

Então estudei mas precisei parar aos 11 anos para cuidar de irmão pq na época era assim. Saí da escola aos 11 anos e depois voltei aos 18 para terminar o primário pra poder trabalhar (Teresa)

Migrei de lá [da Paraíba], da seca, para arrumar emprego aqui no Rio de Janeiro. Tive que ir para outra cidade para completar os estudos ou começar tudo por que lá não tinha escola para gente. Só tinha na capital, mas meu pai não ia deixar as meninas irem para a capital, pegando carona na Estrada. (Valda)

Segundo Carvalho (1998), nas famílias mais pobres a mulher assume o papel de chefe de família devido à vulnerabilidade econômica. Assim, a mulher desempenha uma tripla função ao cuidar do provimento da casa, do trabalho doméstico e dos filhos e/ou netos. Carvalho (1998) salienta ainda que para garantir o sustento da família, elas se submetem muitas vezes a trabalhos mal remunerados ou intermitentes.

Segundo Pinto e colaboradores. (2011) as mulheres se tornam chefes de família, devido à gravidez precoce ou indesejada, a instabilidade familiar, o abandono do parceiro ou ainda violência doméstica.

Esse cenário somado a sobrecarga de papéis desempenhados pela mulher-chefe de família, muitas vezes podem explicar a baixa autoestima, frustração, medos e anseios que elas expressam. Nas entrevistas ficou explícito que a escolaridade foi uma categoria muito prejudicada, seja para priorizar filhos, irmãos ou demais familiares de seu convívio:

[...] fora isso sou mãe, tenho dois meninos: um de 26 e outro de 30. Para me ocupar, depois que meus filhos se formaram,[e me aposentei] resolvi estudar (Eloisa)

Como observamos no capítulo anterior, a vulnerabilidade econômica é uma das características dos moradores que residem no território de Manguinhos.

o bairro de Manguinhos /.../ é marcado por inúmeros problemas sócio – ambientais e sanitários, inclusive a violência que influencia o fluxo de pessoas, conhecimentos e a capacidade de organização da população local. /.../ A vulnerabilidade sócio – ambiental se concretiza no subemprego, na violência que oprime e mata, na alta carga de poluição das águas e destruição do mangue, na falta de acesso às escolas, entre tantas coisas (PORTO & PIVETTA, 2009, p.221)

Pivetta et al. (2012) sinalizam que, historicamente, a economia de Manguinhos se sustenta pelo serviço autônomo e pelo mercado informal. Assim, foi criada, no território, uma rede que conecta o empreendimento improvisado e local com a renda daqueles moradores que

possuem emprego formal e diretos trabalhistas. Além disso, ainda sobrevive a prática da troca solidária, que permite o pagamento através de dinheiro ou de permuta de bens e serviços.

No que tange as condições de saúde do território, Pivetta et al. (2012) identificam a persistência de doenças infecciosas e dos problemas de saúde reprodutiva. Estes agravos são decorrentes da falta de saneamento básico, da predominância de fatores de risco (como o tabagismo, sobrepeso, uso excessivo de álcool e outras drogas) e do grande crescimento da violência. Os mesmos autores ressaltam que:

outras causas podem explicar o agravamento das doenças, bem como as mortes prematuras e evitáveis de crianças e de jovens, entre as quais a falta de creches, escolas, trabalho/emprego, a desinformação, o saneamento básico inadequado, a poluição atmosférica. No entanto, a mais dramática de todas é a violência física, tanto a praticada pelos agentes do Estado quanto pelos marginais. Muitas doenças cardiorrespiratórias, aparentemente de causa não identificada, tem como origem o estresse da falta de emprego, da vivência cotidiana de violências, entre outras (PIVETTA et al., 2012)

É neste território que vivem e sobrevivem as depoentes que participaram do projeto “Avaliação da informação em sites de tuberculose: uma proposta inovadora para a promoção da saúde”.

Esse território, tão marcado pelo cotidiano de violência, injustiça, impunidade e ausência do Estado parece abrigar dois territórios dentro de um só. Esses dois territórios são separados pela estação de trem denominada Manguinhos e pela Avenida Leopoldo Bulhões, também conhecida como *faixa de gaza* da cidade do Rio de Janeiro. De um lado da estação existe a comunidade do Amorim (localizada ao lado do campus da Fiocruz) e do outro lado da estação existem todas as outras comunidades, que são popularmente chamadas pelos moradores de “Manguinhos”.

O Amorim, formalmente conhecido como comunidade Parque Oswaldo Cruz, foi a primeira comunidade do território de Manguinhos. O Amorim recebeu os seus primeiros moradores no início do século XX. Seu processo de ocupação aconteceu de maneira diferenciada do restante das demais comunidades do território. Uma parte da ocupação seguiu o modelo típico de muitos bairros cariocas, marcados pela migração portuguesa. A outra parte da ocupação do Amorim ocorreu graças instalação de moradias para funcionários da Fiocruz (FERNANDES E ROSA, 2005).

Apesar da pouca distância entre esses dois lados que compõe o mesmo território, existem divisões para além da geografia que contribuem para que o Amorim e “Manguinhos” sejam vistos como dois territórios diferentes. A fala dos depoentes nos ajuda a compreender melhor tais diferenças:

Os depoentes que vivem no Amorim descreveram seu território da seguinte forma:

A minha comunidade tem tudo. É uma comunidade **tranquila**<sup>23</sup> e agora está em obra para melhorias (Teresa)

Eu gosto de morar lá porque lá é um lugar **calmo**, lá é um lugar pequeno, então todo mundo se conhece, né? Eu acho que isso me passa um certo **conforto**, porque eu me sinto mais protegida [...] não tem tráfico de drogas, entendeu? O único tiro que as vezes a gente escuta é do Manguinhos aqui... então não tem esse negócio de ‘ah, o dia está ruim hoje, não posso sair da minha comunidade’ então eu agradeço muito porque lá [no Amorim] é um lugar **tranquilo** e eu gosto muito (Letícia)

Hoje em dia meus filhos se criaram largados na rua, vai e vem, a hora que a gente chega a hora que a gente sair e ninguém mexe. Durmo com a minha porta aberta tem 20 anos e **ninguém nunca invadiu minha casa**, entendeu? (Marina)

No meu tempo de criança o Amorim tinha algumas limitações, mas eu considerava seguro, divertido. Eu só tenho **recordações boas** da minha infância (Ana)

Eu posso destacar em relação ao território de Manguinhos, é o fato de não ter tráfico na minha comunidade. A gente tem **liberdade para ir e vir**. Nossas crianças crescem livres, apesar de estarem muito próximas, interagirem, mas a gente ainda consegue ter um diferencial nesse sentido (Ivone)

A gente fica meio que numa **ilha de confronto**, pq se der ruim na faixa a gente não pode sair, se der ruim na maré a gente não pode ficar na avenida Brasil, no ponto. Tem que chamar um jatinho pra tirar a gente por cima (Marina)

Expressões como “ilha de conforto”, “liberdade para ir e vir”, “ninguém nunca invadiu minha casa” e “é uma comunidade tranquila” compõe a visão que estes depoentes têm do local

---

<sup>23</sup> Grifo nosso.

em que vivem.

Em contrapartida, nas demais comunidades do território de Manguinhos o cenário é descrito de forma bem diferente:

[..] depois da UPP24 melhorou em partes, né? Não vejo mais ninguém armado, mas, em compensação a droga rola solta. Só não é na esquina da minha casa, como eu via antes. Agora, a polícia, quando entra, sempre fica um no chão. Vai enfrentar a polícia? Vai trocar bala com a polícia? Aí a corda sempre arrebenta para o mais fraco. Ela acaba acertando quem está chegando em casa, jogando bola (Rosália).

Um horror! A minha casa está rachada. É uma tragédia anunciada. Isso está me tirando o sono, está me tirando a saúde porque se você não dorme bem, você não pode ter saúde. Se você não tem uma qualidade de vida, uma boa moradia, você não pode ter saúde, não é isso?(Valda).

Perguntado sobre a violência, um depoente respondeu:

Esse lado a gente acostuma. Já nem vê. Acontece, mas eu não vejo esse lado. Se eu ficar prestando atenção nesse lado você não vive (Antônio).

As falas transcritas acima evidenciam algumas das distinções existentes entre o Amorim e as demais comunidades do território de Manguinhos. Apesar desta diferença um aspecto as aproxima: todas localizam-se no entorno da Fiocruz.

A partir da fala dos depoentes ficou evidenciado a relevância que a instituição possui para aquele grupo. Nenhum depoente se demonstrou indiferente a Fiocruz. Com mais de 100 anos de sua fundação, a história da Fiocruz e a história de vida dos depoentes e seus familiares parece se misturar na fala dos pesquisadores-cidadãos.

Meu pai se aposentou servidor da Fiocruz e nós fomos **criados dentro dessa instituição** linda e maravilhosa (Ivone)

A admiração que eles revelaram pela instituição se mostrou bastante evidente, inclusive com um tom que nos pareceu bastante afetivo.

---

<sup>24</sup> Unidade de Polícia Pacificadora. Manguinhos possui duas unidades da UPP. A UPP Manguinhos foi a 29ª Unidade de Polícia Pacificadora, sendo inaugurada em 16 de janeiro de 2013. A UPP Arará / Mandela foi a 34ª Unidade de Polícia Pacificadora implantada, inaugurada em 06 de setembro de 2013.

[A Fiocruz] É tudo de bom!! Aquilo tudo que significa Fiocruz está no meu coração... eu **sou apaixonada** por esse lugar (Teodora).

Mas eu gosto de ver as pessoas que trabalham aqui dentro. Elas falam tão bem daqui que a gente até se empolga (Armando).

Aqui a Fiocruz pra mim é tudo. É meu paraíso. Se eu tiver que fazer um passeio no Jardim Botânico, na Quinta da Boa Vista, eu não quero. Eu prefiro vir para cá, conheço isso aqui de ponta a ponta. Todos os cantinhos. São muitos anos... aqui eu tenho uma história (Teodora).

Ao se referir a Fiocruz, muitos depoentes utilizaram o termo “quintal de casa”, pois muitos consideram a instituição uma extensão da própria casa. O sentimento de afeto associado à proximidade geográfica do território de Manguinhos com a instituição parecem ter favorecido a construção deste cenário. O ambiente é considerado agradável e possui diferentes funcionalidades, podendo ser local de trabalho ou um espaço para passear com a família:

Ah, eu falo que é como se fosse o **quintal da minha casa** (Helena)

Não só profissionalmente, mas também como pessoa, mesmo. ... as vezes até venho com as crianças sábado, para tirar foto, dar uma voltinha...porque aqui é um ambiente muito agradável (Letícia)

Pra mim, minha relação com a Fiocruz é uma relação de saúde mental minha. Porque quando eu voltei a estudar, /.../ eu estava saindo de uma depressão. E aqui eu achei uma equipe que me acolheu, entende. E hoje eu não tenho vontade de sair. (..) como a gente costuma falar, é o quintal da casa da gente. É só pular o quintal que a gente está aqui (Marina)

Para além do conforto, do vínculo afetivo, muitos depoentes vislumbram na Fiocruz uma oportunidade para aprimorar o currículo e adquirir conhecimento acesso aos serviços de saúde:

A abertura da Fiocruz não é só posto de saúde. É social e cultural (Teresa)

Então eu tentei várias vezes, né, com um, com outro, andei fazendo alguns cursos, andei fazendo algumas provinhas também mas não tive o prazer de passar nas provas, acredito que seja isso, né? Mas é

isso...faço um cursinho aqui outro ali, gosto muito daqui, mas...queria aprofundar mais (Eloísa)

Outro ponto marcante na fala dos depoentes está relacionado ao fato da Fiocruz ser uma instituição onde eles podem obter algum tipo de trabalho remunerado. Nesse caso, foram identificados três cenários distintos. No primeiro caso o emprego na Fiocruz é revelado como um sonho, ainda distante.

Mas no meu caso eu fiz alguns cursos aqui dentro e como todo morador de Manguinhos, o sonho era trabalhar aqui dentro (Eloísa).

Aqui a Fiocruz sempre foi um sonho pra mim. Eu sempre ficava do outro lado da cerca, olhando e falando ‘um dia eu vou estar ali dentro, um dia eu vou ser uma pessoa importante ali dentro (Letícia).

Eu vejo que a Fiocruz como entidade, ela está se interessando mais com o bem estar, não só com o bem estar, mas que os moradores tenham a oportunidade de colaborar ativamente e se instruindo mais, tendo mais conhecimento. Estou vendo que eles estão dando mais oportunidade pra gente (Ilana).

Aqui é muito bom. É um local bom. Uma instituição boa, que busca sempre o melhor para os moradores da comunidade, está sempre dando oportunidades de trabalho para os moradores da comunidade (Helena).

No segundo caso o vínculo empregatício na Fiocruz é algo já conquistado.

É bom demais trabalhar aqui é lindo demais. Aqui eu me sinto bem, eu respiro melhor aqui dentro. Às vezes eu tô até estressada dentro de casa aí eu penso que não vejo a hora de chegar segunda-feira para ir trabalhar...mas pelo ambiente. O ambiente é agradável, aqui é sensacional. Eu me sinto transformada aqui na Fiocruz [...] e a Fiocruz pra mim é muito importante em relação a isso. Ela me deu oportunidade de trabalhar com uma coisa que eu sou apaixonada. Eu sou apaixonada pelo que eu faço, né? (Letícia)

Eu gosto de ver as pessoas falando ‘eu trabalho na Fiocruz, eu trabalho na Fiocruz’ tanto que eu tenho isso aqui [mostra o crachá do CGI<sup>25</sup>] e dou o maior valor (Eloísa)

---

<sup>25</sup> A depoente fez parte do segmento criança e adolescente do Comitê Gestor Internacional.

Eu acho que não só na minha vida, mas na maior parte...vou dizer pelas pessoas que são nascidas e criadas a muitos anos no Amorim. Pessoas antigas. A Fiocruz sempre deu acolhimento, tanto na questão de emprego quanto na questão de saúde (Ana).

No terceiro caso foi identificada uma grande frustração pelo depoente não ter sido alcançado um emprego na Fiocruz.

Eu costumo dizer que a Fiocruz mora no meu coração, né? Inclusive até eu tô meio frustrada pq eu ainda não consegui emprego de volta (Nélida).

Eu tenho um amor e um carinho muito grande pela Fiocruz e sou meio frustrada por não conseguir trabalhar aqui. Eu até tentei, quando eu fiz o curso de técnico de enfermagem eu tentei estagiar aqui, mas aí não foi da vontade de Deus. Mas eu confesso que fiquei um pouquinho frustrada por causa disso (Helena).

A terceira e a quarta parte do roteiro de entrevista foram dedicadas a percepção dos depoentes sobre a participação no projeto “Avaliação da informação em sites de tuberculose: uma proposta inovadora para a promoção da saúde”. Procuramos verificar se eles perceberam o papel desempenhado no projeto e se houve (ou não) Translação do Conhecimento. Nesse ponto nosso esforço foi no intuito de identificar as ações se afastaram e as que se aproximaram da perspectiva da Translação do Conhecimento.

Dois aspectos nos chamaram a atenção: Um está vinculado à importância dada pelos pesquisadores-cidadãos ao apoio financeiro recebido pela Fiocruz ao desenvolvimento do projeto e outro está associado à percepção que muitos deles tiveram da atividade realizada.

Como mencionamos no capítulo anterior o projeto “Avaliação da informação em sites de tuberculose: uma proposta inovadora para a promoção da saúde”, desenvolvido pelo Laboratório Internet, Saúde e Sociedade, contou com o apoio da Vice-Presidência de Ambiente, Atenção e Promoção da Saúde (VPAAPS) da Fundação Oswaldo Cruz. Com isso foi possível oferecer a cada pesquisador-cidadão uma bolsa de estudos mensal no valor de cem reais, durante seis meses, por uma atividade de duas horas, realizada uma vez por semana. As percepções sobre o recebimento da *pochete* foram, entretanto, bem diferentes. Para alguns, o recebimento da *pochete* foi vital:

Quando eu tinha a *pochete* o meu INSS era garantido, né? Não tinha que ficar pedindo para o marido. Ajudava para quem tinha trabalho, imagina

no meu caso que não tinha nenhuma renda extra?  
(Rosália)

A bolsa que caia já fazia diferença pra mim, pra todos nós... financeiramente qualquer coisa que cai na nossa conta, já ajuda (Valda)

Para determinados depoentes, o recebimento da “pochete” foi vital.

Olha, ajudava. Estou vendo pelo lado dos alunos. Tinha gente que não trabalhava, então a pochete ajudava mais ainda! Eu não vejo o meu lado. Vejo o lado dos amigos que não trabalhavam, igual aquela senhora... como é o nome dela? Uma senhora loira que eu ria muito dela [pausa longa]. Ela só tinha aquela pochete ali.. poucas pessoas só tinham aquela pochete. Então ajudou (Antônio).

Pochete pra mim não teve muita significância [...] Mas eu acho que em termos do grupo, foi muito importante. E até hoje em dia. Não vou dizer quem [precisava da pochete] por que fica até chato, né? (Eloísa).

Sem a pochete eu acho que tinha muita gente que não vinha. Eu vinha porque eu sempre trabalhei e tinha o meu salário. Muita gente dependia dessa ajuda de custo que tinha, né? Muita gente, quando não saía [a pochete], eu via... a cara das pessoas tristes (Álvaro).

Para outro grupo de depoentes, independente do recebimento da “pochete” ou não, a participação em novos projetos nesse sentido estaria confirmada:

Quando a gente começou não tinha nada de pochete. A gente começou pra fazer mesmo sem nada. Aquilo ali ajudou? Claro! Foi um incentivo. Foi legal! Quem é que não precisa de um dinheirinho a mais? Eu faria de novo, com ou sem pochete. Porque eu acho que o mais importante é você poder ajudar. É você poder contribuir (Letícia).

Olha, ajudou. Mas muitos ficaram pela pochete. Eu escuto hoje gente falando que se tiver uma pochete [faz sinal de pequeno com a mão] como aquela não vai querer. Eu quero porque me ajudou, entende? Não pela pochete, porque a gente não veio só pela pochete. A gente veio pelo amor e pelo aprendizado. Então se tiver de novo, com pochete ou sem pochete e eu tiver oportunidade, eu vou estar (Teodora). PEREIRA NETO, André de Faria; PAOLUCCI, Rodolfo; DAUMAS, Regina Paiva and SOUZA, Rogério Valls de. Avaliação participativa da qualidade da informação de saúde na internet: o caso de sites de dengue. *Ciênc. saúde coletiva*. 2017, vol.22, n.6 pp.1955-1968

O recebimento da *pochete* abre margem para o questionamento acerca do real envolvimento e engajamento do grupo. Um processo de translação do conhecimento que envolva uma população de baixa renda como esta pode prescindir de uma ajuda como esta? Que papel uma *pochete* pode cumprir na adesão maior ou menor a um projeto que pretende ser de translação do conhecimento?

Se existiam pessoas que participavam porque recebiam a *pochete*, identificamos falas relacionadas à participação em experiências futuras, independente do recebimento da quantia evidenciando aliança estabelecida entre os atores do projeto. Esse grupo de pesquisadores-cidadãos está na segunda experiência de avaliação de sites de saúde. Na primeira experiência sites de dengue foram avaliados. Nela os participantes também receberam *pochete*.

O recebimento da *pochete* também pode ter sido traduzido como uma manifestação concreta da importância que a participação dos pesquisadores-cidadãos teve no processo de avaliação. O oferecimento da *pochete* foi uma ação que aproximou a experiência analisada nesta Dissertação da perspectiva da de Translação do Conhecimento.

Vejamos agora a percepção que muitos participantes tiveram da atividade realizada e da compreensão do papel exercido por eles. Uma fala recorrente entre os depoentes foi a associação do projeto com um *curso* para *aprender* sobre a Tuberculose.

Esta percepção nos faz lembrar as críticas de Paulo Freire (2005)<sup>26</sup>, ao que ele denomina de “ensino bancário”.

Educação bancária é aquela que anula o poder criador dos educandos ou o minimiza, estimulando sua ingenuidade e não sua criticidade. Na concepção bancária, a educação é o ato de depositar, transferir, transmitir valores e conhecimentos. Nessa concepção, o saber é uma doação dos que se julgam sábios aos que se julga nada saber: Na concepção bancária cabe à educação apassivar ainda mais os sujeitos que já são seres passivos, adaptando-os ao mundo. Quanto mais adaptados, tanto mais educados. (Moreira, 2017, p.4)

Esta modalidade de ensino-aprendizagem parece povoar a memória dos depoentes sobre a prática pedagógica realizada durante o período do projeto. Foram identificadas algumas falas neste sentido, como as que se seguem:

---

<sup>26</sup> “Brasileiro, Paulo Freire (1921-1997) se destacou por seu trabalho na área da educação popular. Sempre defendeu o diálogo, não somente como método, mas também como um modo de ser democrático. É considerado um dos mais notáveis pensadores na história da pedagogia crítica, em contraposição à educação tradicional, tecnicista, apassivadora” (Moreira, 2017, p.4). \_

Aí foi muito bom esse curso (...) O curso é muito vantajoso, muito bom (...) Nesse **curso de tuberculose** eu aprendi que o bicho pode estar dentro de mim, mas não se manifestou ainda (Rosália).

Já fiz curso aqui dentro da fiocruz, o saúde comunitária, depois eu fiz entrei no **curso aqui do Laiss** para praticamente a primeira turma, trabalhando, vendo os sites de Dengue, né? [...] eu acho que eu até participaria de novo se tivesse outro curso (Eloísa).

O projeto foi bom. Eu aprendi muitas coisas. Eu aprendi, né? Aprendi como que é a doença. Como que ela é causada, para eu ter mais ou menos noção, né? Eu não sabia no fundo como era (Álvaro).

O “ensino bancário”, condenado por Freire (1968) associa o ato de ensinar a “dar instrução a alguém”, a “doutrinar”, a “mostrar com ensinamento”, a “demonstrar”, a “instruir”. Ao educador caberia, neste caso, “transmitir conhecimento ou conteúdo” (KUBO e BOTOMÉ, 2001).

O entendimento de que o projeto foi um *curso*, pode ser percebido também na fala dos depoentes quando revelaram intenção de multiplicar o conteúdo sobre tuberculose aprendido no curso, visando ajudar amigos, familiares e demais pessoas do convívio da comunidade.

Eu tenho noção hoje, se eu vejo alguém tossindo três vezes e coisa e tal eu falo ó, tem quantas semanas? 2 semanas? 3 semanas? Vai procurar um hospital. Hoje eu tenho noção (Álvaro).

Não só nos sites, como eu também pude aprender muitas coisas que eu também não sabia, tirar minhas dúvidas junto. Levei isso pra dentro de casa, pros amigos, pros parentes. Ia falando para quem não tinha acesso à internet. Ia comunicando (Marina).

Olha a gente fez um trabalho, a pessoa vai chegar tossindo a primeira coisa que eu falo, eu faço isso sempre ‘vai ver essa tosse, hein, pode ser tuberculose’..vou te explicar como é...eu fiz um curso ali, o curso falava isso, isso e isso. A gente chegou lá, foi ler e tudo que estava na internet estava errado (Marina).

Através dessa oportunidade que eu tive de ajudar outras pessoas eu me ajudei também no meu dia a dia. E serviu muito para mim também. Eu cresci como pessoa, em aprendizagem (Marina).

Da tuberculose, não. Foi muito mais complexo e mais difícil para ter o entendimento da doença... puxou mais a nossa inteligência, o nosso cérebro... dentro do que eu aprendi aqui eu já consegui passar para as pessoas (Teresa).

Eu não sabia que existiam vários tipos de tuberculose...então além de me dar um certo tipo de conhecimento consigo ajudar um pouco na minha comunidade (Ilana).

Outros depoimentos revelam a mudança de percepção da internet na vida pessoal.

Me ensinou muitas coisas a conhecer e avaliar certas coisas que estão na internet. Porque nem tudo é verdade e os sites, a maioria das pessoas, principalmente em sites de saúde, tem que avaliar bem o que está lendo, porque nem tudo pode ser verdade. Isso nos ensinou e nos abriu muito a mente para observar essas pequenas e grandiosas coisas, né? (Rosália).

Eu nunca tinha entrado no computador para ver sobre um remédio, sobre uma doença, entendeu? Agora eu já faço diferente! Agora eu vou lá e olho. Mas com aquele olhar crítico, né? Aprendi aqui [risadas] Por que não basta abrir a tela do computador e achar que está tudo certo, porque não está (Nélida).

A gente precisa ter um super cuidado com o que a gente lê e com o que a gente repassa. Nesse projeto de tuberculose a gente viu que tem muitas informações. A gente precisa saber se aquela informação tem procedência ou não. Se é verdadeira ou não. Por que em relação a saúde, se até os médicos erram imagina uma pessoa por conta própria ir procurar um remédio ou um tratamento para si? (Ilana).

A gente aprendeu a manusear no computador (Helena).

Eu tinha uma certa dificuldade com o computador e aquilo me ajudou muito pra ver algum tipo de programa...trabalhar com o computador (Eloísa).

Muito tempo atrás eu costumava dizer que não gostava [de computador], só usava para facebook.

Quando eu vim fazer o curso porque aprendi até a mexer mais no computador (Nélida).

Somada as duas categorias anteriores, existiu ainda o depoente que não se sentiu pesquisador, e sim aluno, durante o processo. Perguntada se achava que tinha sido pesquisadora durante o projeto, Eloísa respondeu:

Olha, não deu nem pra perceber [...] Não me vi totalmente como pesquisadora e sim como **aluna**, no sentido de aprender (Eloísa).

A auto identificação do pesquisador como um simples aluno parece distanciar o projeto da perspectiva da Translação do Conhecimento. Esse distanciamento ocorre na medida em que o pesquisador–cidadão não se percebe enquanto parte ativa do processo. Assim, ela não se viu com alguém que tenha contribuído para que o processo de Translação do Conhecimento tivesse se efetivado.

Como mencionamos anteriormente, Paulo Freire (2005) denominou como “Ensino Bancário” o processo educacional que deposita as informações, de maneira mecânica e verticalizada aos alunos. Estes permanecem passivos, sem seja estimulada qualquer reflexão crítica

desta maneira, a educação se torna um ato de depositar em que os educandos são os depositários e o educador depositantes. Em lugar de comunicar-se o educador faz “comunicados” e depósitos que os educandos, meras incidências, recebem pacientemente, memorizam e repetem. Eis ai a concepção “bancária” da educação em que a única margem de ação que se oferece aos educandos é a de receberem os depósitos, guardá-los e arquivá-los (FREIRE, 2005, p.66)

O processo de Translação do Conhecimento caminha na direção contrária. Para que ela se efetive é necessário que todos os atores envolvidos estejam verdadeiramente engajados e motivados e que a educação bancária seja abandonada.

Foram identificadas vozes no sentido de ressaltar o papel propositivo exercido pelos pesquisadores-cidadãos. Ivone, com 51 anos, com pós-graduação, empregada da Fiocruz e residente no Amorim, afirmou:

O nosso projeto foi para avaliar os sites que já existem. Avaliar de que forma? Se as palavras que usam são claras, se o público entende, se as informações estão corretas, atualizadas. As pessoas não se preocupam de saber se o site é confiável, só porque está na internet. Então a avaliação foi para isso. Para saber como esses sites de saúde, no nosso caso de tuberculose, estão sendo lançados no mercado. Justamente com essa preocupação se a informação está correta. Se é a informação que está ali é a que o público precisa. (Ivone)

Perguntamos: Você acha que esse projeto é relevante para a sociedade?

Nossa, eu achei o máximo! Quando o André nos convidou, quando a gente começou nos sites de dengue, eu achei o máximo! Eu não tinha noção de como a gente compra gato por lebre. Perguntamos: Como assim? A informação está lá, mas quem fiscaliza? Não tem um órgão fiscalizador! O site precisa ser atualizado! Precisa de fiscalização! e você vai pesquisar e qual site aparece? O que aparece no buscador quando você coloca a palavra chave e nem sempre é um site que você pode confiar” (Ivone).

Ivana com 55 anos com ensino superior completo residente na Vila Turismo teve uma percepção semelhante. Perguntamos se a depoente já tinha sido pesquisadora da Fiocruz em alguma outra experiência:

Nunca! [elevando o tom de voz] Nunca! Nunca! Nunca! Nunca! Nem imaginava! E o legal foi que nós participamos dando opinião na formulação do questionário... das perguntas que iam compor a pesquisa. Você já imaginou uma coisa dessa? Caramba! Eu ajudei a elaborar isso aqui... Uma palavra podia mudar o sentido de uma pergunta. Isso se tornou até um pouco mais de conhecimento para pessoas que tinham pouco conhecimento. Foi tudo válido. Muito legal saber que tem um questionário e que fomos nós que propomos um selo de qualidade da informação da Fiocruz (Ivana).

Coincidentemente esta duas depoentes são líderes comunitárias e tem nível superior.

## CONCLUSÃO

O projeto “Avaliação da Informação em sites de Tuberculose: Uma proposta inovadora para a Promoção da Saúde” foi desenvolvido no LaISS ao longo de 6 meses (2013/2014). Esse processo contou com a participação vinte pesquisadores–cidadãos: homens e mulheres moradores de as Comunidades de Manguinhos. Esta Dissertação procurou verificar se a prática da “Translação do Conhecimento” pode ser identificada nesse processo.

Durante seis meses, cada grupo de 10 pesquisadores – cidadãos se encontrava no LaISS, semanalmente, por duas horas. Esse mesmo grupo já havia participado anteriormente do projeto de avaliação da qualidade da informação em sites de Dengue, durante um ano.

Os três primeiros meses foram dedicados exclusivamente a apresentação, discussão, ajustes e validação dos indicadores que passaram a ser incorporados na ferramenta utilizada na avaliação dos sites. Os três meses seguintes foram dedicados para a avaliação efetiva dos 12 sites de Tuberculose.

Neste contexto exerci o papel de mediadora, pois tentei manter ativas as conexões entre parceiros que anteriormente estavam desconectados. Neste caso os parceiros foram os pesquisadores-cidadãos e os pesquisadores do Centro de Referencia Professor Helio Fraga. Graças a este papel que desempenhei foi possível acompanhar de muito perto todo o processo de interação e engajamento dos pesquisadores–cidadãos. Durante os três primeiros meses do projeto, os indicadores de avaliação foram exaustivamente discutidos. Algumas vezes os debates sobre a inclusão ou não de uma única pergunta duraram várias horas. No final dessa jornada, sessenta e dois indicadores haviam sido validados.

O caso da discussão do critério da acurácia pode servir de exemplo neste sentido. A Acurácia é um critério que avalia se a informação oferecida no site está em concordância com a melhor evidência geralmente aceita pela prática médica. A participação dos pesquisadores-cidadãos também inclui esta dimensão.

Como esta participação foi realizada? Os pesquisadores do Centro de Referencia Professor Helio Fraga definiam que informação sobre Tuberculose deveria constar em um site sobre esta doença. Por exemplo, eles elaboraram a seguinte sentença:

Apesar de a tuberculose acometer outros órgãos (tuberculose extra-pulmonar), a forma pulmonar e laríngea da tuberculose são as que transmitem a doença. Na maioria das vezes, se o tratamento for realizado corretamente, em 15 dias, o doente não transmite mais.

Esta proposta de texto foi levada aos pesquisadores-cidadãos para o debate. Depois da discussão intensa este texto foi subdividido em dois, adquirindo o seguinte formato:

1. A tuberculose pulmonar e laríngea são as que transmitem a doença.
2. Na maioria das vezes, se o tratamento for realizado corretamente, em 15 dias, o doente não transmite mais.

O informação sobre a tuberculose extra-pulmonar foi considerada secundária pelos pesquisadores-cidadãos. Eles entendiam que um site sobre tuberculose deveria ter as duas informações acima e que o aspecto extra-pulmonar poderia ser relegado a um segundo plano.

Levamos esta visão aos pesquisadores do Centro de Referencia Professor Helio Fraga. Eles concordaram com os pesquisadores-cidadãos.

Um outro exemplo merece ser lembrado. Sobre os sintomas da tuberculose os pesquisadores do Centro de Referencia Professor Helio Fraga propuseram o seguinte texto:

Que o principal sintoma da tuberculose é a tosse por mais de 03 semanas e pode vir acompanhada de febre (no fim da tarde), perda de apetite, perda de peso, suor noturno, escarro com sangue.

Mais uma vez esta possibilidade foi levada até os pesquisadores-cidadãos. Depois de acalorados debates eles propuseram que esta informação fosse dividida em duas, da seguinte forma:

1. O principal sintoma da tuberculose é a tosse por mais de 03 semanas.
2. Febre, perda de apetite, perda de peso, suor noturno e escarro com sangue são sintomas freqüentes da Tuberculose.

Na segunda informação constam 5 sintomas. Em relação a esta informação os pesquisadores-cidadãos propuseram duas respostas possíveis:

1. Incompleto: Se o site apresentar até 2 sintomas;
2. Completo: Se o site apresentar 3 ou mais sintomas;

Para os pesquisadores-cidadãos não seria necessário que um site de tuberculose apresentasse todos os 5 sintomas de tuberculose. Se ele apresentasse 3 poderia ser considerado completo. Esta visão foi mais uma vez levada até os pesquisadores do Centro de Referencia

Professor Helio Fraga que concordaram com a proposta dos moradores de Manguinhos.

Assim gostaríamos de ressaltar o papel fundamental dos pesquisadores–cidadãos tiveram no processo de construção da ferramenta de avaliação. Alguns indicadores, em especial os indicadores do critério Acurácia, necessitaram de um encontro inteiro para serem validados.

Estes dois exemplos revelam que a participação dos pesquisadores–cidadãos foi decisiva. A contribuição desses atores modificou significativamente a construção dos indicadores. Se a indicadores tivesse ficado reservada a equipe do LaISS e aos profissionais do Centro de Referencia Professor Helio Fraga os indicadores teriam sido apresentados de uma forma diferente e o resultado final da avaliação teria sido outro.

Nesta conclusão gostaríamos de registrar nossa perplexidade com os achados desta pesquisa. Como assim? O que queremos dizer com isso?

Ficou claro para mim, como mediadora do processo que levou a avaliação desses 12 sites, que os pesquisadores-cidadãos desempenharam papel decisivo no processo de elaboração da ferramenta e na avaliação final. Esta, entretanto, não foi a percepção que eles nos revelaram nas entrevistas.

Quando perguntados sobre a atividade disseram ter aproveitado o *curso*. Neste curso, eles teriam obtido informações sobre tuberculose e assim, puderam replicá-las para os vizinhos e colegas de trabalho. Essa análise evidencia o predomínio da “educação bancária” - conceito cunhado por Paulo Freire.

Os três meses iniciais, dedicados a apresentação da proposta, discussão da metodologia e validação dos indicadores elaborados pelos profissionais do Centro de Referencia Professor Helio Fraga não foram lembrados pelos pesquisadores–cidadãos. Eles não valorizaram o papel que exerceram.

Se esses momentos efetivamente aconteceram, porque os pesquisadores–cidadãos não falam a respeito? Será que eles não perceberam desta maneira? Qual o significado que esse indivíduos conferem a participação que tiveram?

Eles foram personagens ativos que participaram e modificaram concretamente a trajetória do projeto. Apesar disso, quando foram perguntados a respeito, não se percebem dessa maneira. A resposta dada sobre o protagonismo de sua participação no projeto foi quase sempre a mesma: predominou um tom de passividade escolar.

Para nós parece claro que a maior parte dos pesquisadores–cidadãos não se viu como protagonista do processo. Os pesquisadores–cidadão não se perceberam pesquisadores. Eles se perceberam alunos. A que podemos atribuir esse fato? A resposta pode estar atrelada ao

conceito de vulnerabilidade. Porto e Pivetta (2009) já haviam introduzido esta ideia quando afirmaram que:

tantos problemas nos levam com frequência a refletir sobre as impossibilidades do trabalho transformador, concretamente presente na vulnerabilidade dos moradores, que por vezes compartilhamos com tristeza e sentimento de impotência (PORTO & PIVETTA, 2009, p.221)

Uma possibilidade explicativa talvez esteja associada ao “sentimento de tristeza e impotência” que deve dominar o coração e mente destas pessoas. Apesar de não terem estado nesse lugar de impotência durante o projeto, se colocaram no lugar passivo. Mas nem todos os depoentes reagiram da mesma forma.

Como analisamos no capítulo anterior, as falas de Ivone e Ilana são destoantes do restante do grupo. Elas têm algumas características que as aproximam: São duas mulheres, acima de 50 anos, chefes de família, que possuem nível superior completo e uma sólida história de participação política, militância e engajamento no território de Manguinhos.

Ivone é líder comunitária e líder de uma associação de moradores de Manguinhos. Ilana é militante e há anos se dedica aos assuntos relacionados ao território através com uma prática política associada à Igreja Católica. As falas dessas duas depoentes, em especial, evidenciam um grau de letramento, somados à militância política no território, destoam significativamente do restante do grupo, que participou do mesmo projeto.

Nelas o sentimento de impotência identificado por Porto e Pivetta (2009) não predomina. Outras respostas a esta pergunta podem ser possíveis. Esta Dissertação foi útil, pois registrou e analisou uma experiência de aproximação entre o meio acadêmico e uma parcela vulnerável da sociedade brasileira.

## REFERÊNCIAS

- ABREU, D M. et al. Usos e influências de uma avaliação: translação do conhecimento? **Saúde Debate**. V. 41, n. especial, p.302 – 316. 2017.
- ALBERTI, V. **Ouvir Contar. Textos em História Oral**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2004.
- ALBERTI, V. **Manual da História Oral**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2005.
- BONI, V.; QUARESMA, S. J. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. **Em Tese**, Florianópolis, v. 40, n. 1, p. 66-80, jan-jul, 2005. Disponível em < <https://periodicos.ufsc.br/index.php/emtese/article/viewFile/18027/16976>>. Acesso em: 4 jun. 2016.
- BRASIL. IBGE. Pesquisa Nacional por amostra de Domicílios, 2015. Disponível em < <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2015/default.shtm>> .
- CARVALHO, L. Família chefiada por mulheres: relevância para uma política social dirigida **Revista Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n.57,p.74-98.1998.
- CARGO, M.; MERCER, S. L. The value and challenges of participatory research: strengthening its practice. **Annual Review of Public Health**. v. 29, p. 325–50. 2008. Disponível em: <<https://www.usahealthsystem.com/workfiles/Research%20Core/Cargo,%20M.%20The%20Value%20and%20Challenges%20of%20Participatory%20Research.pdf>>. Acesso em: 12 mai. 2015.
- CASTELLS, M. **A galáxia da internet: reflexões sobre a internet, os negócios e a sociedade**. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra, 2003.
- CASTIEL, L. D; VASCONCELLOS-SILVA, P. R. Internet e o autocuidado em saúde: como juntar os trapinhos? **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.9, n.2,p.291-314, maio/ago. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v9n2/a04v9n2.pdf>>. Acesso em: 02 out. 2016.
- CAVALIERI F.; LOPES, G.P. Índice de Desenvolvimento Social - IDS: comparando as realidades microurbanas da cidade do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: IPP, 2008. Disponível em: < <http://www.armazemdedados.rio.rj.gov.br/>>.
- CLAVIER, C. et al. A theory-based model of translation practices in public health participatory research. **Sociology of Health & Illness**. v. 34, n.5, p. 791-805. 2011. Disponível em: <[http://www.medsp.umontreal.ca/IRSPUM\\_DB/pdf/25520.PDF](http://www.medsp.umontreal.ca/IRSPUM_DB/pdf/25520.PDF) 2011>. Acesso em: 9 mai. 2015.
- COMITÊ GESTOR DA INTERNET NO BRASIL (CGI. BR). **Pesquisa sobre o uso de tecnologias de informação e comunicação nos domicílios brasileiros**. São Paulo: CGI.BR, 2016.

CREMESP. **Resolução.** Disponível em: <<http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=PublicacoesConteudoSumario&id=25>>. Acesso em: 7 mar. 2017

ENGSTROM, E.; FONSECA, Z.; LEIMANN, B. **A experiência do território Escola Manguinhos na Atenção Primária de Saúde.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

EYSENBACH, G. et al. Empirical Studies Assessing the Quality of Health Information for Consumers on the World Wide Web: A Systematic Review. **JAMA.** 287 (20) p. 2691-2700. 2002. Disponível em: <<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.15.2721&rep=rep1&type=pdf>> . Acesso em: 20 abr. 2016.

FERNANDES, T. M.; COSTA, R. GR. As comunidades de Manguinhos na histórias das favelas do Rio de Janeiro. **Revista Tempo**, v.19, n.34, p. 117-133. 2013. Disponível em <[http://www.ces.uc.pt/myces/UserFiles/livros/1097\\_v17n34a10.pdf](http://www.ces.uc.pt/myces/UserFiles/livros/1097_v17n34a10.pdf)>. Acesso em 18 out. 2016.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

GARBIN, H. B. DA R.; PEREIRA NETO, A. DE F.; GUILAM, M. C. R. A internet, o paciente expert e a prática médica: uma análise bibliográfica. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 12, n. 26, p. 579–588. 2008. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832008000300010](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832008000300010)>. Acesso em 8 set. 2016.

HIDALGO, J. V. et al. Saúde Digital: A necessária reengenharia da atenção em saúde. In: Alexandre F. Barbosa. (Org). Pesquisa sobre o uso das tecnologias de informação e comunicação nos estabelecimentos de saúde brasileiros – TIC Saúde 2015. 1 ed. São Paulo: CGI – Comitê Gestor da Internet no Brasil, p. 31 – 38, 2016.

ISRAEL, B. A. et al. Review of community-based research: Assessing Partnership Approaches to Improve Public Health. **Annual Review of Public Health.** v. 19, p. 173–202. 1998. Disponível em <[https://depts.washington.edu/ccph/pdf\\_files/annurev.publhealth.19.1.pdf](https://depts.washington.edu/ccph/pdf_files/annurev.publhealth.19.1.pdf)>. Acesso em 9 mai. 2015.

JOUTAR, P. Desafios à História Oral do século XXI. In: Maneta de Moraes Ferreira; Tania Maria Fernandes, Verena Alberti (Orgs). História Oral, desafios para o século XXI. Ed: Fiocruz, 2000. Disponível em <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/2707>>.

KUBO, O. M.; BOTOMÉ P, S. Ensino – Aprendizagem: Uma interação entre dois processos comportamentais. **Interação.** v.5, p. 133-171. 2001. Disponível em <<http://revistas.ufpr.br/psicologia/article/view/3321>>.

LÉVY, P. **Cibercultura.** São Paulo: Editora 34, 2001. Disponível em: <<http://api.ning.com/files/dR26lCiX6Ej1UmSVtj1Qw9UvQlXgFXGXAuz9fUVc1ocygh1WdsB9w8lbuWbUDbnD73S07wODeXavupVm5piQW20y8RQK2L7r/LevyCibercultura.pdf>>. Acesso em: 13 out. 2014.

LOPES, I. L. Proposta de critérios de qualidade para avaliação da informação em saúde recuperada nos sites brasileiros da World Wide Web. 2006. **Tese (Doutorado em Ciência da Informação)** - Universidade de Brasília, Brasília, 2006. Disponível em: <<http://repositorio.unb.br/handle/10482/5040>>.

LOPES, I. L. Estudos sobre qualidade da informação em Saúde na Web e a visão de classes brasileiras **Tempus, actas de saúde coletiva.**, Brasília, v. 2, n 1, p. 92-114, 2008. Disponível em: <<http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1766>>. Acesso em 12 set. 2016.

LOPES, I. L. Iniciativas internacionais para o controle da qualidade da informação em Saúde na Web. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, v.6, n.2, p.2-12, 2012. Disponível em: <<https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/470>>.

MEIHY, J. C. S. B. Desafios da História Oral Latino – Americana: O caso do Brasil. In: Maneta de Moraes Ferreira; Tania Maria Fernandes, Verena Alberti (Orgs). História Oral, desafios para o século XXI. Ed: Fiocruz, 2000. Disponível em <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/2707>>.

MANTOURA, P. et al. Participatory research in public health: Creating innovative alliances for health. **Health & Place**. v. 13, p.440-451. 2007. Disponível em: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download;jsessionid=6343B5A1EE1C0844743899F8DFC86F68?doi=10.1.1.539.2166&rep=rep1&type=pdf>. Acesso em: 8 mai. 2015.

MOREIRA, M.A. Grandes desafios para o ensino de física na educação contemporânea. **Revista do Professor de Física**. Brasília, vol. 1, n. 1 \_ 2017. p.1/13

MORETTI, F. A. et al. Acesso a informações de saúde na internet: uma questão de saúde pública?. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo , v. 58, n. 6, p. 650-658. 2012. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-42302012000600008](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302012000600008)>. Acesso em: 8 set. 2016.

TSAI ROUSSOS, S.; FAWCETT, S. B. A review of collaborative partnerships as a strategy for improving community health. **Annual Review of Public Health**. v. 21, p. 369 - 402. 2000.

PAOLUCCI, R.; PEREIRA NETO, A. F.; LUZIA, R. A. Avaliação da Qualidade da informação em sites de Tuberculose: análise de uma experiência participativa. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro v. 41, n. spe, p. 84-100. 2017. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042017000500084&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000500084&lng=en&nrm=iso)>.

PEREIRA NETO et al. História Oral no Brasil: uma análise da produção recente (1998/2008). **História Oral**. v.10, n.2, p. 113-126. 2007. Disponível em <<http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/resource/369421>>.

PEREIRA NETO, A. F.; PAOLUCCI, R. P. **Qualidade da Informação em Sites de Dengue: análise de uma experiência inovadora**. Rio de Janeiro: ENSP, 2014.

PEREIRA NETO, A. F. et al. **Qualidade da Informação em Sites de Tuberculose: análise de segunda experiência inovadora**. Rio de Janeiro: ENSP, 2016.

PEREIRA NETO, A. F. et al. **Avaliação participativa da qualidade da informação de saúde na internet: o caso de sites de dengue**. Ciênc. saúde coletiva. 2017, vol.22, n.6 pp.1955-1968.

PEREIRA NETO, A; BARBOSA, L.; SILVA, A.; DANTAS, M. O paciente informado e os saberes médicos: um estudo de etnografia virtual em comunidades de doentes no Facebook. **História, Ciências, Saúde. Manguinhos**, Fundação Oswaldo Cruz. v.22, p.1653-1671. 2015.

PEREIRA NETO, A. F. Avaliação da qualidade da informação de sites sobre Dengue: Notas sobre uma experiência. In: SANTOS, Isabela Soares; GOLDSTEIN, Roberta Argento. (Org.). **Rede de Pesquisa em Manguinhos: Sociedade, Gestores e pesquisadores em conexão com o SUS**. São Paulo: HUCITEC. p. 277-292. 2016.

PINTO, R. M. F. et al . Condição feminina de mulheres chefes de família em situação de vulnerabilidade social. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo , n. 105, p. 167-179. 2011. Disponível em <[www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-66282011000100010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282011000100010&lng=en&nrm=iso)>.

PIVETTA, F. et al. **PAC Manguinhos: Um relato fotográfico 2008-2010**. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 2012.

PORTO, M.F.S.; PIVETTA, F. **Por uma promoção da saúde emancipatória em territories vulneráveis**. In: Czerina, D. & Freitas, C.M. (org). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. 2.ed. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz. 2009.

ROCHA, S. P. et al. A trajetória da introdução e regulamentação da acupuntura no Brasil: memórias de lutas e desafios. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. v.20, n.1, p. 155-164. 2015. Disponível em: <<http://repositorio.unifesp.br/handle/11600/8780>>.

SORJ, B.; GUEDES, L. E. Exclusão digital: problemas conceituais, evidências empíricas e políticas públicas. **Novos estudos** - CEBRAP., n.72, p. 101-117. 2005.

THOMSON, A. Aos cinquenta anos: uma perspectiva internacional da história oral. In: Maneta de Moraes Ferreira; Tania Maria Fernandes, Verena Alberti (Orgs). **História Oral, desafios para o século XXI**. Ed: Fiocruz, 2000. Disponível em <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/2707>>.

WILLIAMS, A. et al. Establishing and sustaining community-university partnerships: A case study of quality of life research. **Critical Public Health**. v.15, n.3, p. 291–302. 2005.

## APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI - ESTRUTURADO

### Parte 1 – Informações Gerais

Nome:

Idade:

Naturalidade:

Estado Civil: Solteiro ( ) Casado ( ) Divorciado ( ) Viúvo ( )

Número de filhos: ( ) Não tem filhos ( ) Filhos

Escolaridade: Não alfabetizado ( ) Fundamental ( ) Médio ( )

Superior ( ) Pós Graduação ( )

Atuação Profissional:

Total de pessoas residentes no domicílio: ( ) pessoas

### Parte 2 – Da relação com o território

Em qual comunidade vive?

A quanto tempo vive nesta comunidade?

Sua casa tem energia elétrica? ( ) Sim ( ) Não

Sua casa tem água encanada? ( ) Sim ( ) Não

Sua casa tem rede de esgoto? ( ) Sim ( ) Não

Reside em rua asfaltada? ( ) Sim ( ) Não

Quais são os aspectos positivos da comunidade?

Quais são os aspectos negativos da comunidade?

Qual a relação com a Fundação Oswaldo Cruz?

### Parte 3 – Da relação com o Projeto

Como você explicaria a proposta da experiência que participou?

O que motivou a participação no projeto?

Receber a bolsa no valor de cem reais foi um diferencial para participação no projeto?

Como foi o processo de avaliação dos sites?

Em que momento considera que participou mais?

Em que momento considera que participou menos?

Como classifica a relação com os outros integrantes do grupo?

### Parte 4 – Dos aspectos relacionados à TC

Além das experiências realizadas no LaISS, você já participou de algum outro projeto de pesquisa na condição de pesquisador?

Se sim, qual?

Você considera a experiência que participou relevante?

Se sim, por quê?

Se não, por quê?

Algum fator contribuiu para o seu desempenho na experiência?

Se sim, por quê?

Algum fator atrapalhou o seu desempenho na experiência?

Se sim, por quê?

Você considera o tempo adequado para realização das atividades?

Se sim, por quê?

Se não, por quê?

Você considera a infraestrutura adequada para realização das atividades?

Se sim, por quê?

Se não, por quê?

Você tem alguma observação adicional?

Se sim, qual?

Você participaria de uma nova experiência similar?

Se sim, por quê?

Se não, por quê?

**ANEXO A– PRINCÍPIOS ÉTICOS PARA SITES DE MEDICINA E SAÚDE NA  
INTERNET**

<b>Princípios Éticos</b>	<b>Definição</b>
<b>Transparência</b>	Deve ser transparente e pública toda informação que possa interferir na compreensão das mensagens veiculadas ou no consumo dos serviços e produtos oferecidos pelos sites com conteúdo de saúde e medicina. Deve estar claro o propósito do site: se é apenas educativo ou se tem fins comerciais na venda de espaço publicitário, produtos, serviços, atenção médica personalizada, assessoria ou aconselhamento. É obrigatória a apresentação dos nomes do responsável, mantenedor e patrocinadores diretos ou indiretos do site.
<b>Honestidade</b>	Muitos sites de saúde estão a serviço exclusivamente dos patrocinadores, geralmente empresas de produtos e equipamentos médicos, além da indústria farmacêutica que, em alguns casos, interferem no conteúdo e na linha editorial, pois estão interessados em vender seus produtos. A verdade deve ser apresentada a verdade sem que haja interesses ocultos. Deve estar claro quando o conteúdo educativo ou científico divulgado (afirmações sobre a eficácia, efeitos, impactos ou benefícios de produtos ou serviços de saúde) tiver o objetivo de publicidade, promoção e venda, conforme Resolução CFM N ° 1.595/2000.
<b>Qualidade</b>	A informação de saúde apresentada na Internet deve ser exata, atualizada, de fácil entendimento, em linguagem objetiva e cientificamente fundamentada. Da mesma forma produtos e serviços devem ser apresentados e descritos com exatidão e clareza. Dicas e aconselhamentos em saúde devem ser prestados por profissionais qualificados, com base em estudos, pesquisas, protocolos, consensos e prática clínica.  Os sites com objetivo educativo ou científico devem garantir a autonomia e independência de sua política editorial e de suas práticas, sem vínculo ou interferência de eventuais patrocinadores. Deve estar visível a data da publicação ou da revisão da informação, para que o usuário tenha certeza da atualidade do site. Os sites devem citar todas as fontes utilizadas para as informações, critério de seleção de conteúdo e política editorial do site, com destaque para nome e contato com os responsáveis.
<b>Consentimento Livre e Esclarecido</b>	Quaisquer dados pessoais somente podem ser solicitados, arquivados, usados e divulgados com o expresso consentimento livre e esclarecido dos usuários, que devem ter clareza sobre o pedido de

	<p>informações: quem coleta, reais motivos, como será a utilização e compartilhamento dos dados.</p> <p>Os sites devem declarar se existem riscos potenciais à privacidade da informação dos usuários, se existem arquivos para "espionagem" dos passos do internauta na Rede , que registra as páginas ou serviços que visitou, nome, endereço eletrônico, dados pessoais sobre saúde, compras online, etc.</p>
<b>Privacidade</b>	<p>Os usuários da Internet têm o direito à privacidade sobre seus dados pessoais e de saúde. Os sites devem deixar claro seus mecanismos de armazenamento e segurança para evitar o uso indevido de dados, através de códigos, contra-senhas, software e certificados digitais de segurança apropriados para todas as transações que envolvam informações médicas ou financeiras pessoais do usuário. Devem ter acesso ao arquivo de seus dados pessoais, para fins de cancelamento ou atualização dos registros.</p>
<b>Ética Médica</b>	<p>Os profissionais médicos e instituições de saúde registradas no CREMESP que mantém sites na Internet devem obedecer os mesmos códigos e normas éticas regulamentadoras do exercício profissional convencional. Se a ação, omissão, conduta inadequada, imperícia, negligência ou imprudência de um médico, via Internet, produzir dano à vida ou agravo à saúde do indivíduo, o profissional responderá pela infração ética junto ao Conselho de Medicina. São penas disciplinares aplicáveis após tramitação de processo e julgamento; advertência confidencial; censura confidencial; censura pública em publicação oficial; suspensão do exercício profissional por 30 dias e cassação do exercício profissional.</p>
<b>Responsabilidade e Procedência</b>	<p>Alguém ou alguma instituição tem que se responsabilizar, legal e eticamente, pelas informações, produtos e serviços de medicina e saúde divulgadas na Internet. As informações devem utilizar como fonte profissionais, entidades, universidades, órgãos públicos e privados e instituições reconhecidamente qualificadas.</p> <p>Deve estar explícito aos usuários: quem são e como contatar os responsáveis pelo site e os proprietários do domínio. Estas informações também podem ser obtidas pelo usuário com uma consulta/pesquisa junto ao site da FAPESP (<a href="http://www.registro.br">www.registro.br</a>) , responsável pelos registros de domínios no Brasil.</p> <p>O site deve manter ferramentas que possibilitem ao usuário emitir opinião, queixa ou dúvida. As respostas devem ser fornecidas da forma mais ágil e apropriada possível.</p> <p>É obrigatória a identificação dos médicos que atuam na Internet, com nome e registro no Conselho Regional de Medicina.</p>

**Fonte: CREMESP, 2011.**

## ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

O/A Sr/Sr<sup>a</sup> está convidado/a a participar da pesquisa **“Pesquisa Participativa e Translação do Conhecimento: Análise de uma experiência na área de informação e saúde”**, sob a responsabilidade da pesquisadora Rafaela Alves Luzia da Silva, aluna do curso de mestrado do Instituto de Comunicação Científica e Tecnológica, da Fundação Oswaldo Cruz (ICICT/Fiocruz). A pesquisa, com finalidade exclusivamente científica, vai investigar se a prática da Translação do Conhecimento pode ser identificada na experiência “Avaliação da Qualidade da Informação em sites de Tuberculose: Uma proposta inovadora para a Promoção da Saúde”. Ressaltamos que, por meio de sua participação, o/a Sr/Sr<sup>a</sup> estará contribuindo para a reflexão sobre prática de Translação do Conhecimento, em uma experiência concreta na área da Saúde Pública.

Sua participação é voluntária, não implica despesa ou envolve remuneração e não implica riscos significativos. Ela se dará por meio de entrevistas (no caso de serem gravadas e transcritas, poderão ser submetidas a sua conferência, caso deseje).

Os selecionados para serem entrevistados nesta pesquisa são os moradores do território de Manguinhos, que participaram da experiência na condição de pesquisador-cidadão. Consideramos que será possível omitir a identidade destes depoentes, caso desejarem. Caso o/a Sr./Sr<sup>a</sup> concorde, a sua identidade poderá ser revelada na publicização dos resultados da pesquisa.

Salientamos que, a qualquer momento, o/a Sr/Sr<sup>a</sup> terá o direito de esclarecer dúvidas e obter informações sobre qualquer aspecto referente à pesquisa, assim como interromper a sua participação, sem nenhum prejuízo ou penalidade.

A pesquisadora Rafaela Alves Luzia da Silva poderá ser contatado na Fiocruz (Avenida Brasil, 4036/ sala 512, Manguinhos, RJ); pelos telefones (21) 2598-2397 e (21) 98002-9228 ou e-mail: [rafaelaluzia@gmail.com](mailto:rafaelaluzia@gmail.com).

Mais informações poderão ser obtidas na Gestão Acadêmica do Icient/Fiocruz (Avenida Brasil, 4036/ sala 210, Manguinhos, RJ; telefones (21) 3882-9033/9063) ou junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da EPSJV – cujo contato está citado no rodapé desta página.

Com a aceitação deste TCLE, o/a Sr/Sr<sup>a</sup> assume que tomou conhecimento da finalidade da pesquisa **“Pesquisa Participativa e Translação do Conhecimento: Análise de uma experiência na área de informação e saúde”** leu este documento e esclareceu possíveis dúvidas. Confirma, também, que recebeu uma via assinada deste TCLE.

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do/a participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura da Pesquisadora Responsável