

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM**  
**CLÁUDIA PERES DA ROCHA FERNANDES COSTA MAIA**

**ENTRE DESAFIOS E POTENCIALIDADES: AVALIAÇÃO DA PARTICIPAÇÃO  
COMUNITÁRIA EM UM PROGRAMA DE CONTROLE DA ESQUISTOSSOMOSE  
E DE PROMOÇÃO DA SAÚDE**

**BELO HORIZONTE**  
**2015**

Cláudia Peres da Rocha Fernandes Costa Maia

**ENTRE DESAFIOS E POTENCIALIDADES: AVALIAÇÃO DA PARTICIPAÇÃO  
COMUNITÁRIA EM UM PROGRAMA DE CONTROLE DA ESQUISTOSSOMOSE  
E DE PROMOÇÃO DA SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Flávia Gazzinelli  
Bethony

Co-orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Andrea Gazzinelli

Belo Horizonte

2015

Maia, Cláudia Peres da Rocha Fernandes Costa.  
M217e Entre desafios e potencialidades [manuscrito]: avaliação da participação comunitária em um programa de controle da esquistossomose e de promoção da saúde. / Cláudia Peres da Rocha Fernandes Costa Maia. -- Belo Horizonte: 2015.  
148f.: il.  
Orientador: Maria Flávia Gazzinelli Bethony.  
Coorientador: Andrea Gazzinelli.  
Área de concentração: Saúde e Enfermagem.  
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.  
1. Participação Comunitária. 2. Pesquisa Participativa Baseada na Comunidade. 3. Avaliação de Programas e Projetos de Saúde. 4. Promoção da Saúde. 5. Dissertações Acadêmicas. I. Bethony, Maria Flávia Gazzinelli. II. Gazzinelli, Andréa. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. IV. Título.

NLM: WA 546

Escola de Enfermagem da UFMG  
Colegiado de Pós-Graduação em Enfermagem  
Av. Alfredo Balena, 190 | 30130-100  
Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil  
+ 55 31 3409-9836 | 31 3409-9889  
caixa postal: 1556 | colpgrad@enf.ufmg.br



**ATA DE NÚMERO 476 (QUATROCENTOS E SETENTA E SEIS) DA SESSÃO PÚBLICA DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA DISSERTAÇÃO APRESENTADA PELA CANDIDATA CLÁUDIA PERES DA ROCHA FERNANDES COSTA MAIA PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRA EM ENFERMAGEM.**

Aos 14 (quatorze) dias do mês de agosto de dois mil e quinze, às 14:00 horas, realizou-se no Anfiteatro de Pós-Graduação - 432 da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, a sessão pública para apresentação e defesa da dissertação "*ENTRE DESAFIOS E POTENCIALIDADES: AVALIAÇÃO DA PARTICIPAÇÃO COMUNITÁRIA EM UM PROGRAMA DE CONTROLE DA ESQUISTOSSOMOSE E DE PROMOÇÃO DA SAÚDE*", da aluna **Cláudia Peres da Rocha Fernandes Costa Maia**, candidata ao título de "Mestra em Enfermagem", linha de pesquisa "Educação em Saúde e Enfermagem". A Comissão Examinadora foi constituída pelas seguintes professoras doutoras: Andréa Gazzinelli Corrêa de Oliveira (Presidente), Rita de Cássia Marques e Vânia de Souza, sob a presidência da primeira. Abrindo a sessão, a Senhora Presidente da Comissão, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

- (x) APROVADA;  
( ) APROVADA COM AS MODIFICAÇÕES CONTIDAS NA FOLHA EM ANEXO;  
( ) REPROVADA.

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela Senhora Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, eu, Andréia Nogueira Delfino, Secretária do Colegiado de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 14 de agosto de 2015.

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup> Andréa Gazzinelli Corrêa de Oliveira  
Presidente (Esc.Enf/UFMG)

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Rita de Cássia Marques  
(Esc.Enf/UFMG)

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Vânia de Souza  
(EEUFMG)

Andréia Nogueira Delfino  
Secretária do Colegiado de Pós-Graduação

HOMOLOGADO em reunião do CPG  
Em 14/09/15

Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Tânia Couto Machado Chianca  
Sub-Coordenadora do Colegiado  
de Pós-Graduação  
Escola de Enfermagem/UFMG



*Dedico este trabalho à equipe do Centro de Esperança e a todos os promotores de saúde da cidade da Maxixe em Moçambique, que tanto me ensinaram e fizeram despertar em mim o desejo de trabalhar com as comunidades.*

## AGRADECIMENTOS

Chegar ao final deste trabalho constituiu um marco de superação em minha história. Muitos foram os momentos de alegria, interação, cooperação, encantamento. Entremeados nestes, não poucos foram os momentos de choro, solidão, angústia e desapontamento. Como o ferro forjado e o ouro purificado no fogo, dentre tantos sentimentos e situações, emergiu um profundo aprendizado e o pleno reconhecimento daquilo que é essencial à uma vida plena e sã. Tornou-se mais arraigada a percepção de que a participação, a colaboração, o estar junto, fazendo junto, quando tidos como escolha de vida e de percurso, são meios para se alcançar a completude do viver.

Por acreditar na potência dos relacionamentos cunhados em tais bases tenho muito a agradecer:

**À Deus**, força imanente, transcendente, transparente; amigo fiel e presente; graça, amor e paz; tudo em mim, tudo em todos; luz do mundo; razão do meu viver e esperança arraigada em meu coração: muito obrigada por sua presença e força em mim que me possibilitaram chegar ao fim desta jornada.

**À professora Flávia Gazzinelli**, pelas orientações, incentivo e pelo esforço para compreender minhas limitações e descaminhos, o meu muito obrigada.

**À professora Andrea Gazzinelli**, por ensinar que fazer perguntas é mais importante do que respondê-las, sou muito grata.

**Aos meus amigos e maiores colaboradores: Fernanda, Amanda e Marconi**, sem vocês este trabalho não teria sido possível. Tive imensa alegria em caminhar ao seu lado, algo que se constituiu em um grande aprendizado sobre colaboração. Muito obrigada pelas contribuições ao texto, de forma que este trabalho não é somente meu, mas nosso. **Fernanda**, querida amiga, exemplo de doçura e de companheirismo, anjo de Deus presente ao meu lado, muito obrigada por ter vivenciado a experiência em São Pedro comigo; muito obrigada pelas palavras de incentivo, consolo e fé. **Marconi**, amigo companheiro, obrigada pelas reflexões e “prosas”, conselhos e consolo, obrigada pelo ensino da “descomplicação” e da implicação com aquilo que é essencial. **Amanda**, querida amiga, obrigada pelos ouvidos abertos, conselhos acertados, textos revisados, empatia e fé, que bom é ter gente como você ao nosso lado.

**Às queridas colegas Juliana Alves e Hercília**, muito obrigada pelo apoio, incentivo e contribuições ao texto.

**Aos demais colegas do grupo de pesquisa: Breno Guimarães**, muito obrigada pelo apoio e colaboração nos momentos iniciais do trabalho de campo e pelo partilhar do sol quente. **Lucas**, obrigada pela parceria em discutir as melhores metodologias e na análise dos

dados. **Elaine, Raíssa, Angélica, Monah, Lorena, Roberta, Vania, Juliana Hott, Juliana Melo, Glenda, Monah, Bárbara, Maria Marta e Isabel**, obrigada pelo companheirismo, pelo apoio e partilhar de cargas.

**Ao grupo de pesquisa da Prof.<sup>a</sup> Andréa: Léo, Kellen, Giselle, Natália, Túlio, Ed e Thais**, muito obrigada pelo auxílio com as viagens, pela troca de experiências e pela contribuição com meu trabalho. **Stefane** muito obrigada pela ajuda com os dados no EpiInfo.

**À Prof.<sup>a</sup> Rita Marques, Júlia e a todas as bolsistas do Centro de Memória da EEUFMG** muito obrigada pela acolhida no centro que se constituiu em espaço de abrigo e interação e, em meio aos cafezinhos e conversas, parte significativa deste trabalho foi escrito.

**À Prof.<sup>a</sup> Vânia de Souza**, muito obrigada pelas palavras de incentivo e convivência alegre e motivadora. **Às Prof.<sup>as</sup> Roseni Senna, Kênia Lara, Elysângela Dittz e Kleyde de Souza**, obrigada pelas contribuições com o meu trabalho, pela acolhida e conselhos. Também pelo exemplo de prática em pesquisa acadêmica vinculada à um compromisso ético e social. **Ao professor Francisco Lana**, agradeço pelo auxílio, empatia e orientação em momentos tão necessários.

**À comunidade de São Pedro do Jequitinhonha**, minha eterna gratidão pela vivência de aprendizado, de amizade e de acolhimento. Obrigada por terem embarcado junto comigo na difícil, porém proveitosa, jornada de busca por melhores condições de vida. Obrigada pelo tempo dispendido, pelas refeições partilhadas e pelas danças e alegria experimentadas.

**Ao Eduardo**, melhor amigo, meu doce amor, companheiro de todas as horas: obrigada por seu colo e abraço que me afagaram, por seus ouvidos atentos, pelas palavras de incentivo, pelas louças lavadas e refeições preparadas. Sem você eu nunca teria conseguido. Amo você.

**Aos meus pais**, que com todo amor, carinho e sabedoria sempre me acolhem em seus braços amorosos; por imprimirem em mim o senso de justiça, de coletividade, de respeito e de afeto, a partir dos quais tento caminhar. Vocês são para mim graça revelada de Deus. Muito obrigada.

**Às minhas irmãs e meu irmão**, Ana Paula, Laura, Adriana e Timóteo. Vocês trazem alegria, força e coragem ao meu viver e são os melhores irmãos-amigos que poderia ter. Sou inspirada pela particularidade de cada um de vocês. Obrigada por todo o apoio nesta jornada.

**À família, aos meus amigos, demais colegas e à comunidade da Igreja Metodista do Izabela Hendrix**, obrigada pela presença, palavras de incentivo e orações.

**A todos**, muito obrigada por tornarem a jornada mais rica e por burilarem, cada qual a seu modo, parte de quem sou e por me ensinarem que estar junto é sempre melhor.

**Apoio financeiro:**

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior-CAPES; Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia em Doenças Tropicais - INCT-DT.

## RESUMO

MAIA, C.P.C: **Entre desafios e potencialidades: avaliação da participação comunitária em um programa de controle da esquistossomose e de promoção da saúde.** 2015. Dissertação (Mestrado em Saúde e Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2015.

Este estudo teve por objetivo avaliar a participação comunitária (PC) a partir da implementação da segunda etapa de um programa de controle da esquistossomose e de promoção da saúde (PPC-SPJII). Trata-se de uma pesquisa participativa de base comunitária (PPBC) de caráter avaliativo, realizada com moradores do distrito rural de São Pedro do Jequitinhonha, no município de Jequitinhonha – Minas Gerais. Os dados foram coletados por meio de um questionário estruturado, aplicado aos membros comunitários e às pesquisadoras ao final do programa e por meio de oficinas e entrevistas informais. Para a avaliação da extensão da PC ocorrida no programa os dados do questionário foram empregados no modelo *spidergram*. Para a análise dos fatores contextuais intervenientes sobre a PC, apreendidos por meio das oficinas e entrevistas, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo. O estudo indicou que o enfoque de PPBC utilizado possibilitou o desenvolvimento de uma consciência crítica, o aumento da capacidade dos membros comunitários participantes quanto ao uso de métodos investigativos, o estabelecimento de respeito mútuo e o desenvolvimento de confiança entre pesquisadoras e membros comunitários. Ademais, levou ao alcance de alguns resultados tais como a aquisição parcial de verba para a compra de uma ambulância para o distrito; a conclusão do regimento interno e da estruturação do Conselho Local de Saúde; e, o envio de um documento ao poder público, solicitando a implementação de um sistema de esgotamento canalizado no local. Foi possível apreender que a extensão de PC foi satisfatória em relação ao planejamento, às tomadas de decisão, à implementação das atividades do programa e à comunicação estabelecida entre os parceiros. Contudo, esta extensão foi reduzida quanto ao controle dos recursos financeiros, indicando alta dependência de financiamento externo e reduzida quanto ao monitoramento e à avaliação das ações, sugerindo insuficiente apropriação dos dados obtidos por parte dos membros comunitários. Não houve consenso quanto à extensão da PC obtida em algumas dimensões avaliadas dados os dois grupos de respondentes, a saber, membros da comunidade e pesquisadoras, de modo que uma definição conclusiva acerca da extensão da PC alcançada é elusiva. O estudo possibilitou apreender que há fatores contributivos e impeditivos à PC relacionados aos contexto político-econômico e de capacidade e de organização da comunidade. Por meio desta captação sugere-se que tais aspectos devam ser observados e abordados quando da implementação de programas participativos para que seja promovida uma extensa PC. Conclui-se que a associação entre os diferentes métodos de coleta e análise utilizados possibilitou uma compreensão ampla acerca dos fatores intervenientes sobre a PC no PPC-SPJ II. Os achados deste estudo podem contribuir para que a implementação de demais programas participativos no local sejam capazes de promover uma PC empoderadora e engendrar ações sustentáveis.

**Descritores:** Participação Comunitária; Pesquisa Participativa de Base Comunitária; Educação Popular e Saúde; Avaliação de Programas e Projetos de Saúde.



## ABSTRACT

MAIA, C.P.C: **Among challenges and potentialities: community participation assessment in a schistosomiasis control and health promotion program.** 2015. Dissertation (Master Degree in Health and Nursing) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2015.

This study aimed to assess the process of community participation (CP) in a second stage of a schistosomiasis control and health promotion program (PPC-SPJII). It was a Community Based Participatory Research (CBPR), with evaluation feature, conducted with residents of São Pedro do Jequitinhonha, a rural district of Jequitinhonha – MG. Data collection was performed through a structured questionnaire, applied both to community members and researchers, and by means of group sessions and informal interviews. In order to evaluate the extent of CP reached, the data from the questionnaire were applied to the *spidergram* framework. To analyze the data obtained through group sessions and informal interviews, the content analysis technique was utilized. The study indicated that the CBPR approach enabled a critical consciousness development, the capacity building of community members in regard to the use of inquiry methodologies, the mutual respect building and the development of mutual trust among community members and researchers. Furthermore, it led to the achievement of specific results such as the partial acquisition of fund to buy an ambulance vehicle for the district, the conclusion of the statute and the organization of the Local Health Council and the dispatch of a document to the political managers soliciting the implementation of a channelized sewage system at the place. It was possible to apprehend that the extent of CP was satisfactory in relation to the planning, decision-making, activities implementation and communication established among partners. And was perceived as narrow in regard to financial resources and monitoring and evaluation, indicating large dependence of external funds and community members insufficient ownership of data obtained. It was encountered variations in scoring in relation to both groups of respondents, so that a definitive conclusion about the extent of PC was elusive. When compared to the program first stage, it was verified that the level of CP has suffered slight changes. The study enabled the apprehension of factors related to the political-economic, community capacity and community organization contexts that contribute to or hinders CP. By means of this data it is plausible to suggest that such factors must be observed and handled in participatory program implementation. It is concluded that the association of the different methods of data gathering and analysis utilized has enabled a deepened comprehension about the factors that shaped CP in PPC-SPJII. The findings of this study can contribute to the implementation of further participatory programs in place, so they might be able to promote a more empowering CP and engender sustainable actions.

**Keywords:** Community Participation; Community-Based Participatory Research; Popular Education and Health; Program Evaluation

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Contínuo de participação .....	25
Figura 2. Spidergram original: dimensões e escala.....	26
Figura 3. Desenho do estudo.....	28
Figura 4. Componentes Principais/Fases na Condução da PPBC.....	31
Figura 5. Mapa ilustrativo do território de Jequitinhonha em Minas Gerais e sua distância à capital .....	32
Figura 6. Mapa ilustrativo da posição do distrito de São Pedro do Jequitinhonha no município e em relação ao rio Jequitinhonha .....	31
Figura 7. Balsa para travessia do rio Jequitinhonha. São Pedro do Jequitinhonha, MG, Brasil .....	33
Figura 8. Moradias, São Pedro do Jequitinhonha, MG, Brasil .....	34
Figura 9. Resumo das ações para intervenção nos problemas de saúde selecionados pela comunidade .....	72
Figura 10. <i>Spidergrams</i> construídos em 2012/2014 com base em dados obtidos por respondentes da comunidade e pesquisadores .....	94

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Matriz de análise contendo as cinco dimensões do <i>spidergram</i> com seus respectivos indicadores de processo.....	40
Tabela 2. Propostas de ação feitas para cada um dos problemas elencados em SPJ. Setembro de 2013.....	57
Tabela 3. Comparação entre os processos de priorização dos problemas de saúde de SPJ realizado com os participantes do programa e com a comunidade via questionário. ....	64

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AC	Associação Comunitária
CAPS	Centro Viva Vida e há um Centro de Atenção Psicossocial
CBPR	Community Based Participatory Research
CLS	Conselho Local de Saúde
COPANOR	Copasa Serviços de Saneamento Integrado do Norte e Nordeste de Minas Gerais
EEUFMG	Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais
EPopS	Educação Popular e Saúde
ESF	Equipes de Saúde da Família
ESF	Estratégia de Saúde da Família
ESF/rural	Equipe de Saúde da Família/rural
ETA	Estação de Tratamento de Água
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
INCT-DT	Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia em Doenças Tropicais
MG	Minas Gerais
OBC	Organização de Base Comunitária
OMS	Organização Mundial da Saúde
PC	Participação Comunitária
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PPBC	Pesquisa Participativa de Base Comunitária
PPC-SPJ	Programa de Participação Comunitária para Controle da Esquistossomose em São Pedro Do Jequitinhonha, MG
PPC-SPJI	1ª Etapa do Programa de Participação Comunitária para Controle da Esquistossomose em São Pedro Do Jequitinhonha, MG
PPC-SPJII	2ª Etapa do Programa de Participação Comunitária para Controle da Esquistossomose em São Pedro Do Jequitinhonha, MG
SPJ	São Pedro do Jequitinhonha
SUS	Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO .....	16
2. OBJETIVOS .....	19
2.1 Objetivo geral .....	19
2.2 Objetivos específicos.....	19
3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA .....	19
3.1 Educação Popular e Saúde.....	19
3.2 Participação Comunitária (PC).....	21
3.2.1 Definindo a PC .....	19
3.2.2 A PC na interface com a saúde .....	23
3.2.3 Avaliação da PC.....	24
4. PERCURSO METODOLÓGICO .....	28
4.1 Tipo de estudo .....	28
4.2 Cenário do estudo .....	31
4.3 Sujeitos do estudo.....	35
4.4. Coleta de dados.....	36
4.4.1 Questionário de avaliação da participação comunitária.....	36
4.4.2 Oficinas .....	36
4.4.3 Entrevistas Informais .....	35
4.5 Análise de Dados .....	36
4.5.1 Análise dos dados do questionário.....	38
4.5.2 Análise dos dados coletados nas oficinas e por meio das entrevistas informais .....	43
4.6 Aspectos éticos .....	43
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO .....	44
5.1 – 1ª Etapa: O programa interventivo .....	44
5.1.1 – 1ª Fase: Recomeço .....	45
5.1.2 – 2ª Fase: Qual é o problema? Diagnóstico e seleção dos problemas de saúde de São Pedro do Jequitinhonha.....	50
5.1.3 – 3ª Fase: E agora? Definição dos objetivos, planejamento e ação concernentes aos problemas de saúde.....	70
5.1.3.1 Planejamento.....	70
5.1.3.2 Monitoramento, avaliação e ação .....	72



5.2 – 2ª Etapa: Avaliação da extensão da PC alcançada no programa e considerações sobre o uso combinado dos métodos de coleta de dados para a avaliação da PC no PPC-SPJII em relação à dimensões do <i>spidergram</i> .....	94
5.2.1 Liderança .....	93
5.2.2 Planejamento e Gestão.....	98
5.2.3 Comunicação .....	100
5.2.4 Suporte Externo no Desenvolvimento do Programa.....	102
5.2.5 Monitoramento e avaliação.....	103
5.3 – Discussão sobre os aspectos modeladores da PC no programa não captados pelo <i>spidergram</i> .....	106
6. DESAFIOS E POTENCIALIDADES DOS INSTRUMENTOS DE COLETA.....	108
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	110
REFERÊNCIAS.....	114
ANEXOS.....	125
APÊNDICES.....	132

## 1. INTRODUÇÃO

Desde 2001 pesquisadores da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (EEUFMG), em parceria com o Centro de Pesquisas Rene Rachou – Fiocruz Minas, têm desenvolvido projetos de pesquisa no Vale do Jequitinhonha, em áreas endêmicas para esquistossomose. Apesar dos investimentos feitos em pesquisas para o controle dessa infecção no Brasil nos últimos 30 anos, há, ainda, necessidade de se desenvolver estratégias que propiciem a ampliação do conhecimento e o engajamento das populações endêmicas nas ações de prevenção e controle, assim como em ações que facilitem a participação dos indivíduos em pesquisa e a comunicação entre pesquisadores e comunidade.

Associado aos projetos de pesquisa básica e epidemiológica, implementamos estratégias que promovessem a compreensão, o empoderamento e o envolvimento da população em projetos de pesquisa em saúde que pudessem contribuir para o desenvolvimento científico, para o controle da infecção e para a melhoria da qualidade de vida. Desta forma, implementamos, em 2009, um programa de participação comunitária intitulado *Participação Comunitária para Controle da Esquistossomose em São Pedro do Jequitinhonha, MG (PPC-SPJ)*. Este programa, desenvolvido em duas etapas, foi financiado pelo Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia em Doenças Tropicais (INCT-DT).

A primeira etapa (PPC-SPJI) ocorreu no período de 2009 a 2012 e teve por objetivo implementar e avaliar ações voltadas para o controle da esquistossomose e para melhorias no acesso aos serviços de Atenção Primária à Saúde para diagnóstico e tratamento desta endemia. O PPC-SPJI contou com a participação de 41 moradores do distrito de São Pedro de Jequitinhonha, dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF) local e dos representantes da gestão pública municipal das secretarias de saúde e de obras e infraestrutura. Nesta fase foram identificados os problemas relacionados à saúde e formuladas as prioridades de ação por meio de um trabalho colaborativo entre pesquisadores, gestão pública e comunidade. As atividades visavam favorecer o engajamento da comunidade em ações coletivas para melhoria da saúde em geral e da qualidade de vida e ampliar o conhecimento sobre a esquistossomose.

A avaliação do PPC-SPJI revelou que a maior parte das ações definidas como prioritárias pelos participantes foi implementada. Dentre elas destacaram-se a reforma parcial da lavanderia pública, a implementação de um sistema de coleta de exames laboratoriais, o estabelecimento de um sistema de tratamento de água, a criação de uma associação

comunitária e a formação do Conselho Local de Saúde. Consideramos que o PPC-SPJI foi exitoso pelo fato de ter incluído a participação de representantes da comunidade, representantes da gestão municipal e profissionais da Atenção Primária que, juntos, discutiram coletivamente melhorias para a comunidade.

Ao término da primeira etapa, constatamos que ainda havia necessidade de fortalecer a comunidade para o desenvolvimento de ações de controle da esquistossomose, estimulando a compreensão sobre a pesquisa em saúde, além de investir continuamente em treinamento das lideranças locais para o enfrentamento dos problemas de saúde de modo geral. Tendo isso posto, decidiu-se dar continuidade às ações do PPC-SPJI com o desenvolvimento do PPC-SPJII, visando promover uma PC mais ampla, dando seguimento ao processo de pesquisa participativa já iniciado e realizar novas atividades para a solução dos demais problemas de saúde enfrentados na localidade. Ao final, uma nova avaliação foi realizada de forma a demonstrar a evolução do processo de PC nesta comunidade ao longo do tempo. A segunda etapa foi desenvolvida no período de 2013 a 2014 tendo sido o objeto desta dissertação de mestrado. Incluímos estratégias de PC que levaram em consideração os princípios da educação popular e saúde e o pensamento educacional freireano.

A PC foi reconhecida como componente chave dos cuidados primários em saúde na conferência internacional da saúde ocorrida em Alma Ata no ano de 1978. Em 1986, na conferência de Ottawa, ela foi ratificada como princípio central do então emergente campo da saúde coletiva. Desde então, diversos países têm adotado a PC como estratégia principal de promoção da saúde (WHO, 1978; BRASIL, 2002; WALLERSTEIN et al., 2011) e têm sido desenvolvidos vários programas de PC que abordam os mais diversos problemas tais como HIV/AIDS (CORNISH; GOSH, 2007; CAMPBELL; NAIR; MAIMANE, 2007; WHEELER et al., 2012; LIPPMAN et al., 2013; DICKSON-GOMEZ et al., 2014), saúde materno-infantil (MENDES; PLAZA; WALLERSTEIN, 2014; SOE et al., 2012), drogadição (STANLEY et al., 2015); doenças cardiovasculares (NAYLOR et al., 2002), diabetes (ANDERSSON et al., 2005), câncer (LIAN; KOHLER; ROSS, 2015) e doenças negligenciadas como malária (ATKINSON et al., 2010, 2011), dengue (TOLEDO et al., 2007; BASSO et al., 2015) e doença de chagas (FERNANDO ABAD-FRANCH et al., 2011).

Na América Latina, há vários anos, vêm ocorrendo movimentos sociais de iniciativas participativas que se apoiam nos estudos de sociólogos e educadores que propõem a transformação da sociedade e a diminuição das desigualdades sociais no continente. Paulo Freire destacou-se como educador popular e é mundialmente reconhecido por sua proposta de

educação dialógica, transformadora e problematizadora e sempre defendeu a participação popular e o desenvolvimento da autonomia e da emancipação dos indivíduos (WESTPHAL; MENDES, 2009).

Desde o movimento da reforma sanitária brasileira, a participação popular assumiu importante papel na saúde coletiva (MARTINS et al., 2007). Nos dias atuais, a PC constitui-se uma diretriz do Sistema Único de Saúde (SUS) e uma marca de identidade do campo da saúde coletiva e é entendida como estratégia política de resistência à exclusão social e de integração de múltiplas formas de ação coletiva que busca a obtenção e a ampliação do acesso a bens e serviços de consumo coletivo (CAVALCANTI; CABRAL; ANTUNES, 2012).

No que se refere à esquistossomose, também têm sido desenvolvidos programas de PC que visam o seu controle. A efetividade de tais ações tem sido variável, tanto em termos dos resultados obtidos, quanto em termos da extensão de PC alcançada, conforme apontam estudos feitos em Gana (ARYEETAY et al., 1999), Marrocos (BOELEE; LAAMRANI, 2004), Zimbabwe (NDEKHA et al., 2003) e Brasil (COURA-FILHO, 1998).

Dias (1998) analisou o uso de abordagens participativas no controle de grandes epidemias no Brasil e ressalta que a PC é requerida e imprescindível no controle das grandes epidemias (entre elas a esquistossomose) e ressalta que se trata de um processo de lenta e permanente construção.

Segundo South e Green (2004), há diversos estudos que justificam a PC no planejamento, no processo de tomada de decisões e na implementação dos cuidados de saúde. Os autores destacam, contudo, que na prática o envolvimento das comunidades permanece como algo complexo e contestado que gera desafios práticos e metodológicos acerca do que pode ser avaliado, de que forma pode ser avaliado e de quais indicadores podem ser utilizados para medir o progresso.

Enquanto há evidências de que sem a participação comunitária os programas de saúde tendem a fracassar e de haver indícios que apontam para os benefícios da PC nos programas de saúde, ainda permanece o desafio de avaliar seu papel no alcance das melhorias de saúde e seu impacto na saúde, incluindo o processo através do qual as intervenções são implementadas (DRAPER et al., 2010). Tal desafio é devido, principalmente, à multiplicidade de definições dos termos PC e empoderamento, que tem dificultado a avaliação de seu impacto sobre resultados desejáveis dos programas, tais como adesão e sustentabilidade, bem como sobre resultados de saúde mais amplos. Associado a isto, está o fato de que grande parte dos estudos feitos sobre a efetividade da PC na melhoria das condições de saúde fornecem descrições escassas acerca dos fatores que compõe a PC (DRAPER et al. 2010; RIFKIN,

2014).

Embora, nos últimos anos, tenha havido um aumento na literatura de estudos sobre avaliação dos processos participativos, fora do continente Norte-Americano são poucos os trabalhos publicados sobre avaliações processuais da PC na saúde, particularmente em países em desenvolvimento (DRAPER et al., 2010). Sendo assim, um exame rigoroso das evidências relacionadas ao papel da participação comunitária nas intervenções de saúde se faz necessário (RIFKIN et al., 2007).

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

Avaliar a participação comunitária a partir da implementação de um programa participativo para o controle da esquistossomose e para a melhoria das condições de saúde da comunidade de São Pedro do Jequitinhonha (PPC-SPJII).

### **2.2 Objetivos específicos**

- Identificar, de forma participativa, os problemas de saúde relevantes na região.
- Planejar, de forma participativa, ações prioritárias que possibilitem a resolução dos problemas identificados e o controle da esquistossomose.
- Implementar, de forma participativa, ações que possibilitem a resolução dos problemas identificados e o controle da esquistossomose.
- Analisar os fatores intervenientes sobre a PC.

## **3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

### **3.1 Educação Popular e Saúde**

A Educação Popular e Saúde (EPopS) emergiu em contrapartida às ações tradicionais de educação em saúde que, até a década de 70, em sua maioria, estavam voltadas para os interesses das elites políticas e econômicas e eram marcadas por práticas impositivas, distantes das realidades dos sujeitos sociais, pautadas em conceitos individualistas que



culpabilizavam os indivíduos por suas próprias doenças, tornando-os objetos passivos das intervenções (BRASIL, 2007). Neste mesmo período, no sistema de saúde brasileiro, predominavam as práticas de caráter curativo que estavam, quase exclusivamente, ligadas à medicina privada e aquelas de caráter preventivo e educativo se davam de forma isolada. (GOMES; MERHY, 2011).

A EPopS começou a ser estruturada enquanto corpo teórico e prática social na década de 50, quando estudiosos e intelectuais ligados à Igreja Católica voltaram a atenção para as questões sociais, tendo sido influenciados pelo humanismo personalista florescente na Europa. Paulo Freire foi o pioneiro no trabalho de sistematização teórica da Educação Popular (VASCONCELOS, 2007).

A EPopS caracteriza-se por tomar como ponto de partida os saberes prévios dos educandos e priorizar o diálogo e a ampliação dos espaços de interação cultural e de negociação entre os diversos atores envolvidos, buscando a construção partilhada de conhecimentos. Visa a problematização dialógica das opressões que afetam os educandos e faz uma aposta pedagógica na ampliação progressiva da análise crítica da realidade por parte dos coletivos. Está baseada em um processo de discussão horizontalizada no qual educando e educador ocupam o mesmo patamar. Busca empreender uma relação de troca de saberes entre o saber popular e o científico e tem como balizador ético-político os interesses das classes populares (VASCONCELOS, 2007; GOMES; MERHY, 2011). Gomes e Merhy (2011) apontam que a EPopS permite a inclusão de novos atores no campo da saúde, fortalecendo a organização popular e favorecendo a ampliação das práticas das equipes de saúde, por meio do diálogo com o saber das massas.

A institucionalização da EPopS junto ao Ministério da Saúde ocorreu no ano de 2003. Em caderno específico sobre o tema, afirma-se que a EPopS, tida como estratégia política e metodológica de ação, contribui para a efetuação dos princípios orientadores do SUS – universalidade, integralidade, equidade e participação social – aproximando a saúde tal como é vivida e sentida pelas populações através da promoção do diálogo para a construção da autonomia e emancipação (BRASIL, 2007). Torna-se assim, potencial transformador das práticas tradicionais de educação em saúde em práticas pedagógicas que levem à superação das situações que são restritivas ao alcance de melhor qualidade de vida para todos.

Na constituição da EPopS em pedagogia promotora de ampliação da participação comunitária, o diagnóstico e o planejamento participativos são fundamentais para a promoção de espaços dialógicos e reflexivos. Nas palavras de Gomes e Merhy (2011, p. 13):

Estratégias de realização de diagnóstico e planejamento participativos das ações de saúde podem ser vistas como relevantes para mobilização e conscientização da população, mas também como necessários para que a perspectiva dos moradores possa corrigir distorções criadas pela perspectiva tecnicista, que muitas vezes leva a equívocos relevantes por parte dos profissionais de saúde. Nesse sentido, o diagnóstico e planejamento participativos representariam uma possibilidade de ampliação do diálogo entre o saber popular e o saber técnico-científico.

É importante ressaltar que embora a EPopS, muitas vezes, seja divulgada como “Método Paulo Freire”, na verdade refere-se a várias experiências populares, práticas, metodologias, mecanismos de operação, instrumentos de análise e reflexões de significado que orientam o fazer em saúde, as práticas educativas, as concepções de saúde, entre outros. E há vários outros intelectuais que contribuíram para a estruturação deste campo no passado e continuam a fazê-lo no presente. O próprio Paulo Freire declarou que não se trata de um método, repleto de técnicas prescritivas, porque não deve haver um modelo a seguir; trata-se de uma forma de concepção de mundo, uma pedagogia (FANTIN, 2000; CECCIM, 2007).

## **3.2 Participação Comunitária (PC)**

### **3.2.1 Definindo a PC**

Há pouca concordância acerca da definição da PC e, embora várias tentativas de descrição tenham sido feitas, uma definição padrão continua sendo tanto elusiva quanto contenciosa, havendo, portanto, uma profusão de diferentes definições na literatura (EYRE; GOULD 2003; RIFKIN; KANGERE, 2002; DRAPER et al., 2010). Alguns dos termos frequentemente utilizados para referir-se à PC são: envolvimento comunitário; mobilização comunitária; mobilização social; capacidade comunitária; engajamento comunitário, participação popular, participação social, dentre outros.

Rifkin e Kangere (2002) afirmam que as definições de PC variam desde o recebimento passivo dos benefícios de saúde a decisões ativas acerca dos programas, políticas e atividades. Para Rifkin (1996) essas diversas definições refletem dois diferentes paradigmas: um orientado para o alvo (*target-oriented*) e outro chamado de modelo de empoderamento. O primeiro tem raízes no modelo biomédico de saúde-doença que considera que a melhoria da saúde está relacionada ao seguimento das orientações médicas ou à participação em um determinado programa de saúde. O segundo emergiu do período pós-guerra e ex-colonial e considera que a deficiência de saúde resulta da distribuição desigual dos recursos. De acordo com este último paradigma, melhorias na saúde só serão alcançadas se os marginalizados e

excluídos tiverem acesso à informação e aos recursos de forma a provocar mudanças estruturais em nível local.

Visto que a PC tem significados diferentes para diferentes pessoas, e por isso está em fluxo constante de mudança na medida em que as pessoas e as situações mudam, sua expressão e definição dependerão do contexto e das pessoas envolvidas (RIFKIN, 1986). Ao concluir um de seus textos, Rifkin e Kangere (2002) afirmam que a participação é uma abordagem complexa e desafiadora que visa melhorar a saúde de todos, mas em especial dos pobres e desfavorecidos. Chamam a atenção, contudo, de que há perigos em considerar a participação tanto como uma intervenção para alcançar tais objetivos, quanto como produto, algo que a experiência mostrou não ser possível de alcançar.

Côrtes (2009) menciona que alguns autores atribuem à PC um conceito genérico que deve ser caracterizado para que seja possível identificar os diferentes tipos e extensão de participação. Rifkin parece concordar com este tipo de classificação mais ampla a priori, para que depois, dada as relações entre os sujeitos e o contexto das intervenções de saúde, sejam definidos o tipo e a extensão da participação, entendida enquanto um contínuo, que pode apresentar diferentes níveis de acordo com as diferentes dimensões definidoras desta participação. Assim, Rifkin classificou a PC como “um processo social em que grupos específicos, que vivem em uma área geográfica determinada, compartilham suas necessidades e ativamente conduzem à identificação de suas necessidades, tomam decisões e estabelecem mecanismos para atender a estas necessidades” (RIFKIN, 1988, p.933, tradução nossa).

Porém, mais tarde, essa tipologia foi revista levando-se em consideração que a definição de PC deveria incluir aspectos sociais, econômicos e demais fatores de contexto que permeiam a PC ou agem sobre ela (DRAPER et al., 2010). A partir deste entendimento foi cunhado um novo conceito, mais abrangente, que considera a PC enquanto “um processo social complexo e variável que é específico a um determinado contexto” (DRAPER et al. 2010, p. 1104, tradução nossa). Neste sentido, Draper e colegas afirmam que uma abordagem de avaliação da PC deve evitar assumir que a PC é uma contribuição ou intervenção que pode ser padronizada e cujos efeitos são independentes do processo de parceria ou do contexto em que se instala, e deve ser capaz de captar sua complexidade e variações.

Por concordar que a PC é um processo complexo e multivariado, dependente dos fatores contextuais e relacionais de um determinado ambiente, adotamos a definição de Draper e colaboradoras (2010) neste programa.

### 3.2.2 A PC na interface com a saúde

O reconhecimento da PC enquanto componente integral das ações de promoção da saúde se deu a partir do entendimento de que os métodos tradicionais e verticalizados (*top-down*) utilizados predominantemente até então, não levavam em consideração os anseios das comunidades e, portanto, produziam poucos benefícios para a saúde (LIBERATO et al., 2011). Em contraste a esse modelo foi sugerido que programas fossem centrados nas pessoas, tivessem menos ênfase em benefícios puramente físicos e que deveriam incluir diretamente a PC. (KAHSSAY; OAKLEY, 1999).

A Atenção Primária à Saúde estabelecida desde a conferência de Alma Ata baseia-se nos princípios de equidade e participação comunitária, os quais estão apoiados no conceito de que as atividades devem ser feitas com tecnologias apropriadas, colaboração multi-setorial e visando a sustentabilidade. Reconhece-se, também, na abordagem da atenção primária que as melhorias na saúde não são resultado meramente da prestação dos serviços de saúde e da ação dos medicamentos, mas resultam, sobretudo, da interação entre os determinantes sociais da saúde, que incluem aspectos sociais, econômicos e políticos (RIFKIN; KANGERE, 2002).

Ao incluir as pessoas nas decisões que afetam a sua saúde, a Organização Mundial da Saúde (OMS) argumentou que vários benefícios sociais e de saúde poderiam ser alcançados e uma série de razões para incluir a PC na saúde foram listadas: (1) o argumento dos serviços de saúde diz que os serviços oferecidos são subutilizados e mal utilizados sem o envolvimento das pessoas às quais eles beneficiarão; (2) o argumento econômico é de que o maior envolvimento das pessoas faz com que elas utilizem os recursos materiais, financeiros e humanos existentes nas comunidades, para melhoria das condições ambientais e de saúde locais; (3) o argumento da promoção da saúde é que a melhoria na saúde das pessoas está relacionada ao que elas fazem para e por si mesmas, não sendo, portanto, resultado das intervenções médicas e (4) o argumento da justiça social é de que todas as pessoas, em especial os pobres e desfavorecidos, tem o direito e o dever de serem envolvidos nas decisões que afetam suas vidas diárias (RIFKIN; KANGERE, 2002).

Estas razões e outros benefícios identificados levaram muitas agências de saúde a adotarem a PC. Embora os benefícios sejam amplamente aceitos, vários autores apontam para a ausência de estudos que os comprovem e sugerem que os méritos da PC devam ser avaliados ao invés de somente presumidos (BROWNLEA, 1987; COOKE; KOTHARY, 2001; ATKINSON et al., 2011).

### 3.2.3 Avaliação da PC

Inicialmente, a PC era avaliada de forma quantitativa, contando-se o número de participantes do projeto e medindo-se a frequência de participação (RIFKIN; KANGERE, 2002). Vários autores, contudo, afirmam que a mera presença não é indicativa da participação por não estar sempre relacionada a aspectos mais subjetivos como influência, empoderamento, compreensão, sentimento de satisfação, etc. (FRANKISH et al., 2002; SCHMIDT; RIFKIN, 1996). Além disso, é reconhecido também que a participação é algo variável e dinâmico não sendo possível reduzi-la a números e, por isso, sugere-se que sejam utilizados métodos qualitativos em sua avaliação (RIFKIN; KANGERE, 2002). Assim, pesquisadores passaram a investigar princípios que caracterizavam a PC visando identificar critérios de processo pelos quais os mecanismos da participação pudessem ser julgados (RIFKIN; MÜLLER; BICHMAN, 1988; WEBLER, 1995; ROWE; FREWER, 2000, 2004).

Com o objetivo de abranger as várias percepções acerca da PC foram desenvolvidas tipologias com base em um *continuum* de compartilhamento de poder. Destes, o mais conhecido é o modelo da escada de participação cidadã de Sherry Arnstein (1969). Nele, a autora identificou oito níveis de participação relacionados ao grau de envolvimento das pessoas nos processos decisórios e o grau de poder sobre estes processos.

Seguindo o modelo de Arnstein, várias outras tipologias foram desenvolvidas utilizando como base um *continuum* de participação, visando demonstrar os diferentes níveis de participação que podem ser alcançados em um determinado programa. Tais tipologias trabalham em geral com escalas que abrangem diferentes graus e tipos de participação (CÔRTEZ, 2009).

As abordagens qualitativas de avaliação da participação ainda estão em evolução e têm se mostrado difícil encontrar aceitação no campo da medicina, dominado pelo paradigma positivista (RIFKIN et al., 2000). Há uma crescente literatura que reporta avaliações processuais das intervenções de promoção da saúde, porém ainda permanece o desafio de se desenvolver uma abordagem de avaliação que evite considerar a participação como fim ou como meio de se alcançar melhor saúde, estabelecendo relações-padrão de causa-efeito. Ao contrário, é necessário que tal abordagem capte as complexidades e variações inerentes ao processo de participação comunitária (DRAPER et al., 2010).

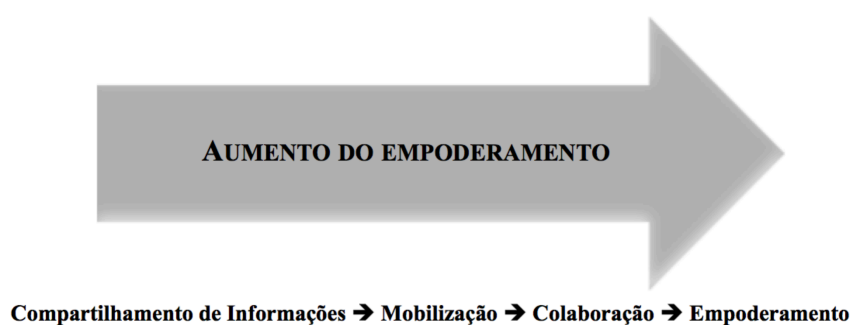
Tendo consideração por estes aspectos, Rifkin, Müller e Bichman (1988) desenvolveram um modelo avaliativo da PC denominado *spidergram*, utilizado neste estudo. Estes autores, após analisarem mais de 100 estudos de caso, identificaram cinco dimensões



tidas como intervenientes sobre a participação comunitária nos programas de saúde, a saber: levantamento das necessidades, liderança, organização, mobilização dos recursos e gestão (ver página a seguir).

No modelo está inserido um contínuo de participação associado a uma matriz de avaliação em que a participação comunitária (PC) é representada visualmente através de um pentagrama. No contínuo, a PC foi definida como um processo variável cujas dimensões determinantes podem estar relacionadas a uma participação mais restrita ou mais ampla, conforme ilustra a figura 1.

**Figura 1.** Contínuo de participação

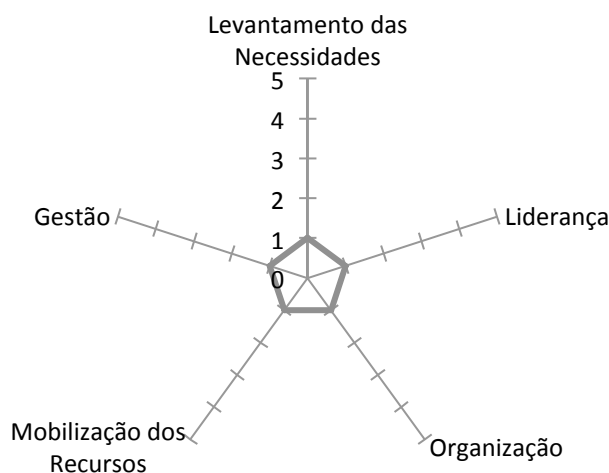


Fonte: Traduzido de Draper et al. (2010)

A matriz analítica é formada por um contínuo de participação, pelos indicadores de processo referentes às cinco dimensões tidas como intervenientes sobre a participação comunitária e por uma escala de cinco pontos. Permite, assim, que seja conferida a cada dimensão uma pontuação no contínuo de modo a descrever qual a extensão da PC referente a elas em um dado momento no programa.

O pentagrama, denominado *spidergram*, representa graficamente a extensão da PC de acordo com cada uma de suas dimensões (figura 2).

**Figura 2.** *Spidergram* original: dimensões e escala



Fonte: elaboração feita com base no trabalho de Rikin; Muller e Bichman, 1989.

Em 2010, Draper e colegas, após terem feito uma revisão sobre a participação comunitária nos programas de saúde, propuseram modificações ao modelo. As cinco dimensões foram revisadas levando-se em consideração a constante expansão da literatura referente ao tema, ao crescente uso do conceito de empoderamento e de forma a refletir aspectos relevantes dos programas de saúde materno-infantil. Tal revisão identificou os seguintes fatores como sendo críticos para o sucesso ou fracasso dos programas nos quais a participação comunitária é o eixo principal: (1) Liderança, (2) Planejamento e Gestão, (3) Envolvimento Feminino, (4) Suporte Externo no Desenvolvimento do Programa e (5) Monitoramento e Avaliação.

A dimensão da liderança diz respeito ao modo de condução do programa e à inclusão da liderança comunitária e demais atores responsáveis neste processo. Abarca também a forma de escolha dos participantes e a representatividade dos diferentes interesses dos grupos da comunidade pela liderança instituída.

A dimensão do planejamento e gestão visa enumerar de que modo foram conduzidos os processos de tomada de decisão acerca do levantamento dos problemas e necessidades da comunidade, dos objetivos, das atividades e do tempo de ação do programa.

A dimensão do envolvimento feminino diz respeito à forma de participação das mulheres no programa.

A dimensão do suporte externo no desenvolvimento do programa é referente à forma de obtenção e controle do financiamento e demais recursos necessários ao desenvolvimento

do programa, bem como aos atores responsáveis por tais ações. Inclui também a delimitação dos papéis dos atores envolvidos e o modo como o programa foi desenhado para atender às prioridades dos participantes.

Por fim, a dimensão do monitoramento e avaliação refere-se ao modo como ocorreu a construção dos meios de monitoramento e avaliação. Diz respeito também aos atores envolvidos na coleta dos dados e à capacitação dos membros comunitários para a condução dos processos avaliativos.

A partir destas dimensões desenvolveu-se indicadores de processo que foram operacionalizados em relação ao contínuo de participação.

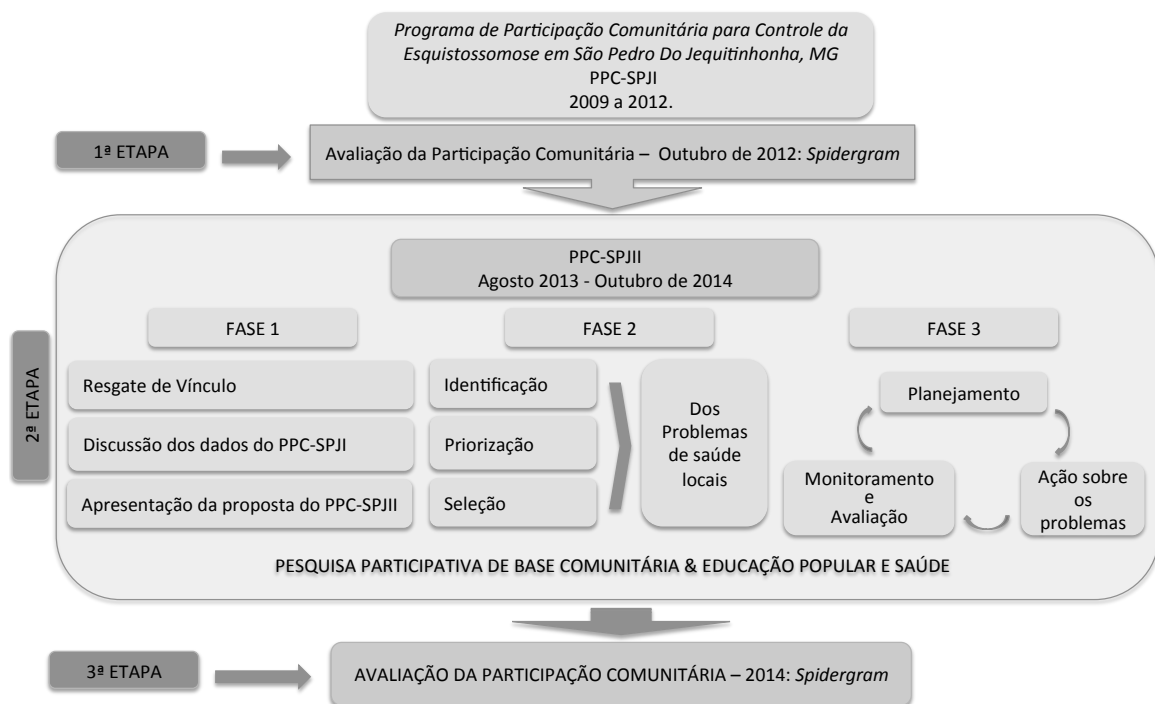
O modelo *spidergram*, revisado por Draper e colegas (2010), foi utilizado em nosso estudo pelo fato de permitir avaliar mais o processo do que o impacto da participação e por possibilitar uma análise das mudanças neste processo em diferentes áreas-chaves e estágios do programa, de forma a favorecer seu aprimoramento (RIFKIN, 2014; ANDERSSON et al. 2005). Foram realizadas modificações no modelo com a substituição da dimensão “Envolvimento Feminino”, tendo em vista que a participação feminina foi tida como fundamental dentro do contexto de saúde materno-infantil em que o papel da mulher é de fato indispensável para promover a saúde das crianças. Igualmente, os indicadores de processo desta dimensão diziam respeito ao engajamento feminino nos processos decisórios e em papéis de liderança nos programas, algo essencial para assegurar a qualidade da atenção de saúde prestada às crianças. Por considerar que o PPC-SPJ é um programa de saúde integral, o envolvimento feminino e as questões de gênero não foram tidos como proeminentes em relação à participação dos demais atores sociais do sexo masculino. Ademais, não foram encontrados outros estudos e modelos avaliativos da PC que incluíram a participação feminina como dimensão particular relacionada ao sucesso dos programas de saúde. Por outro lado, a dimensão da “comunicação” foi tida como indispensável para o alcance de uma efetiva e bem sucedida PC em diversos estudos e modelos de avaliação (ANDERSSON et al., 2005; LIBERATO et al., 2011; MAREK; BROCK; SAVLA, 2015; SALSBERG et al., 2015) e por esta razão foi incluída neste estudo.

## 4. PERCURSO METODOLÓGICO

### 4.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma Pesquisa Participativa de Base Comunitária (PPBC) de abordagem qualitativa e caráter avaliativo desenvolvida no período de outubro de 2012 a outubro de 2014. O estudo foi conduzido em três etapas, sendo a primeira referente à avaliação da participação comunitária no *Programa de Participação Comunitária para Controle da Esquistossomose em São Pedro Do Jequitinhonha, MG (PPC-SPJI)*, ocorrido nos anos de 2009 a 2012. A segunda etapa, de caráter interventivo, foi implementada em três fases. A primeira foi referente à reentrada na comunidade, com resgate de vínculo entre pesquisadores e membros comunitários, compartilhamento e discussão dos resultados obtidos no PPC-SPJI e apresentação da proposta do PPC-SPJII com conseqüente convite à participação. Na segunda fase foram identificados, priorizados e selecionados os problemas de saúde enfrentados pela comunidade e na terceira efetuou-se ações com o objetivo de solucionar os problemas elencados. Por fim, na terceira etapa, foi conduzida uma nova avaliação da PC por meio do *spidergram*. A figura 3 ilustra o desenho do estudo com suas etapas.

**Figura 3.** Desenho do estudo



Fonte: elaboração própria

A Pesquisa Participativa de Base Comunitária (*Community Based Participatory Research* – CBPR) não é um método, mas uma orientação à pesquisa que pode utilizar várias metodologias, tanto qualitativas quanto quantitativas. O que é distintivo desta abordagem é a atitude dos pesquisadores, que determina como, através de quem e para quem a pesquisa é construída e conduzida, ditando a correspondente alocação do poder em cada estágio do processo (MINKLER, 2005).

A PPBC é um termo “guarda-chuva” que abrange várias abordagens de pesquisa que têm no centro três componentes correlacionados: participação, pesquisa e ação (MINKLER, 2005). Pode ser descrita como uma investigação sistemática feita com a participação da comunidade afetada por um problema com propósitos de educação e ação ou mudança social. É uma abordagem de pesquisa colaborativa que envolve, equitativamente, membros da comunidade, representantes de organizações e pesquisadores em todos os aspectos do processo de pesquisa (ISRAEL et al., 1998). Assim, cada parceiro contribui com habilidades únicas e compartilham as responsabilidades a fim de aprimorarem o conhecimento acerca de um dado fenômeno e acerca da dinâmica social e cultural das comunidades, de modo a integrar o conhecimento adquirido com a ação, promovendo o alcance de melhor saúde da comunidade.

Seu surgimento está ligado, em parte, à escola da pesquisa-ação desenvolvida pelo psicólogo Kurt Lewin na década de 1940. Contudo, está mais intrinsecamente fundamentada em abordagens que emergiram, geralmente de forma independente, a partir do trabalho com populações em situação de opressão na América Latina, África e Ásia nos anos 70. A PPBC utiliza elementos da teoria pedagógica de Paulo Freire por meio de seus conceitos de co-aprendizagem e ação por meio do diálogo (MINKLER, 2005).

A PPBC tem seu aporte teórico fundamentado em perspectivas construtivistas e pós-críticas que emergiram em contraposição ao modelo positivista hegemônico existente no campo da saúde pública, que enfatizava um conhecimento objetivo que é separado do conhecedor, que reconhece a existência de uma realidade única, independente do interesse do pesquisador e que opera de acordo com uma série de leis formuladas a partir da lógica da causa e efeito (ISRAEL et al., 1998).

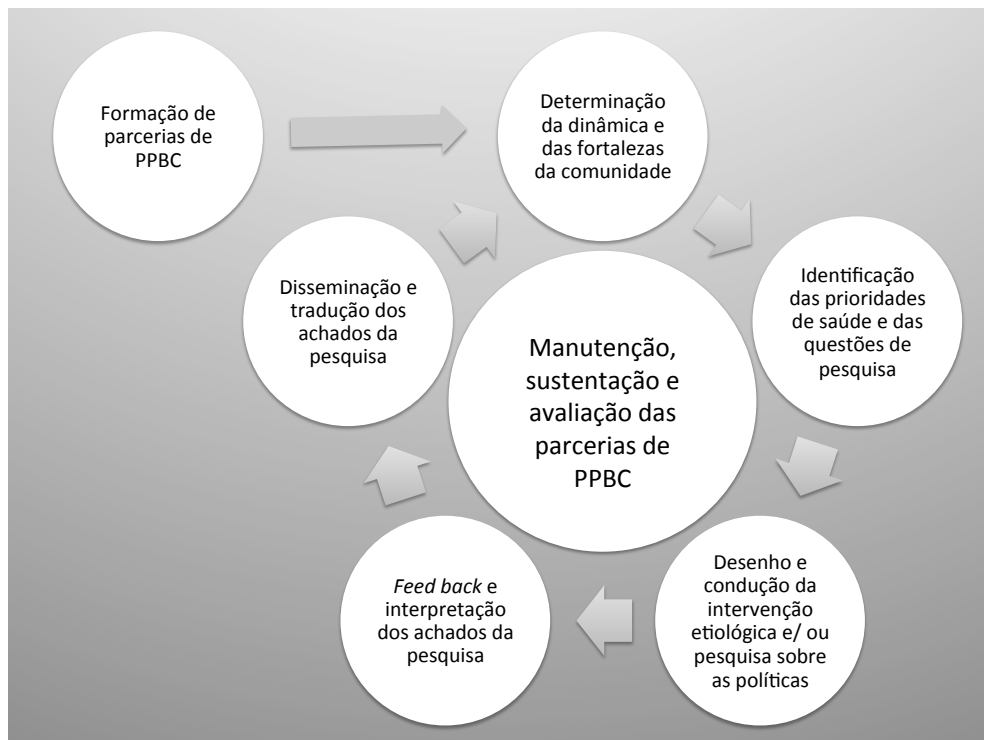
A PPBC constitui-se a partir da integração de princípios que devem ser vistos enquanto parte de um contínuo, em que representam alvos que se almeja alcançar e que estão em constante evolução na medida em que mais pesquisas vão sendo conduzidas e avaliadas. (ISRAEL et al. 1998). Tais princípios são: (1) reconhecimento da comunidade como uma unidade de identidade; (2) construção sobre capacidades e recursos provenientes da

comunidade; (3) promoção de parcerias colaborativas em todas as fases da pesquisa inserida em um processo de empoderamento e compartilhamento de poder que lida com as desigualdades sociais (4) desenvolvimento de um processo de co-aprendizado e construção de capacidades entre todos os parceiros (5) integração e alcance de um equilíbrio entre geração de conhecimento e intervenção para benefício mútuo de todos os parceiros; (6) foco na relevância local dos problemas de saúde pública e em uma perspectiva ecológica que responde aos múltiplos determinantes de saúde; (7) desenvolvimento de sistemas através de um processo cíclico e repetitivo; (8) disseminação dos achados a todos os participantes com seu envolvimento na divulgação mais ampla dos resultados e (9) incorporação de um processo de longo prazo e de comprometimento com a sustentabilidade (ISRAEL et al., 2013).

Há sete componentes abrangentes que devem ser considerados na condução da PPBC. Tais componentes podem ser tidos como fases ou estágios, havendo assim certa ordem sequencial, contudo, o processo é mais circular do que linear com alguns elementos ocorrendo durante todo o empreendimento. A figura 4 exemplifica estes componentes.

Thiollent (2014) descreve que a partir da década de 80 houve uma aproximação entre as diferentes vertentes de pesquisas participativas que tiveram origens distintas, algo que se acentuou, a ponto de fundirem-se em alguns casos, com a interação entre pesquisadores dos hemisférios sul e norte. O autor acredita que esta “visão aberta, pluralista de métodos que opera dentro de um espaço multiparadigmático parece ser a posição epistemológica mais adequada, pois evita atitudes de monopolização da verdade”. Tendo em vista tais aspectos, considera-se, neste estudo, que a PPBC, pesquisa-ação e pesquisa participante são todas tipologias de pesquisas participativas em sua essência e, por vezes, estes termos serão considerados como sinônimos.

Neste estudo, optou-se pela PPBC considerando, em primeiro lugar, que é uma das abordagens de pesquisa participativa mais largamente utilizada como referência no campo da saúde (MANTOURA & POTVIN, 2013). Em segundo lugar, porque há disponibilidade de bibliografias atuais, que trazem o detalhamento de sua teoria e fornecem pistas mais concretas sobre a sua implementação prática, embora seja um método de pesquisa altamente flexível desde a sua concepção, de forma a moldar-se aos diferentes contextos e coparticipantes. E em terceiro, por se tratar de uma vertente da pesquisa participativa sobre a qual tem sido produzidos diversos trabalhos internacionais de sistematização, discussão, teorização e avaliação, algo que facilita o seu uso e posterior análise.

**Figura 4 – Componentes Principais/Fases na Condução da PPBC**

Fonte: Adaptado de Israel et al., 2013

#### 4.2 Cenário do estudo

O estudo foi conduzido em São Pedro do Jequitinhonha, distrito rural do município de Jequitinhonha, MG, localizado na região Nordeste do Estado de Minas Gerais, no Vale do Jequitinhonha. Fica 685 km distante da capital do Estado, Belo Horizonte, às margens do rio Jequitinhonha (Figura 5). De acordo com o censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2010, Jequitinhonha possui área territorial de 3.518 km<sup>2</sup> e população de 24.131 habitantes, sendo 17.061 vivendo na zona urbana e 7.070 na zona rural. A taxa de analfabetismo da população adulta é de 31,8% e o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) municipal é de 0,615 (PNUD, 2010), considerado de médio desenvolvimento, mas inferior ao índice médio nacional que é de 0,727.

A rede pública municipal de saúde é composta por um hospital, um laboratório e nove Equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) sendo que duas atuam em áreas rurais. Um grande dificultador para a organização desses serviços de saúde é a grande extensão territorial do município. Existe um convênio intermunicipal para atendimento das especialidades médicas, além do Centro Viva Vida e o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Determinados exames de média e alta complexidade e internações são realizados em Teófilo

Otoni, município 250 km distante de Jequitinhonha. Existe, ainda, a possibilidade de encaminhamento de pacientes a Belo Horizonte.

**Figura 5** – Mapa ilustrativo do território de Jequitinhonha em Minas Gerais e sua distância à capital



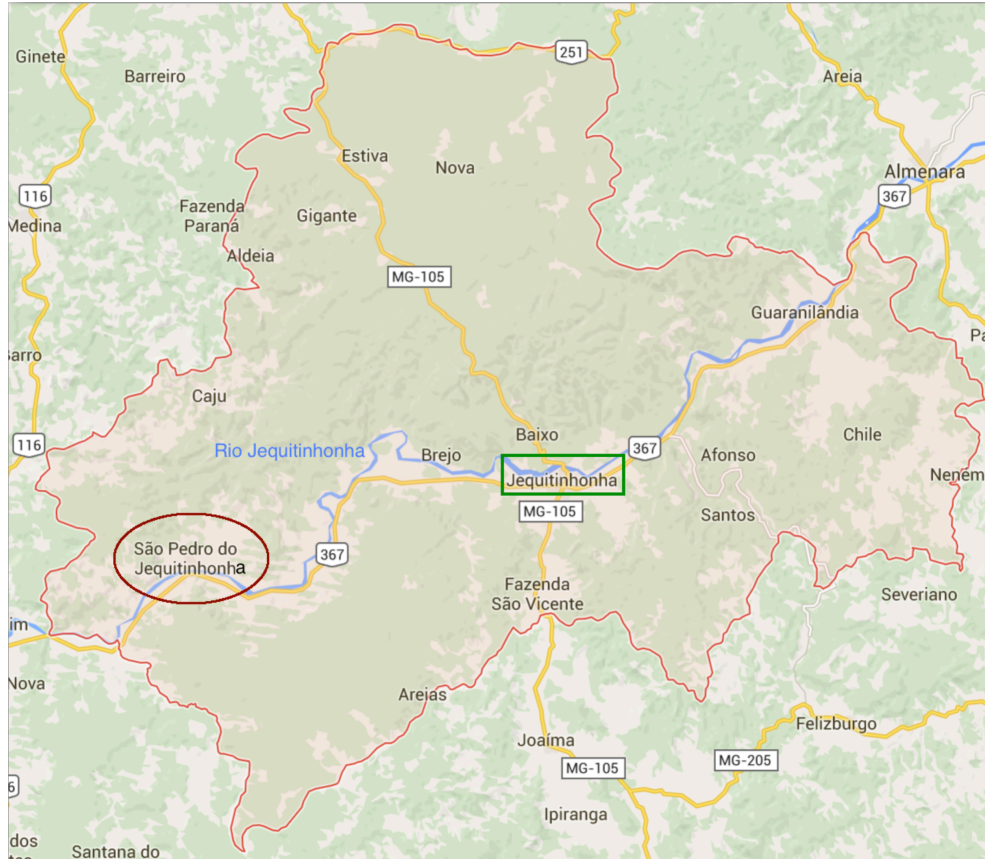
Fonte: IBGE, 2010 (modificado)

O distrito rural de São Pedro do Jequitinhonha tem uma área de aproximadamente 15 km<sup>2</sup>. Possui 1.703 habitantes, sendo 55% destes habitantes da sede e o restante habitantes dos aglomerados de casas dispersos em fazendas na área rural, ao longo dos córregos. São Pedro é cortado pelos córregos Tamboril e São Pedro e está localizado à margem esquerda do rio Jequitinhonha e da rodovia que dá acesso a sede municipal, localizada a 40 km de distância (figura 6). A travessia do rio é feita por balsa e barco a motor. As figuras 7 e 8 ilustram parte do local.

O distrito possui uma Estação de Tratamento de Água (ETA), contudo, este mesmo sistema não distribui água para todas as residências e ainda apresenta problemas na regularidade de seu abastecimento. Com isso, há necessidade de várias famílias utilizarem outras fontes de água, tais como os córregos, o rio Jequitinhonha e as nascentes, para atividades que exigem um maior consumo de água. Não há, também, sistema canalizado de esgoto e, por esta razão, a maioria das casas possui fossa. A maior parte das casas é de construção simples, de adobe.



**Figura 6** – Mapa ilustrativo da posição do distrito de São Pedro do Jequitinhonha no município e em relação ao rio Jequitinhonha



Fonte: *Google Maps*, 2015 (modificado)

**Figura 7** – Balsa para travessia do rio Jequitinhonha. São Pedro do Jequitinhonha, MG, Brasil



Fonte: Arquivo pessoal, 2013

**Figura 8** – Moradias, São Pedro do Jequitinhonha, MG, Brasil



Fonte: Arquivo pessoal, 2013

Em São Pedro há rede de telefonia fixa pública, os intitulados “orelhões” e há rede fixa particular, para quem tem condições de contratar os serviços, porém não há rede de telefonia móvel disponível. Há rede de internet via satélite em algumas casas.

A economia local é baseada na agricultura de subsistência (através do cultivo de mandioca e milho) e pequeno comércio. Ressalta-se que 52% das famílias recebem auxílio do governo Federal através do Programa Bolsa Família (REIS et al., 2010).

Na vila central há uma escola municipal e uma estadual, de ensino fundamental e médio que funcionam no mesmo prédio. O transporte escolar das crianças e dos adolescentes das localidades rurais é feito por ônibus escolar público, mas algumas delas ainda precisavam caminhar até duas horas ou fazer parte do trajeto a cavalo para chegar ao local do ônibus ou à escola.

O Centro de Saúde está localizado na vila central e possui uma Equipe da Estratégia Saúde da Família. Há uma sala de espera, três consultórios (sendo um odontológico), dois banheiros e três salas, sendo uma para vacina, outra para preparo de curativos e a terceira para a realização de procedimentos tais como verificação de pressão arterial e medida de peso corporal. Há ainda um ambiente para limpeza e esterilização de materiais. Os atendimentos médicos são realizados três vezes por semana, pelo fato desses profissionais prestarem assistência em outros distritos e localidades rurais do município. Vale ressaltar que em épocas de chuva a frequência dos atendimentos diminui devido aos problemas com transporte nas estradas não pavimentadas e na travessia do rio Jequitinhonha.

Além do médico, há também uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e quatro agentes comunitários de saúde. Há também, durante o período escolar, dois acadêmicos de enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (EEUFMG) do Internato Rural que desenvolvem atividades assistenciais supervisionadas por professores e pela enfermeira local. Nesse Centro de Saúde são realizadas as consultas médicas e de enfermagem e atividades como curativos, vacinação, verificação da pressão arterial, dentre outros procedimentos. Há, também, atendimento odontológico semanal para a população. Todo tipo de exames complementares, dos mais simples aos mais complexos, além de consultas com especialistas e atendimento de urgência e emergência, são feitos na região urbana do município. Ressalta-se que o custo com o deslocamento para utilizar esses serviços públicos de saúde na sede municipal é de responsabilidade do usuário. Há um carro da saúde que é usado somente para transporte dos pacientes mais graves, dos portadores de necessidade especiais e das mulheres em trabalho de parto.

A prevalência de esquistossomose fora de 39% em 2007 e no último inquérito feito no local em 2010 foi de 14,8%.

Em SPJ há quatro associações comunitárias. Três estão situadas na zona rural, local em que se encontra a mais antiga delas, com cerca de cinco anos de fundação. Na vila central há uma Associação Comunitária recente, denominada Renascer, com cerca de dois anos de fundação e que possui aproximadamente 70 sócios, dos quais 80% são mulheres. A frequência média de pessoas nas reuniões mensais da Renascer tem sido de 25 a 30 membros. Há ainda, na vila central, uma paróquia da Igreja Católica, cujo pároco celebra a missa quinzenalmente, e outras igrejas cristãs de denominações variadas.

### **4.3 Sujeitos do estudo**

Participaram da primeira etapa do estudo, de avaliação do PPC-SPJI, 2 pesquisadores e 16 pessoas da comunidade. Todas foram convidadas a participar da etapa interventiva seguinte. Destas, 9 permaneceram no grupo, 5 optaram por não participar e 2 haviam mudado da localidade. Outras pessoas da comunidade, entre líderes, membros de organizações de base comunitária e religiosas, com idade acima de 18 anos, foram também convidadas para a etapa de intervenção. Ao final, um grupo de 25 pessoas formado por membros das Organizações de Base Comunitária (OBCs) locais (como a Associação Comunitária Renascer e o Conselho Local de Saúde), lideranças, membros de organizações religiosas, atores políticos (como foi o

caso de uma vereadora) e demais moradores, que participaram de 50% ou mais das oficinas do programa, constituíram os sujeitos deste estudo. Além disto, duas pesquisadoras também participaram das oficinas como facilitadoras.

#### **4.4. Coleta de dados**

Neste estudo, foram utilizados três recursos de coleta de dados: questionário estruturado, oficinas e entrevistas informais.

##### **4.4.1 Questionário de avaliação da participação comunitária**

Aplicou-se o questionário para a obtenção de informações sobre como se desenvolveu o processo de participação comunitária nas diferentes etapas do PPC-SPJ para que tais informações fossem aplicadas ao *spidergram* de modo a permitir a análise da PC no programa. Incluiu 35 questões fechadas de múltipla escolha, referentes às cinco dimensões do *spidergram*, elaboradas com base nas grades analíticas presentes nos trabalhos de Rifkin et al. (1988; 2007), Draper et al. (2010) e de Bjåras et al. (1991) (APÊNDICE A).

Após teste piloto, com conseqüente refinamento, foi primeiramente aplicado em 2012 na primeira etapa do PPC-SPJII cujo objetivo foi obter dados que propiciassem a avaliação da PC no PPC-SPJI. Naquela ocasião, 2 pesquisadores e 16 membros comunitários, responderam ao questionário.

O questionário foi novamente aplicado em 2014, ao final da fase interventiva, com a finalidade de obter dados que propiciassem a avaliação da PC no PPC-SPJII. Ocasão em que 18 dos 25 participantes responderam ao questionário, visto que dois participantes alegaram não recordar de todas as etapas de desenvolvimento do programa e cinco não foram encontrados nas datas em que o questionário foi aplicado. Além dos membros comunitários, as duas pesquisadoras do PPC-SPJII também responderam ao questionário constituindo, novamente, dois grupos de respondentes. Ressalta-se que os questionários aplicados em 2012 e 2014 eram idênticos.

##### **4.4.2 Oficinas**

Utilizamos também como método de coleta de dados as oficinas realizadas com os membros comunitários. Foram realizadas ao todo 21 oficinas nas quais as falas dos

participantes foram gravadas, com o consentimento destes. Além disto, observações, acontecimentos, percepções e impressões foram anotadas pela pesquisadora, imediatamente após as oficinas, em um diário de campo.

Vários autores têm utilizado a oficina como instrumento de coleta de dados em seus estudos (AMARAL, 2005; DUARTE, 2007; OLIVEIRA; FONSECA, 2007; GUBERT et al., 2009). Alguns destes, consideraram o caráter dialógico e participativo das oficinas como fatores necessários para a transformação e construção de novas realidades (AMARAL, 2005; DUARTE, 2007).

Afonso (2002) descreve que o termo oficina tem sido aplicado a diversas situações designando, comumente, um encontro de um grupo de trabalho. Em seu estudo essa autora define que a oficina “é um trabalho estruturado com grupos, independentemente do número de encontros, sendo focalizado em torno de uma questão central que o grupo se propõe a elaborar, em um contexto social” (p.20).

Escolhemos este instrumento de coleta por verificar que se adequava à nossa proposta de realização de uma pesquisa participativa de base comunitária (PPBC) por meio de encontros com a comunidade, uma vez que é dinâmico, permite a utilização de estratégias diversas e é capaz de promover a participação, a interação entre os diversos atores e a produção partilhada do conhecimento.

#### **4.4.3 Entrevistas Informais**

Entrevistas informais foram também utilizadas neste estudo como método de coleta de dados com o objetivo de obter informações complementares acerca do contexto político, social e relacional que intervém na PC. Para tanto, o registro das informações obtidas foi feito em diário de campo durante, e logo após, a realização das mesmas. Foram feitas entrevistas com dois atores políticos do município, com seis moradores de São Pedro e com uma profissional de saúde da Unidade Básica de Saúde local.

Entrevistas apresentadas nas formas de conversação social ordinária constituem-se em métodos de investigação. Dentre as variadas formas de entrevista, a entrevista informal, também chamada de entrevista não-dirigida, é o tipo menos estruturado de coleta de dados cujo objetivo é abordar realidades pouco conhecidas pelo investigador ou oferecer uma aproximação ao problema pesquisado (JÚNIOR; JÚNIOR, 2011). De acordo com alguns autores, as entrevistas são mais eficientes quanto menos dirigidas forem. Na entrevista informal, o entrevistador não necessita formular várias perguntas. Ele engaja-se em uma

conversação com os entrevistados sobre variados assuntos tais como os problemas vivenciados por eles num dado contexto, seus interesses, preocupações, opiniões, expectativas, dentre outros. Este tipo de entrevista possibilita adquirir maior compreensão do problema quando comparado a qualquer tipo de questionário (FONTANELLA; CAMPOS; TURATTO, 2006).

A entrevista, quando combinada a outros métodos de coletas de dados, pode aprimorar os trabalhos científicos, dado que as informações, intuições e percepções coletadas por meio dela aperfeiçoam a interpretação e fornecem informações contextuais valiosas para explicar alguns fenômenos estudados (JÚNIOR; JÚNIOR, 2011).

Dentre as vantagens da técnica da entrevista destacam-se seu intento exploratório, a flexibilidade em sua aplicação, a possibilidade de esclarecimento das respostas e o fato de poder ser aplicada à pessoas iletradas (JÚNIOR; JÚNIOR, 2011).

Dadas estas características, optou-se por fazer uso desta técnica como forma complementar de coleta de dados de modo a enriquecer o estudo e obter informações não passíveis de serem adquiridas por meio das demais técnicas de coleta utilizadas.

## **4.5 Análise de Dados**

### **4.5.1 Análise dos dados do questionário**

Os dados obtidos por meio do questionário foram analisados através do modelo *spidergram* desenvolvido por Rifkin e colaboradores (1988), revisado por Draper e colegas (2010) e modificado, visto que para o uso deste modelo é necessário coletar dados que permitam direcionar o posicionamento de cada um dos cinco fatores no contínuo de participação. Desta forma, as respostas dadas ao questionário serviram para orientar a pontuação da PC no contínuo de acordo com a matriz contendo os indicadores de processo (tabela 1), elaborada com base nos trabalhos de Rifkin et al. (1988; 2007), Draper et al. (2010) e de Bjäras *et al.* (1991). Neste processo de pontuação, para valores de mobilização foi dada a pontuação 1 e para valores de colaboração foi dada a pontuação 3, e entre estes a pontuação conferida foi 2. Para valores de empoderamento foi dado o valor 5 e entre empoderamento e colaboração foi conferido o valor 4. A pontuação foi efetuada por uma única pesquisadora em que foram consideradas as respostas dadas com maior frequência. Nos casos de empate optou-se por direcionar a pontuação no contínuo de forma a abarcar aspectos de todas as respostas

conferidas. Os resultados da análise do PPC-SPJI feita em 2012 por meio dos dados obtidos pelo questionário, aplicados ao *spidergram*, serviu de aporte para o desenvolvimento da etapa interventiva seguinte, a saber o PPC-SPJII.



**Tabela 1.** Matriz de análise contendo as cinco dimensões do *spidergram* com seus respectivos indicadores de processo

Indicadores de Participação	Continuum da Participação Comunitária SPJ				
	Valores para Mobilização 1	↔ 2	Valores para Colaboração 3	↔ 4	Valores para Empoderamento 5
<b>Liderança</b>  <i>Da comunidade onde os beneficiários vivem e dos profissionais que introduzem as intervenções em saúde</i>	Os pesquisadores lideraram o programa. A escolha dos participantes foi feita pelos pesquisadores e não houve preocupação com a representatividade dos diferentes grupos da comunidade. A liderança local não se preocupou em ampliar a capacidade decisória da comunidade em geral. Não houve capacitação da liderança para assumir o controle do projeto.		Os pesquisadores lideraram o programa, contudo, houve colaboração entre pesquisadores e representantes da comunidade na tomada de decisões. A escolha dos participantes foi feita em conjunto com a comunidade. A liderança local foi incluída no projeto. A liderança foi capacitada, mesmo que minimamente. Líderes locais tentaram representar o interesse de diferentes grupos.		O programa foi liderado pela comunidade. A comunidade elegeu os participantes e estes são representativos dos diversos grupos, em especial os vulneráveis. A liderança assegurou a participação dos diferentes grupos nos processos de tomada de decisão. A liderança comunitária foi treinada e capacitada para assumir a liderança do projeto.
<b>Planejamento e Gestão</b>  <i>Como as parcerias entre profissionais e a comunidade são estabelecidas</i>	Os pesquisadores conduziram o levantamento das necessidades e decidiram o foco, objetivos e atividades do programa. O tempo de ação foi determinado pelos pesquisadores. As decisões tomadas não foram necessariamente transparentes e não foram estabelecidos mecanismos de prestação de contas para a comunidade. Houve mínima transferência de habilidades.		Os pesquisadores conduziram o levantamento das necessidades pedindo informações à comunidade. A colaboração foi instigada pelos pesquisadores. Os objetivos do programa foram decididos pelos pesquisadores, mas foram negociados, levando em consideração a opinião da comunidade. As atividades refletiram as prioridades da comunidade e envolveram os seus membros. O tempo de ação foi pré-determinado pelos pesquisadores, porém houve flexibilidade de acordo com a necessidade da comunidade. Os processos de tomada de decisões foram feitos com transparência. Houve certa transferência de habilidades.		A comunidade fez o levantamento das necessidades e os pesquisadores apenas auxiliaram. Os pesquisadores agiram como facilitadores e capacitaram a comunidade para planejar e gerir o programa. O programa foi desenhado por membros da comunidade a fim de abordar suas prioridades. As pessoas locais adquiriram habilidades de gerenciamento e de avaliação necessárias para assumirem tais responsabilidades. A parceria criada entre pesquisadores e comunidade foi institucionalizada.



<p><b>Comunicação</b></p> <p><i>Como a comunicação no projeto e nos processos educativos foi estabelecida</i></p>	<p>Durante os encontros com a comunidade não houve a preocupação com a adequação da linguagem à do público participante. Os pesquisadores lideraram os processos de educação. Os temas, método e estratégias de educação foram selecionados pelos pesquisadores. Os pesquisadores não se preocuparam em identificar a visão, os significados e as representações da comunidade sobre os temas de saúde abordados. O processo educativo caracterizou-se pela transmissão de informações do pesquisador para a comunidade. Os pesquisadores produziram materiais pedagógicos para a circulação de informação na comunidade de forma unidirecional sem preocupação com o vocabulário local e linguagem adequada. Durante o desenvolvimento do programa, não houve preocupação em avaliar se a comunidade se apropriou das mensagens transmitidas.</p>	<p>Durante os encontros promovidos pelo programa houve a preocupação com a adequação da linguagem à do público participante. Os pesquisadores lideraram os processos de educação, contudo, houve colaboração entre pesquisadores e representantes da comunidade na escolha dos temas, método e estratégias. Os pesquisadores preocuparam-se em identificar a visão, os significados e as representações da comunidade sobre os temas de saúde abordados. Os processos educativos não visaram apenas informar, mas também favorecer o desenvolvimento da autonomia e do protagonismo na comunidade. Houve preocupação em desenvolver materiais pedagógicos que se adequassem ao vocabulário e linguagem locais. Durante o desenvolvimento do programa os pesquisadores se preocuparam em avaliar se a comunidade se apropriou das mensagens transmitidas.</p>	<p>Durante os encontros promovidos pelo programa houve a preocupação com os saberes da comunidade e adequação da linguagem à do público participante. A comunidade liderou os processos de educação e a escolha dos temas, método e estratégias de educação. O processo educativo caracterizou-se por incluir uma dimensão ativa na qual pesquisador e comunidade interagem como sujeitos que ressignificam suas histórias e seu saberes. Os materiais pedagógicos foram desenvolvidos pela comunidade com o auxílio dos pesquisadores. Os representantes da comunidade participantes do programa avaliaram se a comunidade em geral se apropriou das mensagens transmitidas.</p>
<p><b>Suporte Externo no Desenvolvimento do Programa</b></p> <p><i>Em termos financeiros e de desenho do programa</i></p>	<p>O programa foi financiado com recursos provenientes de fora da comunidade. Os pesquisadores obtiveram o financiamento, alocaram-no e foram responsáveis por ele. Os componentes do programa foram projetados pelos pesquisadores para abordar problemas de saúde que eles priorizaram e da forma que eles julgaram ser apropriada. Os</p>	<p>Maior parte do financiamento foi externo à comunidade, mas foi pedido à comunidade que contribuísse com tempo, dinheiro e materiais. Os pesquisadores determinaram a alocação dos recursos, porém consultando a comunidade. O programa foi projetado pelos pesquisadores em discussão com representantes da comunidade. O papel de</p>	<p>Os membros da comunidade definiram as prioridades do programa e trabalharam para adquirir os recursos necessários para sua implementação. Eles procuraram manter o programa com recursos próprios. O programa foi projetado pelos membros da comunidade a fim de abordar suas prioridades. Os pesquisadores forneceram assistência técnica, quando</p>

	pesquisadores determinaram como a comunidade deveria participar.	cada um dos atores no programa foi negociado. A participação de grupos minoritários e vulneráveis não foi necessariamente incorporada no projeto.	requisitados. A necessidade de grupos minoritários e vulneráveis foi contemplada no projeto. O desenho projeto foi flexível e incorporou ampla participação comunitária.		
<b>Monitoramento e Avaliação</b>  <i>Como os beneficiários estão envolvidos nestas atividades</i>	Os pesquisadores projetaram os protocolos de Monitoramento e Avaliação (M&A), escolheram os problemas e analisaram os dados que se adequavam à suas necessidades ou à dos financiadores. A abordagem utilizada foi principalmente a de teste de hipótese e análise estatística dos resultados. Feedback pela comunidade não foi solicitado. Os pesquisadores definiram o conceito de êxito e escolheram os indicadores. Os membros da comunidade não foram envolvidos na coleta de dados. A comunidade não ficou ciente dos resultados finais.	Os pesquisadores projetaram os protocolos de M&A e conduziram as análises, porém, membros da comunidade foram envolvidos na coleta de dados. Métodos combinados (incluindo qualitativos) foram utilizados na captura de problemas mais abrangentes e de contexto. Ampla definição de êxito foi utilizada. As decisões acerca dos dados obtidos foram tomadas em conjunto. A necessidade de informação dos pesquisadores foi suprida e o feedback para a comunidade foi almejado e realizado de forma apropriada.	A comunidade esteve ativamente envolvida no monitoramento do programa e decidiu como responder aos dados obtidos. O M&A participativos foram componentes essenciais do processo avaliativo como um todo. Uma variedade de métodos apropriados de coleta foi utilizada. A comunidade conduziu a avaliação gerando resultados relevantes localmente e de disseminação ampla. A comunidade definiu os indicadores de sucesso. Os pesquisadores forneceram conselhos e assistência quando necessário e quando requisitados pela comunidade. A comunidade contribuiu para avaliações externa mais abrangentes conduzidas pelos/para financiadores.		
<b>Pontuação Conferida</b>	1	2	3	4	5

#### **4.5.2 Análise dos dados coletados nas oficinas e por meio das entrevistas informais**

Os dados obtidos nas oficinas e nas entrevistas informais foram analisados através da técnica da análise de conteúdo. Essa técnica permite o conhecimento dos elementos situados além das palavras, permitindo a aproximação à outras realidades inseridas nas mensagens e prevê três etapas fundamentais, quais sejam: (1) a pré-análise; (2) a exploração do material; e (3) os resultados e a interpretação dos dados (BARDIN, 2008).

Em uma primeira etapa os registros de áudio coletados nas oficinas foram transcritos no mesmo formato de relato utilizado no diário de campo, ou seja, as observações e vivências foram descritas em primeira pessoa, com um enredo narrativo, de modo a tornar os dados homogêneos. Em seguida, estes registros foram agregados àqueles descritos no diário de campo e ordenados cronologicamente seguindo a ordem de acontecimento das oficinas.

Na segunda etapa, foi feita uma leitura horizontal e exaustiva do texto em que foram anotadas as primeiras impressões em busca de coerência interna das informações. Após esta “leitura flutuante”, os dados foram classificados com base nas cinco dimensões do *spidergram* e em outras que emergiram dos dados. No último passo dentro desta etapa, o movimento classificatório foi refinado, os dados foram agrupados nas categorias centrais e por fim, foi feito um movimento de recorte e interpretação dos dados.

Finalmente, na terceira etapa foi realizada uma densa reflexão sobre o material empírico, que foi analisado à luz das teorias que aportaram a implementação do programa.

#### **4.6 Aspectos éticos**

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais sob o número 26149613.0.0000.5149 (ANEXO A). Todos os participantes foram informados sobre os objetivos do estudo e assinaram o TCLE (APÊNDICE B) e o Termo de Autorização para Utilização de Imagem e Som de Voz Para Fins de Pesquisa (APÊNDICE C). Ademais, garantimos a manutenção do anonimato e da confidencialidade das informações e para isto, os nomes dos participantes citados nos trechos do diário de campo foram substituídos por nomes fictícios.

## 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Apresentamos e discutimos os resultados obtidos em duas etapas. Na primeira, descrevemos o processo de participação comunitária, tendo por base a análise dos dados coletados por meio das oficinas e das entrevistas informais. Dados estes que foram classificados entre as categorias presentes no *spidergram* e cinco outras categorias emergidas na análise de conteúdo a saber: contexto político-econômico; contexto cultural; contexto de capacidade da comunidade; contexto de capacidade da universidade; contexto relacional. Na segunda etapa, expusemos a avaliação da extensão da PC por meio do *spidergram* realizada com base nos dados coletados via questionário estruturado e fizemos considerações acerca da avaliação da PC tendo em vista a combinação dos métodos de coleta de dados e de análise utilizados.

### 5.1 – 1ª Etapa: O programa interventivo

Narramos e discutimos neste espaço a forma como o PPC-SPJII foi desenvolvido e como ocorreu o processo de PC em relação às cinco dimensões do *spidergram* já explicitadas, a saber: *liderança; planejamento e gestão; comunicação; suporte externo no desenvolvimento do programa e monitoramento e avaliação*. E também em relação às cinco categorias emergidas na análise de conteúdo quais sejam: *contexto político-econômico; contexto cultural e ambiental; capacidade da comunidade; capacidade da universidade e contexto relacional*.

A dimensão da *liderança* diz respeito ao modo como as decisões referentes ao programa foram tomadas, de forma a abarcar ou restringir a liderança local. Diz respeito, também, à representatividade desta liderança local em relação à comunidade e refere-se, ainda, ao compartilhamento ou não do poder de direção entre pesquisadores e comunidade, e à capacitação dos parceiros comunitários para assumirem a liderança do programa. A dimensão do *planejamento e gestão* é concernente à parceria estabelecida entre pesquisadores e comunidade na gestão do programa em termos de seus objetivos, atividades, tempo de ação, dentre outros. A dimensão da *comunicação* é referente ao modo como os processos comunicativos e educativos foram estabelecidos de forma a contemplar ou não a cultura, linguagem e saberes locais, de modo a favorecer ou não a troca de saberes e o aprendizado mútuo. A dimensão do *suporte externo no desenvolvimento do programa* é relativa ao controle das decisões acerca do financiamento e do desenho do programa, incluindo os problemas a serem abordados e a definição do papel de cada um dos atores. Por fim, a

dimensão do *monitoramento e avaliação* diz respeito à distribuição de controle quanto à forma de coleta dos dados, definição dos indicadores, modo de avaliação e divulgação dos resultados do programa indicando para quem tais resultados são interessantes.

Estão abarcados na categoria *contexto político-econômico* as tendências políticas e os fatores econômicos locais e nacionais que são importantes na definição da forma de organização das comunidades e que interferem na modelagem das tendências participativas dos grupos populacionais. Na categoria *contexto cultural e ambiental* estão incluídos os fatores culturais, relativos às regras culturais, religião e modo de estruturação da comunidade, bem como os fatores ambientais relativos ao clima, ao uso dos recursos naturais, que influenciam o modo de agregação comunitária e que influenciam direta ou indiretamente no processo de PC. A categoria *capacidade da comunidade* diz respeito à habilidade da comunidade para utilizar-se das estruturas organizacionais, práticas e cultura locais para promover a PC. Tal capacidade está relacionada ao desenvolvimento de uma visão e identidades compartilhadas e à prontidão organizacional para efetivar mudanças. Na categoria *capacidade da universidade* estão inclusas as práticas da universidade que promovem a PC na pesquisa tais como o uso de estratégias e métodos adequados e a presença de pesquisadores com experiência e capacidade para o desenvolvimento de pesquisas participativas. Na categoria *contexto relacional* estão contidos os aspectos dos processos interativos e relacionais, quer entre os membros comunitários ou entre pesquisadores e comunidade, estabelecidos dentro e fora do programa, que interferem positivamente ou negativamente no processo de PC. Entre estes estão o estabelecimento de confiança, histórico da colaboração, aprendizado mútuo, dentre outros.

A narrativa foi dividida em três fases que equivalem às fases de desenvolvimento da etapa interventiva junto à comunidade. Na primeira fase resgatamos o vínculo com a comunidade, compartilhamos dados do PPC-SPJI e apresentamos a proposta do PPC-SPJII. Na segunda, identificamos, priorizamos e selecionamos os problemas de saúde enfrentados em SPJ. E na terceira, planejamos e agimos na tentativa de solucionar os problemas selecionados.

### **5.1.1 – 1ª Fase: Recomeço**

A primeira fase do PPC-SPJII teve início em agosto de 2013, mês em que foram realizadas três oficinas por meio das quais buscamos reatar o vínculo com os atores locais, tendo em vista que o programa anterior, o PPC-SPJI, havia terminado em 2012. Nesta ocasião, foi apresentada a proposta do programa e seus objetivos e feito o convite às pessoas

da comunidade para participarem do mesmo. Também analisamos conjuntamente as ações e os resultados do PPC-SPJI. A idade média dos 25 participantes do programa foi de 53 anos, variando de 18 a 84 sendo que 17 deles eram mulheres. Dezesseis possuíam o ensino fundamental, 7 o ensino médio e 2 eram analfabetos. Dentre os participantes homens, 4 trabalhavam em atividades de agricultura e extrativismo, além de prestação de pequenos serviços complementares a terceiros tais como capina, transporte de mercadorias e revenda de pequenos artigos, 2 eram estudantes e 1 era funcionário público. Dentre as mulheres, 7 eram aposentadas, 3 trabalhavam em seus pequenos comércios, 4 eram donas de casa e havia 1 estudante, 1 pastora, 1 cabelereira e 1 vereadora.

Na primeira oficina destacamos o nosso interesse, enquanto pesquisadoras, de trabalhar em conjunto com a comunidade e apresentamos a proposta do programa. Explicamos que o objetivo era a formulação conjunta de estratégias de intervenção para o enfrentamento da esquistossomose e dos problemas locais de saúde por eles identificados. Isto revela que o planejamento do programa de pesquisa, em termos de seus objetivos, e o suporte externo, em termos de definição de seu desenho, foram previamente concebidos pelas pesquisadoras e posteriormente compartilhados com a comunidade. Contudo, considerando que a implementação de um programa participativo é dinâmica, prevíamos que o seu formato seria passível de mudança. Dito de outra forma, embora tenha sido um programa idealizado fora da comunidade, nada impedia que fosse adquirindo novas configurações a partir dos atores locais.

Os presentes responderam positivamente à proposta do programa e decidiram participar apoiados, principalmente, na parceria entre os pesquisadores e os membros da comunidade instituída no passado, conforme exemplificado no trecho abaixo:

“Quando apresentamos a proposta do programa, os presentes mostraram-se favoráveis à sua implementação e várias pessoas comentaram sobre a importância destes tipos de programas de saúde para a comunidade. Sem que perguntássemos sobre suas experiências prévias com pesquisas, algumas pessoas passaram a narrar com satisfação algumas ações realizadas no programa PPC-SPJI e falaram com afeto sobre os pesquisadores, dizendo que eram “gente boa”, “muito atenciosos” e que “tentaram de tudo para que a comunidade melhorasse” (Nota do dia 12 de agosto de 2013).

O histórico da colaboração entre pesquisadores e comunidade é algo fundamental para o estabelecimento de novas parcerias. Estudos demonstram que um histórico positivo de relações entre pesquisadores e comunidade facilita o estabelecimento de novas parcerias, enquanto históricos negativos podem torná-lo muito difícil de ocorrer ou até mesmo

inviabilizá-lo (CACARI-STONE et al. 2014; GRUNBAUM, 2011). Como explicitado anteriormente, em nosso programa, o histórico positivo de parceria contribuiu para nossa entrada na comunidade e para o desenvolvimento de uma relação de confiança durante o processo.

Uma vez que os presentes aprovaram a proposta do programa e decidiram dele participar, realizamos a segunda oficina que teve por objetivo favorecer a formação de vínculo, a aproximação entre os presentes e criar uma atmosfera de descontração. Neste momento também, compartilhamos com a comunidade o resultado da avaliação do processo de participação comunitária realizado ao final do programa PPC-SPJI. Explicamos que o questionário feito com os participantes serviu para avaliar a extensão da participação através do modelo avaliativo *spidergram*. O resultado obtido em 2012 foi discutido com os presentes tendo sido apresentado que a extensão da PC obtida foi de reduzida a razoável, conforme as dimensões do modelo. Esclarecemos que, com base nestes resultados, nesta nova etapa tentaríamos promover uma maior participação em todos os aspectos.

A frequência nas duas primeiras oficinas foi baixa (16 e 9 pessoas, respectivamente), apesar de termos divulgado com antecedência sobre a nossa vinda. A este respeito, durante o diálogo ocorrido em meio a apresentação do programa, os participantes mencionaram a ausência de membros comunitários, ocorrida no PPC-SPJI, conforme descrito no extrato abaixo:

“Os presentes, ao recordarem o programa anterior, disseram que apesar de várias pessoas da comunidade terem sido convidadas a participar, poucas compareceram com regularidade. “Foi assim mesmo, ou talvez um pouco mais desse tanto de pessoas que está aqui”, disse Serafina. Os presentes disseram que na comunidade apenas um pequeno grupo parece se importar com as questões coletivas enquanto grande parte “quer saber apenas da sua vida mesmo” (Nota do dia 12 de agosto de 2013).

Observa-se que as pessoas associaram a baixa frequência às oficinas a um contexto de falta de interesse das demais em relação aos problemas coletivos, algo que pode estar correlato a uma reduzida capacidade e prontidão da comunidade para participar em ações coletivas. A capacidade da comunidade é um determinante da PC e diz respeito a um conjunto de propriedades, recursos e padrões associativos que podem ser utilizados para o alcance de melhor saúde e para melhoramento das condições de vida na comunidade (LAVERACK, 2006; FREUNDERBERG; PASTOR; ISRAEL, 2011). Uma maior capacidade está associada, dentre outros fatores, à existência de laços genuínos e a um maior envolvimento dos membros

comunitários (CHINMAN, 2005). O padrão associativo aparente neste caso é de fragilidade destes laços e de vigência de certo grau de individualismo que leva à não-participação.

Estudos mostraram que a frequência às reuniões é indicativa do interesse e capacidade para participar e, portanto, deve ser utilizada como indicador para avaliar a PC (AWORTWI, 2013; HUMPHREYS, 2013). Também devem ser levados em consideração outros fatores que se constituem em empecilhos à frequência nos programas de saúde tais como os afazeres do dia-a-dia, trabalho e, obrigações diárias (HARRINGTON, 2008) além das condições socioeconômicas. Em geral, as pessoas de baixa renda são mais propensas a não participarem das reuniões de programas participativos (AWORTWI, 2013).

A preocupação em assegurar a participação foi uma constante no programa, de forma que estabelecemos estratégias com este fim. Além de manter a parceria de divulgação com os profissionais da Unidade Básica de Saúde (UBS), estabelecida no PPC-SPJI, foi formado um grupo de apoio com sete representantes da comunidade, que dentre outras atribuições, auxiliava na divulgação das reuniões. Estabelecemos também um processo contínuo de convite para as reuniões via telefone e, por vezes, realizamos visitas domiciliares, algo realizado anteriormente ao próximo encontro.

Esta estratégia foi positiva, uma vez que na terceira oficina 42 pessoas estiveram presentes. Nela promovemos, por meio de uma técnica grupal em que os participantes deveriam desatar-se de um “nó humano” formado, a reflexão sobre a participação coletiva na solução de problemas. O extrato a seguir contém a interação ocorrida:

“Os participantes descontraíram-se e mostraram-se satisfeitos com a técnica utilizada na oficina que provocou risos e falas interpostas. Surgiram algumas sugestões de como proceder para desatar o “nó” formado com as mãos entremeadas. Serafina disse que é necessário ter disponibilidade para “ouvir e acatar a sugestão dos outros”; Paulina afirmou ser preciso haver união e esforço para “fazerem juntos” e Tônico disse que deve haver disposição para “se mexer” e encontrar melhor posição para si e para o outro a fim de promover o desate do nó. A partir destas falas, pontuamos a importância da união de esforços, da multiplicidade de opiniões e ideias na resolução de problemas, da capacidade de ouvir o outro e da disponibilidade para agir perante os problemas coletivos (Nota do dia 14 de agosto de 2013).

Podemos perceber que os participantes demonstraram ter uma disposição para agir em conjunto diante dos problemas com base na escuta ao outro. A promoção da dialogicidade e da formação de vínculo entre os membros da comunidade e pesquisadores viabilizada por esta técnica, e pelas demais técnicas de grupo utilizadas no decorrer do programa, foram importantes para promover uma comunicação efetiva que é essencial em pesquisas



participativas. Principalmente nos momentos iniciais da parceria, em que oportunidades para o desenvolvimento de um senso de pertença ao grupo e de aprendizado sobre as pessoas que o constituem devem ser aproveitadas (BECKER et al., 2013).

Após o momento interativo favorecido pelo uso da técnica grupal, apresentamos os resultados do PPC-SPJI, por meio da técnica de Diagnóstico Rural Participativo (DRP) denominada “Calendário Histórico” (VERDEJO, 2006). Escolhemos utilizá-la por ser um instrumento inclusivo, que permite que todas as pessoas, inclusive as iletradas, possam tomar parte e também por favorecer o diálogo e a emergência de várias vozes e opiniões. O “Calendário Histórico” consiste na construção conjunta de uma linha do tempo que inclui, em ordem cronológica, os eventos, fatos, experiências e mudanças decorrentes de um determinado processo, de forma a possibilitar a compreensão de sua evolução e de sua contribuição para o desenvolvimento comunitário. No trecho abaixo está contido parte do relato sobre a aplicação da técnica:

“Dividimos os participantes em três grupos e demos a orientação para que cada grupo se reunisse e escrevesse ou desenhasse em uma linha os fatos, atos e resultados relacionados ao programa PPC-SPJI, seguindo uma ordem cronológica. Nós três, pesquisadores, nos dividimos e cada um atuou como facilitador em um grupo, porém, em todos foi eleito um(a) líder a quem coube a responsabilidade de escrever/desenhar no papel aquilo que ia sendo recordado e debatido. Depois de cerca de trinta minutos, cada grupo apresentou sua linha do tempo. As informações provenientes de cada grupo eram ouvidas, discutidas e contra-cheçadas por todos os presentes. Alcançou-se assim o consenso entre os presentes. Obteve-se como produto, uma linha do tempo única, formada a partir das três linhas anteriores. Percebemos que a informação de um grupo complementava a de outro e a participação foi grande, com falas e contribuições de diversas pessoas em todo o processo. Por exemplo, quando um grupo citou em sua linha do tempo que a formação de um Grupo de Atividade Física (GAF) na comunidade tinha sido resultado direto do programa, pessoas de outro grupo afirmaram que sua formação não havia sido um alvo específico. Após debate, chegou-se ao consenso de que o GAF fora formado indiretamente devido à mobilização comunitária ocasionada pelo programa. A maior parte das ações do PPC-SPJI foi recordada pelos presentes, por meio das linhas construídas, sem necessidade de auxílio. Já outras foram recordadas por meio de perguntas feitas por nós, que tínhamos conhecimento prévio das ações do programa. Este foi o caso das ações de educação sobre a esquistossomose efetuadas pelos pesquisadores com os estudantes da escola estadual local. Nenhum grupo citou estas ações em suas linhas, mas quando perguntamos se elas foram conduzidas em decorrência do programa, as pessoas se recordaram e confirmaram que foram ações do PPC-SPJI”. (Nota do dia 14 de agosto de 2013).

Nota-se que esta técnica foi efetiva para promover a revisão do programa anterior com uma ampla participação e por meio de uma comunicação aberta, tida como cerne de todos os processos de grupo (BECKER et al., 2013). A escolha apropriada de uma estratégia que visava compartilhar com a comunidade todos resultados do programa anterior, um dos princípios da PPBC (ISRAEL et al., 2013), de modo aberto e participativo, está relacionada

ao estabelecimento de uma comunicação efetiva e horizontal. Primamos pelo desenvolvimento deste modo comunicativo em todas as fases do programa.

Finda a discussão sobre o PPC-SPJI e seus resultados, concluímos a primeira fase da pesquisa e passamos para a fase seguinte em que abordamos os problemas de saúde locais.

### **5.1.2 – 2ª Fase: Qual é o problema? Diagnóstico e seleção dos problemas de saúde de São Pedro do Jequitinhonha.**

Nas oficinas subsequentes ocorridas de setembro a novembro de 2013 fizemos o levantamento dos problemas de saúde, discutimos prolongadamente sobre cada um deles, por meio de exercícios de priorização e da análise de viabilidade de enfrentamento para, ao final desta fase, selecionar os mais importantes.

Na primeira oficina de setembro identificamos os problemas de saúde de SPJ. Na medida em que os participantes faziam sugestões, discutíamos o problema e decidíamos se deveria ser incluído na lista. O trecho a seguir ilustra como ocorreu a definição do problema de esgotamento sanitário pelo grupo:

“Quando Tarcísia sugeriu que a falta de um sistema de esgotamento sanitário canalizado no distrito era um problema de saúde todos concordaram de forma unânime. Nós perguntamos por que deveria ser considerado um problema de saúde e Serafina respondeu: “porque tem gente que não tem fossa e faz as necessidades nos córregos e no mato e isso provoca doenças, como diarreia, vermes na barriga, esquistossomose e coceiras no corpo (Nota do dia 02 de setembro de 2013).

Vê-se que a ausência de sistema de esgotamento sanitário canalizado, foi considerada um problema de saúde por estar associada à possibilidade de aquisição de doenças. Este parâmetro — possibilidade de aquisição de doenças — foi o que determinou a escolha da maioria dos problemas.

Contudo, outros problemas de saúde foram escolhidos por motivos distintos. No extrato abaixo está o exemplo da ausência de rede de telefonia celular que foi tida enquanto problema por constituir-se em empecilho à comunicação com familiares e serviços de urgência responsáveis pelo encaminhamento dos pacientes, em caso de necessidade médica.

“No decorrer do levantamento Justino sugeriu que a ausência de rede de celular era um problema de saúde. Esta sugestão gerou bastante discussão pelo fato de alguns não o considerarem como tal. Alguns argumentaram que embora não houvesse rede de telefonia celular, os moradores possuíam telefones fixos. Outros refutaram afirmando que várias pessoas não tinham telefone fixo e as condições precárias dos

telefones públicos (que apresentam problemas constantes e, por vezes, todos param de funcionar) dificultavam a comunicação. Após longa discussão não houve consenso e foi necessário fazer uma votação em que a maioria considerou o tópico como problema de saúde” (Nota do dia 02 de setembro de 2013).

Em processos de tomadas de decisão, em que há o emergir de diferentes opiniões, recomenda-se que seja buscado o consenso (ISRAEL, 2013). Mesmo que este consenso não seja passível de ser alcançado, o estímulo à discussão para este alcance ou para aproximar as diversas posições sobre um assunto, bem como a consideração atenta dos pontos de vista dos participantes, constituem-se em um processo deliberativo. Dentre as vantagens deste processo estão a promoção do aumento do nível de tolerância e da compreensão para aceitar os diversos pontos de vista, o provimento de oportunidade para conhecer as necessidades de saúde e valorizar as próprias experiências e a constituição de um mecanismo adequado para produzir decisões coletivas e para aumentar a legitimidade das decisões (SERAPIONI, 2013).

Desta forma, um a um, todos os problemas sugeridos foram sendo debatidos até que se chegasse a um consenso ou que a maioria decidisse por sua escolha. Ao final:

“(...) oito problemas de saúde foram identificados, a saber: ausência de sistema de esgotamento canalizado; ausência de veículo ambulância; animais soltos nas ruas; uso dos córregos que podem estar contaminados; ausência de agente de zoonoses que fiscalizasse a criação e a vacinação dos animais; ausência de rede de telefonia celular; lavanderia comunitária inacabada e ausência de um sistema coletor de água da chuva” (Nota do dia 02 de setembro de 2013).

O caminho que culminou com a escolha destes oito problemas de saúde foi construído por meio de uma relação dialógica em que as pesquisadoras ofereceram um suporte externo ao orientarem por meio de perguntas e de um posicionamento facilitador, o processo de discussão e escolha dos problemas.

A atitude do pesquisador em tornar-se mediador dos processos de tomada de decisões, deixando de ser o detentor do saber para tornar-se aquele que favorece o processo de ensino-aprendizagem, está entre os princípios da PPBC e diz respeito a um comprometimento com a partilha do poder sobre as decisões. Esta partilha, em que o poder é distribuído e não se concentra apenas em um, ou em poucos atores da pesquisa, contribui para a criação conjunta de conhecimentos e o estabelecimento de parcerias equitativas, (MANTOURA & POTVIN, 2013; ISRAEL, 2008).

Esta opção, em agir sobre temas que sejam relevantes para a comunidade, favorece a mobilização e o envolvimento comunitário na pesquisa (WALLERSTEIN, 2011b). Ademais,

a identificação dos problemas, quando feita em conjunto com a comunidade, contribui para a construção de solidariedade grupal através do diálogo, empatia e consenso (ISRAEL, 2013).

Como foi visto no processo de identificação descrito acima, as pessoas expressaram suas opiniões sobre os problemas e participaram dialogicamente da discussão. Porém, em muitos momentos, isso ocorria de forma difusa, pois as pessoas não se agregavam em torno do tema. Ao contrário, debatiam em duplas ou pequenos grupos. Isso exigiu de nós esforço e habilidade perante o desafio de estabelecer uma relação horizontal em que ocupássemos o lugar apenas de facilitadoras do processo. No trecho abaixo resumimos o que vivenciamos:

“O processo de discussão foi longo e exigiu muita calma e percepção na ação de facilitação já que, em vários momentos, duas ou mais pessoas falavam ao mesmo tempo ou conversavam umas com as outras em grupinhos paralelos. A facilitação foi sempre no sentido de dar voz às diferentes pessoas no grupo e favorecer que todos fossem ouvidos de forma clara. De modo a levar aquilo que estava sendo discutido em grupos paralelos e menores ao grupo maior” (Nota do dia 02 de setembro de 2013).

O uso de estratégias de facilitação e de um posicionamento mediador como o exposto anteriormente é fundamental no estabelecimento de uma participação equitativa e uma comunicação aberta (BECKER, 2013) e, enquanto educador popular, é papel do pesquisador atuar como facilitador do processo de aprendizagem auxiliando as pessoas a descobrirem por si mesmas aquilo que elas já sabem e construir novos saberes em conjunto com elas (MINKLER, 2011). Ao estabelecermos uma comunicação com as características da horizontalidade, da partilha de sentidos e da promoção da problematização, buscamos construir uma dinâmica relacional em que pesquisadores e membros comunitários interagem como sujeitos a ressignificar suas histórias e saberes.

Uma vez concluída esta etapa de levantamento dos problemas, estimulamos as pessoas a se verem como potenciais atores frente à sua realidade com vistas a promover um deslocamento de sua condição habitual de expectadores para a de atores implicados no processo de busca de soluções destes problemas. O uso de um filme, intitulado “Narradores de Javé” cuja linguagem, cultura e cenário se aproximavam daqueles presentes em SPJ auxiliou no processo, visto que mostra a necessidade de organização das pessoas da comunidade para buscar a solução para a desapropriação da área em que viviam para a construção de uma represa. Para esta atividade, toda a comunidade foi convidada.

Ao escolher esta estratégia partimos do entendimento de que o cinema tem potencial para constituir-se em ferramenta de comunicação pedagógica capaz de produzir saberes ao favorecer uma reflexão crítica por meio de elementos sugestivos que emergem da narrativa

filmica e que contribuem para aprimorar o senso crítico dos sujeitos sobre si e sobre o meio em que vivem (PREVITALI et al., 2013). Desta forma os participantes teriam a oportunidade de (re)conhecer o seu cotidiano, o modo como o reconstruem em seu imaginário, bem como identificar a relação que com ele estabelecem para, ancorados na sua subjetividade, buscar criticá-lo e, simultaneamente, agir sobre ele.

As pessoas interagiam em resposta ao conteúdo do filme e as falas de alguns presentes revelaram que os laços que unem os moradores ultrapassam os limites geográficos e que há certo grau de senso de coletividade e percepção de união entre os moradores. Nos extratos abaixo está contida parte da descrição de como os presentes reagiram ao filme e parte da discussão feita ao final:

“Iniciamos a reprodução do filme às 18:10h. Entre crianças e adultos havia cerca de 80 pessoas, com a presença de aproximadamente 60 adultos. As pessoas demonstraram entender bem o filme e interagiram com risos, palmas e comentários umas com as outras”.

“Ao final, perguntamos aos presentes se a cidade de Javé havia de fato deixado de existir (no filme ela é destruída para a construção de uma barragem e os moradores são obrigados a mudar). Um morador respondeu que “não, pois todo mundo teve que ir embora, mas foi tudo junto para um outro canto”. Todos os presentes concordaram... e outro morador concluiu: “pois se todo mundo foi junto, então foi a cidade mesmo que mudou de lugar”.

(Notas do dia 02 de setembro de 2013).

As falas dos presentes indicam que o filme pode ter contribuído para fortalecer a noção de coletividade, já que indicaram que quando as pessoas estão juntas, elas formam uma comunidade e uma cidade.

Nas duas oficinas seguintes realizadas no mês de setembro de 2013, continuamos a discussão sobre os oito problemas de saúde elencados, mas, desta vez, visando iniciar o processo de escolha daqueles que seriam trabalhados. Para tanto, o grupo delimitou que o problema deveria ser de importância para a comunidade em geral e não apenas para alguns grupos de pessoas.

Vários problemas foram classificados como abrangentes e impactantes para toda a comunidade, como a ausência de sistema de esgotamento, de ambulância, de agente de zoonoses e de rede de telefonia celular. Dentre estes, os presentes consideraram que havia alguns que, além de afetarem a toda a comunidade, impactavam com maior força certos grupos em particular, conforme explícito no trecho a seguir:

“Referente ao problema dos animais soltos nas ruas, discutiu-se que as pessoas que vivem próximas ao campo de futebol são as mais afetadas, porque apesar dos animais (neste caso cavalos e burros) andarem por todas as ruas “fazendo bagunça”, “eles acabam ficando mais é no campo mesmo, porque lá tem grama para comer” e porque “lá perto também tem umas árvores que fazem sombra para eles” (Nota do dia 04 de Setembro de 2013).

Em relação ao problema da falta de ambulância o caráter imprevisível dos acometimentos à saúde, algo a que todos estão sujeitos, foi utilizado para justificar que este é um problema que afeta todos os moradores igualmente. O extrato a seguir contém a fala das pessoas a este respeito:

“Serafina afirmou que “doença grave, pega qualquer um, não tem hora... qualquer pessoa pode enfartar aí... não tem hora”. Clementina lembrou que “tem outras coisas que ninguém pode adivinhar que vai acontecer, igual aconteceu com um rapaz que foi picado de cobra na roça e precisava de ajuda urgente. Não tinha ambulância e eu me virei para conseguir socorro pra ele” e adicionou: “outro dia um caboclo destes acertou o facão na perna e ficou aí sangrando... depois amarrou a perna pois não tinha como ir pro posto (UBS) ... conseguiu ir só no dia seguinte... olha que perigo.” (Nota do dia 04 de setembro de 2013).

Como estes, outros exemplos de casos de urgência ocorridos na comunidade, ou passíveis de acontecer, em que a ausência da ambulância constituía-se em risco para todos, foram citados pelos moradores.

Vale ressaltar que a discussão sobre a priorização dos problemas ocorreu, em geral, sem grandes divergências. Alguns poucos, contudo, geraram discordâncias. Este foi o caso da ausência de canalização de água da chuva e a seu respeito:

Alguns queriam que fosse considerado como um problema de todos afirmando que “quando chove as ruas ficam todas inundadas e todos sofrem”. Outros consideraram que não eram muitas ruas que ficavam alagadas, mas ruas específicas e que, portanto, não podia ser considerado um problema “assim, de todo mundo mesmo”. Após a discussão e a abertura para a exposição de opiniões diversas, chegou-se ao consenso de que este era um problema de todos e que afetava de forma acentuada e desigual a quem mora próximo ao campo, à rua principal e também ao lado do cemitério da cidade já que, em tempos de chuva, a água (repleta de detritos e sujidades carregados durante longo trajeto) se acumula nestes locais” (Nota do dia 04 de setembro de 2013).

Outros problemas como lavanderia comunitária, que está inacabada, e o uso dos córregos, que podem estar contaminados, não foram considerados como problemas de todos da comunidade tendo havido consenso a este respeito. Estes são justamente aqueles que estão diretamente relacionados à transmissão da esquistossomose.

Por fim, quanto à questão de quem seria beneficiado com a resolução do problema, houve consonância de que todos os problemas elencados, exceto a lavanderia fechada e inacabada e o uso dos córregos, uma vez resolvidos, beneficiariam a comunidade como um todo.

Verifica-se que uma atividade conduzida por meio de perguntas propiciou a expressão de opiniões acerca de todos os problemas, ainda que divergentes, e foi possível refletir e elencar os fatores que determinam a abrangência e significância do problema na comunidade.

Esta comunicação construída com base em elementos como a escuta, diálogo e reflexão coletiva é essencial para o fortalecimento da PC em PPBCs (SANDOVAL et al., 2012; BELONE et al., 2014). Da mesma forma, uma abordagem dialógica estruturada a partir de perguntas facilita o processo participativo (WALLERSTEIN; DURAN, 2011).

Esta abertura para que todos exteriorizem seus pontos de vista abre, igualmente, espaço para o surgimento de discursos pouco críticos. Observamos a emergência deste tipo discursivo quando debatíamos sobre o problema do uso dos córregos contaminados, em que os presentes desenvolveram um discurso culpabilizante em relação às pessoas que os utilizam para fins de trabalho e lazer, conforme exemplificado no trecho a seguir:

“Neste ponto, houve grande debate tendo em vista que várias pessoas alegaram que quem usa os córregos é “irresponsável”, pois não aceita o que já foi falado sobre o uso dessas águas, que podem ser veículo de transmissão da esquistossomose e de outras doenças. Perguntamos se havia pessoas que usavam o córrego por necessidade e várias responderam que não, enquanto alguns poucos responderam que sim. Os primeiros argumentaram que a conta de água no distrito é muito barata e, assim, todos poderiam pagá-la. Outras falas emergidas foram: “eu não vou ao córrego porque é muito longe mesmo”, “faz anos que não vou ao córrego” e “os córregos estão secos mesmo, porque faz tempo que não chove”. Algumas pessoas mencionaram que crianças “desobedientes” e “mal educadas” fazem uso dos córregos para fins de lazer, principalmente devido ao calor. Perguntamos quantas das pessoas presentes moravam perto dos córregos e poucos levantaram as mãos. Perguntamos se de fato há quem use o córrego para fins de trabalho e economia e a maior parte das respostas dadas foi evasiva e relativa ao fato de “não valer a pena” pois “se ganha de um lado e depois perde de outro com a doença”. Ao final, o problema foi considerado como sendo de poucos dentro da comunidade. (Nota do dia 04 de Setembro de 2013).

Observa-se uma demonstração de certa insensibilidade em relação àqueles que utilizam os córregos e uma dificuldade em compreender as possíveis causas que levam as pessoas a essa prática. Alguns pareciam considerar-se como parte de um grupo distinto de pessoas, dos que optaram por não utilizar os córregos atendendo ao ensino recebido. Este discurso culpabilizante deriva-se de ações de prevenção e educação em saúde que foram construídas com base no risco epidemiológico e em fatores biológicos da saúde dissociados

dos condicionantes sociais, econômicos, culturais e políticos. Portanto, enfatiza a ação individual e determina que as pessoas devem ser responsáveis por “domesticarem seus impulsos hedonistas, aquilo que lhes dá prazer, mas que traz prejuízo à saúde” (CASTIEL, 2010). Tal discurso, quando assumido constantemente nas agendas públicas, passa a constituir-se em elemento simbólico na construção de identidades e relações sociais sendo, portanto, reproduzido (BARICHEVSKY, 2010).

A reprodução deste tipo discursivo associada ao fato de que as pessoas que usam os córregos são pertencentes a outro grupo, daqueles que têm comportamento inadequado, pode indicar uma falta de senso de comunidade. Este senso de comunidade diz respeito ao contexto de capacidade da comunidade (FREUNDERBERG; PASTOR; ISRAEL, 2011) e é definido como “sentimento coesivo de membresia ou pertença a um grupo, em particular às conexões emocionais e de laços entre as pessoas com base em histórias, interesses e preocupações partilhados” (XU; PERKINS; CHOW, 2010, p.261). Estas conexões e laços dentro de uma comunidade têm uma relação significativa com a PC, de modo que o senso de comunidade é tido como catalizador para a PC estando associado a uma série de comportamentos de engajamento e de formas de participação (TALO, MANNARINI; ROCHIRA, 2014).

Ademais, este fato demonstra, também, que a liderança comunitária presente não procurou representar os interesses de diversos grupos da comunidade ao conferir pouca atenção às questões relativas à vulnerabilidade e aos modos de vida locais que levam às pessoas a utilizarem os córregos. De fato, é reportado que fazer com que diversos grupos e interesses da comunidade sejam representados é um grande desafio (DICKSON-GOMEZ, 2014; ISRAEL et al., 1998) sendo esta falta de representatividade um grande empecilho para o estabelecimento de uma PC efetiva em programas de saúde (ZACKUS, 1998; ISRAEL et al., 1998). Para que uma maior representatividade seja alcançada é recomendado incluir a liderança local e as organizações de base comunitária no programa, utilizar estratégias de discussões em grupo com descentralização das ações e buscar consenso (BECKER et al., 2013). Estas estratégias foram aplicadas por nós ao longo do programa.

Concluimos assim, a discussão acerca da abrangência dos problemas e dos grupos que são afetados por cada um deles. Na oficina do dia seguinte debatemos sobre as propostas de solução.

A partir da lista dos oito problemas enumerados, elaboramos uma tabela com duas colunas. Em uma coluna escrevemos o problema e em outra a proposta de solução para o mesmo. Para estimular a discussão foram feitas perguntas provocativas. O resultado final foi uma lista de propostas de ações referentes a cada problema conforme explicitado na tabela 2.



**Tabela 2. Propostas de ação feitas para cada um dos problemas elencados em SPJ. Setembro de 2013.**

Nº	Problema	Proposta de Solução
1	Falta de sistema de esgotamento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contatar a vereadora local para promover um possível abaixo assinado a ser entregue ao responsável da Copasa Serviços de Saneamento Integrado do Norte e Nordeste de Minas Gerais (COPANOR).</li> <li>• Reunião com representantes da COPANOR</li> <li>• Reunião com a Associação Comunitária (AC) e Conselho Local de Saúde (CLS)</li> <li>• Reunião com representantes das pastorais/igrejas</li> </ul>
2	Animais soltos e criação inadequada de animais nas residências	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conversar com o fiscal recém empossado para que esclarecimentos quanto à sua função sejam prestados</li> <li>• Reunião com as demais organizações supracitadas</li> <li>• Ações educativas para a comunidade</li> </ul>
3	Ausência de rede pluvial	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Solicitar reunião com representante da prefeitura para exigir a execução</li> <li>• Reunir a comunidade para talvez fazer a proposta de colaboração com mão de obra – mutirão talvez? A prefeitura daria os materiais e a comunidade a mão de obra.</li> </ul>
4	Uso dos córregos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reunião com representantes da prefeitura para esclarecimento acerca dos projetos em andamento como fornecimento de caixas que recolhem água das chuvas</li> <li>• Verificar em quantas casas já tem poço artesiano</li> <li>• Reunião com a prefeitura, CLS, AC e representantes das pastorais/igrejas.</li> </ul>
5	Ausência de fiscal de zoonoses	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reunião com o fiscal para esclarecimento de suas funções e verificação se o problema já não está sendo resolvido com a presença dele.</li> </ul>
6	Falta de rede de celular	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contatar a vereadora e deputados para ver quais as possíveis maneiras de solução.</li> </ul>
7	Ausência de carro-ambulância adequado	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contatar a Secretaria Municipal de Saúde através do Conselho Local de Saúde para reivindicar uma ambulância</li> </ul>
8	Lavanderia incompleta	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contatar a prefeitura solicitando a conclusão das obras e reparos necessários devidos ao vandalismo praticado</li> <li>• Conversar com o Fiscal da prefeitura e saber se está dentre suas responsabilidades cuidar da lavanderia</li> <li>• Contatar os policiais para que no horário de serviço façam mais rondas no local</li> </ul>

Fonte: elaborado com base no diário de campo do dia 05 de setembro de 2013

A tabela 2 ilustra que algumas propostas de ação foram comuns a mais de um problema, a exemplo do contato com as organizações de base comunitária (tais como o Conselho Local de Saúde, a Associação Comunitária) e as lideranças religiosas como vias

representativas da comunidade. Outras sugestões visavam a aquisição de informações para melhor compreensão dos problemas, tais como conversar com o fiscal das zoonoses e verificar a quantidade de cisternas existentes. Há, ainda, aquelas que apontavam a via política como forma de solução dos problemas como a elaboração de um abaixo assinado e o contato com a prefeitura, vereadores e secretário de saúde. As propostas de ação foram formuladas como resultado do estabelecimento de uma dinâmica em que a gestão foi compartilhada e as decisões foram tomadas de forma participativa, algo que impulsiona a PC (TOLEDO; GIATTI; JACOBI, 2014), conforme já discutido.

Percebemos que algumas das propostas tiveram um caráter de proatividade e de voluntariedade para o agir coletivo, a exemplo da sugestão de que a comunidade colaborasse na construção da rede coletora de água pluvial fornecendo a mão de obra, em esquema de mutirão, contudo, tal proposta não foi bem aceita pelos demais como explicitado abaixo:

“Esta última proposta, assim que foi feita, gerou um grande burburinho em que várias pessoas falaram ao mesmo tempo. Isidoro afirmou que a ideia não iria dar certo pois “as pessoas de SPJ não vão participar”. Justino disse que “as pessoas não vão se unir e vão querer que a prefeitura faça a obra, já que é responsabilidade dela”. Após estas falas todos ficaram em silêncio. Perguntamos então se essa sugestão de solução deveria ser escrita na tabela. Meio que timidamente, os participantes responderam que sim, seguido de alguns: “acho que não vai dar, mas...”, “acredito que o povo não vai querer, mas vai que eles animam?” e, “ah, põe aí, mas não boto fé não” (Nota do dia 05 de setembro de 2013).

Observa-se que apesar da iniciativa de um membro comunitário ter sido direcionada para uma ação dos próprios moradores na solução do problema, outros presentes demonstraram ceticismo sobre a disponibilidade das demais pessoas da comunidade para o trabalho. Ao classificarem como infrutuosa a proposta do mutirão, os presentes expressaram desconfiança na capacidade da comunidade. Vimos fatos que apontaram para uma baixa capacidade anteriormente quando os participantes associaram a pouca frequência às reuniões ao individualismo e quando apontamos o baixo senso de comunidade associado ao discurso culpabilizante.

Embora os representantes da comunidade tenham esboçado dúvidas acerca de sua aptidão para enfrentamento dos problemas, eles pareciam reconhecer algum potencial em organizações existentes na comunidade, haja vista terem eleito instâncias participativas como o Conselho Local de Saúde e a Associação Comunitária enquanto canais de ação conforme descrito na tabela 2.

A existência destas instâncias participativas na comunidade é fator positivo e indispensável para obter-se uma PC efetiva e abrangente e está relacionada à capacidade da

comunidade para o agir em conjunto (MINKLER, 2008). Estas organizações podem também ser meios de aprimoramento da capacidade comunitária e suas próprias condições de estruturação refletem uma capacidade mais ampla ou mais restrita da comunidade (FREUNDENBERG; TSUI 2014).

Após ampla discussão sobre cada um dos problemas que foram elencados, nas oficinas subsequentes, ocorridas de outubro a novembro de 2013, nós identificamos quais eram os problemas de saúde prioritários para a comunidade e escolhemos sobre quais e quantos deles iríamos agir. Como todo este processo de identificação, escolha e ação sobre os problemas de saúde estavam dentro de um projeto de pesquisa, para que os representantes da comunidade pudessem atuar como co-pesquisadores, era necessário que fosse construída a capacidade dos mesmos para tal. Portanto, nos encontros seguintes, e durante todo o programa, utilizamos momentos nos quais essa capacitação para a pesquisa foi enfocada.

Nas duas primeiras oficinas realizadas no mês de outubro de 2013 realizamos a identificação dos problemas que eram tidos como mais importantes para a comunidade. Para subsidiar este processo, utilizamos a técnica de Diagnóstico Rural Participativo denominada “matriz de hierarquização de problemas por pares” (VERDEJO, 2006). Esta técnica favorece a comparação dos problemas que iam sendo discutidos, realizando-se uma votação para escolha de quais eram prioritários. Ao final, foi possível realizar a somatória daqueles que receberam mais votos, obtendo-se uma escala de pontuação. Os problemas mais votados foram considerados de maior prioridade.

Em várias ocasiões foi necessário fazer uso do sistema de votação, pois não foi possível chegar a um consenso. Neste processo, observamos que a discussão sobre o que deveria ser considerado prioridade foi direcionada, em alguns momentos, por um caráter individualista, como explicitado no trecho a seguir:

“A falta de sistema de água de chuva, apesar de ter sido reconhecida enquanto problema que só surge em tempos chuvosos, quando comparada com vários outros problemas, foi tida como urgente. Percebemos que isto ocorreu porque algumas pessoas que moravam nas regiões afetadas ou próximo a elas estavam presentes e foram as que mais manifestaram sua opinião” (Nota do dia 03 de outubro de 2013).

Ao considerar um problema como prioritário em razão de os afetarem individualmente alguns presentes deixaram de atentar para aquilo que era mais significativo para a coletividade. Isto indica, novamente, um baixo senso de comunidade e talvez, por esta razão, uma dificuldade em representar os interesses coletivos mais abrangentes, como já observado anteriormente.

Perante o desafio de fazê-los refletir sobre estas questões complexas do contexto local, fizemos um esforço para estabelecer uma comunicação que instigasse a crítica reflexiva e a integração de pontos de vistas diversos atentando, inclusive, para aqueles que emergiam fora das reuniões. Um exemplo disto pode ser verificado quando da hierarquização referente ao problema dos córregos, em que mais uma vez, o discurso culpabilizante foi evidenciado, e nós intervimos de modo a trazer a fala de alguém externo, conforme explicitado abaixo:

“Trouxemos o relato de uma moradora de SPJ que nos afirmou depender da água do córrego para lavar roupas e tomar banho. Ela e o marido precisam trabalhar na zona rural, onde a única fonte de água era esta. Alguns presentes discordaram da necessidade de usar as águas dos córregos e afirmaram que na zona rural estava sendo implantado um programa do governo de construção de cisternas para captação de água das chuvas. Outros argumentaram que o programa estava em seu início e várias casas ainda não haviam sido beneficiadas. Ao final, após a discussão, houve concordância de que algumas pessoas, que moravam na zona rural e outras que necessitavam realizar atividades necessárias para seu sustento, poderiam, de fato, precisar usar os córregos e os rios” (Nota do dia 03 de outubro de 2013).

Ao trazer a narrativa de uma moradora sobre sua necessidade de utilizar os córregos por questões de trabalho e sobrevivência, visávamos fragilizar o saber previamente concebido, culpabilizante, com base em elementos constitutivos das condições sociais e modos de vida locais. Com vistas a promover a reflexão mútua, a inclusão de outras vozes comunitárias e o olhar crítico, características de uma dinâmica relacional impulsionadora da PC (WALLERSTEIN et al., 2011b).

Paulo Freire defende que todo educando tem sua própria “leitura de mundo”, um modo de pensar suas histórias e experiências com base em um conhecimento ingênuo, do , construído socialmente na prática comunitária. Neste contexto, é papel do educador (pesquisador) reconhecer estes saberes e ter respeito por eles, mas promover, por meio do diálogo e da promoção da criticidade, o seu “desarmamento” para que tal saber “ingênuo” se torne “incompetente” de explicar os fatos e seja, assim, superado (FREIRE, 1996).

Este estímulo ao pensamento crítico e à abertura dialógica, que intentamos promover a todo momento, parece ter contribuído para o desenvolvimento de uma análise mais elaborada por parte dos membros comunitários, que começaram a externar elementos diversos para subsidiar a hierarquização dos problemas, como poder ser visto no trecho a seguir:

“Quando debatíamos sobre o problema da ausência de rede de telefonia celular, Serafina disse que era “um problema mesmo, mas tem *orelhão* na rua que dá pra todo mundo usar, então a gente não pode dizer que este problema seja mais importante. A este respeito Tônico refutou que “dá pra ligar, dá, mas, isso quando está funcionando, porque quase sempre estão estragados”. Leontina lembrou que

algumas pessoas da comunidade “tem celular de satélite”, mas Tarcísia acrescentou que “eram poucas”. Clementina disse que não achava que devia ser considerado um problema prioritário diante dos outros e acrescentou que tinha a informação de que “há um pleito na câmara dos deputados de um possível acordo entre prefeitura e empresas de telefonia para a instalação de rede celular em São Pedro”. A partir destas informações a maior parte das pessoas concordou que não se tratava de um problema urgente (Nota do dia 03 de outubro de 2013).

Os participantes consideraram aspectos estruturais (a existência de rede de telefonia fixa e via satélite e a condição dos “orelhões) e políticos (pleito na câmara dos deputados de acordo com empresas de telefonia) no processo de hierarquização do problema, indicando o desenvolvimento de uma postura crítico-analítica. Nesta argumentação, diferentes pontos de vista sobre um mesmo problema foram externados e uma vez recebidos pelo grupo foram analisados levando a uma decisão sobre sua prioridade. Ao favorecermos aos membros comunitários um ambiente dialógico, respeitoso e propiciador da sua leitura de mundo, aliamos o ensino à pesquisa, uma das bases da PPBC pautada nas ideias de Freire. Este autor anuncia que não é possível fazer pesquisa sem ensino e ensinar sem pesquisar. A este respeito ele afirma:

“Esses que-fazer (ensino e pesquisa) se encontram um no corpo do outro. Enquanto ensino continuo buscando, reprocurando. Ensino porque busco, porque indaguei, porque indago e me indago. Pesquiso para constatar, constatando, intervenho.”(1996, p. 14)

Com este levantar de indagações e discussões sobre os problemas visávamos estabelecer um caminho para uma intervenção. Parte deste caminho foi concluído nestas duas oficinas com a finalização do processo de hierarquização em que:

(...) somadas as ocorrências, a ausência de ambulância foi o problema que recebeu mais pontos (14), em segundo lugar ficou a falta da rede de esgotamento (com 12 pontos), em terceiro a ausência de sistema de coleta de água pluvial (com 10 pontos), em quarto os animais soltos nas ruas (com 8 pontos), em quinto a lavanderia (com 6 pontos), em sexto o uso dos córregos (com 4 pontos), em sétimo o fiscal das zoonoses (com 2 pontos) e em oitavo a rede de celular (com nenhum ponto)” (Nota do dia 03 de outubro de 2013).

Nota-se que houve uma conclusão a respeito daquilo que era tido como prioritário como resultado da abordagem de promoção da compreensão sobre os problemas enfrentados e construção de novos saberes utilizada por nós. Tal abordagem que busca um entendimento exitoso entre os participantes a partir do diálogo encontra respaldo na teoria da Educação Popular e Saúde (DIERKS; PEKELMAN, 2007). Este percurso, entretanto, foi marcado por alguns impasses relativos a fatores contextuais, mais especificamente a aspectos

organizacionais e ambientais que interferiam na dinâmica das reuniões com a comunidade.

Devido à nossa agenda (pesquisadoras), aos recursos financeiros disponíveis para a pesquisa e à distância de Belo Horizonte a SPJ, a frequência com a qual podíamos ir à comunidade era uma vez por mês. Desta forma, dispúnhamos de uma semana a cada mês para reunir com os participantes do estudo. Até este momento, realizávamos uma média de três a quatro encontros nas semanas que íamos à campo. Contudo, percebemos que havia flutuações na frequência às reuniões ao longo da semana. Na primeira delas havia boa frequência, na segunda e terceira reuniões essa frequência diminuía bastante e na quarta voltava a crescer. Também percebemos que em dias mais quentes, a presença nas reuniões, que até então ocorriam às 15h, diminuía.

As razões para tal variação foram explicitadas em uma discussão com os participantes, como descrito a seguir:

“Explicamos para os parceiros os fatores que nos levavam a ter apenas uma semana disponível por mês para realizar as reuniões. Dissemos que embora nós dispuséssemos de uma semana por mês, gostaríamos de saber deles quanto dias nestas semanas eles dispunham para reunirem-se conosco. Eles informaram que seria de dois a três dias, no máximo, pois mais do que isso, interferiria em seu trabalho e atividades semanais. Discutimos também acerca de qual horário, seria o mais adequado. Eles afirmaram que às 17h seria o melhor, porque até o final da tarde eles tinham que se ocupar das tarefas domésticas e de trabalho. Outra justificativa apontada para a escolha deste horário foi a temperatura, visto que em SPJ faz muito calor e após às 16h o calor se torna menos intenso” (Nota do dia 03 de outubro de 2013).

Verifica-se mais uma vez que o contexto no qual os programas estão inseridos exerce influência sobre a PC. Em relação a estes aspectos, é recomendado aos pesquisadores que estejam atentos para as questões da comunidade que interferem na agenda de pesquisa, sendo necessário tornar a participação mais conveniente para as pessoas como forma de superar estes obstáculos (GEORGE; DURAN; NORIS 2014).

Ao percebermos a influência de tais fatores nas oficinas, decidimos negociar termos que fossem adequados para ambas as partes. Desta feita, acordamos que nas semanas em que fôssemos a SPJ haveria no máximo três dias de oficinas e definimos juntos que o horário das mesmas passaria a ser às 17h. Isto mostra uma flexibilidade de nossa parte no planejamento da intervenção ao procurarmos adequar o nosso tempo de ação ao contexto local. Este estabelecimento de acordos formais é citado na literatura como um dos meios utilizados para estimular, construir e cultivar a PC em programas de saúde (DURAN et al., 2013).

Resolvidas estas questões, e uma vez concluída a hierarquização, na oficina seguinte

propusemos aos presentes que fizéssemos uma investigação por meio de um questionário, para verificar se os problemas elencados e priorizados eram também tidos como problemas para os demais moradores, de modo a avaliar se estávamos de fato representando a opinião de uma parcela maior da comunidade.

Visamos também, com esta ação, ensinar aos presentes como usar métodos investigativos de pesquisa, uma decisão ancorada no princípio de construção de capacidades da PPBC (ISRAEL et al., 1998) algo tido como um meio de aprimorar as habilidades da comunidade para agirem sobre seus problemas (AHMED; PALERMO, 2010) e para se alcançar a sustentabilidade do programa (RODGERS et al., 2014).

Uma vez aceita a sugestão, passamos a discutir sobre as questões que deveriam ser feitas para se chegar ao objetivo de apreender a opinião de outros moradores sobre os problemas de modo a construirmos juntos o questionário, conforme exemplificado no trecho abaixo:

“Indagamos aos participantes o que deveria ser perguntado para as pessoas para que descobríssemos quais são os problemas de saúde que elas identificavam em SPJ. Clementina respondeu: “pergunta o que elas acham que são os problemas” Nós intervimos: “mas aí talvez o número de respostas vai ser grande e vai ser difícil analisarmos depois” e sugerimos: “seria uma boa ideia se fizéssemos uma lista com estes oito problemas e pedíssemos que as pessoas marcassem quais são os três mais importantes para elas?” e os presentes concordaram com a sugestão. Nós acrescentamos: “mas e se elas acharem que há outros problemas além destes oito aqui?” Tarcísia respondeu que “a gente podia pedir para eles falarem se tem outro além desses aí”. Arrematamos: “uma questão aberta, em que eles pudessem dizer qualquer problema?” e Tarcísia confirmou: “isso, uma questão assim mesmo”. Perguntamos ainda: “e para saber qual dos três é mais importante, o que vamos fazer? Justino respondeu: “pede pra eles marcar aí, qual eles acham que é mais importante”. Sugerimos então: “podemos colocar outra questão, em que eles possam colocar os três em ordem, falando qual eles acham que fica em primeiro lugar, qual fica em segundo e qual fica em terceiro, o que vocês acham?” Todos concordaram com a sugestão. Desta forma, acordamos que o questionário seria composto de uma questão em que os oito problemas de saúde identificados nas reuniões fossem apresentados de modo que se pudesse escolher os três mais importantes, uma questão em que estes três fossem colocados em ordem de prioridade e uma questão em que fosse possível sugerir problemas de saúde que não foram citados. Nós informamos que com base no discutido, prepararíamos o questionário e no dia seguinte levaríamos o esboço para discutirmos a respeito de seu conteúdo e sobre a sua aplicação” (Nota do dia 04 de outubro de 2013).

Percebe-se que a proposta de utilização do método investigativo não foi introduzida como algo pronto e estabelecido, mas foi elaborada em conjunto com os participantes, de modo a permitir que as pessoas interagissem na construção do instrumento, mesmo que guiada pelas pesquisadoras. Neste sentido, notamos que houve um alinhamento com as premissas de educação e comunicação contidas no enfoque da EPopS, que enfatiza a

construção do conhecimento na interação entre as pessoas, por meio do diálogo; o reconhecimento dos participantes como atores em seu mundo e a ideia de que toda reflexão e aprendizado devem levar à ação para transformação da realidade (WIGGINS , 2012).

Após aprovação do questionário (APÊNDICE D) pelos participantes, realizamos um breve treinamento sobre sua aplicação enfocando o modo de abordagem das pessoas, a explicação sobre o objetivo do inquérito e o modo de realização das perguntas e anotação das respostas. Cinco pessoas se voluntariaram para aplicá-lo, tendo sido definido o prazo de um mês para efetuar a coleta dos dados.

Como resultado da aplicação foram entrevistadas 42 pessoas. Os dados foram organizados e analisados por nós e os resultados foram compartilhados e debatidos na reunião seguinte, realizada em novembro de 2013 (Tabela 3).

**Tabela 3. Comparação entre os processos de priorização dos problemas de saúde de SPJ realizado com os participantes do programa e com a comunidade via questionário.**

<b>Priorização dos problemas de saúde de SPJ</b>			
<b>Priorização feita pelos participantes do PPC-SPJII</b>		<b>Priorização via questionário aplicado a moradores de SPJ</b>	
<b>1</b>	Ausência de ambulância	<b>1</b>	Ausência de sistema de esgotamento canalizado
<b>2</b>	Ausências de sistema de esgotamento canalizado	<b>2</b>	Ausência de ambulância
<b>3</b>	Ausência de sistema de coleta de água pluvial	<b>3</b>	Ausência de rede de celular e Animais soltos nas ruas
<b>4</b>	Animais soltos nas ruas	<b>4</b>	Uso dos córregos
<b>5</b>	Lavanderia incompleta e fechada	<b>5</b>	Ausência de sistema de coleta de água pluvial
<b>6</b>	Uso dos córregos	<b>6</b>	Lavanderia incompleta e fechada
<b>7</b>	Ausência de fiscal das zoonoses	<b>7</b>	Ausência de fiscal das zoonoses
<b>8</b>	Ausência de rede de celular	<b>8</b>	Avaria constante da balsa

Fonte: elaboração própria feita com base nos relatos registrados no diário de campo do dia 04 de novembro de 2013

Conforme a tabela 3 observamos que os dois problemas tidos como prioritários foram os mesmos, ou seja, a falta do veículo ambulância e a ausência de sistema de esgotamento canalizado. Contudo, houve diferença na posição de hierarquia entre os dois em relação à hierarquização feita nas reuniões do programa, já que a ausência de sistema de esgotamento canalizado ficou em primeiro lugar, com uma diferença de apenas um voto. A falta de sistema coletor de água de chuva ficou na terceira posição na hierarquização feita nas reuniões, enquanto na priorização via questionário ocupou o quinto lugar. A constante avaria da balsa que faz a travessia de veículos e de pessoas pelo rio Jequitinhonha, foi citada enquanto problema de saúde pela comunidade, algo que os participantes não haviam considerado como



tal, apesar de ter sido citada nas reuniões.

Após discussão, apesar de os presentes considerarem que a constante avaria da balsa era um problema importante, decidiram por não incluí-la na lista final, visto que não havia sido feito um debate aprofundado sobre este problema, algo feito com todos os demais. Quanto à priorização, foi mantida a ordem obtida nas reuniões do programa, tendo em vista que os dois problemas tidos como mais importantes foram os mesmos e a diferença no posicionamento deles no ranking se deu por diferença mínima.

Uma vez tomada esta decisão, passamos a discutir sobre as duas formas de investigação utilizadas em que refletimos sobre as diferenças entre elas, como explícito no extrato a seguir:

“Perguntamos o que havia sido diferente nos dois processos de priorização dos problemas, um feito nas reuniões e outro feito através de questionários. Natércia disse que o questionário serviu para que as pessoas respondessem quais “ eram os problemas e quais eram os que deveriam ser as prioridades. Nas reuniões não... foi um debate. A gente acabava ficando com aquela questão ali, que a gente via que era mais importante” (Nota do dia 04 de novembro de 2013).

Nota-se por meio da fala acima que houve um entendimento de que os dois processos foram diferentes porque um deles – o questionário – apreendeu a opinião individual enquanto o outro – estabelecido nas reuniões – captou a opinião coletiva de forma dialógica. Percebe-se também que os presentes relacionaram as diferenças obtidas na hierarquização a esta distinção entre as formas de apreensão, como ser observado no trecho abaixo:

“Sobre o fato da ausência de sistema coletor de água pluvial ter ficado apenas em quinto lugar, Serafina disse que "eles não votaram tanto na água da chuva, porque eles não estão sempre aqui junto com a gente pra falar sobre a saúde.. é porque pra eles não é prioridade por isso, porque eles não vêem que é problema de saúde... Eu moro lá em cima no alto (onde a água da chuva não tem nenhum efeito), mas pra mim a água do campo continua... é um problema grande... mais do que celular, mais do que animais nas ruas... é mais do que isto aí ” (Nota do dia 04 de Novembro de 2013).

Vê-se que o caráter dialógico das reuniões foi tido enquanto ambiente que propiciou a emergência de empatia no modo de compreensão dos problemas que afetam a comunidade, já que alguns deles, mesmo sem terem sido considerados como problemas individuais, foram tidos como problemas coletivos. Observa-se assim, que na comparação feita entre os dois métodos os presentes demonstraram estar imbuídos de um senso crítico ao apontarem as diferenças entre eles.

Ainda neste momento de discussão sobre os métodos de pesquisa, aqueles que

aplicaram os questionários, tiveram a oportunidade de relatar sobre a experiência de utilização do método científico, conforme explicitado nos extratos que se seguem:

“Justino disse que ele "pegava a folha e mandava eles lerem e marcarem eles mesmos... (dizendo) vocês escolhem aí e marcam.” Disse também que “todos os que eles marcavam eu não via não... isso pra ninguém copiar... botava a folha pra trás porque era a opinião deles”.

“Ao relatar como foi a experiência de aplicação dos questionários Serafina disse que foi “muito interessante, foi muito divertido, até virou brincadeira” ela disse que “uns perguntavam pros outros: o que que ela estava fazendo” Ao que outros respondiam: “Ah, ela tá mexendo com papel de menino pra jogar bola”. Aí relatou que “um rapaz disse assim: ela tá recolhendo nome pra quem vai fazer exame de próstata” (...) E concluiu: “foi a maior graça, menina”! (Notas do dia 04 de novembro de 2013).

É interessante notar o cuidado de Justino com o sigilo das respostas como meio de evitar influência cruzada, proveniente de sua percepção de que o questionário deveria ser respondido individualmente. Isto aponta para uma preocupação em cumprir aquilo que foi discutido no treinamento. Por outro lado, ele afirmou que entregou o questionário para que as pessoas preenchessem, quando havia sido acordado que o aplicante agiria como entrevistador e faria as perguntas. Contudo, talvez seu baixo grau de escolaridade (apenas séries iniciais do ensino fundamental) seja a razão que o fez optar por esta estratégia. Serafina, por sua vez, apontou o caráter lúdico e relacional do uso do questionário, que propiciou um momento de interação com as demais pessoas da localidade.

Verifica-se que o uso dos questionários como método de coleta propiciou aos participantes do programa uma primeira experiência com os métodos de pesquisa que resultou em aprendizado e em interação com os demais membros da comunidade. Neste sentido, o uso deste método investigativo pode ter contribuído para o aprimoramento, mesmo que mínimo, das habilidades de comunicação interpessoais e interculturais de modo a incrementar a solidariedade social, algo atribuído às investigações que utilizam contato face-a-face (SCHENSUL; BERG; NAIR, 2013).

Para além das características de aprendizado e interação vistas acima, o uso do questionário foi útil para verificar que o processo de hierarquização feito por um pequeno grupo nas reuniões do programa encontrou ressonância na opinião das demais pessoas da comunidade. Concluímos que embora o número de questionários aplicados tenha sido pequeno, esta ação mostrou que as deliberações realizadas com os participantes do programa eram representativas de uma parcela maior da comunidade.

Com base no exposto sobre a construção, aplicação e resultados provenientes da utilização do questionário como meio de investigação, verifica-se que os membros da

comunidade foram envolvidos, tanto na coleta como na análise dos dados e fizeram parte de uma avaliação parcial do programa com a qual objetivávamos analisar a representatividade dos membros comunitários a partir da comparação da relevância atribuída aos problemas de saúde.

Percebe-se que tal ação constituiu-se em processo de aprendizado e construção de capacidades para a pesquisa, algo definido como “as habilidades, valores e recursos necessários para o engajamento equitativo de todos os parceiros em todo o processo pesquisa” (RODGERS et al., 2014). Tal construção de capacidades para a pesquisa contribui para o impulsionar da PC nos programas de pesquisa participativos e para a sustentabilidade de suas ações (WALLERSTEIN et al., 2011b; ISRAEL et al., 2010; PINTO et al., 2011).

Uma vez finalizado o processo de hierarquização, passamos a discutir sobre quais e quantos problemas seriam escolhidos para que agíssemos sobre eles. Pela primeira vez, após muitos convites feitos, os profissionais da UBS participaram da reunião, algo muito positivo, dada a inclusão de outros atores locais, da área da saúde, nos processos decisórios.

Mais uma vez a discussão foi marcada pelo emergir de opiniões diversas em que foram citados aspectos limitadores ao enfrentamento dos problemas. Perante as dificuldades citadas, uns apreendiam que era muito custoso, e talvez impossível, solucionar os problemas mais difíceis, enquanto outros, mesmo diante dos desafios expostos, exibiam motivação para o agir, conforme explícito no extrato abaixo:

“Tendo em vista o resgate feito acerca do processo que nos levou até aquele momento de escolha, alguns opinaram que deveriam ser escolhidos os problemas mais fáceis de serem resolvidos porque isso serviria de ânimo e incentivo à comunidade para enfrentar aqueles mais difíceis num momento futuro. Esta foi a opinião de Natércia, quando foi sugerido que o problema do esgotamento fosse eleito. Ela disse: “olha, ainda essa semana conversei com uma pessoa aqui (de SPJ) e não vai sair tão cedo esse esgoto por aqui. Sabe porquê? Já saiu, acho que de Ponto dos Volantes (município próximo) e acho que tem um recurso de um projeto que já foi enviado. Essa pessoa até falou (...) que não adianta correr atrás do esgoto agora que não vai dar em nada. E falou assim que ao invés de votar no esgoto deveria pensar em outro problema para ser resolvido”. Já outras pessoas discordaram desta fala. Serafina afirmou: “ah não, mas essa é a prioridade e a gente vai cruzar os braços? Esperar? Não. Tem que trabalhar em cima dele pra ver se vem logo né? (...) porque o esgoto já está pronto (referindo-se a uma obra iniciada, porém inacabada realizada pela prefeitura há cerca de 20 anos). Tarcísia concordou e acrescentou: “ficar parado é que não pode né?”. Mas, Natércia mostrava-se cética: “está neste estado (inacabado) porque? Porque não tem como fazer” (Nota do dia 05 de novembro de 2013).

Nota-se na fala de Natércia a presença de criticidade ao analisar a conjuntura política e de distribuição de recursos que poderia levar ao insucesso das ações, caso aquele problema fosse escolhido. Por outro lado, sua fala pode ter exposto, igualmente, uma percepção de

aptidão reduzida para a ação coletiva, algo já mencionado anteriormente quando abordamos a proposta do mutirão.

Para além desta percepção de reduzida aptidão para o agir, os presentes indicaram o desinteresse e a falta de engajamento como atributos das pessoas de SPJ, elementos que sinalizam também para uma baixa capacidade da comunidade para o agir em conjunto. Isto ocorreu quando discutíamos sobre os fatores relacionados à falta de infraestrutura básica no distrito, como exemplificado no trecho a seguir:

“Perguntei aos presentes porque eles achavam que em SPJ não havia sistema de esgotamento, rede de celular e água tratada para todos, enquanto em Jequitinhonha havia uma extensão maior destes serviços. Justino disse que há “falta de interesse de caminhar” e Tarcísia afirmou “que o povo não sabe lutar, pedir”. Clotilde resgatou que a comunidade não se une em prol da coletividade e lembrou que “este ano mesmo, teve audiência pública aqui e muitas pessoas não quiseram participar, só ficaram por lá de fora falando”. (Nota do dia 05 de novembro de 2013).

A partir dos dois trechos expostos acima, pode-se verificar que os presentes demonstraram ter uma visão compartilhada de que a capacidade das pessoas de SPJ para agir coletivamente é reduzida. Este padrão associativo em que a comunidade julga-se incapaz para a ação é um fator limitante da PC (MINKLER et al., 2008) e a quebra do coletivismo e do “espírito de comunidade” pode levar ao declínio da PC (ATKINSON et al., 2011).

Ainda durante o debate sobre os serviços de infraestrutura básica oferecidos no distrito, os participantes citaram outros aspectos intervenientes sobre a PC, dessa vez relativos aos contextos políticos e econômicos locais, conforme explicitado abaixo:

“Acerca da questão do porquê SPJ não ter tanto acesso aos serviços de infraestrutura que estão disponíveis na sede do município, Serafina disse que eles não tinham sistema de esgotamento porque “o ex-prefeito deixou inacabado” e eles não sabiam a razão disto. Natércia disse que é porque a cidade (Jequitinhonha) é maior e nós aqui estamos esquecidos. Aqui é pequeno”. Tônico acrescentou: “Aqui é tipo uma roça, eles (governantes) falam que aqui é tipo uma roça”. Natércia adicionou: “É que os prefeitos têm interesse mais no lugar onde moram. E aqui ninguém dá atenção. E Tarcísia concluiu: “Aqui eles nem conhecem”. Após dizer isso, Tarcísia relatou que diversas vezes entrou em contato com a prefeitura para solicitar verbas para reforma do centro comunitário, para o atendimento às famílias em situação de risco e para reforma da quadra e a resposta foi sempre a mesma: “não tem condição, não tem dinheiro pra fazer” (Nota do dia 05 de novembro de 2013).

Nota-se que os presentes mencionaram a falta de recursos e a ausência de boa vontade política do município como fatores que explicam a precariedade da infraestrutura. Alguns destes aspectos foram também mencionados pelos profissionais de saúde quando emitiram

sua opinião acerca da escolha dos problemas a serem enfrentados, como descrito no extrato seguinte:

“Os profissionais da UBS disseram ter a opinião de que o problema da ausência de ambulância não deveria ser abordado no momento devido aos problemas financeiros da Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Explicaram que por diversas vezes, eles já haviam feito a solicitação à secretaria de envio de uma ambulância para SPJ. Contudo, a resposta era sempre negativa justificada pela ausência de verba” (Nota do dia 05 de novembro de 2013).

Conforme explicitado pelas falas dos presentes contidas nos dois últimos trechos, o contexto político e econômico de Jequitinhonha estava marcado por problemas financeiros e de gestão. A este respeito deve-se considerar que a PC se constitui, também em processo político (RIFKIN; LEWANDO-HUNDT; DRAPER, 2000) e é influenciada pelo contexto sociopolítico e econômico do local onde se desenvolve (FILHO; ARAÚJO JR., 2002; ROSATO et al., 2008; CAMARGO-BORGES; MISHIMA, 2009).

A baixa percepção sobre a capacidade para influenciar as políticas públicas, demonstrada pelos membros comunitários ao emitirem a opinião de que os problemas tidos como prioritários não deveriam ser escolhidos em razão das dificuldades impostas pelo contexto político-econômico à sua resolução, é tida como um obstáculo à PC e à ação (CHRISTENS et al., 2014). Portanto sugere-se que tal contexto não seja ignorado na condução de PPBC, pois isto pode levar ao seu fracasso (O’FALLON; TYSON, 2000).

Devido à emergência de diferentes opiniões foi necessário fazer uso da votação para efetuarmos a escolha dos problemas. Primeiramente fizemos a votação de quantos problemas seriam enfrentados e a maioria optou por dois. Depois, votamos acerca de quais seriam estes problemas e a maioria decidiu agir sobre os problemas prioritários das ausências de ambulância e de sistema de esgotamento sanitário canalizado no distrito.

Chegamos ao final desta etapa da pesquisa após um longo processo de gestão para a identificação, discussão, hierarquização e, por fim, escolha dos problemas, em que os representantes comunitários decidiram sobre quais problemas desejavam agir. Percebe-se que, mesmo dada a magnitude dos problemas prioritários, os presentes decidiram por enfrentá-los, indicando uma ousadia e disposição para confrontarem-se com todas as conjunturas de contexto relativas à sua capacidade para o agir, bem como referentes aos aspectos políticos e econômicos locais.

### **5.1.3 – 3ª Fase: E agora? Definição dos objetivos, planejamento e ação concernentes aos problemas de saúde**

Uma vez definidos os dois problemas de saúde sobre os quais agiríamos, nas oficinas seguintes passamos à etapa de demarcação dos objetivos, planejamento e ação.

#### **5.1.3.1 Planejamento**

Nas oficinas realizadas no mês de novembro, foram definidos de modo conjunto entre pesquisadoras e comunidade, os objetivos concernentes aos problemas da ambulância e do esgotamento. Quando o trabalho conjunto entre pesquisadores e participantes acontece, há uma mudança na relação de poder entre os atores que se transforma em parceria equitativa, algo que produz sinergia e energia, e leva à maior chance de sucesso das PPBCs (O’FALLON; TYSON; DEARY, 2000).

Selecionamos as atividades que levassem ao alcance dos dois objetivos delimitados e definimos os atores responsáveis por cada uma delas. A primeira atividade planejada compreendeu a procura por instâncias participativas que constituíssem canal adequado para o encaminhamento de ambos os problemas, conforme explicitado no trecho que se segue:

“Eu perguntei de que forma a comunidade poderia pressionar o poder público ou poderia se organizar para buscar uma solução para os problemas. Tarcísia disse achar que o “Conselho Local de saúde às vezes pode ajudar”. Perguntei, então, se todos concordavam que o conselho era uma organização que poderia auxiliar neste sentido e todos responderam que sim” (Nota do dia 06 de novembro de 2013).

Os participantes informaram que atuar por meio do CLS fosse talvez inviável, pois ele não estava formalizado na Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Em face desta ponderação, novas discussões foram desencadeadas, concluindo-se que seria necessário buscar informações na SMS sobre os passos necessários para a efetivação do conselho. A decisão de investir na formalização do CLS se deu pelo reconhecimento, por parte da comunidade, de que este é o local mais adequado para a expressão das reais necessidades de saúde da população. De fato, é reportado que o suporte a organizações e lideranças já existentes na comunidade, favorece o desenvolvimento de competências das pessoas para o enfrentamento de suas necessidades prioritárias, um dos princípios da PPBC (LAZARUS et al., 2012).

Enquanto a formalização do conselho não ocorria, decidimos que seria necessário buscar informações para melhor compreender o problema por meio do contato com as

instâncias políticas responsáveis. Assim, um grupo ficou com a atribuição de identificar os departamentos, órgãos e pessoas responsáveis na prefeitura do município e na COPANOR para melhor compreender os detalhes referentes aos dois problemas elencados. Foi proposta, também, a ação de mobilizar políticos locais para a obtenção da verba necessária à compra do veículo, como pode ser visto no trecho que se segue:

“Olha, já que a comunidade definiu que a ambulância é uma prioridade, podemos ver se conseguimos a verba de uma emenda parlamentar que vai sair aí... Porque dizem que tá pra sair essa verba, mas é pra construção de aparelhos de ginástica aqui na praça... daquele programa da academia da cidade. Mas se a prioridade é a ambulância, como parece que é, podemos conversar com alguns deputados e tentar uma troca de benefícios... Pode ser que a gente consiga” (Fala da vereadora Clementina. Nota do dia 06 de novembro de 2013).

O contexto político parece apresentar, aqui, nuances favoráveis ao alcance deste alvo do programa. O fato de atores políticos fazerem parte de nossas reuniões e reconhecerem as prioridades identificadas como sendo representativas de toda a comunidade, pode ser um indicativo de que o esforço para incluir no programa uma liderança que procura representar os interesses comunitários de forma geral, poderia gerar frutos. A presença de pessoas que fazem parte de organizações formais políticas e que partilham uma história comum com demais membros das Organizações de Base Comunitárias (OBCs) e da comunidade em geral, facilita a implementação de programas de PPBC e servem de estímulo à PC (O’FALLON, 2000).

Ademais, os participantes propuseram uma ação coletiva para reivindicação do direito ao sistema de esgotamento na comunidade, como pode ser visto no trecho que se segue:

“Perguntei o que mais a comunidade poderia fazer para tentar solucionar este problema da ausência de sistema de esgotamento canalizado. Leontina sugeriu que “a gente pode fazer um abaixo-assinado e levar lá pra eles (políticos) dizendo que a gente quer o esgotamento”. Perguntei se esta era uma ação importante e desejada por todos e a maioria afirmou que sim” (Nota do dia 06 de novembro de 2013).

Desta forma, cinco pessoas da comunidade e dois profissionais de saúde ficaram responsáveis por coletar as assinaturas e entregá-las à Clementina, que ficou com a tarefa de levar o documento à COPANOR.

Analisando todo o processo inicial de planejamento ocorrido, evidenciou-se o desenvolvimento de uma gestão compartilhada e horizontalizada do programa em que a função das pesquisadoras foi oferecer o suporte para que as atividades e a definição do papel de cada um fossem decididas conjuntamente. A inclusão dos participantes no processo de planejamento bem como o investimento em redes de participação já existentes na comunidade

(como o CLS) são meios através dos quais os membros comunitários são capacitados para atuar em pesquisa, de modo a utilizar os dados obtidos para efetuar ações concretas de promoção de saúde (SALSBERG et al., 2015). Ademais, o estabelecimento de processos colaborativos em que os membros da comunidade assumem papéis-chave nas intervenções é tido como fator essencial para o alcance de impactos duradouros e sustentáveis (TRICKET et al., 2011).

A figura 9, abaixo, resume as atividades selecionadas pelo grupo, ao longo do processo de planejamento, com vistas à intervenção nos problemas elencados:

**Figura 9** – Resumo das ações para intervenção nos problemas de saúde selecionados pela comunidade

	<b>Ação 1</b> <b>Fortalecimento do CLS</b>	<b>Ação 2</b> <b>Articulação com o poder público</b>
<b>Ambulância</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- CLS como espaço propício para a identificação e intervenção nas necessidades de saúde da população</li> <li>- Formalizar o CLS junto à SMS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Contatar as instâncias políticas responsáveis, para compreender o problema da falta de ambulâncias.</li> <li>- Pleitear o direcionamento de uma verba de emenda parlamentar para a compra de uma ambulância para a comunidade</li> </ul>
<b>Sistema de Esgotamento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- CLS como espaço propício para a identificação e intervenção nas necessidades de saúde da população</li> <li>- Formalizar o CLS junto à SMS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Contatar as instâncias políticas responsáveis, para compreender a falta de um sistema de esgotamento na comunidade.</li> <li>- Organizar um abaixo assinado, a ser entregue à COPANOR</li> </ul>

Fonte: elaboração própria

### 5.1.3.2 Monitoramento, avaliação e ação

Finalizada a definição das atividades e dos atores responsáveis por elas, nas oficinas subsequentes, estabelecemos um processo de monitoramento e avaliação das ações definidas. Os resultados das atividades desenvolvidas foram discutidos com os participantes e, posteriormente foram propostas novas ações a serem concretizadas.

Com o propósito de alcançar maior clareza na exposição deste processo, a apresentação foi organizada de acordo com as ações estabelecidas pelos participantes, abdicando-se da cronologia, utilizada como critério na apresentação dos dados anteriores. Cabe ressaltar, no entanto, que as ações voltadas à busca de solução para cada um dos dois problemas identificados foram desenvolvidas de forma concomitante, assim como os



processos de monitoramento e avaliação.

### **Ação 1 – Fortalecimento do Conselho Local de Saúde**

A atuação por meio do CLS foi indicada pelos participantes como possibilidade de intervenção sobre os diversos problemas de saúde da comunidade, inclusive a falta da ambulância e do sistema de esgotamento. Diante dessa constatação, agendamos uma reunião com os membros do Conselho Local de Saúde (CLS) para trocar informações e preparar uma apresentação para os participantes sobre suas principais características, atribuições, constituição e principais finalidades. Porém, foi observado que os próprios membros conheciam pouco sobre os aspectos operacionais do Conselho e que havia alguns obstáculos ao seu funcionamento, conforme explicitado no trecho abaixo:

“Os conselheiros relataram que, quando o conselho foi formado, eles foram comunicados de que participariam de algumas reuniões do Conselho Municipal de Saúde (CMS), porém “isso nunca aconteceu, pois toda vez o carro da saúde que leva a gente estava cheio, aí a gente nunca foi”, disse Glória. Também informaram que havia vários meses que o conselho não se reunia porque “o pessoal do posto (os conselheiros representantes do setor saúde) não se interessava mais pelas reuniões. Para finalizar, ambos acrescentaram que uma das causas para o conselho “estar fraco” é porque “as pessoas da comunidade não entendem para que ele serve” (Nota do dia 04 de dezembro de 2013).

Havia uma falta de interesse dos profissionais de saúde em participar das reuniões e uma ausência de interesse político no seu funcionamento, além de falta de compreensão da comunidade sobre as funções do conselho. Esta falta de interesse e resistência dos profissionais de saúde e das instâncias políticas em promover a efetivação dos conselhos locais de saúde é associada à cultura burocrática e tradicional vigente no sistema de saúde, que é, historicamente, pouco sensível à PC (SERAPIONI, 2013).

Decidimos, portanto, pesquisar sobre as atribuições, composição e regras de conselhos de saúde para que todos os participantes tivessem conhecimento sobre o tema. Todo este processo relativo à aquisição e discussão de dados sobre o planejamento e gestão do CLS, feito com seus membros, visava a construção de conhecimento da comunidade. A fragilidade desta instância participativa, evidenciada por todos os aspectos apontados, reflete uma baixa capacidade de organização e participação da comunidade. Tais organizações geralmente tem influência sobre a PC e, quando fortes, servem para estimulá-la, levando seus membros a agirem em prol de seus problemas (CHRISTENS; LIN, 2014), mas quando frágeis são incapazes de cumprir este papel. Obtidos os dados necessários sobre o que seria preciso fazer

para a efetivação do CLS, foi constatado a viabilidade para essa efetivação, frente à realidade do CLS já existente na comunidade, conforme descrito no relato que se segue,

“Sabemos que a maior dificuldade da montagem do conselho (em SPJ) é a participação dos profissionais da saúde e, na verdade, não existe esta obrigatoriedade, que tem que ter tantos participantes da saúde e tantos participantes da comunidade... não tem. Porque não é um conselho municipal. No conselho municipal tem que ter o que a gente chama de paridade, tipo assim, uma igualdade de representação (...) Sobre o que falta pro conselho ser efetivado então, a gente tem que preparar o regimento interno e definir tudo direitinho. Tem que eleger o presidente, vice-presidente, secretário, delimitar que dia que vão ser feitas as reuniões, onde que vai ser, qual o horário que vai ser e depois levar pro conselho municipal aprovar” (Fala da Piedade, profissional da saúde. Nota do dia 04 de dezembro de 2013).

Percebe-se que a negativa de participação no conselho por parte dos profissionais de saúde, constituía-se em desafio à sua implementação e, portanto, a informação de que não era obrigatório haver paridade no CLS, foi tido como favorável à sua efetivação, dado o histórico de resistência dos profissionais de saúde em participar. Ademais, parecia ser provável que os membros da comunidade fossem capazes de desempenhar as atividades necessárias à efetivação do conselho. De posse destas informações, delimitamos as próximas ações a serem efetuadas visando a regularização do CLS: elaborar o regimento interno, definir quantos e quais seriam os seus membros e quais seriam seus cargos e tarefas. Acordamos que os atuais membros se reuniriam com os profissionais de saúde para elaborar o regimento e que, após isto, a comunidade iria apreciá-lo e, caso aprovado, seria encaminhado ao CMS.

Para uma compreensão mais aprofundada da realidade do CMS e da viabilidade e possibilidades para o CLS de São Pedro do Jequitinhonha, buscou-se mais informações junto à Secretaria Municipais de Saúde (SMS). Quanto às informações adquiridas sobre o CLS apreendemos que havia fatores políticos favoráveis e desfavoráveis à sua efetivação. No trecho abaixo estão explícitos alguns destes:

“Quando questioneei acerca dos CLS fui informada que quando da execução do plano diretor do município, tentou-se implantá-los nos bairros e zonas rurais, contudo sem sucesso, pois aqueles que foram formados, logo deixaram de ser ativos. O fracasso se deu devido à uma “falsa expectativa dos conselheiros da sociedade civil de que os conselheiros da saúde deveriam tomar a frente e liderar o grupo” e alegou que houve “falta de noção de corresponsabilidade”. Perguntei se havia algum material que pudesse auxiliar na formação do CLS, tais como cartilhas, manuais ou informação sobre a legislação e composição específica do CLS, mas fui informada que não havia material sobre isso na secretaria. Foi reafirmado o interesse da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) na formação de conselhos locais porque “a política de saúde visa principalmente à prevenção e à promoção da saúde” e quando disse que pretendíamos trabalhar com o CLS em SPJ, ele mostrou-se solícito em auxiliar no processo de implantação do conselho e cedeu-me a cópia do regimento interno do

Conselho Municipal de Saúde (CMS) para servir de apoio à elaboração do regimento interno do CLS em SPJ. Ficou acertado que caso houvesse sucesso na efetivação do CLS em SPJ e em outras localidades do município, o município se comprometia em fazer o pedido de mudança do regimento interno do conselho municipal para incluir nele a obrigatoriedade de participação de ao menos um membro de cada um dos CLS a fim de oferecer maior representatividade deles no direcionamento das ações de saúde de Jequitinhonha. (Cláudia. Nota do dia 28 de janeiro de 2014).

Nota-se que o histórico de inclusão da sociedade civil nas instâncias participativas do município era negativo, tendo em vista as tentativas frustradas de estabelecimento dos Conselhos Locais de Saúde. Em parte, tal processo de não-efetivação teria ocorrido devido à uma falta de engajamento dos próprios atores comunitários, uma vez que repassaram toda a responsabilidade de controle social aos profissionais de saúde. Contudo, a própria falta de capacidade da SMS para atuar em prol da construção destes espaços participativos, evidenciada pela ausência de materiais e informações sobre a legislação e funcionamento dos conselhos, bem como a ausência de materiais educativos sobre o tema, denota um contexto complexo em que os diversos atores envolvidos careciam de habilidades para a consolidação dos conselhos de saúde.

Embora as informações obtidas na SMS indicaram apenas a responsabilidade dos atores comunitários no enfraquecimento do CMS, elas demonstraram uma fragilização do órgão participativo central do município. Contudo, como fator positivo à consolidação do CLS em SPJ, está no reconhecimento da importância dessa instância participativa por parte da SMS, como relatado no extrato abaixo:

“O representante da SMS disse que a comunidade poderia contribuir para a efetivação das políticas públicas de saúde no município com o envio de “relatórios, abaixo-assinados e ofícios que seriam bem-vindos, pois isso pode pressionar a prefeitura e o estado, e encontrar mais força para conseguir as verbas necessárias” (Nota do dia 28 de janeiro de 2014).

Permanecia, no entanto, a necessidade de discutir com todo o grupo acerca do CLS, no intuito de instruí-los sobre a finalidade e estrutura desta instância participativa de forma a promover o seu reconhecimento e a reflexão sobre sua importância para a comunidade. Preparamos, então, uma apresentação em que relatamos toda a história da criação dos conselhos de saúde no país, destacando a sua ligação com o surgimento do SUS e sua função de controle social, suas atribuições e composição. Ao final, afirmamos a importância do CLS na comunidade como meio de controle dos serviços de saúde ofertados de forma a adequá-los à realidade local. Procuramos fazer da apresentação um momento em que não somente nós falássemos, mas que houvesse uma discussão horizontalizada. A comunicação foi

estabelecida a partir de perguntas que foram usadas como base para a formulação de um processo educativo que partisse do conhecimento prévio dos participantes para, então, construir sobre ele. Alguns participantes já possuíam um conhecimento bem elaborado sobre alguns aspectos, como demonstrado pela definição de CLS citada por Clotilde: “CLS é um grupo de pessoas que trabalha para poder ajudar a melhorar as condições de vida na comunidade, olhando a comunidade toda no setor saúde”. Por outro lado, em outros aspectos, como por exemplo a respeito do controle social e outros elementos organizacionais, as pessoas demonstraram não ter conhecimento. Nestes casos, foi necessário partilharmos as informações de modo a expandir o conhecimento sobre o CLS e refletirmos sobre sua importância.

Parecemos, assim, ter cumprido o que Freire expõe acerca do dever do educador em ser um “desafiador”, que deve estar aberto aos saberes dos educandos, estando atento a dois momentos presentes nas ações de ensinar, aprender e pesquisar: um “em que se ensina e se aprende o conhecimento já existente e outro em que se trabalha a produção do conhecimento ainda não existente” (FREIRE, 1996, p.14).

Iniciativas de educação popular como esta, em que há interação social e comunicação dialógica, são imprescindíveis “para lidar com a complexidade, incerteza e o elevado impacto das ações de saúde” e quanto mais articuladas em redes sociais, maior o seu alcance (BRASIL, 2007, p.56).

As discussões comunitárias envolvendo membros de OBCs, que visam promover a capacitação destas organizações e seu reconhecimento por demais atores comunitários, oferecem oportunidades para que tais instâncias sejam mais efetivas em suas ações por meio do aumento das redes sociais entre seus membros, contribuindo para o seu fortalecimento de modo que reflitam as vozes comunitárias em vários níveis (UNDP, 2005).

Durante este processo educativo sobre o CLS foi colocado que o conselho não estava cumprindo a função representativa por limitar o acesso à participação e que as reuniões do conselho estavam sendo feitas “a portas fechadas” (relato de Serafina), enquanto outros opinaram que o problema não seria a falta de acesso, mas uma dificuldade de algumas pessoas em discutir os problemas em conjunto, assumindo uma atitude de apatia nas reuniões. Glória relatou que algumas pessoas privilegiavam outros espaços para discutirem os assuntos de relevância do conselho, por vezes com motivos de intrigas, o que limitava sua função representativa e deliberativa, gerando conflitos.

Embora estes aspectos negativos do CLS tenham sido ressaltados, as reuniões, tanto do PPC-SPJ, quanto do CLS, foram tidas enquanto espaços de aprendizado mútuo que

propiciaram avanços no âmbito relacional, conforme exemplificado no extrato abaixo:

“Acerca das questões pontuadas sobre as dificuldades de entendimento nas reuniões do conselho, inclusive em relação ao relacionamento com os profissionais de saúde, Natércia, membro da comunidade, opinou: “eu acho que vocês (pesquisadores do PPC-SPJ) começaram a trabalhar aprofundando as reuniões do conselho. Então, isto tem pouco tempo... eu acho que a gente aprendeu participando das reuniões do programa... agora nós já estamos sabendo muita coisa, né? Até então não sabíamos e talvez os que estão no posto (os profissionais de saúde) sejam também pessoas como nós mesmas, que só vão aprender com o tempo. Antes a gente falava muito e não escutava as pessoas. Hoje nós já estamos sabendo ouvir... nós já estamos aprendendo muito com vocês né?” (Nota do dia 05 de dezembro de 2013).

Percebe-se na fala de Natércia o reconhecimento de que a dinâmica de comunicação estabelecida nas reuniões com a comunidade foi um processo educativo na esfera das relações, em que houve aprendizado quanto à escuta do outro com desenvolvimento de respeito. Houve também o reconhecimento de que tal aprendizado se dá em longo prazo, por meio da insistência em estar juntos, nos fóruns coletivos. Esta sinergia construída entre os parceiros da pesquisa, quando leva ao reconhecimento de que no programa participativo, houve a valorização da construção coletiva de saberes e de promoção de relacionamento entre os parceiros, torna-se um componente favorecedor da PC nos estágios subsequentes do programa (JAGOSH, 2012).

Nos meses seguintes ocorreram reuniões com os membros do CLS em que o regimento interno foi concluído. Em seguida, ocorreu reunião com membros do CLS com toda a comunidade para que fosse feita a aprovação do regimento e homologação, ou nova eleição, de sua diretoria. Eu havia agenciado a sua realização com os membros do CLS e com os profissionais de saúde da UBS. Para tanto, preparei e enviei, com antecedência, convites para serem afixados e distribuídos em toda a comunidade. A reunião foi dirigida pela gestora da UBS em acordo com a presidente do CLS. Eu optei por não participar da reunião para que minha presença não fosse um empecilho ou exercesse pressão sobre a opinião das pessoas sobre o regimento interno, que havia ajudado a elaborar, ou sobre a homologação ou eleição da diretoria.

Retornei a Belo Horizonte e na semana seguinte fui informada que o regimento do CLS havia sido aprovado pela comunidade e os nomes da diretoria já em atividade haviam sido homologados. Além disso, o regimento interno já havia sido encaminhado ao CMS e aguardava a inclusão em pauta para posterior aprovação.

Na última visita realizada à comunidade, para o encerramento das atividades da

pesquisa, conversei com a gestora da UBS acerca do CLS e foram abordados os fatores políticos e de organização da comunidade, que se constituem em entrave para a consolidação das instâncias participativas, como mostrado no relato abaixo:

A gestora relatou que recebeu a informação na SMS de que “a aprovação do regimento interno do CLS de SPJ não tinha sido colocada em votação ainda porque havia outros assuntos em pauta mais importantes”. Disse ainda ter sido informada por um membro do CMS que este “não se reúne faz tempo”. Também informou que a presidente do CLS não a havia procurado desde a conclusão do regimento” (Nota do dia 09 de outubro de 2014).

Este relato corrobora com a argumentação de Serapioni e Matos (2013) quando afirmam que a tendência nos sistemas de saúde é a de abranger uma PC reduzida em que as instâncias participativas são ainda pouco utilizadas pelos grupos sociais, havendo escassez de mecanismos capazes de aproximar esses cidadãos ao sistema de saúde, algo considerado um obstáculo à relação da gestão de saúde com o ambiente social envolvente e à relação mais democrática na saúde por meio de maior participação. Outros autores afirmam que os conselhos de saúde “não asseguram a efetivação dos interesses representados, porque o respeito ao conselho como instância deliberativa depende da associação da vontade política dos governantes e da mobilização da sociedade civil” (JORGE; VENTURA, 2012, p. 110).

A apatia atribuída à presidente do CLS revela o contexto de baixa capacidade que se constitui em empecilho à PC visto que, para promovê-la, é necessário que haja líderes motivados, dispostos a organizar a comunidade e mobilizar recursos para a resolução de seus problemas de forma conjunta (NDEKHA et al., 2003).

No mês de fevereiro de 2015, em contato telefônico realizado com a comunidade, fui informada que o CMS ainda não havia aprovado o regimento interno do CLS.

## **Ação 2 – Articulação com o poder público**

Na etapa do planejamento foi identificado pelo grupo a necessidade de contatar e inquirir as instâncias políticas responsáveis pelas questões que envolvem os problemas de saúde elencados, como forma de compreender a realidade desses problemas e as possibilidades de intervenção sobre os mesmos.

Nesse sentido, definiu-se que seria pleiteado o redirecionamento de uma verba, oriunda de emenda parlamentar, inicialmente destinada à construção de uma “academia da cidade”, para a compra de uma ambulância para ao distrito de São Pedro. Foi deliberado,

ainda, sobre a organização de um abaixo assinado na comunidade, formalizando o interesse e necessidade de todos em relação à construção da rede de coleta e tratamento do esgoto, documento que seria entregue à COPANOR.

Foi eleita uma comissão para cuidar da elaboração do abaixo-assinado e do gerenciamento da coleta de assinaturas. Com relação ao redirecionamento da verba da emenda parlamentar, fomos informados que não havia previsão de quando e como isso se daria, como pode ser visto no trecho a seguir:

"Nas discussões com o deputado foi dito que queríamos a troca do benefício... ao invés da academia que fosse a ambulância. Parece que vai ter possibilidade das duas coisas (...) pois tem um outro programa que independente da emenda parlamentar vai sair. Então quer dizer, nós estamos com duas chances, tanto pela emenda e quanto por este outro programa, que tem a possibilidade de sair a ambulância para aqui. Então, eu vim de lá muito animada, mas ela não falou quando, mas tudo indica que tem grande chance da gente ser contemplado" (Fala de Clementina. Nota do dia 04 de dezembro de 2013).

Se esta via política parecia favorecer o alcance do objetivo, a outra, por meio da prefeitura, aparentava não ser propícia, dadas as dificuldades do município em adquirir verbas por meio da apresentação de projetos, conforme mostrado no extrato abaixo:

"Nesta questão de montar um projeto para ser contemplado não é fácil, né? O diretor de projetos do município explicou que se colocar uma vírgula a mais ou a menos a gente perde. Então Jequitinhonha ainda não foi contemplada por um projeto que ele fez, o projeto não foi aprovado. Mas o governo estadual vai doar uma ambulância pra Jequitinhonha, inclusive uma de porte maior." (Fala de Clementina, nota do dia 04 de dezembro de 2013).

Vê-se que as tentativas de obtenção de recursos destinados à compra de ambulâncias para o município haviam falhado, indicando uma situação de adversidade financeira, algo já informado anteriormente pelos profissionais de saúde. Perante estas informações, discutimos sobre a possibilidade de aguardar alguma resposta referente à aquisição de verba por meio de intervenção parlamentar. Ponderamos, ainda, sobre o que poderíamos fazer para aumentar as chances de obtenção da ambulância e a opinião dos presentes foi no sentido da mobilização para a ação, conforme exemplificado a seguir:

"Jacira comentou que "a gente não pode parar por aí, se nós cedemos, fica só em Jequitinhonha mesmo... todos nós da comunidade, temos que fazer alguma coisa, algum pedido, não parar por aqui (...) um abaixo assinado, fazer alguma coisa, porque senão São Pedro não tem ambulância nunca". Justino acrescentou: "eu acho é que não pode deixar e esperar eles (gestores do município) ficarem dormindo não, tem que acordar eles". Isidoro disse que "nós queremos a ambulância aqui e não lá no Jequitinhonha (sede)... vamos fazer um abaixo-assinado e levar para a Secretaria

de Saúde” (Nota do dia 04 de dezembro de 2013).

Percebe-se que, perante a opção de alcance do objetivo por meio de uma via, que se mostrava favorável, porém incerta, em que a comunidade não teria outra coisa a fazer senão aguardar, e diante de outra, através da prefeitura, que revelava um contexto político-econômico desfavorável, os membros da comunidade expressaram interesse e disposição para tomar outro caminho, por meio do qual eles teriam chance de agir. Isto pode indicar que, mesmo dadas as características de baixa capacidade da comunidade para a ação coletiva, assinaladas até o momento, havia uma resiliência por parte deste grupo de pessoas. Ou seja, elas esboçaram uma capacidade de reagir a situações desfavoráveis exprimindo vontade de atuar sobre elas um fator importante para o sucesso de programas de saúde (BROWN; KULIG, 1996; MORGAN; ZIGLIO, 2007).

Ao debatermos sobre esta sugestão de realizar o abaixo-assinado, consideramos que tal atividade já estava em andamento, porém com a finalidade de requerer o sistema de esgotamento. Portanto, decidimos sobre uma outra opção de ação coletiva, construída em conjunto, a saber, a formação de uma comissão para ir até à prefeita para entregar-lhe um ofício solicitando que a ambulância fosse tida como prioridade para o município.

Fora acordado com a comunidade um prazo para a execução das atividades de elaboração do abaixo assinado sobre o sistema de esgotamento e elaboração e entrega de ofício à prefeitura, solicitando prioridade da ambulância para o distrito. Há dez dias para a data combinada de conclusão das tarefas, identificamos que os participantes não conseguiram concluir as que lhes foram determinadas em reunião. Preocupadas com o tempo que se esgotava, nós (pesquisadoras) decidimos que seria apropriado obter algumas informações sobre os problemas elencados pela comunidade nos órgãos municipais responsáveis, a saber a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e a Secretaria de Obras e Infraestrutura (SMOI) a fim de acelerar o processo de ação. Optamos por suspender algumas das ações que estavam em curso, como por exemplo a carta com a assinatura dos moradores, até que tivéssemos mais informações sobre o assunto na Prefeitura.

Sabíamos neste momento que nós, pesquisadoras, estávamos tomando decisões sem dialogar com os representantes da comunidade, embora, na maior parte do programa, tenhamos primado por estabelecer uma relação em que as decisões eram tomadas de forma conjunta. Mesmo nestes momentos notamos que havia confiança em nosso trabalho, talvez devido ao bom histórico da colaboração já apontado anteriormente e devido à dinâmica do



grupo construída com base na transparência, horizontalidade, reflexão e planejamento conjunto, estabelecida nos seis meses de parceria.

De fato, a integridade das pesquisas participativas depende da presença, dentre outros fatores, da confiança que é estabelecida nos processos de decisão que aportam a diversidade e permitem que os parceiros expressem seus diferentes pontos de vista por meio do diálogo (CARGO; MERCER, 2008).

Com esta mudança de planos, as oficinas que haviam sido agendadas com a comunidade para o mês de janeiro de 2014 foram desmarcadas para ceder lugar às reuniões com os gestores em Jequitinhonha que correram no dia 28 de janeiro. Quanto às ambulâncias, o extrato abaixo contém parte das informações adquiridas:

“Na secretaria de saúde fomos informadas de que há no município quatro ambulâncias equipadas e completas que atendem à sede e fazem constantes viagens intermunicipais e, por este motivo, necessitam constantemente de reparação, o que tem prejudicado o atendimento. Quanto aos distritos rurais, fomos informadas que estes possuem somente carro da saúde do tipo “passeio” que são usados para fins administrativos, embora, em caso de necessidade, são usados também para o transporte de pacientes para a sede do município. Destes distritos, apenas SPJ conta com dois carros. Referente ao processo de aquisição das ambulâncias, fomos informadas que os veículos são obtidos via projetos e convênios enviados ao governo do estado e que o secretário vinha se empenhando para conseguir mais ambulâncias para o município, contudo sem sucesso. Fomos informadas, também, que há possibilidade de chegada de mais uma ambulância para Jequitinhonha, que ficará a serviço de todo o município e que esse pleito havia sido feito em fevereiro do ano passado via secretaria de saúde ao governo estadual, mas ainda não há previsão para a sua entrega” (Nota do dia 28 de janeiro de 2014).

Pode-se perceber que a situação do município quanto ao atendimento de urgência por meio das ambulâncias encontrava dificuldades financeiras em relação à manutenção e à aquisição de novos veículos. A via política de acesso aos recursos por meio de parceria com o governo do estado também não havia gerado frutos até o momento. Desta forma, confirma-se que o contexto político-econômico do município não era favorável à obtenção de uma ambulância especificamente para SPJ já que nenhum distrito possuía ambulância e SPJ era o único que contava com dois carros da saúde. Também porque, como visto anteriormente, o próprio município já havia feito a requisição de um outro veículo via verbas estaduais e teve o projeto negado.

Em relação ao serviço de esgotamento de SPJ obtivemos poucas informações. Não havia nenhuma informação sobre uma obra que os moradores relataram ter sido iniciada a aproximadamente quinze anos atrás, mas foi deixada inconclusa. Também não havia notícias sobre um inquérito feito por agentes incógnitos à comunidade acerca da situação de

saneamento no distrito, além de nenhum conhecimento acerca das ações passadas nem das ações presentes de saneamento que estavam ocorrendo no distrito. Em referência aos planos para o estabelecimento de um sistema de esgotamento canalizado em SPJ fui informada que:

“A prioridade do município em questão de esgotamento é a sede, porque tem muitos bairros que ainda não tem o sistema canalizado e em alguns o esgoto corre aí, na rua mesmo. Então primeiro a gente tem que resolver o problema aqui e aí depois a gente vai agir nos distritos. Mas, como São Pedro e Estiva são os maiores, eles estão na lista dos próximos a serem beneficiados” (Fala do representante da SMOI. Nota do dia 28 de janeiro de 2014).

Por meio das informações obtidas percebemos que o contexto político-econômico, de modo geral, mostrava-se desfavorável para o alcance dos dois objetivos traçados no programa dadas as questões relativas à capacidade de gestão, aos fatores políticos que definem a prioridade das ações e aos fatores econômicos. A este respeito argumenta-se que o meio sociopolítico geralmente desencoraja o alcance dos objetivos de melhoria na saúde por meio da PC, isto porque, via de regra, os responsáveis pelas políticas públicas não desejam promover a distribuição do poder e incluir a comunidade nos processos decisórios (RIFKIN; LEWANDO-HUNDT; DRAPER, 2000). Uma das razões desta restrição de verbas para a saúde nestes países é a situação de dificuldade econômica pelos quais passam, sendo os setores que mais sofrem com os cortes orçamentários o da prevenção e o da atenção básica, os que geralmente abrigam as iniciativas de participação. Alia-se a isto o fato da PC ser comumente incentivada em comunidades que vivem sob tais circunstâncias, via de regra, mais pobres e marginalizadas e todos estes aspectos, contribuem para a não participação comunitária nas ações de saúde (MORGAN, 2001).

Na oficina seguinte discutimos sobre as informações obtidas nas SMS e SMOI acerca da carência de ambulâncias, compartilhada por outros distritos rurais e até mesmo pela sede, que lidava ainda com as condições precárias dos veículos existentes. Debates sobre a ausência de dados sobre a utilização dos carros de saúde para os casos de urgência e transferência de pacientes do distrito para a sede, bem como sobre a ausência de informação acerca do número de chamadas feitas para solicitação de envio da ambulância para SPJ. Concluimos, juntos, que deveríamos aguardar e acompanhar o resultado do processo político de envio da emenda parlamentar mencionado anteriormente.

Verificamos, também, nesta oficina, que a esta altura, a comunidade demonstrava ter mais confiança em nosso trabalho, como ilustrado no trecho abaixo:

“Clementina me parabenizou, e disse que as pessoas não têm mais dúvidas que o processo de pesquisa sobre o problema da falta da ambulância foi positivo pois "nós temos que trabalhar com nossa realidade e a realidade tá aí, ou seja, o que você fez? Você tirou um xerox do nosso município e mostrou para nossa comunidade. Nós que estamos aqui vai ser o quê? Multiplicadores do que nós ouvimos, né? Coisa real, coisa correta. Você (referindo-se a mim) não tem necessidade nenhuma, você saiu de lá (BH) pra nos ajudar. Você não está fazendo a cabeça de ninguém. Você não é candidata a nada e está aqui pra nos ajudar" (Nota do dia 18 de fevereiro de 2014).

Nota-se que havia credibilidade e reconhecimento de que nós, pesquisadoras, estávamos realizando um trabalho de pesquisa que visava produzir benefícios para a comunidade. Tal confiança pode ter sido resultado de todo o processo horizontalizado e transparente que intentamos construir. De fato, a confiança refere-se à convicção mútua de que nenhum dos parceiros irá explorar o outro e é geralmente resultado da transparência com a qual as ações de cada um dos atores são desenvolvidas (KAMUIRU; MBWISA, 2014). Seu estabelecimento é tido como fator primordial no desenvolvimento de programas participativos e a falha em alcançá-lo pode comprometer a PC no programa (LIAN; KOHLER; ROSS 2015).

Depois de discutirmos as informações adquiridas na SMS, passamos a discutir sobre aquelas obtidas na SMOI e sobre o problema do esgotamento sanitário. Decidimos que a próxima atividade a ser realizada quanto a este problema seria entrar em contato com o gestor da COPANOR, a fim de obter informações sobre quais são os planos do município com relação à SPJ.

Eu propus, e foi aceito pelo grupo, que fizéssemos um projeto de pesquisa com o objetivo de obter dados que comprovassem a real necessidade de um sistema de esgotamento para SPJ, para a partir dele, preparar um documento de solicitação de construção de um sistema de saneamento canalizado no distrito. Definimos que este documento seria entregue às autoridades políticas competentes, junto ao abaixo assinado e o ofício preparado pelos estudantes. No dia seguinte iniciamos a elaboração do projeto com a definição do objetivo geral, os objetivos específicos e atividades relacionadas à cada um deles, conforme descrito a seguir:

“Expliquei que em um projeto de pesquisa há passos a serem seguidos, sendo o primeiro deles o de definir o objetivo geral e os objetivos específicos, e depois, definir a forma como vamos alcançá-los, ou seja os métodos e as atividades. E perguntei então qual seria o objetivo do nosso projeto? As pessoas responderam que era obter um sistema de esgoto canalizado para SPJ. Perguntei, então, quais os passos precisaríamos para alcançar o esgotamento e quais informações precisaríamos obter para que o esgoto seja alcançável. Clotilde disse que “precisamos de uma justificativa, falando da necessidade do esgotamento e também botando dos direitos que a comunidade tem do saneamento básico”. Os participantes

discutiram sobre as condições do destino do esgoto na comunidade, sobre manilhas enterradas mas sem uso ou entupidas porque não tem saída. Então perguntei se sabíamos qual a realidade do esgotamento em SPJ e todos responderam que não. Eu perguntei qual tipo de perguntas deveriam ser feitas para que descobrissemos essa realidade. Clementina sugeriu que fosse: “ele (sistema de esgotamento canalizado) existe ou não existe?”. A partir desta pergunta delimitamos o seguinte objetivo específico: “verificar a situação do encanamento subterrâneo presente na localidade”. Sandra Serafina lembrou que “a maioria das casas que jogavam esgoto na rua agora tem fossas”. Diante dessa informação, lembrei aos participantes que o principal destino do esgoto em São Pedro eram as fossas, e questionei quais seriam as perguntas que precisamos fazer para saber quais as condições das fossas da comunidade. Sugeri as perguntas “todas as casas têm fossa? Quantas casas tem fossa? Quantas casas não tem fossa?” Em quantas casas há fossas em más condições? “. Sugeri ainda a pergunta “quantas casas jogam o esgoto nos córregos ou no rio?”. Após deliberações, decidimos que os demais objetivos seriam: “contatar a COPANOR para obter informações sobre o saneamento no distrito” e “pesquisar sobre a situação do saneamento em SPJ com ênfase nas fossas” (Nota do dia 19 de fevereiro de 2014).

Verifica-se que utilizamos esta oportunidade de planejamento para compartilhar, mais uma vez, os conhecimentos científicos acerca do processo de pesquisa. Ademais, percebe-se que houve participação ativa dos membros no processo de levantamento de perguntas e na definição dos objetivos da proposta investigativa. Tal proposta, uma vez concluída, nos levaria a obter dados que justificassem a implementação do sistema de esgotamento canalizado no distrito.

Uma vez definidos os objetivos, delimitamos as ações para alcançá-los. Quanto à investigação sobre as condições das fossas, os próprios membros da comunidade propuseram e elaboraram um questionário que visava identificar qual a situação das fossas na zona urbana de SPJ (ANEXO B) conforme exemplificado no extrato abaixo:

“Serafina sugeriu, meio em dúvida que “se fizer um questionário de casa em casa... ôh, será que eles (moradores) vão atender a gente?”. Justino afirmou: “vamos passar em casa para ver”. Paulina aprovou e disse “fazer um questionário assim, passar de casa em casa... as pessoas vão responder”. Assim definimos que esta seria uma das atividades a serem feitas. Clotilde sugeriu então que o próximo passo seria “fazer a divisão de casas e fazer o grupo (de pessoas para aplicar o questionário)” Desta forma, um grupo de seis pessoas foi formado e após a reunião, eles permaneceram no local para elaborar o questionário e fazer a divisão de casas a serem visitadas por cada pessoa de forma a visitar o máximo de casas possível” (Nota do dia 19 de fevereiro de 2014).

Nota-se que a proposta de investigação por meio do questionário foi feita espontaneamente pelos participantes e, ademais, eles mesmos elaboraram o seu conteúdo e se responsabilizaram por sua aplicação. Isto pode ser considerado como um aprendizado que resultou do processo educativo acerca da pesquisa e seus métodos, promovido em vários momentos do programa. E tal aprendizado pode indicar um aumento da capacidade da

comunidade para lidar com os problemas enfrentados na comunidade por meio de ferramentas que lhes permitam investigar sua realidade para agir sobre ela.

De fato, é relatado que o treinamento e ensino sobre os métodos de pesquisa são formas de construir a capacidade da comunidade para agir efetivamente em programas de saúde participativos (SALSBERG et al., 2015). Além disso, a coleta de dados de forma colaborativa é um exercício de cooperação, paciência, empatia e de mútua compreensão que podem ser generalizados para outras atividades comunitárias. Coleta de dados de forma participativa que une pesquisadores e representantes da comunidade pode solucionar contradições e diferenças de poder, autoridade e controle por meio da construção conjunta de conhecimentos e seu posterior uso (SCHENSUL; BERG; NAIR, 2013).

No mês seguinte obtive a informação que os responsáveis por aplicar os questionários sobre a condição das fossas haviam finalizado o trabalho. Também coletei na Unidade Básica de Saúde, através dos cadastros da Estratégia de Saúde da Família outros dados referentes ao saneamento.

Outras oficinas foram realizadas com a comunidade para a elaboração do projeto de pesquisa sobre o saneamento de SPJ. Nessas oportunidades, foi dada continuidade ao processo de capacitação do grupo quanto aos métodos de pesquisa, conforme explicitado no trecho que se segue:

“Os dados dos questionários foram apresentados por mim. Aproveitei para explicar sobre os métodos de pesquisa. Primeiro, perguntei àqueles que aplicaram questionários o que eles haviam utilizado para fazer as perguntas quando foram de casa em casa. Guiomar disse que “levou as folhas com as perguntas” ao que expliquei que estas folhas eram parte da metodologia e chamavam-se questionário semiestruturado e esclareci sobre alguns tipos de questionários. Em seguida, passei a enumerar os métodos que utilizamos no nosso projeto, tais como o diálogo participativo, pesquisa documental (ao checar os cadastros da ESF no posto local), questionário e entrevistas. Depois, afirmei que quando se escreve um projeto é muito importante que se recolha o máximo de informações para justificar ou confirmar o que se está estudando e por isto disse que eu prepararia uma introdução em que seriam incluídas informações sobre SPJ, alguns dados do município, dados do Estado, do Governo Federal sobre o saneamento neste caso. Informei que na próxima reunião iria apresentar o projeto de pesquisa concluído para discutirmos e, que com base nele, eu iria preparar uma carta de solicitação” (Nota do dia 07 de abril de 2014).

Observa-se que apesar de ter permanecido no intento de capacitar a comunidade quanto aos métodos de pesquisa, no processo final de compilação dos dados e na preparação da carta eu não incluí ninguém da comunidade. Fiz isso devido à falta de tempo, visto que o processo de trabalho participativo é demorado. Desta forma deixei de atender a um dos princípios da PPBC que é incluir a comunidade em todos os processos da pesquisa e também

na análise dos dados.

Ao término da discussão dos dados concordamos que ainda faltavam informações a serem obtidas na COPANOR tendo em vista os dados conflitantes que foram colhidos na prefeitura. Desta forma, decidimos que um grupo iria mais uma vez à empresa para conversar com um de seus representantes. Depois disto, passamos a deliberar sobre as instâncias políticas às quais seria entregue a carta de solicitação, quando terminada, e decidimos que seria entregue à prefeitura, à COPANOR (Almenara e Teófilo Otoni) e à SMOI.

Na última oficina com os participantes do programa de pesquisa, destinada a seu fechamento, apresentei o texto da carta de solicitação do sistema de esgotamento canalizado para SPJ, preparada com base no projeto de pesquisa que realizamos (APÊNDICE E). Discutimos o texto, fizemos alterações e, no final, foi aprovado por todos. Relembramos que a carta seria entregue às autoridades políticas já selecionadas anteriormente. Juntamente com a carta, seriam entregues o abaixo-assinado e o ofício preparado pelos alunos de terceiro ano do ensino médio da escola estadual local, ambos reiterando a solicitação de implementação de um sistema de esgotamento canalizado no distrito.

O grupo de líderes que foi à COPANOR relatou que foi bem recebido e que o gestor informou que havia grande possibilidade de se conseguir a verba para a execução da obra de saneamento solicitada. Contudo, sugeriu que membros da comunidade fossem também ao encontro do gestor da COPASA em BH para exercer pressão política, já que as verbas existem, mas a destinação delas depende de vários fatores. Seguindo esta orientação, Clementina foi à COPASA e conversou com o gestor, sobre os dados da pesquisa que havíamos realizado e ele afirmou que daria atenção a seu pedido. Ela disse que, dias depois, recebeu uma carta-resposta da COPANOR (ANEXO C) acerca das informações solicitadas e do pedido feito.

Clementina informou ainda, que havia recebido, também, uma resposta quanto à emenda parlamentar enviada ao governo do estado, solicitando a aquisição da ambulância para SPJ. Tanto a resposta dada pela COPANOR quanto à emenda parlamentar estão relatadas no trecho abaixo:

“Clementina relatou que a COPANOR lhe enviou uma carta resposta em julho informando que a obra de implantação do sistema de esgotamento sanitário em SPJ já havia sido licitada e a empresa que executará a obra já havia sido selecionada. Agora, aguardava-se apenas a emissão da ordem de serviço para dar início às obras. Quanto à ambulância, relatou que a verba decorrente da emenda parlamentar para a compra do veículo havia sido liberada. Explicou que esta verba parlamentar, inicialmente era no valor de R\$45.000,00 e seria utilizada para a construção de uma academia à céu aberto no distrito. Mas que ao verificar a prioridade da comunidade nas reuniões, ela fez o pedido ao parlamentar para que a verba fosse destinada a

compra da ambulância e disse ter usado como argumento a parceria com a UFMG no processo. Ela disse que como resultado, uma verba maior, no valor de R\$ 64.999,00 foi conseguida para a compra da ambulância, segundo informado no diário oficial (ANEXO D), e informou que a primeira das três parcelas já havia sido depositada. Perguntei a ela se essa conquista tinha ou não relação com o nosso programa. Ela informou que as reuniões serviram para que ela, enquanto vereadora, tivesse contato com a comunidade e ficasse ciente de que a prioridade era a aquisição da ambulância. Ela concluiu dizendo que considerava este um resultado da ação coletiva, visto que as reuniões serviram para determinar as prioridades e dar legitimidade às suas ações e pedidos. (Nota do dia 09 de outubro de 2014).

Nota-se que as notícias obtidas em relação a todas as ações do programa visando o alcance dos dois objetivos traçados foram positivas. Em relação à aquisição da ambulância tivemos um dado concreto, ou seja, o depósito de uma parcela referente à emenda parlamentar. Em relação à solicitação de implementação do sistema de esgotamento no distrito tivemos apenas a palavra do gestor de que a obra tinha grande probabilidade de ser iniciada em breve. Ao final da reunião eu entreguei um *pendrive* ao presidente da AC contendo todos os dados referentes ao programa, tais como o projeto de pesquisa sobre o esgotamento, a carta de solicitação, os dados dos questionários, fotos das intervenções e etc.

### **5.1.3.3 Ações de capacitação e fortalecimento da participação comunitária**

Ao longo do programa, várias ações educativas foram desenvolvidas, a partir das pesquisadoras, com vistas à capacitação e fortalecimento do grupo, viabilizando a criação de processos de decisão e ação pautados na participação comunitária visando a sustentabilidade. Dentre essas ações está a capacitação da comunidade quanto aos métodos e características da pesquisa e o fortalecimento da Associação Comunitária.

Durante as oficinas, diversas estratégias de sensibilização e reflexão visando um posicionamento crítico foram utilizadas para abordar com o grupo o tema pesquisa. Uma dessas estratégias foi desenvolvida a partir da exibição de um vídeo, em que é feita uma analogia das atividades realizadas no cotidiano das pessoas de uma comunidade rural, com a prática da pesquisa.

Os presentes refletiram que a pesquisa evidencia-se entremeada às diferentes tarefas e ações que desenvolvem em seu dia-a-dia e associaram a pesquisa com inovação e obtenção de novos conhecimentos, características constituintes de todo processo científico: “é a busca por novos conhecimentos” é “tentar diferente, tentar algo que alguém não tentou ainda, melhorando cada vez mais”. Nota-se que os participantes também caracterizaram o programa como lugar de aquisição de novos conhecimentos e citaram o espaço das oficinas enquanto

promotor da aproximação entre os participantes de modo a favorecer a sua coesão e estimular a ação: “cada dia nas reuniões é um pouquinho a mais que se aprende” e “às vezes a gente tem vontade de fazer algo, mas a gente não tem coragem de ir avante e, juntos, um dá força pro outro”.

Valendo-nos da analogia, recurso utilizado no vídeo, utilizamos exemplos que se aproximassem da realidade dos participantes construindo um paralelo com o processo de uma pesquisa, conforme exemplificado no trecho que se segue:

“Iniciei a discussão dizendo que uma pesquisa é iniciada geralmente por uma pergunta, por um desejo de saber alguma coisa, como no caso da receita de bolo, o desejo de comer algo gostoso e saber se as pessoas gostaram depois. Afirmo que a minha pesquisa começou com as seguintes perguntas: como será que é a participação comunitária em SPJ? Será que é possível trabalharmos juntos para melhorar a saúde? Será que é possível aumentar essa participação comunitária? Expliquei que ao fazer o bolo passa-se por etapas: de separação dos ingredientes, de medida dos ingredientes, do tempo certo de colocá-los na panela. Há uma série de métodos que são utilizados, segue um passo depois do outro para realizar uma pesquisa, para atingir um objetivo que se tinha no início, que surgiu a partir de perguntas. A partir daí passei a relembrar sobre o nosso programa e os passos tomados e métodos que haviam sido utilizados até ali” (Nota do dia 17 de fevereiro de 2014).

Esta *comunicação* que toma como ponto de partida do processo pedagógico o saber anterior do educando, é um elemento fundamental da Educação Popular e Saúde (EPopS) e o conhecimento, por vezes fragmentado e pouco elaborado emergente, é a matéria-prima da educação popular (BRASIL, 2007). Como um dos principais expoentes da EPopS, Freire propõe que o objetivo do diálogo é a prática. Com base em sua proposta educativa, sugere-se que três passos sejam seguidos para chegar-se à ação: a escuta, o diálogo e a prática, em um círculo contínuo. No estágio do diálogo, deve-se utilizar elementos concretos que sejam catalíticos para fazer emergir, em relação ao assunto principal, a projeção dos significados e das subjetividades que são parte da vivência dos participantes em sua relação com o mundo que os cerca (WALLERSTEIN; SANCHEZ; VELARDE, 2005). Acreditamos ter caminhado neste sentido ao trazer um vídeo, que mostrava uma realidade próxima à dos participantes, ademais de termos utilizado o saber e experiências prévias dos participantes, como elementos disparadores do diálogo de modo a construir conhecimentos sobre um assunto – a pesquisa – cuja prática já estava em curso, mas cujo conhecimento acerca deste mesmo assunto intentávamos aprimorar.

Ainda durante o diálogo promovido com base nos elementos do vídeo e nas experiências dos moradores, os presentes citaram características da comunidade que apontam



para uma baixa capacidade para o agir em conjunto rumo à solução dos problemas observados na comunidade, conforme consta no relato que se segue:

“Perguntei aos presentes se eles achavam que as pessoas apresentadas no vídeo pareciam ou eram diferentes das pessoas de SPJ e em que medida elas se pareciam e eram diferentes? “As pessoas de lá são mais inteligentes que as de São Pedro”, respondeu Justino. ‘O pessoal de SPJ é acomodado’. Faustino disse que ‘as vezes há oportunidades na comunidade de fazer coisas pra melhorar e isso ocorre nas reuniões da associação, mas o povo às vezes começa a ir e depois para e se acomoda’. Acrescentou que acredita que as pessoas do vídeo ‘são pessoas que passam por grandes dificuldades como as de SPJ e que tentaram, da mesma forma que estamos fazendo aqui, nos reunindo, para enfrentar essas dificuldades’. ‘Parece que aquelas pessoas acreditam nos seus potenciais e lutam e trabalham em SP as vezes tem pessoas que sabem fazer essas coisas, biscoito, bolo, pão, mas que não colocam em prática e principalmente não trabalham em conjunto para beneficiar mais pessoas... não trabalham para melhorar a comunidade’. Perguntei se quando a gente fala ‘o povo de SP’ a gente está falando da gente mesmo, se a gente está se incluindo neste povo. Justino disse que ‘sim, mas que há uns mais espertos e uns mais lerdos, e uns folgados... os mais espertos vão às reuniões enquanto os mais lerdos e folgados dizem: ah, eu não vou não, pois não tenho nada com isso’ Agenor disse que ‘antigamente tudo o que plantava dava e as pessoas trabalhavam juntas ajudando umas às outras, já hoje...” (Nota do dia 17 de fevereiro de 2014).

Embora não tenha sido uma demanda do grupo, decidimos por investir esforços para conhecer e fortalecer as ações da Associação Comunitária Renascer, existente na comunidade.

Para compreender as dinâmicas e funcionamento da AC, conversamos com a presidente, que me informou que havia renunciado ao cargo, o qual passou a ser exercido pelo vice-presidente. Os motivos da sua renúncia estão explicitados no trecho baixo:

“Eu resolvi entregar (a presidência) porque meu pai tá doente já faz tempo. Mas de um tempo pra cá ele piorou... e eu tenho que levar toda semana, às vezes três dias na semana, pra fazer os exames lá em Jequitinhonha e isso toma muito tempo... Não estava tendo tempo de mexer com as coisas da associação e eu não acho isso certo.. Então conversei com o Faustino, que acabou aceitando (...) Também tem umas pessoas que falam muito da vida da gente, falam cada coisa que dá até tristeza... é uma pressão grande que já não aguentava mais” (Nota do dia 28 de Janeiro de 2014).

Percebe-se mais uma vez a questão das relações entre as pessoas da comunidade como desestímulo à participação e conseqüente enfraquecimento da OBC. Outra moradora ratificou que a renúncia de Tarcísia ao cargo estava relacionada, em grande parte, às difamações, conforme consta no relato que se segue:

“O povo de São Pedro é difícil demais, eles falam demais dos outros. Tem umas pessoas que começaram a espalhar mentiras e fazer fofoca, sabe? Inclusive ela (Tarcísia) tira dinheiro do próprio bolso pra fazer as coisas da associação, pra ir no Jequitinhonha, registrar ata e conversar com o povo lá (da prefeitura e da secretaria de assuntos sociais). Claro que o pai dela tá doente e foi isso que ela disse pra sair.

Mas eu acho que esse não foi o motivo maior não. Foi por causa dessas fofocas, desse falatório todo. Ninguém aguenta isso não”. (Fala de Matilda. Nota do dia 28 de janeiro de 2014).

Em outra oportunidade, conversamos com o presidente em exercício da AC, Faustino, a fim de obter informações sobre o histórico e a atual condição desta instância participativa, de modo a compreender os demais aspectos da comunidade que podem incidir sobre a PC. A conversa foi bem elucidativa quanto a algumas questões que influenciavam a dinâmica participativa nesta instância e que delimitavam a sua constituição, conforme explicitado no extrato que se segue:

“A AC Renascer tem um ano e dois meses contados a partir da data de sua fundação. Antes de sua formação, haviam duas associações comunitárias inativas na zona urbana de SPJ e três na zona rural, sendo que a mais antiga delas foi formada 4 ou 5 anos atrás. Ele informou que os moradores foram incentivados a reativarem as ACs da zona urbana durante o PPC-SPJI, contudo, ao verificarem a situação real de ambas, repletas de dívidas e pendências, descobriram que seria mais fácil criar uma nova associação do que reativar uma das anteriores. ‘O incentivo dos pesquisadores foi importante para a criação da Renascer. A gente via também que outras pessoas de comunidades vizinhas, conseguiam as coisas porque estavam organizadas, aí a gente decidiu formar uma aqui de novo’. ‘A comunidade perdeu muito porque não tinha associação, como por exemplo a perda de um projeto que disponibilizaria recursos para construção de um campo de futebol no local e de outro que solucionaria o problema da falta de moradias e das casas sem banheiros em SPJ” (Nota do dia 10 de março de 2014).

Verifica-se que em SPJ há um histórico prévio de existência de ACs tanto na zona rural, quanto na urbana. Esta trajetória, porém, é marcada por descontinuidade e desafios que culminaram com a ausência de associações durante algum tempo. Mesmo perante este histórico conturbado, houve uma mobilização comunitária para a fundação de uma nova associação, algo que se deu, em parte pelo reconhecimento de sua importância para a comunidade e em parte devido ao incentivo dos pesquisadores no PPC-SPJI.

Embora fosse bastante recente, a AC, estava em via de estruturação e tinha obtido certo avanço em seu processo de consolidação. Entretanto, enfrentava dificuldades que ameaçavam este processo, como por exemplo a construção da sede e de uma infraestrutura necessária para o seu funcionamento. Percebe-se que os membros da AC mobilizaram-se na tentativa do estabelecimento e da organização dessa sede, contudo, os entraves político-econômicos do distrito prejudicavam o avanço das ações, conforme relatado no extrato abaixo:

“Em outubro de 2013 os membros da associação enviaram um ofício à Prefeita requisitando auxílio para a reforma do centro comunitário, mas tendo em vista a escassez de recurso financeiro do município não foi dada previsão. Decidiram, portanto, elaborar um projeto para requisitar o apoio da prefeitura para a reforma do centro comunitário, que abrigaria, também, as turmas do ensino fundamental da escola municipal, cujas aulas estavam ocorrendo em uma casa improvisada sob

condições precárias. Ele relatou que a inspiração para este projeto foi o projeto de pesquisa sobre o esgotamento que estávamos realizando: Neste projeto eles elaboraram um questionário que iriam aplicar aos pais dos alunos da escola municipal que continha perguntas acerca da condição da casa onde a escola está abrigada e se eles preferiam que ela fosse transferida para o edifício do Centro Comunitário. Justino relatou que se espelha nas reuniões do programa para conduzir as reuniões da AC: ‘eu estou aprendendo várias coisas nas reuniões (do programa), de como dirigir as nossas reuniões da AC, ter ideias novas para a gente fazer lá’ (Nota do dia 10 de março de 2014).

Percebe-se, pelo relato acima, que houve a junção de três elementos na tentativa de sensibilizar e pressionar o poder público, que foram: a inclusão de uma demanda comunitária, a elaboração de um projeto estruturado e a coleta de opiniões dos pais dos escolares, que possivelmente seriam favoráveis à transferência do local. É importante notar que duas destas estratégias foram elaboradas como resultado do aprendizado alcançado por meio do PPC-SPJ, indicando que ao eleger a participação comunitária como ponto central dos projetos de pesquisa, com inclusão da liderança local, houve a promoção de um aumento da capacidade comunitária para enfrentamento de seus problemas.

De fato, quando as intervenções comunitárias de saúde são vistas como parte de um sistema complexo de processos e eventos, com reconhecimento de que tais iniciativas podem influenciar tanto o contexto quanto os indivíduos da comunidade, há a oportunidade de criar e aprimorar recursos e estruturas existentes, aumentando a capacidade da comunidade para o enfrentamento de problemas futuros (TRICKETT et al., 2011). E experiências que mostraram que a comunidade adquiriu novas habilidades para lidar com seus problemas a partir da capacitação para a pesquisa (ISRAEL, 2010), corroboram o afirmado.

Outro aspecto que emergiu na conversa com o presidente da associação, e também confirmada por outros atores locais, foi a indicação recorrente de que o individualismo e a falta de noção de coletividade, características da comunidade de SPJ e que contribuem para o enfraquecimento das OBC como exemplificado no trecho a seguir:

“Faustino relatou que a frequência média de participação nas assembleias da AC é de 25 a 35 pessoas, dentre, aproximadamente, 70 sócios. Ele e Vitorino (sócio da Renascer) disseram que uma das razões para a frequência ter diminuído foi a percepção, por parte de vários sócios, de que a associação trabalharia em prol de assuntos coletivos e não individuais. Vitorino disse que: ‘eles deixaram de participar quando viram que a gente não ia resolver as questões só deles, como a construção de banheiros em casas. As pessoas são desanimadas, e não acreditam que vai funcionar’. Estas falas de Vitorino e Faustino me fizeram recordar da conversa que tinha tido com Leontina no mês passado em que ela criticou a atitude passiva dos moradores de São Pedro acerca dos problemas coletivos. E afirmou que ‘as pessoas pensam apenas cada um em si e se vão ganhar alguma coisa com as reuniões. Ela citou o exemplo das reuniões na escola que são convocadas para que os pais possam acompanhar o desenvolvimento dos filhos e propor melhorias, mas ‘são poucos os

que vão’. Porém, ‘quando chama para uma reunião do Bolsa Família todos vão’. Relatou que o mesmo ocorre com as reuniões da AC. Ela disse que Faustino ‘fez convites e entregou para todo mundo e em toda reunião ele avisa e chama, mas muita gente deixou de ir’.

Com efeito, a PC tem seu processo de construção comprometido em ambientes individualistas (ATKINSON et al., 2011) e em alguns estudos foi relatado que o individualismo por parte dos membros comunitários foi tido como fator que limita a participação nas OBCs e em programas participativos (LIPPMAN et al., 2013; ATKINSON et al., 2011).

Em maio de 2014, estivemos novamente com a ex-presidente e ainda sócia da AC, Tarcísia. Em nossa conversa ela pontuou alguns desafios impostos ao trabalho coletivo e demonstrou tristeza pelo fim do programa e pela saída dos pesquisadores do campo, conforme descrito abaixo:

Acredita que muitas pessoas de SPJ não se uniam e não reivindicavam seus direitos devido ao medo de sofrerem alguma represália por parte dos governantes, ou por parte de outros moradores. O fato de serem simpatizantes de um determinado partido e o líder é simpatizante do partido oposto inibe o processo.. Disse pensar que a cultura coronelista ainda recente no local pode justificar isso. Quando assumiu a AC ouviu de pessoas, antes envolvidas com a liderança local, discursos e palavras negativas de que não daria certo. Pensa que muitas pessoas são imediatistas e após receberem muitos “nãos” por parte dos governantes e da Prefeitura, desanimam e perdem as esperanças deixando de participar das ações coletivas e de lutar por seus direitos. Ela também esboçou preocupação com o término do projeto e com nossa saída afirmando que ‘a gente tenta mas não tem tanto conhecimento como vocês e sem vocês aqui vai ficar mais difícil fazer as coisas andarem. Vocês sabem falar melhor e sabem também como conseguir informações e encontrar os documentos e leis, mexer na internet e tudo. As coisas são sempre muito difíceis e com ajuda é sempre melhor, ainda mais, ajuda de gente inteligente e da universidade’ (Nota do dia 19 de maio de 2014).

Observa-se que Tarcísia foi capaz de analisar a situação política histórica e cultural que favorece a desmobilização comunitária. Os fatores apontados mostram-se como modeladores, e por vezes subjulgadores, do processo participativo. O fato do coronelismo ter sido citado perante à impotência da comunidade, que confessa depender de ajuda externa (dos pesquisadores) para superar suas opressões, reforça o papel social da universidade na capacitação das lideranças comunitárias e no jogo de poder.

Todo este cenário político-econômico desfavorável ficou ainda mais evidente em nossa última ida à comunidade no mês de outubro de 2014, quando encerramos o programa. Naquela ocasião, conversei com o presidente da AC e ele me relatou que, por não terem conseguido apoio da prefeitura em seus projetos, decidiram agir com recursos próprios. O relato de parte da conversa está contido no extrato que se segue:

“Os sócios decidiram dar início à reforma do centro comunitário (CC) com recursos próprios, já que a prefeitura não deu resposta quanto ao pedido de recurso solicitado via projeto elaborado (cerca de R\$ 1.300,00). Disse que receberam uma doação de material suficiente para iniciar as reformas e que já angariaram fundos para pagar um pedreiro. Informou, também, que ‘formaram grupos (dentre os sócios) e cada um tem um dia certo de ir lá (no centro comunitário) pra fazer alguma coisa... ou limpar, ou consertar, ou trabalhar com o pedreiro. Dois grupos já foram e agora já está bem melhor do que antes’. Quanto ao questionário que eles aplicariam aos pais dos alunos da Escola Municipal informou que haviam desistido, já que ‘os pais haviam dado para trás’ e não o procuraram mais. Ele relatou que alguns desistiram porque o proprietário do imóvel em que a escola está instalada ameaçou as pessoas e acusou-as de serem invejosas porque a escola funciona em sua propriedade e recebe aluguel da prefeitura. Completou dizendo que ‘se eles que deveriam ser os mais interessados em resolver o problema (pois são seus filhos que estão na escola) não estão, então a gente não pode fazer nada... o interesse da AC é resolver problemas coletivos da comunidade, mas pra isso tem que ter interesse e união’ (Nota do dia 09 de outubro de 2014).

Essa forma de organização da AC frente a não obtenção de recursos da Prefeitura corrobora o argumento de Valla (1998) quando diz que a perspectiva popular em nosso país é de que a política e os governantes merecerem pouca confiança, algo que resulta em ações populares, geralmente iniciadas por OBCs, que visam a resolução de seus problemas com base no apoio mútuo e na solidariedade, uma tendência que “representa a pouca esperança de que os políticos brasileiros venham a levar em conta as necessidades das populações pobres” (p.17) .

Embora os sócios da associação tenham mostrado voluntariedade para o agir em prol de um alvo que beneficiaria a coletividade, percebe-se que outros atores locais não demonstraram esta mesma disposição, mesmo diante de problemas que lhes diziam respeito diretamente, evidenciando, uma vez mais, a dificuldade de promoção da participação em um contexto social de apatia e desinteresse.

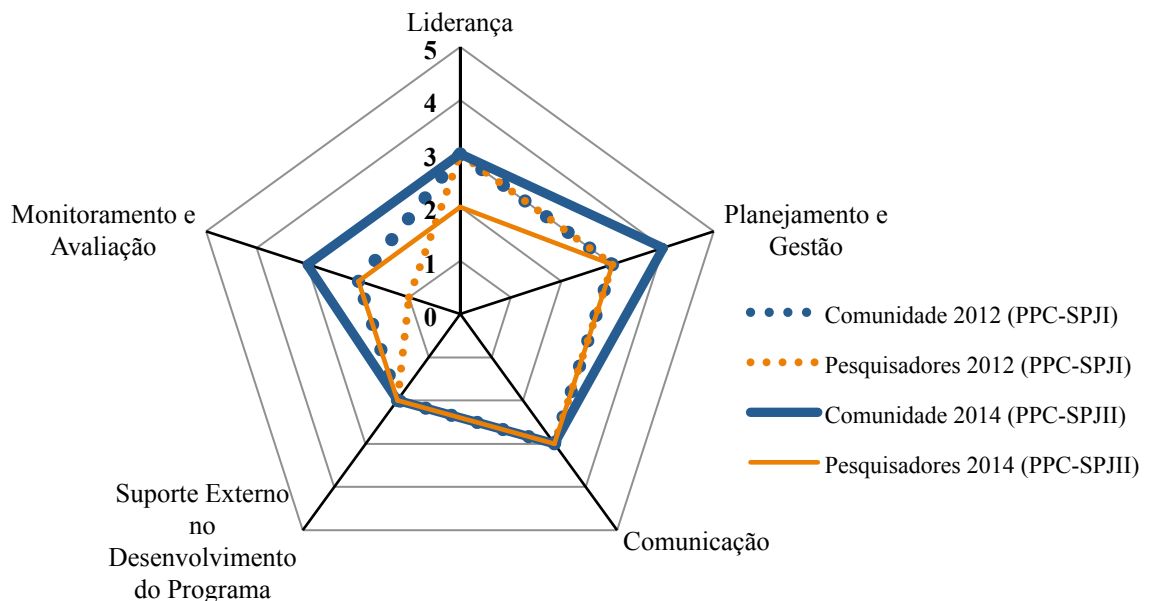
Tendo em vista as dificuldades políticas, econômicas e de capacidade da comunidade, percebe-se que há grandes obstáculos a serem vencidos para que haja a plena constituição dos fóruns participativos em SPJ. Tais dificuldades parecem sobrepujar a capacidade da comunidade para resolvê-las. Porém, a resiliência que a AC tem mostrado perante estes desafios e a persistência de alguns atores locais (tais como a gestora da UBS, a vereadora e alguns líderes religiosos) apontam para um caminho árduo, porém possível de ser trilhado rumo a este objetivo.

**5.2 – 2ª Etapa: Avaliação da extensão da PC alcançada no programa e considerações sobre o uso combinado dos métodos de coleta de dados para a avaliação da PC no PPC-SPJII em relação às dimensões do *spidergram*.**

Conforme explicitado anteriormente, utilizamos o modelo revisado de Rifkin e colegas (2010), denominado *spidergram*, com modificações, para avaliar a extensão da PC obtida no programa. Para cada dimensão apresentamos a pontuação obtida de acordo com cada grupo de participantes (comunidade e pesquisadoras) referente ao ano de 2014 (PPC-SPJII) e em seguida fizemos a comparação com os resultados obtidos em 2012, após o PPC-SPJI. Por fim, fizemos considerações sobre o uso combinado dos métodos de coleta de dados, a saber do questionário e das entrevistas informais, na avaliação da PC no programa em relação às dimensões do *spidergram*.

A figura 10 ilustra as pontuações obtidas nos anos de 2012 e 2014, para cada dimensão, por grupo de respondentes.

**Figura 10** – *Spidergrams* construídos em 2012/2014 com base em dados obtidos por respondentes da comunidade e pesquisadores



### 5.2.1 Liderança

Na perspectiva da comunidade, a PC obtida quanto a esta dimensão no PPC-SPJII foi satisfatória, tendo alcançado três pontos. Os entrevistados indicaram que os pesquisadores lideraram o programa, embora tenham opinado que a maior parte das decisões foram tomadas de forma conjunta com os membros comunitários. Quanto à seleção dos participantes do programa, eles indicaram que as pesquisadoras selecionaram os critérios iniciais para a participação, mas que ao final, a comunidade pôde participar livremente. Com relação à liderança local, eles responderam que houve preocupação por parte das pesquisadoras em incluí-la no programa e em representar os interesses de diversos grupos da comunidade, tentando fazer com que fossem mais capazes de tomar decisões. Ademais, os membros da comunidade entenderam que haviam recebido treinamento sobre liderança.

A percepção das pesquisadoras quanto à extensão da PC nesta dimensão diferiu daquela apresentada acima em alguns pontos e obteve a pontuação dois. Um dos aspectos divergentes foi sobre o papel dos líderes locais no programa, pois as pesquisadoras entenderam que não houve a intenção, por parte da liderança presente, de fazer com que as outras pessoas, tanto aquelas participantes do programa, quanto da comunidade em geral, fossem mais capazes de tomar decisões. Outro ponto de discordância foi em relação à capacitação, em que as pesquisadoras indicaram que não houve uma ação deliberada de treinamento específico neste sentido.

Na avaliação feita em 2012, do PPC-SPJII, a pontuação obtida tanto por meio das respostas dos membros comunitários, quanto dos pesquisadores, foi igual a três. Os fatores que os levaram a esta pontuação foram os mesmos indicados pelos atores comunitários, conforme descrito acima. Naquela ocasião, houve o treinamento formal de alguns líderes e o apoio dos pesquisadores à implantação de projetos de geração de renda na comunidade, ambos visando aumentar a capacidade da liderança local.

Vemos, assim, que na perspectiva da comunidade, a PC nesta dimensão permaneceu inalterada em relação ao PPC-SPJI, enquanto na perspectiva das pesquisadoras, houve um declínio no nível de PC. Isso ocorreu principalmente por não ter havido treinamento específico da liderança para que esta assumisse uma posição de protagonismo no programa e na comunidade e pela baixa capacidade de articulação e de representação demonstrada pelos líderes.

Estes achados corroboram com aqueles de outros estudos em que se utilizou o *spidergram*, cujos dados revelaram que a PC foi reduzida nesta dimensão em decorrência da baixa capacidade de representatividade dos líderes e centralização dos processos decisórios (SCHMIDT; RIFKIN, 1996; JACOBS; PRICE, 2003). Ambos estudos ocorreram em áreas rurais de países em desenvolvimento (Tanzânia e Camboja, respectivamente). Em outros estudos, porém, foi observada ampla participação nesta dimensão. Destes, dois foram implementados em países desenvolvidos como Suécia (BJARAS; HAGLUND; RIFKIN, 1991) e Nova Zelândia (EYRE; GAULD, 2003) e dois foram conduzidos em países em desenvolvimento como África do Sul (BARKER; KLOPPER, 2007) e Mianmar (SOE et al., 2012). Os líderes apresentados nestes estudos possuem as características comuns de serem engajados (muitos deles com histórico prévio de trabalhos comunitários e voluntariado), procurarem representar os interesses de diversos grupos dentro suas comunidades, tomarem decisões em conjunto com demais membros comunitários e pertencerem a organizações de base comunitária ou comitês comunitários estruturados.

Embora os indicadores do *spidergram* tenham sido úteis para avaliar se a liderança local foi incluída no programa e como esta agiu em termos de representatividade dos diversos grupos da comunidade, eles não favoreceram a aquisição de dados que levasse a um entendimento dos contextos que modelam a atuação destes líderes.

Por meio das oficinas e das entrevistas informais foi possível identificar que havia um histórico de fragilidade das instâncias participativas, com a extinção de Organizações de Base Comunitárias (OBCs) e o surgimento de outras, ainda recentes. Também foi possível captar que a fofoca, uma prática relacional mencionada como frequente em SPJ, foi tida enquanto elemento que desencoraja as pessoas a assumirem papel de liderança e a participarem das instâncias participativas. Foi observada ainda a atitude passiva e de falta de iniciativa demonstrada por alguns líderes, nomeadamente a presidente do CLS.

Em outros estudos há relatos de que a fofoca acarretou a não-participação em reuniões de OBCs e constituiu-se em desafio à PC nos programas de saúde (LIPPMAN, et al., 2013; DICKSON-GOMEZ et al., 2014). Em estudo recente feito em SPJ, foi observado que a fofoca foi tida como um fator inerente a todos os moradores da comunidade de modo a constituir-se, predominantemente, em problema dificultador da interação entre os moradores (PEREIRA, 2014).

A fraca capacidade de liderança apresentada por alguns líderes tem sido citada como fator responsável pelos baixos níveis de PC nos programas de saúde. Por isso argumenta-se que para que haja uma PC efetiva nos programas é necessário haver na comunidade líderes



treinados e motivados, com habilidades de organização, comunicação e mobilização de recursos para solucionar os problemas coletivos. Para tanto, sugere-se que tais líderes recebam treinamento, capacitação e fortalecimento que lhes permitam exercer adequadamente as suas funções (NDEKHA et al., 2003).

Oferecemos alguma forma de capacitação para os líderes quando nos reunimos com os membros do CLS, estudamos juntos sobre esta instância participativa e elaboramos conjuntamente o seu regimento interno visando a sua efetivação. Desta forma, investimos na formação dos membros e no fortalecimento de uma OBC já existente, porém frágil, da comunidade.

Jacobs e colaboradores (2003) ao analisar a PC em programas de saúde no Camboja sugeriram que não somente deve-se utilizar as OBCs já existentes no local como meio de se obter uma PC efetiva, como deve-se identificar quais são aquelas mais apropriadas para se constituírem parceiras nestes programas. Como em SPJ haviam poucas OBCs, focamos em uma que pudesse dar continuidade ao trabalho de identificação e busca de soluções dos problemas no distrito iniciado pelo PPC-SPJI.

Ressalta-se que as oficinas propiciaram a apreensão de dados acerca do histórico, funcionamento e dinâmica de outras OBCs, como a AC Renascer, revelando a fragilidade desta instância. Possibilitaram, ainda, identificar a existência de algumas organizações religiosas na comunidade e verificar que alguns de seus membros e líderes fazem parte, concomitantemente, de outras OBCs locais tais como o CLS e a AC Renascer, e vários destes participaram do PPC-SPJI/II.

Atkinson e colegas (2010), a partir da constatação de que líderes religiosos tem grande importância na disseminação de informações de saúde na comunidade, sugerem que tais líderes sejam incluídos nos programas como estratégia de mobilização. Parte das organizações religiosas e de seus líderes foi identificada em nosso estudo, e parte destes líderes, por haverem participado do PPC-SPJI ou do PPC-SPJII talvez tenham adquirido experiência e habilidades para participarem em outros programas participativos futuros no local ou para engajarem-se com mais intensidade nas estâncias participativas existentes.

Concluimos que, quanto à esta dimensão, a inclusão da liderança local no programa foi decisiva para o alcance dos resultados, dado que por meio de sua inclusão nas ações de busca de informações e de reivindicação foi possível pressionar o poder público. Isso demonstra que apesar das dificuldades de organização da liderança local refletida na fragilidade das instâncias participativas, há líderes engajados e organizações funcionais, fatores que constituem um suporte social para ações de empoderamento da comunidade

(LAVERACK; WALLERSTEIN, 2001). E tal potencial deve, portanto, ser aproveitado em programas vindouros a serem estabelecidos no local.

### **5.2.2 Planejamento e Gestão**

Nesta dimensão a PC alcançada foi ampla, na percepção dos membros da comunidade, tendo obtido quatro pontos, pois em sua visão, as necessidades, os objetivos e as atividades do programa foram definidos conjuntamente, pelas pesquisadoras e pelos atores comunitários. Houve indicação de que as atividades refletiram as suas prioridades e que a comunidade participou ativamente na decisão acerca de quais atividades executar. Quanto ao tempo de ação do programa, eles responderam que apesar de ter ocorrido uma definição prévia acerca da sua duração, este tempo foi negociado com eles, tendo sofrido alterações. Em relação à capacitação, consideraram que receberam treinamento sobre administração e gestão.

Já na percepção das pesquisadoras, a PC obtida nesta dimensão foi satisfatória, recebendo a pontuação três. Quanto aos objetivos do programa de pesquisa, responderam que apenas os objetivos das intervenções desenvolvidas foram decididos de forma conjunta. Em relação às atividades do programa, indicaram que elas expressaram não só as prioridades da comunidade, mas também a das pesquisadoras, já que o objetivo principal da pesquisa fora alcançado. Sobre o tempo de ação, as pesquisadoras discordaram da comunidade, considerando estar o programa condicionado a um prazo definido estabelecido no início das intervenções. Concernente à capacitação nesta dimensão, houve o entendimento de que as técnicas participativas de diagnóstico e planejamento empregadas nos processos educativos sobre a pesquisa e o CLS, bem como a construção conjunta de um projeto de pesquisa sobre o saneamento, não se traduziram em treinamento formal sobre administração e gestão.

Na avaliação feita em 2012, tanto os atores da comunidade quanto os pesquisadores avaliaram que a PC havia sido satisfatória e essa recebeu a pontuação três pelas mesmas razões apontadas pelas pesquisadoras em 2014.

Nota-se, portanto, que para os membros comunitários houve um aumento no nível de PC obtida no PPC-SPJII em relação ao PPC-SPJI, devido à negociação do tempo de ação do programa, à capacitação sobre planejamento e gestão e ao desenvolvimento de atividades que refletiram as prioridades majoritariamente da comunidade. Para as pesquisadoras a extensão da PC permaneceu inalterada.

Talvez a diferença nas respostas quanto à definição dos objetivos do programa seja em decorrência da dificuldade de separação entre o que foi objetivo da pesquisa e o que foi

objetivo das intervenções, algo sobre o que as pesquisadoras têm mais clareza. Quanto ao tempo de ação do programa, talvez os participantes tenham respondido que ele foi negociado porque houve discussões quanto às datas dos encontros, que por vezes foram alteradas em comum acordo. Contudo, o tempo final não pôde ser alterado, nem negociado porque o programa estava atrelado a um projeto de mestrado. Em relação à capacitação sobre gestão e planejamento, talvez os membros comunitários responderam que receberam treinamento porque participaram do desenho das intervenções e das intervenções educativas sobre pesquisa, processos que envolveram aspectos de planejamento e gestão.

Dickson-Gomes e colegas (2014) observaram em seu estudo que as pessoas da comunidade também apresentavam percepções equivocadas sobre o que era parte da pesquisa, anterior à intervenção, e o que consistia na intervenção propriamente dita. Concluíram que parte deste entendimento era devido à falta de experiência com intervenções baseadas em evidências e com pesquisas, de modo geral.

Por meio das oficinas e das entrevistas informais foi possível confirmar que as respostas das pesquisadoras se aproximam mais da realidade dos fatos, de que não ocorreu negociação do tempo de ação no estudo e de que não houve treinamento específico sobre planejamento e gestão. Contudo, os dados coletados por meio destas técnicas também nos permitem inferir que o desenvolvimento dos processos educativos sobre os métodos de pesquisa realizados, a inclusão da comunidade no planejamento das intervenções e a construção conjunta de um projeto de investigação, incrementaram a capacidade de planejamento e gestão dos participantes. Isto pode ser exemplificado pelas ações de sugestão de uso, construção e aplicação de um questionário impetradas pelos próprios membros comunitários. Bem como pela elaboração de um projeto de solicitação de fundos para a reforma do centro comunitário e pela confecção de um questionário com fins de investigar a opinião dos pais quanto à situação da infraestrutura na escola municipal local, feitas pelos sócios da AC Renascer. Tais atividades foram relatadas como tendo sido inspiradas por meio da participação no programa.

Estes fatos evidenciaram que, embora não tenha havido uma capacitação específica, as ações conjuntas de planejamento e gestão do programa e as demais ações educativas implementadas, contribuíram para a construção de capacidades neste sentido. Adams e colaboradores (2014) relataram que o enfoque participativo empregado em seu programa, baseado nos princípios da EPopS, que incluiu seus participantes nos processos decisórios e ofertou treinamento incluindo aspectos sobre pesquisa e gerenciamento, favoreceu a aquisição de habilidade de gestão dos participantes. Estes autores argumentam que nestas experiências,

em que há mobilização para a efetivação de tarefas concretas, as pessoas indutivamente adquirem habilidades gerenciais. Igualmente, abordagens de educação que criam espaços dialógicos de cogestão, em que o exercício do poder com-o-outro (*power-with*) é privilegiado, são tidas como empoderadoras (CARVALHO, 2008).

A PC alcançada em nosso programa nesta dimensão de planejamento e gestão foi satisfatória e, talvez, dada a capacitação ocorrida por meio dos diversos mecanismos empregados, verificada por meio das oficinas e entrevistas informais, ela tenha sido de fato alargada em relação ao PPC-SPJI. Este é um dado importante para a continuidade do programa no local ou para a implementação de outros, já que uma PC ampla no planejamento e gestão é correlacionada à sustentabilidade das ações das iniciativas participativas (BARKER; KLOPPER, 2007; KAMUIRU, 2014).

### **5.2.3 Comunicação**

Para esta dimensão a PC foi satisfatória, tendo recebido a pontuação três em ambas as etapas do programa, tanto na opinião dos membros comunitários quanto na percepção dos pesquisadores. Ambos os grupos de atores consideraram que durante as reuniões os pesquisadores utilizaram ferramentas pedagógicas que eram adequadas à cultura, conhecimento e linguagem dos participantes. Entenderam, também, que durante o programa, os pesquisadores procuraram apreender os significados e as representações da comunidade acerca dos temas abordados e avaliaram se as pessoas estavam compreendendo as mensagens transmitidas. Quanto ao processo de educação em saúde, indicaram que foram os pesquisadores quem o conduziu ao escolherem os temas, método e estratégias, sem a contribuição da comunidade. Reconheceram, porém que o processo educativo foi caracterizado pelo favorecimento da autonomia e protagonismo dos coparticipantes ao invés de ter sido centrado na transmissão de conhecimentos. Sobre os materiais utilizados na circulação, divulgação das atividades e resultados do programa na comunidade, eles opinaram que foram adequados ao vocabulário e cultura locais.

Os fatores que limitaram o alcance de uma PC maior neste âmbito são relacionados às tomadas de decisão quanto aos métodos, estratégias e temas dos processos educativos que foram feitas pelos pesquisadores sem a contribuição da comunidade.

Os dados obtidos por meio das oficinas confirmam que a comunicação estabelecida foi no sentido de produzir conhecimentos de forma conjunta e reiteram que os métodos foram adequados à linguagem, à cultura e aos saberes locais. Ademais, revelaram outros elementos

da comunicação que podem ter favorecido a participação no programa tais como o estabelecimento de uma comunicação frequente via reuniões regulares e comunicação das reuniões e de outros dados do programa, via telefone, estratégias tidas como favorecedoras da PC em programas de pesquisa (SALSBERG et al., 2015).

Outro elemento que emergiu dos dados coletados nas oficinas foi o estabelecimento de confiança entre pesquisadores e comunidade algo que é tido enquanto resultado de discussões face-a-face e essencial para o estabelecimento de pesquisas participativas (LIAN; KOHLER; ROSS, 2015; CARGO; MERCER, 2008; ROSS et al., 2010).

Os achados adquiridos por meio das oficinas também apontam que o processo comunicativo foi um dos fatores mais importantes do programa, algo que Marek, Brock e Savla (2015) identificaram como sendo uma das dimensões mais correlacionadas ao sucesso de programas participativos. Para Freire (1967) uma das dimensões mais importantes do conhecimento é a dialógica, referente à comunicação deste conhecimento. Pois é por meio do “diálogo corajoso” que os homens discutem sobre os problemas de seus contextos, são predispostos à constantes revisões, são levados à análise crítica de seus achados, em identificação com métodos e processos científicos, podendo, assim, assumir um olhar crítico e agir sobre sua realidade. Em nosso trabalho identificamos esses elementos que podem ser creditados a todo o processo comunicativo dialógico e educativo estabelecido.

Consideramos assim, que a participação nesta dimensão caracterizou-se pela combinação de instrumentos de pesquisa e intervenção e foi feita por meio da “aplicação de distintos instrumentos combinados e em cadeia de retroalimentação, com elevada participação crítica dos sujeitos, inclusive provendo questões a serem respondidas pelo processo de pesquisa” (TOLEDO, 2014, p.639), fatores presentes em processo participativos mais amplos que favorecem a reflexão e a participação dos sujeitos envolvidos.

Ressalta-se ainda que os participantes reconheceram que as reuniões do programa se constituíram em espaços de aprendizado no âmbito relacional, algo que levou ao aprimoramento da escuta e ao desenvolvimento de respeito. Uma comunicação aberta com utilização de métodos que promovem co-aprendizado, como a desenvolvida no PPC-SPJII, é um elemento que aprimora e mantém a integridade científica de PPBCs (DIAZ, JOHNSON, ARCURY, 2015). Além disso, pode ser fator determinante para a continuidade do programa ou estabelecimento de novas ações na área. No estudo de Wright e colegas (2011) a comunicação foi analisada enquanto fator que pode afetar a sustentabilidade dos programas, tanto positiva quanto negativamente e por isso sugerem que ela seja feita de forma aberta e com transparência.

Estes resultados obtidos quanto ao desenvolvimento de consciência crítica; ao co-aprendizado; e à aquisição de habilidades e competências são prováveis fatores incrementais para os programas e podem ser tidos enquanto consequências de uma abordagem empoderadora (LAVERACK; WALLERSTEIN, 2001).

#### **5.2.4 Suporte Externo no Desenvolvimento do Programa**

A PC obtida nesta dimensão foi reduzida, tendo alcançado dois pontos, tanto na opinião dos membros comunitários quanto na percepção dos pesquisadores, em ambas as etapas, ou seja, no PPC-SPJI e no PPC-SPJII. Houve o reconhecimento de que o programa foi realizado com recursos financeiros totalmente externos à comunidade, provenientes das agências de fomento de pesquisa e que a contribuição da comunidade foi a presença de parte de seus membros no programa de modo a disponibilizarem seu tempo. Quanto a alocação dos recursos, os respondentes indicaram que os pesquisadores tomaram as decisões sem consulta aos atores da comunidade. Em referência ao desenho do programa, indicaram que este foi feito pelos pesquisadores, mas houve flexibilidade já que parte dele foi modelado em parceria com os atores comunitários. Também, houve um entendimento de que não foi feito um esforço deliberado para incluir, no desenho do programa, o atendimento às necessidades das pessoas mais pobres e vulneráveis de modo a agir sobre elas para promover equidade.

Por meio dos dados obtidos nas oficinas confirmou-se que os pesquisadores definiram o desenho do programa previamente, contudo, viu-se que o seu formato adquiriu novos contornos principalmente na parte interventiva em que o delineamento das ações e a definição do papel de cada um, foram feitos em parceria com os membros comunitários.

Uma reduzida PC nesta dimensão também foi observada em outros estudos em razão dos recursos terem sido concentrados nas mãos dos profissionais de saúde idealizadores do programa e alocados por eles, devido a não contribuição com recursos financeiros por parte dos membros comunitários e porque as decisões concernentes ao desenho do estudo recaiu sobre os profissionais que determinaram também a forma de participação dos membros comunitários (JACOBS; PRICE, 2003; BARKER; KLOPPER, 2007; RIFKIN et al., 2007). Já em outros trabalhos, a PC nesta dimensão foi tida como boa ou ampla porque os membros comunitários contribuíram com recursos financeiros para os programas e estiveram responsáveis por sua alocação. Em alguns, inclusive, houve o desenvolvimento de estratégias para angariar fundos para a manutenção do programa. Quando não houve contribuição com recursos financeiros, os participantes estiveram intensamente envolvidos em atividades do

programa por meio da prestação de serviços e disponibilidade de tempo (BJÄRAS, HAGLUND; RIFKIN, 1991; EYRE; GAULD, 2003; BARKER; KLOPPER, 2007; SOE et al., 2012; BAATIEMA et al., 2013).

Apesar de ser extremamente importante a participação dos membros comunitários no controle do financiamento do programa, outros recursos tais como o tempo despendido para as atividades e alcance dos resultados, não pode ser desprezado. Andersson e colaboradores (2005) relatam que o tempo, esforço e serviços prestados pelos representantes da comunidade no desenvolvimento das ações do programa foram essenciais ao seu sucesso. Este dispêndio de tempo e esforço foram observados no PPC-SPJII em que a comunidade participou ativamente no desenho das intervenções e na execução das ações visando a solução dos problemas.

Quando os membros comunitários participam no desenho dos programas de saúde há maior probabilidade que este seja apropriado e aborde as prioridades da comunidade. E isto pode aumentar a efetividade dos programas e ampliar a sua apropriação pela comunidade contribuindo para a sustentabilidade e ao mesmo tempo encorajando as pessoas locais a investir seus recursos (RIFKIN; HEWITT; DRAPER, 2007).

Portanto, investir na construção da capacidade dos membros comunitários para obter e gerir os recursos necessários à execução das ações é essencial para a sustentabilidade (BARKER; KLOPPER, 2007; NARAYAN, 2005; WRIGHT et al., 2011) já que há maior chance de sustentação quando as organizações ou membros comunitários lideram a implementação dos programas com pouca dependência de recursos externos (NAYLOR et al., 2002).

### **5.2.5 Monitoramento e avaliação**

Na perspectiva da comunidade, a PC obtida quanto a esta dimensão foi satisfatória, tendo alcançado três pontos. Os membros comunitários indicaram que a definição do conceito de êxito do programa e dos indicadores de sucesso foi feita em parceria com os pesquisadores. Também responderam que a escolha da forma de avaliação do programa (utilizando métodos quantitativos e qualitativos) e a eleição das informações coletadas a serem utilizadas foram realizadas em conjunto com as pesquisadoras. Quanto aos resultados do programa, consideraram que todos são de seu interesse e que todos foram divulgados na comunidade.

Na perspectiva das pesquisadoras, a PC alcançada quanto à esta dimensão foi reduzida (com dois pontos) porque consideraram que as ações de definição de êxito e dos indicadores

de sucesso, a escolha da forma de avaliação do programa, a eleição das informações coletadas a serem utilizadas e a análise dos dados, foram feitas por elas, sem a colaboração dos membros da comunidade. Contudo, reconheceram que os participantes foram incluídos na coleta de dados e que foram utilizados métodos quantitativos e qualitativos na avaliação das ações do programa. Quanto à divulgação dos dados, as pesquisadoras indicaram que não houve uma divulgação de todos os dados na comunidade.

Na avaliação feita em 2012, os atores da comunidade consideraram que a PC havia sido reduzida e recebeu a pontuação 2. As ações de definição de êxito do programa, bem como os indicadores de sucesso, foram estabelecidos de modo conjunto, mas as ações de escolha da forma de avaliação e de eleição das informações coletadas a serem utilizadas foram feitas somente pelos pesquisadores. Informaram, ainda, que os membros comunitários não foram incluídos na análise dos dados e não souberam responder quais foram os métodos utilizados para a avaliação do programa. Por fim, consideraram que os resultados foram parcialmente divulgados, mas afirmaram que todos eles são do interesse da comunidade.

Os pesquisadores avaliaram em 2012 que a PC havia sido muito reduzida, tendo sido conferida a pontuação 1. Consideraram que a quase totalidade das ações de avaliação e monitoramento foram feitas somente por eles, sem contribuição da comunidade. Indicaram que todos os resultados eram do interesse da comunidade embora tenham reconhecido que nem todos os dados foram divulgados.

Desta forma, quanto ao monitoramento e avaliação, houve um avanço da PC, na opinião dos membros comunitários, devido a sua inserção na coleta dos dados, à escolha das informações a serem utilizadas feitas de modo conjunto e a divulgação de todos os resultados. Na visão das pesquisadoras, também houve avanço, embora tenha se mantido reduzida, pois houve reconhecimento de que os participantes foram incluídos na coleta dos dados e houve partilha de uma quantidade maior de resultados com os atores locais, apesar de tal divulgação ter permanecido incompleta.

Nos dois períodos avaliados, os membros comunitários tiveram a percepção de que a PC havia sido mais abrangente, quando comparada à opinião dos pesquisadores, porque, em sua visão, eles participaram do processo de definição dos indicadores de avaliação e do conceito de êxito do programa, algo que não ocorreu. Esta percepção pode ser decorrente, mais uma vez, da inexperiência com os métodos científicos e com o uso de critérios avaliativos. Ademais, parece ter havido confusão, novamente, acerca do que se refere à pesquisa e o que é concernente à intervenção. Durante as ações de intervenção sobre os problemas, houve definição conjunta de quais eram os resultados almejados e a análise dos



dados obtidos, bem como as decisões a serem tomadas acerca deles, foram feitas de forma conjunta. Contudo, no que se refere às ações de definição do conceito de êxito, dos indicadores de sucesso finais do programa e de análise do processo de PC, todas estas não contaram com a participação da comunidade.

Naylor e colegas (2002) observaram que os participantes de seu programa também demonstraram ter entendimentos distintos quanto à definição dos indicadores e dos critérios avaliativos. Apesar destas diferenças e do reconhecimento que a definição dos indicadores e as avaliações do programa foram majoritariamente conduzidas pelos profissionais, os diferentes participantes consideraram que, de forma geral, houve avanços na PC quanto a esta dimensão porque os dados provenientes das avaliações feitas foram interpretados conjuntamente e utilizados no planejamento e na redefinição das ações subsequentes.

Resultados semelhantes ao obtido em nosso estudo, em que a PC foi tida como reduzida quanto à dimensão do monitoramento e avaliação, foram encontrados no estudo de Rifkin, Hewitt e Draper (2007). Em dois programas avaliados, conduzidos na província do Djbuti e no Haiti, notou-se que as ações de coleta de dados, de avaliações e de monitoramento foram feitos por profissionais de saúde sem contribuição da comunidade e, portanto, a PC foi tida como restrita. Em um programa realizado no Nepal a PC também foi considerada reduzida, pois, apesar de terem sido empregados métodos qualitativos e quantitativos na coleta dos dados e da utilização de dados coletados por agentes comunitárias, os profissionais de saúde e os técnicos conduziram todo o processo de monitoramento e avaliação para atender a seus desígnios e prioridades.

Tais resultados ressaltam que incluir os membros comunitários nos processos de monitoramento e avaliação, constitui um desafio. Isso pode ser devido ao histórico de utilização de um modelo hegemônico de avaliação das ações de saúde que é concebido pelos centros de poder acadêmico, econômico e ideológico. Tal modelo é fundamentado em metodologias que “se restringem ou priorizam dimensões como eficiência, eficácia, dentre outros desfechos pretensamente objetivos” que não expressam os valores que inspiram o movimento democrático presente hoje na área da promoção da saúde e são, portanto, refratários à participação (BOSI; MARTINEZ, 2010).

Assim, sugere-se que a capacidade da comunidade seja construída para que atue na avaliação e no monitoramento das ações, algo que empodera os parceiros para efetuarem futuras avaliações no programa (SCHENSUL, 1999; LAVERACK; WALLERSTEIN, 2001). Dentre outras vantagens da avaliação participativa, está o provimento de espaços onde os participantes podem refletir sobre suas práticas e sobre sua jornada de aprendizado de modo a

contribuir para a construção de capacidades na práxis reflexiva (CORNWALL, 2014). Isto pôde ser observado nos ciclos de planejamento, ação e reflexão ocorridos no PPC-SPJII.

Ademais, concordamos com Akerman e colegas (2002) sobre a importância de se estabelecer processos avaliativos com a participação da comunidade visto que:

A implementação de um processo de avaliação participativa pode favorecer a aglutinação crítica de atores sociais. Importa, então, desenvolver culturas avaliativas locais que favoreçam o exercício crítico para detectar especificidades e potencializar mudanças de rumo, quando estas forem necessárias. Isto é, o que Fawcett et al (1996) denominam de iniciativas de comunidades saudáveis por meio de avaliação, como estratégia de produção de conhecimento e amadurecimento de uma auto-análise social. Em outras palavras, avaliar para aprender, agir e mudar (p. 644).

### **5.3 Discussão sobre os aspectos modeladores da PC no programa não captados pelo *spidergram***

O modelo *spidergram* foi eficaz na captação de vários aspectos modeladores da PC, como pôde ser visto acima. Contudo, alguns aspectos contextuais referentes ao contexto político-econômico, cultural, ambiental e relacional do local não estão contemplados no modelo. Por meio das oficinas e das entrevistas informais foi possível apreender alguns destes elementos que influenciaram a participação no PPC-SPJII.

Pôde-se observar indícios de uma baixa capacidade comunitária para o agir coletivo devido à presença de um padrão associativo individualista, com baixa noção de pertença e de coletividade e também devido ao fato de as pessoas demonstrarem dúvida acerca de sua capacidade para agir sobre problemas coletivos e para influenciar as políticas públicas. Tais fatores, associados à situação de fragilidade das OBCs, constituem empecilho a uma maior PC.

Em alguns estudos, estes aspectos também foram tidos como limitantes da PC. Nos trabalhos de Lippman e colegas (2013) o individualismo foi relatado como fator que limitou a participação nas OBCs. No estudo de Atkinson e colaboradores (2011) há a referência de que a quebra do coletivismo em direção ao individualismo levou ao declínio em massa na PC nas atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde no Camboja. Em outro estudo a comunidade demonstrou dúvida acerca de sua capacidade para agir, algo considerado como aspecto que influenciou negativamente em sua participação (NDEKHA, 2003).

O uso das oficinas e das entrevistas informais favoreceu, igualmente, o entendimento de que o contexto político-econômico de SPJ mostra-se refratário à PC, uma vez que é marcado por escassez de recursos; por tomadas de decisões políticas que determinam a alocação destes recursos de modo a privilegiar a sede em detrimento dos distritos rurais; por fragilidade das estâncias participativas municipais; e por um histórico de não-participação da população nos processos decisórios da gestão municipal.

Quanto a isso, ressalta-se que o ambiente político circundante é crucial para promover a organização comunitária com fins de obter uma PC efetiva (Woelk, 1992). Contudo, a PC frequentemente se constitui em ameaça aos interesses políticos já instituídos e, por isso, os aspectos políticos e econômicos, geralmente estruturados para a manutenção do *status-quo* social, aliados a fatores como pobreza e paternalismo, comumente desencorajam as pessoas a desempenharem um papel mais ativo na mudança de suas circunstâncias (Morgan, 2001).

Fernandez e colegas (2014) relataram em seu estudo que as relações entre os políticos e as forças políticas locais determinavam a promoção de um ambiente propício à participação e quando os atores políticos não demonstraram as conexões apropriadas e a disposição necessária para a colaboração, o processo participativo foi prejudicado. Estes autores relataram que os gestores municipais passaram a ditar as ações de saúde nos níveis locais (das subprefeituras) sem a inclusão ou a consideração dos demais setores que atuam neles e passaram a não mobilizar os diferentes grupos da população para participar do planejamento, da execução e da avaliação das atividades, algo que levou ao esvaziamento das ações participativas voltadas à realidade local. Os autores concluíram que mesmo havendo abertura para a cogestão e a colaboração nas instâncias locais, esta foi suprimida devido à carência de legitimidade diante do governo municipal para desempenhar este papel. Isto revela que, para que haja ações efetivas no âmbito local, deve haver também estímulo e garantia à participação nos demais níveis políticos superiores.

Outros aspectos que puderam ser apreendidos dizem respeito ao contexto histórico da parceria universidade-comunidade e à relação entre pesquisadoras e membros comunitários. Quanto a estes, notou-se que se constituíram em fatores favoráveis à parceria, dado que a relação positiva estabelecida no PPC-SPJI persistiu durante o PPC-SPJII, resultando no desenvolvimento e na conservação de confiança entre os parceiros.

Isto corrobora os achados de Wolff e Maurana (2001) em cujo estudo os membros comunitários indicaram que o estabelecimento e a manutenção da confiança é um fator crítico e principal na construção da parceria entre pesquisadores e comunidade. Também encontra consonância no trabalho de Simmons e colegas (2015) que, ao completarem uma análise de

redes sociais, identificaram que a ligação entre os parceiros, construída com base na partilha de informações e colaboração, levou à estabilidade da relação e à construção de confiança. Marek, Brock e Savla (2015) igualmente identificaram em seu estudo que a confiança é essencial para promover a PC e a colaboração entre os diversos membros das coalizões e dos programas.

Outros fatores que puderam ser verificados são concernentes à capacidade da universidade para o desenvolvimento de parcerias comunitárias promotoras da PC nos programas de saúde. Observou-se que as pesquisadoras utilizaram diversas estratégias e metodologias que foram capazes de promover a mobilização comunitária, o desenvolvimento de uma consciência crítica, a construção de capacidades, a partilha do poder sobre as decisões e o desenvolvimento de ações reivindicatórias visando alcançar a melhoria das condições de vida locais.

Achados semelhantes foram relatados no trabalho de Toledo, Giatti e Pelicioni (2012) em que o uso de diversas estratégias dentro do contexto de uma pesquisa-ação fundamentada no pensamento freiriano propiciou a reflexão crítica sobre a realidade local, a construção de conhecimentos e habilidades e a construção de soluções coletivas para a problemática socioambiental e de saúde no local estudado.

Outro aspecto observado, relacionado à capacidade da universidade, diz respeito ao tempo. Foi verificado que, devido ao tempo restrito do programa, atrelado a uma dissertação de mestrado, algumas decisões foram tomadas sem a participação da comunidade. Além disto, o programa teve que ser terminado sem antes que os parceiros pudessem acompanhar juntos a conclusão das ações.

Lazarus e colegas (2014) encontraram a mesma dificuldade em seu estudo, dizendo que o tempo limitou o escopo das ações que tiveram que ser adaptadas. Em seu trabalho, Trickett e colaboradores (2011) criticam a cultura de ciência presente nas universidades por frequentemente não apoiar iniciativas de colaboração. Dentre os fatores que contribuem para esta cultura está o tempo restrito para que haja o devido engajamento do pesquisador nas comunidades. Esta mesma crítica foi feita por Wethington e colegas (2007) que, dentre os obstáculos observados no estabelecimento de iniciativas de PPBC, destacaram que o longo tempo necessário para tal é um problema enfrentado nos centros acadêmicos.

## **6.0 DESAFIOS E POTENCIALIDADES DOS INSTRUMENTOS DE COLETA**

Quanto ao uso do *spidergram* alguns desafios foram identificados. Assim como

reportado por Eyre e Gauld (2003) e por Soe e colaboradores (2012), o processo de pontuação no modelo foi subjetivo e esteve sujeito à interpretação da pesquisadora que efetuou a avaliação. No caso do estudo de Lawrence (Eyre; Gauld, 2003) os autores, para validarem a pontuação feita, enviaram uma cópia dos resultados aos respondentes e estes fizeram comentários e realizaram também a pontuação. Já nos trabalhos de Schmidt e Rifkin (1996) e Baatiema e colegas (2013) a pontuação foi feita conjuntamente por um grupo formado por diversos atores do programa, de modo a permitir a discussão dos diversos pontos de vista. Nos estudos de Naylor e colaboradores (2002) e Andersson e colegas (2005) participantes de diferentes grupos realizaram a pontuação utilizando o modelo e mais tarde foram feitos grupo focal (Naylor et al., 2002) e grupos de discussão (Andersson et al., 2005) para que as pontuações pudessem ser discutidas.

Por não terem sido utilizadas estratégias como as citadas acima, não foi possível, em nosso estudo, confrontar as diferentes percepções acerca de como se deu o processo de PC, dos membros comunitários e das pesquisadoras e, portanto, não foi possível chegar a uma pontuação consensual ou a uma visão unitária sobre os avanços ou retrocessos ocorridos. Vale ressaltar, porém, que a equiparação das diferentes perspectivas tivesse sido feita, não haveria garantia de obtenção de consenso, algo observado no estudo de Naylor e colegas (2002).

Além destes aspectos, ressalta-se que o questionário estruturado pode não ter sido o meio mais adequado de apreensão dos dados em SPJ. Isto porque no questionário estruturado o pesquisador deve fazer a pergunta exatamente na ordem pré-determinada e não é possível ao pesquisador elaborar algo diferente do que está definido e não é plausível mudar as palavras de modo a adequar as perguntas à linguagem, à cultura e à compreensão de cada respondente. Também não é possível checar os significados das respostas dadas mais profundamente (WALTZ; STRICKLAND; LENZ, 2008). Por estas razões, métodos mais flexíveis tais como as entrevistas semiestruturadas, entrevistas em profundidade ou grupos focais, podem ser mais adequados para captar as percepções, os significados e as definições individuais ou coletivas a respeito de um processo multidimensional como a PC. O fato de tais métodos terem sido utilizados em vários estudos de avaliação da PC (NAYLOR et al., 2002; EYRE; GAULD, 2005; ATKINSON et al., 2010; SOE et al., 2012; BAATIEMA et al., 2013) podem corroborar tal conjectura.

A despeito destas limitações, verificou-se que a associação do *spidergram* à técnica da análise de conteúdo dos dados provenientes das oficinas e entrevistas informais tornou possível a apreensão de outros elementos que podem ter determinado o processo de PC, tais como os fatores dos contextos político-econômico, relacional e cultural. De fato, alguns

autores apontaram a limitação do *spidergram* em captar todos os aspectos do processo de PC por meio de suas cinco dimensões (BJARAS; HAGLUND; RIFKIN, 1991; SCHMIDT; RIFKIN, 1996). E talvez, por esta razão, outros utilizaram-no em associação com outros métodos (ANDERSSON et al., 2005; BAATIEMA, 2013) concluindo que tal opção mostrou-se positiva para avaliar as variações e complexidades da PC. A este respeito Trickett e colegas (2011) afirmam que o atual desenvolvimento de novos desenhos de avaliação, bem como o remodelamento de outros apontam para a importância de aliar múltiplos métodos à coleta de dados a partir de diferentes perspectivas.

Concluimos que o *spidergram* é uma estratégia válida para verificar se os processos de desenho, planejamento e avaliação dos programas de saúde são de fato participativos. Arrematamos que é uma ferramenta que propicia avaliar a evolução desta participação ao longo do tempo de modo a prover recomendações para que uma PC mais ampla e empoderadora seja promovida nos programas. Conclui-se, também, que o uso de métodos qualitativos é adequado para a avaliação da extensão e natureza da PC e ilustra que a PC é um processo complexo e dinâmico ao longo do tempo e moldado por diversos fatores.

## 7.0 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A associação entre os diferentes métodos de coleta e análise utilizados possibilitou uma compreensão mais ampla acerca dos fatores intervenientes sobre a PC no PPC-SPJ II.

Por meio do *spidergram* foi possível verificar que, de maneira geral, o nível de PC alcançado no programa foi tido como satisfatório quanto às dimensões *liderança, planejamento e gestão e comunicação* e reduzida quanto às dimensões *suporte externo no desenvolvimento do programa e monitoramento e avaliação*. Contudo, não houve consenso na pontuação entre os dois grupos de atores participantes do programa.

Quando foram comparadas as duas etapas do PPC-SPJ, observou-se que o nível de PC se manteve inalterado quanto às dimensões *liderança, planejamento e gestão e monitoramento e avaliação* e sofreu alterações, tendo sido diminuída em relação à dimensão *liderança*, na perspectiva das pesquisadoras, e aumentada quanto à dimensão *planejamento e gestão* no entendimento dos membros comunitários. Tais diferenças podem ter ocorrido em razão da inexperiência dos membros comunitários em realizar pesquisas e lidar com seus termos e avaliações.

A análise de conteúdo dos dados obtidos por meio das oficinas e das entrevistas informais favoreceu a apreensão de demais elementos do contexto local que foram

intervenientes sobre a PC e que podem ter se constituído em barreira para um alcance de uma PC mais ampla.

Quanto ao contexto político-econômico verificou-se que não há incentivo à participação nas instâncias políticas do município e há um histórico de marginalização das comunidades rurais, fatores que favorecem a construção de uma cultura de não participação e perpetuação das situações de opressão.

Em relação ao contexto de capacidade da comunidade observou-se que a fragilidade das instâncias participativas, a presença de individualismo, a identificação da presença de um senso de coletividade diminuído e de baixa percepção da capacidade coletiva para o agir são elementos que se constituem em empecilho ao desenvolvimento de processos de PC mais abrangentes e sustentáveis.

Apesar disto, foi possível identificar que nestes contextos há também elementos favoráveis ao estabelecimento de processos participativos, tais como: a presença de profissionais solícitos (gestora da UBS) em promover a inclusão da comunidade nos processos decisórios, a presença de líderes comprometidos com o enfrentamento dos problemas coletivos na localidade (presidente da AC Renascer) e a existência de líderes com influência política (vereadora local) que atentaram para necessidades e prioridades da comunidade e utilizaram seu poder político na tentativa de atendê-las. Destaca-se, igualmente, que a existência de OBCs já estruturadas no distrito, ainda que frágeis, é um fator favorável à promoção da PC.

Por meio da análise feita foi possível verificar, também, que a PPBC realizada, fundamentada nos pressupostos da EPopS, possibilitou um aumento de capacidades dos membros comunitários participantes no que diz respeito ao desenvolvimento de uma consciência crítica, ao uso de métodos investigativos e à promoção do respeito mútuo. Igualmente promoveu o desenvolvimento de confiança entre pesquisadores e membros comunitários, fator essencial para o desenvolvimento de uma participação significativa. Ademais, levou ao alcance de alguns resultados tais como a aquisição parcial de verbas para a compra de uma ambulância para o distrito, a conclusão do regimento interno e estruturação do CLS e o envio de um documento que solicitou ao poder público a implementação de um sistema de esgotamento canalizado no local.

Um grande legado deste trabalho é que os recursos humanos, talentos, habilidades e capacidades, ou seja, os processos e benefícios, mais do que as atividades por si só, estabelecem as bases para futuras iniciativas de participação comunitária.

A participação não é um produto ou um projeto com tempo determinado, mas algo que

deve ser continuamente sustentado e estabelecido localmente, que se inicia com uma intenção participativa e continua por meio da construção do processo participativo dentro dos limites estabelecidos por seus participantes e suas condições de vida. Assim, este estudo mostra-se importante visto que possibilitou a identificação de fatores que contribuem para, ou se constituem em empecilhos ao estabelecimento de uma participação mais ampla em SPJ. Portanto, pode contribuir para que a implementação de demais programas participativos no local, atentando para esses fatores, sejam capazes de promover uma PC empoderadora e engendrar ações sustentáveis.

Os resultados deste estudo, embora não possam ser generalizados para diversos contextos, podem ser utilizados para o desenvolvimento de programas participativos em áreas rurais com histórico e contextos similares.

Dada a fragilidade das OBCs identificada no estudo, e visto que o processo de empoderamento dos indivíduos e da comunidade por meio de uma abordagem participativa horizontalizada requer o desenvolvimento de infraestruturas interativas, recomendamos que haja continuidade de capacitação da liderança local, com especial atenção para o fortalecimento das OBCs, por meio de treinamento formal de suas lideranças e identificação conjunta de suas necessidades com formulação de planos de ação para atendê-las.

Uma vez que o “fortalecimento da atuação dos conselheiros locais de saúde demanda a preservação da motivação desencadeadora e o monitoramento da execução dos planos de ação elaborados” sugerimos que a escola de enfermagem da UFMG atue junto ao CLS, promovendo ações para o seu fortalecimento, por meio dos(as) alunos(as) de graduação que fazem semestralmente o internato rural no local. Poderão, para tanto, aproveitar também a abertura demonstrada pelo gestor da SMS e pela gestora da UBS local e empregar a expertise da universidade em termos de materiais e de conhecimentos pedagógicos, com foco na PC por meio da EPopS.

Sugerimos que, para o estabelecimento de futuros programas de saúde participativos no local, sejam feitas parcerias com as OBCs existentes e com os líderes locais, incluindo as lideranças religiosas. Para tanto, recomenda-se mapear, de forma participativa, todas as demais organizações religiosas existentes e seus líderes.

Dadas as características relacionais, marcadas pelo individualismo e tensões, fatores que incidem negativamente sobre a organização das OBCs e sobre a decisão de participar em ações coletivas, sugerimos que sejam desenvolvidas maneiras de incentivar a construção de laços afetivos e um maior senso de coletividade entre os membros comunitários nas ações e programas de saúde.



Sugerimos que as avaliações dos programas e a análise dos fatores de estabelecimento de parcerias entre universidade-comunidade bem como os fatores relacionais, culturais, sociais, ambientais relativos ao contexto local, que modelam a PC, ora contribuindo para, ora desfavorecendo a sua efetivação, sejam feitas de modo participativo. Assim é possível refletir e interpretar coletivamente os significados das mudanças criando situações de aprendizado mútuo e um entendimento aprofundado do processo participativo. Para tanto, recomendamos o uso do *spidergram* aliado a modelos que permitam a análise de outras dimensões relativas ao contexto local.

Finalmente, apesar dos desafios impostos ao estabelecimento da PC nos programas de saúde e à sua avaliação, acreditamos que a participação permanece como algo “atrativo e desafiador, promissor e vexatório, necessário e elusivo” (MORGAN, 2001).

## REFERÊNCIAS

- ABAD-FRANCH, F. et al. Community Participation in Chagas Disease Vector Surveillance: Systematic Review. **PLOS Neglected Tropical Diseases**, v.5, n.6, e1207, 2011.
- ADAMS, T. et al. Education and solidarity economy – An analysis of participation and power relations. In: KRISTIANSEN, M.; BLOCH-POULSEN, J. (Ed.). **Participation and power: In participatory research and action research**. Aalborg University, Denmark, 2014.
- AFONSO, L. **Oficinas em dinâmica de grupo: um método de intervenção psicossocial**. Belo Horizonte (MG): Edições do Campo Social, 2002.
- AHMED, S. M.; PALERMO, A. S. Community engagement in research: frameworks for education and peer review. **American Journal Of Public Health**, v.100, n.8, p.1380-1387, 2010.
- AKERMAN, M. et al. Avaliação em promoção da saúde: foco no “município saudável” Revista de Saúde Pública, v.36, n.5, p.638–46, 2002.
- AMARAL, M. A. **Entre o desejo e o medo: oficinas de trabalho como espaço de reflexão e empoderamento de adolescente** (Tese). São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2005.
- ANDERSSON, C. M. et al. A longitudinal assessment of inter-sectoral participation in a community-based diabetes prevention programme. **Social Science & Medicine**, v.61, n.11, p. 2407-2422, 2005.
- ARNSTEIN, S. A ladder of citizen participation. **American Institute of Planners Journal**, p.216-224, 1969.
- ARYEETEEY, M. E. et al. Health education and community participation in the control of urinary schistosomiasis in Ghana. **East African Medical Journal**, v.76, n.6, p.324–328, 1999.
- ATKINSON, J-A. et al. Community participation for malaria elimination in Tafea Province, Vanuatu: Part I. Maintaining motivation for prevention practices in the context of disappearing disease. **Malaria Journal**, v.9, n.93, p.1-16, 2010.
- ATKINSON, J-A. et al. The architecture and effect of participation: a systematic review of community participation for communicable disease control and elimination. Implications for malaria elimination. **Malaria Journal**, v.10, n.225, p.1-33, 2011.
- AWORTWI, N. The riddle of community development: factors influencing participation and management in twenty-nine African and Latin American communities. **Community Development Journal**, v.48, n.1, p.89-104, 2013.
- BAATIEMA, L. et al. Assessing participation in a community-based health planning and services programme in Ghana. **BMC Health Services Research**, 13:233, 2013.
- BAGRICHEVSKY, M. et al. Discursos sobre Comportamento de Risco à Saúde e a Moralização da Vida Cotidiana. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, s.1, p. 1699-1708, 2010.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 4. Ed. Lisboa: Edições 70, 2008.

BARKER, M.; KLOPPER, H: Community participation in primary health care projects of the Muldersdrift Health and Development Programme. **Curationis**, v.30, n2, p.36–47, 2007.

BAR-ON, A. A; PRINSEN, G. Planning, communities and empowerment: An introduction to participatory rural appraisal. **International Social Work**, v.42, n.3, p. 227-294, 1999.

BASSO, C. et al. Improved dengue fever prevention through innovative intervention methods in the city of Salto, Uruguay. **Transactions Of the Royal Society Of Tropical Medicine and Hygiene**, v.109, p.134–142, 2015.

BECKER, A. B. et al. Strategies and techniques for effective group process in CPBR partnerships. In: ISRAEL, B.A et al. (Ed.). **Methods for Community-Based Participatory Research for Health**. 2nd ed. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 2013.

BELONE, L., et al. Community-based participatory research conceptual model: Community partner consultation and face validity. **Qualitative Health Research**, October 31, 2014.

BJÄRAS, G.; HAGLUND, B.; RIFKIN, S. A new approach to community participation assessment. **Health Promotion International**, v.6, p.199–206, 1991.

BOELEE, E., LAAMRANI, H. Environmental control of schistosomiasis through community participation in a Moroccan oasis. **Tropical Medicine and International Health**, v.9, p.997-1004, 2004.

BOSI, M. L. M.; MARTINEZ, F. J. M. Modelos avaliativos e reforma sanitária brasileira: enfoque qualitativo-participativo. **Revista de Saúde Pública** v.44, n.3, p.566–70, 2010.

BOTES, L.; VAN RENSBURG, D. Community participation in development: nine plagues and twelve commandments. **Community Development Journal**, v.35, p.41–58, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caderno de Educação Popular e Saúde**. Brasília, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde. Série B: textos básicos em saúde**. Brasília, 2002. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas\\_promocao.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf). Acessado dia 28.06.13

BROWN, D., KULIG, J. The concept of resiliency: Theoretical lessons from community research. **Health and Canadian Society**, n.4, p. 29–52. 1996.

BROWNLEA, A. Participation: myths, realities and prognosis. **Social Science and Medicine**, v.25, n.6, p.605-614, 1987.

CACARI-STONE, L. et al. The promise of community-based participatory research for health equity: a conceptual model for bridging evidence with policy. **American Journal Of Public Health**, v.104, p.1615-1623, 2014.

CAMARGO-BORGES, C., MISHIMA, S.M. A Responsabilidade Relacional como Ferramenta Útil para a Participação Comunitária na Atenção Básica. **Saúde Soc.** São Paulo, v.18, n.1, p.29-41, 2009.

CAMPBELL, C.; NAIR, Y.; MAIMANE, S. Building contexts that support effective community responses to HIV/AIDS: a South African case study. **American Journal of**

**Community Psychology**, v.39, p.347–363, 2007.

CARGO, M.; MERCER, S. L. The value and challenges of participatory research: strengthening its practice. **Annual Review of Public Health**, v.29, p.325-350, 2008.

CARVALHO, S. R. Promoción de la Salud, "*empowerment*" y educación: una reflexión crítica como contribución a la reforma sanitaria. **Salud Colectiva**, Buenos Aires, v.4, n.3, p.335– 347, 2008.

CASTIEL, L. D.; GUILAM, M. C.; FERREIRA, M. S. **Correndo o risco: uma introdução aos riscos em saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

CAVALCANTI, M. L. T.; CABRAL, M. H. P.; ANTUNES, L. R. Participação em saúde: uma sistematização de artigos publicados em periódicos brasileiros – 1988/2005. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.7, p.1813-1823, 2012.

CECCIM, R. B. Pacientes impacientes: Paulo Freire. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caderno de Educação Popular e Saúde**. Brasília, 2007.

CHAVES, A. J. F. Os processos grupais em sala de aula. In: **Oficinas de Estudos Pedagógicos: um projeto institucional de formação contínua de docentes da Unesp**. São Paulo: ProGRAD/Unesp, 2006. 154p. Apostila. Disponível em: <http://www.saude.ms.gov.br/control/ShowFile.php?id=27854>. Acessado dia 30.01.15

CHAVES, L. et al. Curso “Participação popular, movimentos sociais e direito à saúde: uma experiência de educação popular em saúde na Bahia a partir do Mobiliza SUS. **Interface (Botucatu)**, v.18, s.2, p.1507-1512, 2014.

CHINMAN, M. et al. Developing a community science research agenda for building community capacity for effective prevention interventions. **American Journal of Community Psychology**, v.35, n.3-4, p.143–157, 2005.

CHRISTENS, B. D.; LIN, C. S. Influences of Community and Organizational Participation, Social Support, and Sense of Community on Psychological Empowerment: Income as Moderator. **Family and Consumer Sciences Research Journal**, v.42, n.3, p.211-223, 2014.

COOKE, B.; KOTHARI, U. (Eds.). **Participation: The New Tyranny?** New York: Zed Books, 2001.

CÔRTEZ, S. M. V. Conselhos e conferências de saúde: papel institucional e mudança nas relações entre Estado e sociedade. In: FLEURY, S., LOBATO, L. V. C. (Orgs.). **Participação, Democracia e Saúde**. Cebes, Rio de Janeiro, 2009.

CORNISH, F.; GOSH, R. The necessary contradictions of ‘community-led’ health promotion: A case study of HIV prevention in an Indian red light district. **Social Science and Medicine**, v.64, p.496–507, 2007.

CORNWALL, A. **Using Participatory Process Evaluation to Understand the Dynamics of Change in a Nutrition Education Programme**. IDS Working Paper 437, Institute of Development Studies, 2014.

COURA-FILHO, P. Participação popular no controle da esquistossomose através do Sistema Único de Saúde (SUS), em Taquaraçu de Minas, (Minas Gerais, Brasil), entre 1985-1995: construção de um modelo alternativo. **Cadernos de Saúde Pública**, v.14, s.2, p.111-22, 1998.

DIAS, J. C. P. Problemas e possibilidades de participação comunitária no controle das grandes endemias no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.4, s.2, p.19-37, 1998.

DIAZ, A. E.; JOHNSON, C. R. S.; ARCURY, T. A. Perceptions That Influence the Maintenance of Scientific Integrity in Community-Based Participatory Research. **Health Education & Behavior**, v.42, n.3, p.393–401, 2015.

DICKSON-GOMEZ, J. et al. Context and group dynamics in a CBPR-developed HIV prevention intervention. **Health Promotion International**, 2014.

DIERKS, M. S., PEKELMAN, R. Manual para equipes de saúde: o trabalho educativo nos grupos. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caderno de Educação Popular e Saúde**. Brasília, 2007. p. 75-86.

DRAPER, A. K.; HEWITT, G.; RIFKIN, S. Chasing the dragon: Developing indicators for the assessment of community participation in health programmes. **Social Science and Medicine**, v.71, p.1102-1109, 2010.

DUARTE, E. D. **O cuidado ao recém-nascido na perspectiva da integralidade: saberes e práticas no cotidiano da unidade de terapia intensiva neonatal** (Tese). Belo Horizonte: Escola de Medicina da Universidade federal de Minas Gerais: 2007.

DURAN, B. et al. Developing and Maintaining Partnerships with Communities. In: ISRAEL, B. A et al. (Ed.). **Methods for Community-Based Participatory Research for Health**. 2nd ed. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 2013. p. 43-68.

EYRE, R.; GAULD, R. Community participation in a rural community health trust: the case of Lawrence, New Zealand. **Social Science and Medicine**, v.18, n.3, p.189-197, 2003.

FALKENBERG, M. B. et al. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.19, n.3, p.847-852, 2014.

FANTIN, M. Educação Popular e Saúde: conquistas e desafios no contexto brasileiro. **ANPED. 23 Reunião Anual. GT Educação Popular Trabalho**, 2000.

FAWCET S. B. et al. Empowering communities health initiative through evaluation. In: Fetterman D, Kaftarian S, Wandersman A (Ed.). **Empowerment evaluation: knowledge and tools for self assessment and accountability**. Thousand Oaks: Sage Foundation, 1996.

FERNANDEZ, J. C. A. Gestão Intersetorial e participativa: análise de modelo de uma subprefeitura de São Paulo. **Planejamento e Políticas Públicas**, n.42, p.219–238, 2014.

FILHO, R. M.; ARAUJO-Jr, J. L. C. Discussing community participation in health: an approach from the Brazilian experience. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v.2, n.2, p. 91-103, 2002.

FONTANELLA, B. J. B.; CAMPOS, C. J. G.; TURATO, E. R. Coleta de dados na pesquisa clínico-qualitativa: uso de entrevistas não-dirigidas de questões abertas por profissionais da

- saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 14, n.5, p.812-820, 2006.
- FRANKISH, C. J. et al. Challenges of citizen participation in Regional Health Authorities. **Social Science and Medicine**, v.54, n.10, p.1471-1480, 2002.
- FREIRE, P. **Educação como prática da liberdade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1967.
- FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa** (25<sup>a</sup> Ed) Paz e Terra, São Paulo 1996.
- FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido** (17<sup>a</sup> Ed) Paz e Terra, Rio de Janeiro, 1970.
- FREUDENBERG, N.; PASTOR, M.; ISRAEL, B. Strengthening community capacity to participate in making decisions to reduce disproportionate environmental exposures. **American Journal of Public Health**, v.101, s.1, p.123-130, 2011.
- FREUDENBERG, N.; TSUI, E. Evidence, power and policy change in community-based participatory research. **American Journal of Public Health**, v.104, n.1, p.11-14, 2014.
- GEORGE, S.; DURAN, N.; NORRIS, K. A systematic review of barriers and facilitators to minority research participation among African Americans, Latinos, Asian Americans, and Pacific Islanders. **American Journal of Public Health**, v.104, n.2, p.16-31, 2014.
- GOMES, L. B; MEHRY E. E. Compreendendo a Educação Popular em Saúde: um estudo na literatura brasileira. **Cadernos de Saúde Pública**, v.2, n.1, p.7-18, 2011.
- GRUNBAUM, J. A. Challenges in Improving Community Engagement in Research. In: MCCLOSKEY, D. J. et al. **Principles of Community Engagement**. 2nd. Bethesda, Maryland: NIH, 2011.
- GUBERT, F. A. et al. Tecnologias educativas no contexto escolar: estratégia de educação em saúde em escola pública de Fortaleza-CE. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.11, n.1, p.165-72, 2009.
- GUEYE, M. et al. **Community Capacity Enhancement Handbook**. The Answer Lies Within. Leadership For Results UNDP's Response to HIV/AIDS. HIV/AIDS Group, Bureau for Development Policy, 2005. Disponível em: <http://www.undp.org/content/dam/aplaws/publication/en/publications/hiv-aids/community-capacity-enhancement-strategy-note/15.pdf>
- HARRINGTON, A. D. Evaluating Community Participation in Health Care Decision-Making: The Case of the Airdie/North Rocky View Health Needs Project. **Wilfrid Laurier University. Theses and Dissertations**. Paper 886, 2008.
- HUMPHREYS, M.; SANCHEZ, R. S.; WINDT, P. V. **Social and Economic Impacts of Tuungane: Final Report on the Effects of a Community Driven Reconstruction Program in Eastern Democratic Republic of Congo**. Unpublished, Department of Political Science, Columbia University, 2012. Disponível em: [http://www.3ieimpact.org/media/filer\\_public/2013/10/25/social\\_and\\_economic\\_impacts\\_of\\_tuungane\\_final\\_report.pdf](http://www.3ieimpact.org/media/filer_public/2013/10/25/social_and_economic_impacts_of_tuungane_final_report.pdf)
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **IBGE cidades@. Minas Gerais, Jequitinhonha**. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?lang=&codmun=313580&search=%7Cjequ>

[itinhonha](#). Acesso em: 10 jun. 2015.

ISHAM, J.; NARAYAN, D.; PRITCHETT, L. “Does Participation Improve Performance? Establishing Causality with Subjective Data.” **World Bank Economic Review** v.9, n.2, p.175–200, 1995.

ISRAEL, B. et al: Community-based participatory research: a capacity-building approach for policy advocacy aimed at eliminating health disparities. **American Journal of Public Health**, v.100, n.11, p.2094–2102, 2010.

ISRAEL, B. A. et al. Introduction to methods for CBPR for health. In: \_\_\_\_\_. **Methods for Community-Based Participatory Research for Health**. 2nd ed. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 2013.

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.

JACOBS, B.; PRICE, N. Community participation in externally funded health projects: lessons from Cambodia. **Health Policy and Planning**, v.18, n.4, p.399–410, 2003.

JAGOSH, J. et al. Uncovering the benefits of participatory research: implications of a realist review for health research and practice. **Milbank Quarterly**, v.90, p.311-346, 2012.

JORGE, M. S.; VENTURA, C. A. Os Conselhos Municipais de Saúde e a gestão participativa. **Textos & Contextos (Porto Alegre)**, v.11, n.1, p.106-115, 2012

JÚNIOR, A. F. B.; JÚNIOR, N. F. A utilização da técnica da entrevista em trabalhos científicos. **Evidência, Araxá**, v.7, n.7, p.237-250, 2011.

KAHSSAY, H.; OAKLEY, P. Community Involvement in health development: an overview. In \_\_\_\_\_. **Community Involvement in Health Development: A Review of the Concept and Practice**. World Health Organization, Geneva, 1999.

KAMUIRU, J. K.; MBWISA, H. Factors Influencing Community Participation In Project Planning in Kenia. A Case Study Of Mbugama Water Dam Project, Kiambu County. **The Strategic Journal Of Business and Change Management**, v.2, n.29, p. 560-582, 2014.

LAVERACK, G.; WALLERSTEIN, N. Measuring community empowerment: a fresh look at organizational domains. **Health Promotion International**, v.16, n.2, p.179-185, 2001.

LAVERACK, G. Evaluating community capacity: visual representation and interpretation. **Community Development Journal**, v.41, n.3, p.266-276, 2006.

LAZARUS, S. et al. Public Health Research and Action: Reflections on Challenges and Possibilities of Community-Based Participatory Research In: J. Maddock (Ed.), **Public health** (pp. 309–324), 2012.

LAZARUS, S. et al. Lessons learnt from a community- based participatory research project in a South African rural context. **South African Journal of Psychology**, v. 44, n.2, p.149 -161, 2014.



LIAN, B.; KOHLER, L. C.; ROSS, L. On Some Practical Considerations Regarding Community-Based Participatory Research for Addressing Cancer Health Disparities. **Journal of Cancer Education**, 2015.

LIBERATO, S.C. et al. Measuring capacity building in communities: a review of the literature. **BMC Public Health**, v.11, p.850-859, 2011.

LIPPMAN, S. A. et al. A. Conceptualizing community mobilization for HIV prevention: implications for HIV prevention programming in the African context. **PLoS One**, v.8, n.10, p.1-13, 2013.

MANTOURA, P.; POTVIN, L. A realist-constructionist-perspective on participatory research in health promotion. **Health Promotion International**, v.28, p.61-72, 2013.

MAREK, L. I.; BROCK, D. J. P.; SAVLA, J. Evaluating collaboration for effectiveness: conceptualization and measurement. **American Journal of Evaluation** v.36, n.1, p.67-85, 2015.

MARTINS, P. C. et al. Conselhos de Saúde e a Participação Social no Brasil: Matizes da Utopia. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v.18, p.105-121, 2007.

MENDES, R.; PLAZA, V.; WALLERSTEIN, N. Sustainability and power in health promotion: community-based participatory research in a reproductive health policy case study in New Mexico. **Global Health Promotion**, v.0, n.0, p.1-14, 2014.

MINKLER, M. Community-Based Research Partnerships: Challenges and Opportunities. **Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine**, v.82, n.2, Supplement 2, 2005.

MINKLER, M. et al. Promoting environmental justice through community-based participatory research: the role of community and partnership capacity. **Health Education and Behavior**, v.35, n.1, p.119-137, 2008.

MORGAN, A.; ZIGLIO, E. Revitalising the evidence base for public health: an assets model. **Promotion and Education**, s.2, p.17-22, 2007.

MORGAN, L. N. Community participation in health: Perpetual allure, persistent challenge. **Health Policy and Planning**, v.16, p.221-230, 2001.

NAYLOR, P-J, et al. Evaluating the participatory process in a community-based heart health project. **Social Science and Medicine**, v.55, p.1173-1187, 2002.

NARAYAN, D. Conceptual Framework and Methodological Challenges. In **Measuring Empowerment: Cross-Disciplinary Perspectives**. Washington, DC, The World Bank, 2005.

NDEKHA, A. et al. Community participation as an interactive learning process: experiences from a schistosomiasis control project in Zimbabwe. **Acta Tropica**, v.85, p.325-38, 2003.

O'FALLON, L. R; TYSON, F. L.; DEARRY, A. **Successful Models of Community-Based Participatory Research**. NIEHS, NIH, Washington, DC, 2000.

OLIVEIRA, C. C.; FONSECA, R. M. G. S. Práticas dos profissionais das equipes de saúde da família voltadas para as mulheres em situação de violência sexual. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.41, n.4, p.605-612, 2007.



PEREIRA, F. B. Clic Saúde: Prevenção da esquistossomose por meio das Tecnologias da Informação e Comunicação. Dissertação (Mestrado em Saúde e Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2014.

PINTO, R. M. et al. International participatory research framework: Triangulating procedures to build health research capacity in Brazil. **Health Promotion International**, v.27, p.435-444, 2011.

PNUD (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento): Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, Jequitinhonha, MG. Disponível em: [http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil\\_m/jequitinhonha\\_mg](http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/jequitinhonha_mg). Acesso em: 10 jul. 2015.

PREVITALI, F. S. et al. Educação e Cinema: Formação política e prática pedagógica juntos aos movimentos populares do campo. **Revista HISTEDBR On-line**, Campinas, n.50 (especial), p.161-178, 2013.

REIS, D. C. et al. Accessibility and utilization of schistosomiasis-related health services in a rural area in northern Minas Gerais State, Brazil. **Memórias do Instituto Oswaldo Cruz**, v.105, n.4, p.587-597, 2010.

RIFKIN, S. B. Examining the links between community participation and health outcomes: a review of the literature. **Health Policy and Planning**, v.29, p.ii98–ii106, 2014.

RIFKIN, S. B. Lesson from community participation in health programmes. **Health Policy and Planning**, v.1, n.3, p.240-249, 1986.

RIFKIN, S. B. Paradigm Lost: Towards a new understanding of community participation in health programmes. **Acta Tropica**, v.61, n.2, p.79-92, 1996.

RIFKIN, S. B.; HEWITT, G.; DRAPER, A. K. **Community participation in nutrition programs for child survival and anemia**. Washington, DC: A2Z, 2007.

RIFKIN, S. B.; KANGERE, M. What is participation. In: HARTLEY, S. (Ed.). **Community-based rehabilitation (CBR): A participatory strategy in Africa**. The Centre for International Child Health, London, 2002, p.37-49.

RIFKIN, S. B.; LEWANDO-HUNDT, G.; DRAPER, A. K. **Participatory Approaches in Health Promotion and Health Planning: A Literature Review**. Health Development Agency, U.K, 2000.

RIFKIN, S. B.; MULLER, F.; BICHMANN, M. Primary health care: on measuring participation. **Social Science and Medicine**, v.26, p.931-940, 1988.

RODGERS, K. C. et al. A model for strengthening collaborative research capacity: illustrations from the Atlanta Clinical Translational Science Institute. **Health Education and Behavior**, v. 41, n.3, p. 267-274, 2014.

ROSATO, M. et al. Community participation: lessons for maternal, newborn, and child health. **Lancet**, v.372, p.962–71, 2008.

ROSS, L. F. et al. The Challenges of Collaboration for Academic and Community Partners in a Research Partnership: Points to Consider. **Journal of Empirical Research on Human Research Ethics**, v.5, n.1, p.19–31, 2010.

ROWE, G.; FREWER, L. J. Public participation methods: A framework for evaluation. **Science, Technology and Human Values**, v.25, n.1, p.3-29, 2000.

ROWE, G., FREWER, L. J. Evaluating public participation exercises: A research agenda. **Science, Technology, and Human Values**, v.29, n.4, p.512- 556, 2004.

SALSBERG, J. et al. Successful Strategies to Engage Research Partners for Translating Evidence into Action in Community Health: A Critical Review. **Journal of Environmental and Public Health**, Article ID 191856, 2015.

SANDOVAL, J. A. et al. Process and outcome constructs for evaluating community-based participatory research projects: a matrix of existing measures. **Health Education Research**, v.27, n.4, p.680-690, 2012.

SCHENSUL, J. J. Organizing Community Research Partnerships in the Struggle Against AIDS. **Health Education & Behavior**, v.26, n.2, p.266-283, 1999.

SCHENSUL, J. J.; BERG, M. J.; NAIR, S. 2013. Using Ethnography in Participatory Community Assessment. In: ISRAEL, B.A et al. (Ed.). **Methods for Community-Based Participatory Research for Health**. 2nd ed. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 2013. p.161-188.

SCHMIDT, D.; RIFKIN, S. Measuring participation: Its use as managerial tool for district health planners based on a case study in Tanzania. **International Journal of Health Planning and Management**, v.11, p.345–358, 1996.

SERAPIONI, M. Sistemas de saúde e participação cidadã: algumas reflexões críticas na perspectiva da sociologia da saúde. **Saúde e Tecnologia**, v.10, p.10-18, 2013

SERAPIONI, M., MATOS, A.R. Participação em saúde: entre limites e desafios, rumos e estratégias. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, v.31, n.1, p. 11–22, 2013.

SIMMONS, V. N. et al. Participatory evaluation of a community–academic partnership to inform capacity-building and sustainability. **Evaluation and Program Planning**, v.52, p.19–26, 2015.

SOE, H. H. K. et al. Assessment of Community Participation in Safe Motherhood Health Education Program in Shan State, Myanmar. **European Journal of Scientific Research**, v.73, n.3, p.373-381, 2012.

SOUTH, J., GREEN, E. Developing an assessment tool for evaluating community involvement. **Health Expectations**, v.8, p.64–73, 2004.

SPINK, M. J. (Org.). **O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social**. São Paulo. Brasiliense, 1993. 311 p.

SPRINGETT, J.; WRIGHT, M. T.; ROCHE, B. **Developing Quality Criteria for Participatory Health Research: An Agenda for Action**. WZB Discussion Paper. Berlim, 2011. Disponível em: <https://www.econstor.eu/dspace/bitstream/10419/56934/1/689989601.pdf>

STANLEY, D. et al. Harnessing the Power of Community- Based Participatory Research: Examining Knowledge, Action, and Consciousness in the PROUD Study. **Social Work in Public Health**, v.30, p.312–323, 2015.

STOECKER, R. Are academics irrelevant? In: **Community-based participatory research for health: from process to outcomes**. (2<sup>nd</sup> ed.) São Francisco (US): Jossey-Bass, 2011.

TALO, C.; MANNARINI, T.; ROCHIRA, A. Sense of Community and Community Participation: A Meta-Analytic Review. **Social Indicators Research**, v.117, p.1-28, 2014.

THIOLLENT, M. Pesquisa-ação e pesquisa participante: uma visão de conjunto. In: STRECK, D.; SOBOTTKA, E. A.; EGGERT, E. (Org.). **Conhecer e Transformar: pesquisa-ação e pesquisa participante em diálogo internacional**. Curitiba: CRV, 2014. P.16-25.

TOLEDO, M. E. et al. Towards active community participation in dengue vector control: results from action research in Santiago de Cuba, Cuba. **Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene**, v.101, p.56-63, 2007.

TOLEDO, R. F.; GIATTI, L. L.; JACOBI, P.R. A pesquisa-ação em estudos interdisciplinares: análise de critérios que só a prática pode revelar. **Interface (Botucatu)**, v.18, n.51, p.633-46, 2014.

TOLEDO, R. F.; GIATTI, L. L.; PELICIONI, C. F. Mobilização Social em Saúde e Saneamento em Processo de Pesquisa-ação em uma Comunidade Indígena no Noroeste Amazônico. **Saúde e Sociedade**, v.21, n.1, p.206-218, 2012.

TRICKETT, E. J. et al. Advancing the Science of Community-Level Interventions. **American Journal of Public Health**, v.101, p.1410-19, 2011.

VALLA, V. V. Sobre participação popular: Uma questão de perspectiva. **Cadernos de Saúde Pública**, v.14, s.2, p.7-18, 1998.

VALLADARES, L. Os dez mandamentos da observação participante. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v.22, n.63, São Paulo, 2007.

VASCONCELOS, E.M. Educação Popular: instrumento de gestão participativa dos serviços de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caderno de Educação Popular e Saúde**. Brasília, 2007.

VERDEJO, M. E. **Diagnóstico rural participativo: guia prático**. Brasília: MDA/SAF, 2006. 65 p.

VIANA, H. M. **Pesquisa em Educação: a observação**. Plano Editora, Brasília, 2003.

WALLERSTEIN, N. et al. Reclaiming the social in community movements: perspectives from the USA and Brazil/South America: 25 years after Ottawa. **Health Promotion International**, v.26, p.226-236, 2011a.

WALLERSTEIN, N. et al. What Predicts Outcomes in CBPR. In: MINKLER, M.; WALLERSTEIN, N. **Community-based participatory research for health: from process to outcomes**. (2<sup>nd</sup> ed.) São Francisco (US): Jossey-Bass, 2011b.

WALLERSTEIN, N.; DURAN, B. Participatory research contributions to intervention research: The intersection of science and practice to improve health equity. **American Journal of Public Health**, v.100, p40-46, 2010.

WALLERSTEIN, N.; SANCHEZ, V.; VELARDE, L. Freirian praxis in health education and community organizing: A case study of an adolescent prevention program. In: Minkler, M (Ed.). **Community Organizing and Community Building For Health** (2<sup>nd</sup> ed.). Rutgers University Press, New Jersey, 2005.

WALTZ, C.; STRICKLAND, O. L.; LENZ, E. (Ed.). Instrumentation and Data Collection Methods. In **Measurement in Nursing and Health Research**, New York, NY, Springer Publishing Company, 2010.

WEBLER, T. "Right" discourse in citizen participation: An evaluative yardstick. In RENN, O., WEBLER, T.; WIEDEMANN, P. (Eds.) **Fairness and Competence in Citizen Participation: Evaluating Models for Environmental Discourse** (p. 35-86) Boston, MA: Kluwer Academic Press, 1995.

WESTHPHAL, M. F; MENDES, R. Avaliação participativa e a efetividade da promoção da saúde: desafios e oportunidades. **Boletim Técnico do Senac: a revista da educação profissional**, v.35, n.2, 2009. Disponível em: <http://www.senac.br/BTS/352/artigo-02.pdf> Acessado dia 28/06/13

WETHINGTON, E. et al. The CITRA Pilot Studies Program: Mentoring Translational Research. **The Gerontologist**, v.47, n.6, p.845–850, 2007.

WHEELER, T. et al. Learning about scale, measurement and community mobilisation: reflections on the implementation of the Avahan HIV/AIDS initiative in India. **Journal of Epidemiology and Community Health**, v.66, p.ii16-ii25, 2012.

WHO. **Declaration Of Alma-Ata**. World Health Organization, Geneva, 1978. Disponível em: [http://www.who.int/publications/almaata\\_declaration\\_en.pdf](http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf) Acessado em 12.07.12.

WIGGINS, N. Popular education for health promotion and community empowerment: a review of the literature. **Health Promotion International**, v. 27, n.3, p. 356-371, 2012.

WILLIAMS, G. Evaluating participatory development: tyranny, power and (re)politicization. **Third World Quarterly**, v.25, n.3, p. 557–578, 2004.

WOLFF, M. MAURANA, C. A. Building Effective Community–Academic Partnerships to Improve Health: A Qualitative Study of Perspectives from Communities. **Academic Medicine**, v.76, n. 2, p.166–172, 2001.

WRIGHT, K. N. et al. Ties That Bind: Creating and sustaining community- academic partnerships. **Gateways: International Journal of Community Research and Engagement**, vol.4, p.83–99, 2011.

XU, Q., PERKINS, D.D., CHOW, J.C-C. Sense of Community, Neighboring, and Social Capital as Predictors of Local Political Participation in China. **American Journal of Community Psychology**, v.45, p.259–271, 2010.

ZAKUS, J. D. L., LYSACK, C. L. Revisiting Community Participation. **Health Policy and Planning**, v.13, n.1, p. 1-12, 1998.

## ANEXOS

### ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

##### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Avaliação do processo de participação comunitária a partir da implementação de um programa de controle da esquistossomose desenvolvido em São Pedro do Jequitinhonha, Minas Gerais

**Pesquisador:** Maria Flávia Gazzinelli

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 26149613.0.0000.5149

**Instituição Proponente:** Escola de Enfermagem

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

##### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 576.152

**Data da Relatoria:** 03/04/2014

##### Apresentação do Projeto:

A Participação Comunitária (PC) têm assumido importante papel na saúde coletiva, e nos dias atuais constitui-se uma diretriz do SUS sendo entendida como estratégia política de resistência à exclusão social e de integração de múltiplas formas de ação coletiva voltadas para a obtenção e a ampliação do acesso a bens e serviços de consumo coletivo. Programas de P.C que visam o controle da esquistossomose e a efetividade de tais medidas têm sido avaliados. Alguns autores relatam que a P.C é requerida e imprescindível para o controle da esquistossomose, ressaltando que é um processo de lenta e permanente construção. Entretanto, permanece ainda o desafio de avaliar o papel da P.C no alcance das melhorias de saúde e seu impacto na saúde, incluindo o processo através do qual as intervenções são implementadas. O estudo trata-se de uma pesquisa participativa de base comunitária, de natureza qualitativa e caráter avaliativo em que se pretende avaliar o processo de participação comunitária a partir da implementação de um programa de controle da esquistossomose. O estudo será desenvolvido em São Pedro do Jequitinhonha, distrito de Jequitinhonha/Minas Gerais. O programa consiste em diagnosticar, planejar e agir com relação aos problemas de saúde locais e ao controle da esquistossomose.

##### Objetivo da Pesquisa:

Avaliar o processo de participação comunitária a partir da implementação de um programa de

**Endereço:** Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad Sl 2005  
**Bairro:** Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901  
**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE  
**Telefone:** (31)3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

Continuação do Parecer: 576.152

controle da esquistossomose realizado em São Pedro do Jequitinhonha, MG.

Objetivo Secundário:

(1) Identificar, de forma participativa os problemas de saúde relevantes na região. (2) Planejar de forma participativa ações prioritárias que possibilitem a resolução dos problemas identificados e o controle da esquistossomose. (3) Efetuar de forma participativa ações que possibilitem a resolução dos problemas identificados e o controle da esquistossomose. (4) Identificar aspectos contributivos e impeditores da participação comunitária. (5) Analisar a relação entre a participação comunitária alcançada e os resultados do programa.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

De acordo com o projeto, os riscos em relação à participação na pesquisa são aqueles inerentes a situações de reuniões de grupo, podendo ocasionar estresse, receio e constrangimento de se expor ou de ser avaliado pelos demais participantes. Para sanar esses possíveis riscos, serão informadas aos participantes as características da intervenção e as regras de convivência serão definidas em conjunto. Serão informados também sobre a garantia de confidencialidade e anonimato das informações coletadas, bem como sobre os riscos e benefícios tanto da participação nas reuniões quanto da realização da pesquisa.

Benefícios:

A busca por desenvolvimento de estratégias pedagógicas participativas que auxiliem no desenvolvimento de atitudes crítica-reflexivas e autônomas dos sujeitos bem como o possível aumento da emancipação dos mesmos.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de uma pesquisa participativa de base comunitária, de natureza qualitativa e caráter avaliativo. A Pesquisa Participativa de Base Comunitária (Community Based Participatory Research) é uma orientação à pesquisa que pode utilizar várias metodologias, tanto qualitativas quanto quantitativas. Pode ser descrita como uma investigação sistemática feita com a participação daqueles afetados por um problema com propósitos de educação e ação ou de mudança social. Também é uma abordagem de pesquisa colaborativa que envolve, equitativamente, membros da comunidade, representantes de organizações e pesquisadores em todos os aspectos do processo de pesquisa, desde o planejamento até à avaliação. O estudo será conduzido no distrito rural de São Pedro do Jequitinhonha, município de Jequitinhonha, MG, distante 40 km da sede. O distrito possui 1.240 moradores, sendo que 75,3% residem na vila central e 24,7% em aglomerados de

**Endereço:** Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

**Bairro:** Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE

**Telefone:** (31)3409-4592

**E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 576.152

casas, dispersos na área rural e em um assentamento, ao longo dos córregos. Os sujeitos do estudo serão homens e mulheres, acima de 16 anos, moradores do distrito de São Pedro do Jequitinhonha, convidados a participar das reuniões propostas. Aqueles que concordarem em participar do diagnóstico, planejamento e ações relacionadas aos problemas de saúde e controle da esquistossomose, após assinarem o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) e o Termo de Autorização para Utilização de Imagem e Som de Voz Para Fins de Pesquisa, serão considerados como sujeitos do estudo. De acordo com programa prévio prevê-se a participação regular nas reuniões propostas de cerca de 40 pessoas. O programa consistirá em diagnosticar, planejar e agir com relação aos problemas de saúde locais e ao controle da esquistossomose. Durante a intervenção será utilizada a Observação Participante, com registro em diário de campo e com registro de voz dos participantes durante as reuniões pretendidas. Ao final do processo de intervenção será feita uma entrevista estruturada com base em um questionário estruturado com o objetivo de obter informações acerca de como se deu o processo e qual o grau de participação comunitária alcançado em relação às cinco dimensões do modelo metodológico spidergram (Draper et al. 2010): (1) Liderança; (2) Planejamento e Gestão; (3) Comunicação; (4) Suporte Externo no Desenvolvimento do Programa e (5) Monitoramento e Avaliação. O plano de análise está descrito no projeto.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Documentos apresentados: Projeto de Pesquisa; Folha de Rosto Assinada pela Vice-Diretora da Escola de Enfermagem; Parecer Consubstanciado Aprovado pela Câmara do Departamento de Enfermagem Aplicada da Escola de Enfermagem da UFMG; Questionário Estruturado; Termo de Uso de Imagem e Som; TCLE. TCLE: redigido em forma de convite, explicita os possíveis riscos e benefícios, linguagem acessível, descreve os objetivos e os procedimentos da pesquisa, garante sigilo e direito a recusa.

Termo de Autorização para Imagem e Som: o termo garante que não haverá divulgação da imagem nem som de voz por qualquer meio de comunicação, sejam elas televisão, rádio ou internet, exceto nas atividades vinculadas ao ensino e a pesquisa.

**Recomendações:**

Solicitações devidamente atendidas -Anexada carta de anuência do Secretário de saúde.

-Incluído Termo de Assentimento para menores de 18 anos.

**Endereço:** Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

**Bairro:** Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE

**Telefone:** (31)3409-4592

**E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 576.152

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Somos pela aprovação do projeto "Avaliação do processo de participação comunitária a partir da implementação de um programa de controle da esquistossomose desenvolvido em São Pedro do Jequitinhonha, Minas Gerais" da pesquisadora Maria Flávia Gazzinelli

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Aprovado conforme parecer

BELO HORIZONTE, 01 de Abril de 2014

---

**Assinador por:**  
**Maria Teresa Marques Amaral**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

**Bairro:** Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE

**Telefone:** (31)3409-4592

**E-mail:** coep@prpq.ufmg.br



**ANEXO B – QUESTIONÁRIO ELABORADO POR PARTICIPANTES DO PROGRAMA  
PARA INVESTIGAR A CONDIÇÃO DAS FOSSAS EM SPJ**

Nome: \_\_\_\_\_

Endereço \_\_\_\_\_

1. Você tem fossa em sua casa? Sim  Não

2. Quais as condições dela?

3. Onde você joga o esgoto? Justifique:

4. Você gostaria de ter os serviços de esgotamento sanitário? Sim  Não

-----

Nome: \_\_\_\_\_

Endereço \_\_\_\_\_

1. Você tem fossa em sua casa? Sim  Não

2. Quais as condições dela?

3. Onde você joga o esgoto? Justifique:

4. Você gostaria de ter os serviços de esgotamento sanitário? Sim  Não

-----

Nome: \_\_\_\_\_

Endereço \_\_\_\_\_

1. Você tem fossa em sua casa? Sim  Não

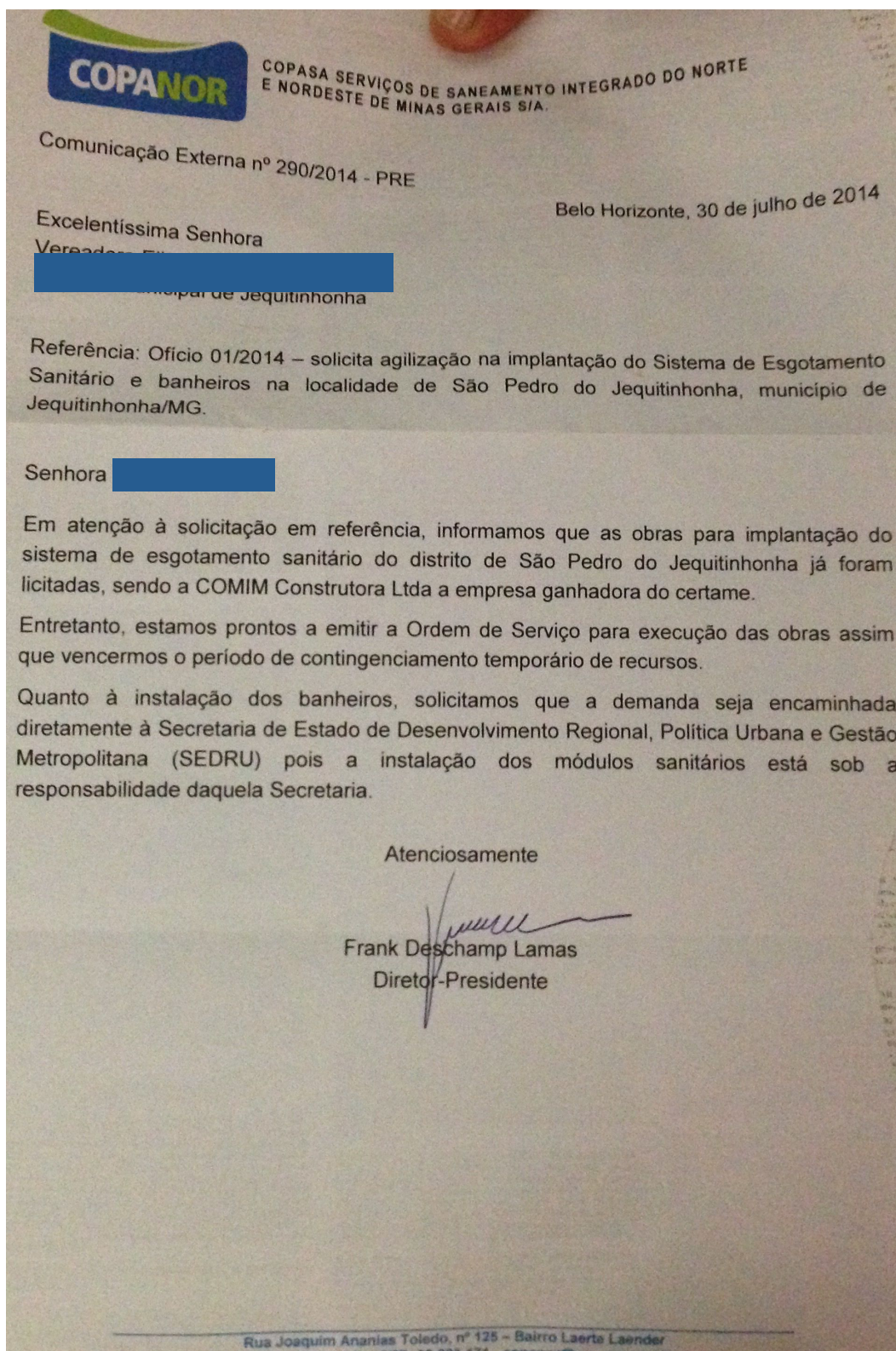
2. Quais as condições dela?

3. Onde você joga o esgoto? Justifique:

4. Você gostaria de ter os serviços de esgotamento sanitário? Sim  Não

-----

**ANEXO C – CARTA DA COPANOR EM RESPOSTA AO OFÍCIO ENVIADO POR CLEMENTINA SOLICITANDO AGILIDADE NA IMPLEMENTAÇÃO DO SISTEMA DE ESGOTAMENTO EM SPJ**



**ANEXO D – CONFIRMAÇÃO DA DESTINAÇÃO DA VERBA DA EMENDA PARLAMENTAR PARA COMPRA DA AMBULÂNCIA PARA SPJ – EXTRATO DO DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO DO DIA 02 DE JULHO DE 2014.**

Extrato do Termo de Convênio nº. 1550/2014 – EMG/SES/SUS-MG/FES e o município de Jequitinhonha. Objeto: Investimento, visando à aquisição de veículo ambulância simples remoção. Valor R\$ 64.990,00 (sessenta e quatro mil novecentos e noventa reais) sob a dotação orçamentária: 4291.10.301.237.4388.0001-444042-10.1. Fonte: Tesouro do Estado. Assinatura: 01/07/2014. Vigência: 30/06/2015, acrescidos os 60 (sessenta) dias para prestação de contas. Signatários: José Geraldo de Oliveira Prado (Secretário) e Iracilda Dias da Silva (Prefeita).

## APÊNDICES

### APÊNDICE A

#### QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA PC – SPIDERGRAM

A entrevista feita com base neste questionário refere-se ao programa de participação comunitária para o controle da esquistossomose realizado em São Pedro do Jequitinhonha e foi elaborado com o intuito de se obter informações sobre como foi desenvolvido o programa e como se deu a participação comunitária em todas as suas fases. Gostaríamos de contar com a sua participação, respondendo aos itens abaixo. Garantimos-lhe o sigilo quanto à identificação dos respondentes, conforme o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que lhe foi entregue. Agradecemos pela sua atenção e colaboração!

Data da entrevista: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Entrevistador: \_\_\_\_\_ Questionário n°: \_\_\_

#### PARTE I: Identificação

1. Nome: \_\_\_\_\_

2. Idade: \_\_\_\_\_ 3. Sexo:  F  M 4. Profissão:

\_\_\_\_\_

5. Escolaridade:  Analfabeto  Ensino Fundamental  Ensino  Médio Ensino Superior

#### PARTE II: Acerca da Liderança

6. Você sabe quem liderou o programa?

- a) Os pesquisadores
- b) Os pesquisadores junto com a comunidade
- c) A comunidade
- d) Outra \_\_\_\_\_
- e) Não sabe responder

7. E os participantes do programa, você sabe como eles foram escolhidos?

- a) Os pesquisadores decidiram a maneira de participar e as pessoas que participaram
- b) Os pesquisadores decidiram a maneira de participar, mas os pesquisadores junto com a

comunidade escolheram as pessoas que participaram

- c) Os pesquisadores decidiram a maneira de participar, mas a comunidade escolheu as pessoas
- d) Os pesquisadores decidiram a maneira de participar, mas outra(s) pessoa(s) escolheu(aram) as pessoas que participaram
- e) A comunidade decidiu a maneira de participar e escolheu as pessoas que participaram de forma representativa
- f) Outra \_\_\_\_\_
- g) Não sabe responder.

8. Os pesquisadores se preocuparam em incluir os

líderes da comunidade\* no programa?

- a) Sim
- b) Não
- c) Não sabe responder

\*Líderes reconhecidos e legitimados pela comunidade

9. Os membros da comunidade, que participaram do programa, procuraram representar aquilo que é importante para diferentes pessoas da comunidade?

- a) Sim
- b) Não
- c) Às vezes sim, às vezes não
- d) Não sei responder

10. As decisões do programa foram tomadas por quem?

- a) Todas as decisões foram tomadas pelos pesquisadores
- b) Algumas decisões foram tomadas pelos pesquisadores junto com a comunidade
- c) A maior parte das decisões foi tomada pelos pesquisadores junto com a comunidade
- d) Todas as decisões foram tomadas pela comunidade
- e) Outra \_\_\_\_\_
- f) Não sabe responder.

11. Os líderes locais, que participaram do programa, tentaram fazer com que a comunidade fosse mais capaz de tomar decisões?

- a) Sim
- b) Não
- c) Mais ou menos
- d) Não sabe responder

12. Os participantes do programa receberam treinamento sobre liderança?

- a) Sim
- b) Não
- c) Mais ou menos
- d) Não sabe responder

### PARTE III: Acerca do Planejamento e Gestão

13. As necessidades da comunidade foram identificadas por quem?

- a) Pelos pesquisadores
- b) Pelos pesquisadores junto com a comunidade
- c) Pela comunidade
- d) Outra \_\_\_\_\_
- e) Não sabe responder

14. Os objetivos do programa foram definidos por quem?

- a) Pelos pesquisadores
- b) Pelos pesquisadores junto com a comunidade
- c) Pela comunidade
- d) Outra \_\_\_\_\_
- e) Não sabe responder

15. As atividades do programa foram definidas por quem?

- a) Todas as atividades foram definidas pelos pesquisadores
- b) Algumas atividades foram definidas pelos pesquisadores em conjunto com a comunidade
- c) A maioria das atividades foi definida pelos pesquisadores em conjunto com a comunidade
- d) Todas as atividades foram definidas pela comunidade
- e) Outra \_\_\_\_\_
- f) Não sabe responder.

16. As atividades refletiram as prioridades de qual grupo?

- a) Dos pesquisadores
- b) Dos pesquisadores e da comunidade
- c) Da comunidade
- d) Outra \_\_\_\_\_
- e) Não sabe responder.

17. A comunidade participou nas atividades?

- a) Sim
- b) Não
- c) Às vezes sim, às vezes não
- d) Não sabe responder

18. O tempo que o projeto iria durar foi definido por quem?

- a) Pelos pesquisadores
- b) Pelos pesquisadores junto com a comunidade  
Pela comunidade
- c) Outra \_\_\_\_\_
- d) Não sabe responder

19. Este tempo foi negociado com a comunidade?

- a) Não, porque o cronograma foi pré-definido e seguido à risca.
- b) Sim, houve negociação entre os participantes e, quando necessário, foram feitas modificações no cronograma
- c) Outra \_\_\_\_\_
- d) Não sabe responder

20. A comunidade recebeu dos pesquisadores algum treinamento em planejamento e administração/gerência?

- a) Sim
- b) Não
- c) Mais ou menos
- d) Não sabe responder

#### PARTE IV: Acerca da Comunicação

21. Durante o desenvolvimento do programa, os pesquisadores se preocuparam em falar de forma simples, para que a comunidade entendesse?

- a) Sim
- b) Não
- c) Parcialmente
- d) Não sabe responder

22. Durante o desenvolvimento do programa os conhecimentos da comunidade foram levados em consideração?

- a) Sim
- b) Não
- c) Parcialmente
- d) Não sabe responder

23. Quem liderou os processos de educação em saúde do programa?

- a) Os pesquisadores
- b) Os pesquisadores junto com a comunidade
- c) A comunidade
- d) Outra \_\_\_\_\_
- e) Não sabe responder

24. Quem selecionou os temas, método e estratégias de educação do programa?

- a) Os pesquisadores
- b) Os pesquisadores junto com a comunidade
- c) A comunidade
- d) Outra \_\_\_\_\_
- e) Não sabe responder

25. O processo de ensino aconteceu de que forma?

- a) Houve apenas transferência de informação

- b) Houve transferência de informação que favoreceram o desenvolvimento da autonomia e do protagonismo na comunidade
- c) Caracterizaram-se por incluir uma dimensão ativa na qual pesquisador e comunidade interagem como sujeitos que ressignificam suas histórias e seus saberes
- d) Outra \_\_\_\_\_
- e) Não sabe responder

26. Os materiais que divulgaram os resultados do programa foram feitos de que forma?

- a) Os pesquisadores produziram materiais pedagógicos para a circulação de informação na comunidade de forma unidirecional sem preocupação com o vocabulário local e linguagem adequada.
- b) Os pesquisadores produziram materiais pedagógicos para a circulação de informação na comunidade preocupando-se em desenvolver materiais pedagógicos que se adequassem ao vocabulário e linguagem locais.
- c) Os materiais pedagógicos foram desenvolvidos pela comunidade com o auxílio dos pesquisadores.
- d) Outra \_\_\_\_\_
- e) Não sabe responder

27. Durante o programa, houve preocupação em avaliar se a comunidade compreendeu as mensagens transmitidas?

- a) Sim, os pesquisadores se preocuparam em avaliar
- b) Sim, os representantes da comunidade participantes do programa avaliaram
- c) Não houve preocupação com tal avaliação
- d) Outra \_\_\_\_\_
- e) Não sabe responder

#### **PARTE V: Acerca do Suporte externo no desenvolvimento do programa**

28. O dinheiro para o desenvolvimento do programa veio de onde?

- a) Totalmente de fora da comunidade
- b) Parte veio de fora e parte veio de dentro da comunidade
- c) Totalmente de dentro da comunidade
- d) Outra \_\_\_\_\_
- e) Não sabe responder

29. Quem controlou o dinheiro do programa?

- a) Os pesquisadores
- b) Os pesquisadores junto com a comunidade
- c) A comunidade
- d) Outra \_\_\_\_\_
- e) Não sabe responder

30. Quem decidiu onde o dinheiro do programa seria usado?

- a) Os pesquisadores decidiram
- b) Os pesquisadores decidiram junto com a comunidade
- c) A comunidade decidiu
- d) Outra \_\_\_\_\_
- e) Não sabe responder

31. Com o quê a comunidade contribuiu para o projeto?

- a) Com dinheiro, pessoas e com tempo
- b) Com pessoas e com tempo
- c) Apenas com dinheiro
- d) Apenas com pessoas
- e) Apenas com tempo
- f) Não contribuiu com nada
- g) Outra \_\_\_\_\_
- h) Não sabe responder

32. Quem projetou o programa?

- a) Os pesquisadores
- b) Os pesquisadores junto com a comunidade
- c) A comunidade
- d) Outra \_\_\_\_\_
- e) Não sabe responder

33. Quando o programa estava sendo criado, houve negociação com a comunidade?

- a) Não, os pesquisadores decidiram em todos os momentos.
- b) Sim, houve mudanças no planejamento por causa das negociações com a comunidade
- c) Outra \_\_\_\_\_
- d) Não sabe responder

34. Aquilo que as pessoas mais pobres e necessitadas pensam ou precisam foi levado em consideração quando o programa estava sendo criado?

- a) Sim
- b) Não
- c) Mais ou menos
- d) Não sabe responder

35. O que cada um deveria fazer no programa foi definido por quem?

- a) Pelos pesquisadores
- b) Pelos pesquisadores junto com a comunidade
- c) Pela comunidade
- d) Outra \_\_\_\_\_
- e) Não sabe responder

36. O(s) problema(s) de saúde de que o programa iria tratar foi (foram) definido(s) por quem?

- a) Pelos pesquisadores
- b) Pelos pesquisadores junto com a comunidade
- c) Pela comunidade
- d) Outra \_\_\_\_\_

- e) Não sabe responder

#### PARTE VI: Acerca do Monitoramento e Avaliação

37. Quem escolheu a definição daquilo que era bom resultado do programa?

- a) Os pesquisadores
- b) Os pesquisadores junto com a comunidade
- c) A comunidade
- d) Outra \_\_\_\_\_
- e) Não sabe responder

38. Quem definiu quais fatos que indicariam o bom resultado do programa?

- a) Os pesquisadores
- b) Os pesquisadores junto com a comunidade
- c) A comunidade
- d) Outra \_\_\_\_\_
- e) Não sabe responder

39. Quem definiu a forma de avaliar o programa?

- a) Os pesquisadores
- b) Os pesquisadores junto com a comunidade
- c) A comunidade
- d) Outra \_\_\_\_\_
- e) Não sabe responder

40. A comunidade colheu todas as informações necessárias para o desenvolvimento do projeto?

- a) Sim
- b) Não
- c) Algumas sim, outras não
- d) Não sabe responder

41. Quem escolheu quais informações que deveriam ser consideradas?



- a) Os pesquisadores
- b) Os pesquisadores junto com a comunidade
- c) A comunidade
- d) Outra \_\_\_\_\_
- e) Não sabe responder

42. As informações foram analisadas por quem?

- a) Pelos pesquisadores
- b) Pelos pesquisadores junto com a comunidade
- c) Pela comunidade
- d) Outra \_\_\_\_\_
- e) Não sabe responder

43. Como as informações foram analisadas?

- a) Apenas através de números e estatística
- b) Apenas através de entrevistas, grupos de discussão, questionários e outros métodos qualitativos
- c) Através dos dois métodos mencionados acima
- d) Outra \_\_\_\_\_
- e) Não sabe responder

44. A comunidade ficou sabendo de todos os resultados finais do programa?

- a) Sim
- b) Não
- c) De alguns sim, de outros não
- d) Não sabe responder

45. Todos os resultados encontrados são do interesse da comunidade?

- a) Sim
- b) Não
- c) Alguns sim, outros não
- d) Não sabe responder

## APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário, do programa de pesquisa “Participação Comunitária em um Programa de Controle da Esquistossomose em São Pedro do Jequitinhonha (PPC-SPJ)”. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. O objetivo da pesquisa é avaliar o processo de participação comunitária em um programa de controle da esquistossomose desenvolvido em São Pedro do Jequitinhonha (PPC-SPJ).

Dadas as características deste estudo, informamos que sua participação não incorrerá em prejuízos pessoais. Assumimos a responsabilidade e o compromisso com a privacidade e a confidencialidade dos dados que serão coletados, preservando integralmente o anonimato dos sujeitos da pesquisa e a garantia de que as informações obtidas serão utilizadas somente para fins científicos, podendo você ter acesso a elas e realizar qualquer modificação no seu conteúdo se julgar necessário, bem como, solicitar qualquer esclarecimento às dúvidas que possam surgir.

Sinta-se com liberdade para recusar sua participação ou mesmo seu desligamento em qualquer fase desta pesquisa, sem que isso implique danos pessoais. A sua participação não implicará nenhum tipo de premiação, remuneração ou benefício direto, somente indireto, por meio da divulgação de conhecimentos. Neste estudo, o constrangimento configura um risco passível de ocorrência, mas amenizado por meio do anonimato das informações pessoais e dos dados coletados. Garantimos que você não terá nenhum tipo de despesa material ou financeira durante o desenvolvimento da pesquisa. Como pesquisadora responsável pelo estudo, assumo toda e qualquer responsabilidade no decorrer da pesquisa, garantindo-lhe que as informações acima referidas são rigorosamente cumpridas.

### **Informações sobre a pesquisa**

Título do Projeto: Participação Comunitária em um Programa de Controle da Esquistossomose em São Pedro do Jequitinhonha (PPC-SPJ).

Pesquisadores Responsáveis: Profa. Dra. Maria Flávia Carvalho Gazzinelli; Profa. Dra. Andréa Gazzinelli; e bióloga Cláudia Peres da Rocha Fernandes Costa Maia. Telefone para Contato: (31) 3409-9181

Se você tiver perguntas com relação a seus direitos como participante deste estudo, você também poderá contatar uma terceira pessoa, que não participa desta pesquisa, no Comitê de Ética da Universidade Federal de Minas Gerais. Endereço: Av. Antônio Carlos, 6627. Unidade Administrativa II - 2º andar - Sala 2005. Campus Pampulha. Belo Horizonte, MG – Brasil. 31270-901. Telefone: (31) 3409-4592

### **Declaração de consentimento**

Li as informações contidas neste documento antes de assiná-lo. Declaro que fui informado sobre os métodos e as técnicas desta pesquisa. Declaro que tive tempo suficiente para ler e entender as informações acima. Declaro também que recebi respostas para todas as minhas dúvidas. Confirmando que recebi uma cópia deste formulário de consentimento. Compreendo que sou livre para me retirar do estudo em qualquer momento, sem perda de benefícios ou qualquer outra penalidade.

---

Profa. Dra. Maria Flávia Carvalho Gazzinelli

---

Profa. Dra. Andréa Gazzinelli

---

Bióloga Cláudia Peres da Rocha Fernandes Costa Maia

---

Data e Assinatura Legível do Participante

**APÊNDICE C – TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DE IMAGEM E SOM DE VOZ PARA FINS DE PESQUISA**

Eu \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_, depois de conhecer e entender os objetivos, procedimentos metodológicos, riscos e benefícios da pesquisa, bem como de estar ciente da necessidade do uso de minha imagem e/ou som de voz, especificados no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), referente ao projeto intitulado: “Avaliação do processo de participação comunitária a partir da implementação de um programa de controle da esquistossomose desenvolvido em São Pedro do Jequitinhonha, Minas Gerais”, AUTORIZO, através do presente termo, os pesquisadores Maria Flávia Gazzinelli e Cláudia P.R.F. Costa Maia a realizarem as fotos que se façam necessárias e/ou a colher meu som de voz sem quaisquer ônus financeiros a nenhuma das partes.

Ao mesmo tempo, libero a utilização destas fotos (e seus respectivos negativos) e/ou som de voz apenas para fins científicos e de estudos (análise por parte da equipe de pesquisa, apresentações em conferências profissionais e/ou acadêmicas, dissertação e artigos), em favor dos pesquisadores, acima especificados.

Tenho ciência de que não haverá divulgação da minha imagem nem som de voz por qualquer meio de comunicação, sejam elas televisão, rádio ou internet, exceto nas atividades vinculadas ao ensino e a pesquisa explicitadas acima. Tenho ciência também de que a guarda e demais procedimentos de segurança com relação às imagens e sons de voz são de responsabilidade do(a) pesquisador(a) responsável.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o(a) pesquisador(a) responsável pela pesquisa e a outra com o(a) participante.

**São Pedro do Jequitinhonha, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20**

---

**Maria Flávia Gazzinelli**  
**(Pesquisadora responsável pelo projeto)**

---

**Sujeito da Pesquisa**

## APÊNDICE D – QUESTIONÁRIO PARA INVESTIGAÇÃO DA OPINIÃO DOS MORADORES QUANTO AOS PROBLEMAS DE SAÚDE ENFRENTADOS EM SPJ

### Questionário Sobre os Problemas de Saúde em São Pedro do Jequitinhonha

Nome: \_\_\_\_\_  
Sexo: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

#### Questão 01

Dos oito problemas abaixo, escolha três que você considera mais urgentes de serem resolvidos.

- ( 1 ) Falta de sistema de Esgoto
- ( 2 ) Falta de sistema de Água da Chuva
- ( 3 ) Animais soltos nas ruas e criação errada de animais
- ( 4 ) Uso dos córregos contaminados
- ( 5 ) Falta fiscal das zoonoses
- ( 6 ) Falta da rede de celular
- ( 7 ) Falta de ambulância adequada
- ( 8 ) Lavanderia Fechada

#### Questão 02

Coloque em ordem de prioridade os três problemas escolhidos na questão um.

Qual de deve ser resolvido primeiro: \_\_\_\_\_

E em segundo lugar? \_\_\_\_\_

E em terceiro lugar? \_\_\_\_\_

#### Questão 03

Há algum outro problema relacionado à saúde em São Pedro que não está nesta lista, mas que você gostaria de colocar?

**APÊNDICE E – CARTA DE SOLICITAÇÃO DE UM SISTEMA DE ESGOTAMENTO  
CANALIZADO PARA SPJ PREPARADA EM CONJUNTO COM PARTICIPANTES  
DO PPC-SPJII**

**CARTA DE SOLICITAÇÃO DE UM SISTEMA CANALIZADO DE ESGOTAMENTO NO  
DISTRITO DE SÃO PEDRO DO JEQUITINHONHA**

**São Pedro do Jequitinhonha, Outubro de 2014**

**Ao gestor....**

**Exmo....**

São Pedro do Jequitinhonha (SPJ) é um distrito rural do município de Jequitinhonha que não conta com sistema coletivo e canalizado de esgotamento, no qual grande parte da população utiliza o sistema de fossas, enquanto outra parte não possui nenhum tipo de sistema para eliminação do esgoto.

Em um relatório recente feito pela fundação João Pinheiro em que se analisou a situação do saneamento no estado de Minas Gerais, a região dos Vales do Jequitinhonha/Mucuri apresentou o segundo menor grau de cobertura da rede de esgoto do Estado (SEIS, 2012).

É sabido que esgoto sanitário é um dos principais agentes poluidores dos mananciais e o alto número de municípios em Minas Gerais que ainda não coletam e tratam seus efluentes torna a situação preocupante. Também, há indicativos de que a maior necessidade, em termos quantitativos e qualitativos, dos serviços de saneamento básico em Minas Gerais, encontra-se nos municípios de pequeno porte e nos distritos (SEIS-2012), como é o caso de SPJ.

O sistema coletivo de saneamento (ou dinâmico), em que o esgoto produzido é levado para fora da área servida, é a solução mais adequada para a destinação das águas residuais porque impede a contaminação do solo e dos cursos d'água e também permite o tratamento do esgoto coletado, uma vez que a rede tende a ter como destino uma estação de tratamento de esgoto (SEIS-2012).

Desta forma, nós, moradores SPJ, através deste documento desejamos:

- 1. Apresentar dados de uma pesquisa feita acerca das condições de saneamento na localidade.**

2. **Discutir a relevância dos dados encontrados com outras informações colhidas sobre a importância e urgência de implementação de sistema canalizado de esgotamento sanitário.**
3. **Solicitar ao poder municipal que implante um sistema de esgotamento sanitário canalizado em SPJ.**
4. **Apresentar o abaixo-assinado bem como um ofício escrito por alunos do 3º ano de ensino médio da Escola Estadual Prefeito Epaminondas Ramos que revelam o apoio da população à solicitação feita.**

Desde de Agosto de 2013, uma parcela desta comunidade vem trabalhando em parceria com pesquisadores da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) num projeto de identificação de seus problemas de saúde, na proposição de solução para os mesmos e na execução de ações que visam solucioná-los. Dentre os problemas de saúde identificados, a falta de um sistema de esgotamento sanitário foi considerada prioritária.

A fim de compreender melhor a atual situação do esgotamento no local, decidimos realizar uma pesquisa na qual foram feitas entrevistas com representantes da Secretaria de Obras e Infraestrutura, representantes da COPANOR e foram coletados dados no posto de saúde local. Adicionalmente, preparamos um questionário visando adquirir informações sobre a condição das fossas (Anexo 1).

De acordo com dados coletados no posto de saúde local, provenientes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), atualizados em 2013, em SPJ há 1.703 habitantes distribuídos em 523 casas.

Discriminando-se as zonas urbana e rural, verifica-se que na zona urbana, há 945 moradores distribuídos em 291 casas e na zona rural há 758 moradores distribuídos em 232 casas (Tabela 1).

<b>Tabela 1. Dados da População de São Pedro do Jequitinhonha (Fonte: Estratégia Saúde da Família, Março 2014)</b>	
<b>Número de Habitantes Total de SPJ</b>	1.703
<b>Número de casas total em SPJ</b>	523
<b>Número de Habitantes da Zona Urbana</b>	945 (55%)
<b>Número de casas da Zona urbana</b>	291
<b>Número de habitantes da Zona Rural</b>	758 (45%)
<b>Número de casas da Zona Rural</b>	232

Os dados coletados no posto de saúde local também indicam que das 523 residências de SPJ, em 371 há o uso de fossas, em 103 os moradores eliminam seus dejetos à céu aberto e em 49 casas não houve declaração (Gráfico 1). Na zona urbana, em 233 casas utiliza-se fossa, em 15 elimina-se os

dejetos à céu aberto e em 43 casas não declarou-se o destino do esgoto (Gráfico 2). Referente à zona rural, em 138 casas utiliza-se fossa, em 88 elimina-se os dejetos à céu aberto e em 6 casas não declarou-se o destino do esgoto (Gráfico 3).

Utilizando-se o questionário elaborado, foram feitas entrevistas em 211 casas da vila central, totalizando 72,5% da população urbana. Nas entrevistas, 176 pessoas declararam possuir fossa e 35 declararam não possuir. Das pessoas que possuem fossa, 106 (60%) declararam que a fossa está em boas condições, 36 (21%) declararam que a condição de suas fossas é regular, 28 (16%) declararam que a fossa está em condição ruim/péssima e 6 (3%) não declararam a condição de suas fossas (Gráficos 4 e 5).

Gráfico 1. Dados do Saneamento SPJ

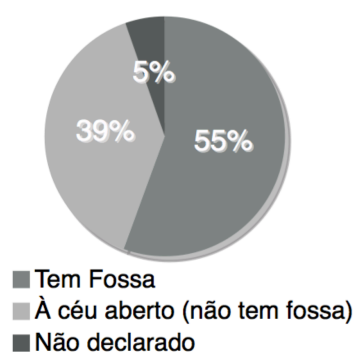


Gráfico 2. Dados do Saneamento SPJ Zona Urbana

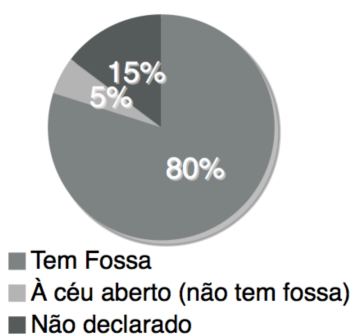


Gráfico 3. Dados do Saneamento SPJ Zona Rural

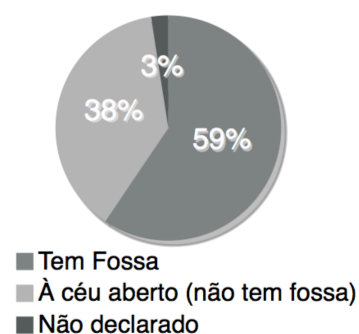


Gráfico 4. Dados do Saneamento SPJ - Zona Urbana

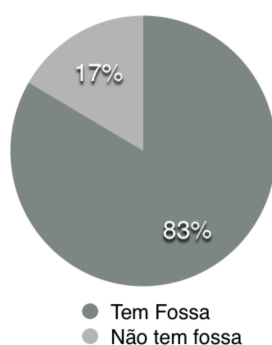
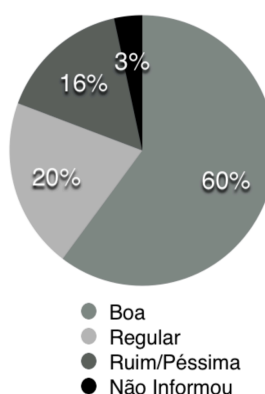


Gráfico 5. Dados do Saneamento SPJ - Zona Urbana - Condição das Fossas



Entre as justificativas apontadas para a classificação das fossas como regular ou ruim/péssima estão o tempo de construção das fossas (muitas consideradas velhas) a condição de armazenamento



(muitos relataram que suas fossas estão cheias) e as condições estruturais (com algumas com suspeita de entupimento e rachaduras).

Alguns moradores que não possuem fossa justificaram que o local sobre o qual construíram suas casas é lajedo, tornando-se impossível cavar fossa com profundidade adequada. Grande parte destes que não possuem fossa relataram despejar as fezes diretamente nos córregos. Dos que afirmaram que suas fossas estão cheias, alguns relataram não ter condições financeiras para a construção de outra fossa e outros afirmaram não possuir espaço em seus terrenos para tal.

Outro dado obtido através das entrevistas feitas por representantes da comunidade foi referente ao destino das águas provenientes das torneiras. Ao responderem à questão “onde você joga o esgoto?”, muitos moradores relataram que as águas provenientes das pias da cozinha, das pias do banheiro e da lavagem de roupas são despejadas no quintal ou nas ruas e, e em algumas casas, diretamente no córrego.

Em reuniões feitas com representantes da comunidade, foi coletada a informação de que havia sido iniciada, há cerca de 15 anos atrás, uma obra de construção de um sistema de esgotamento para a zona urbana de SPJ, que permaneceu incompleta.

Em uma observação feita na localidade em outubro de 2013 puderam ser vistas estruturas inacabadas que possivelmente serviriam como estação de tratamento do esgoto antes de seu deságue no rio. Observou-se um estado de deterioração e de acúmulo de lixo em seu interior (Figuras 1, 2 e 3).

Moradores também relataram que foram cavados buracos e enterradas manilhas que serviriam de sistema de canalização do esgoto, mas que tais tornaram-se inúteis com a não conclusão da obra.

A Secretaria de Obras e Infraestrutura foi procurada para que as informações pudessem ser confirmadas ou esclarecidas, porém a vigência atual alegou não ter tais informações referentes a vigências passadas.

**Figura 1.** Estrutura inacabada da obra de construção de um sistema de esgotamento em SPJ.



**Figura 2.** Estrutura inacabada da obra de construção de um sistema de esgotamento em SPJ.



**Figura 3.** Lixo no interior da estrutura inacabada da obra de construção de um sistema de esgotamento em SPJ



A análise dos dados apresentados mostra a fragilidade do sistema sanitário existente visto que ainda persiste a eliminação de dejetos à céu aberto (mesmo que em pequena proporção) e que grande parte das fossas foi classificada como regular ou ruim/péssima. Além disso, obteve-se o relato de que, em grande parte das casas, apenas o esgoto derivado dos vasos sanitários é direcionado para as fossas enquanto as águas residuais das pias e ralos são despejadas livremente nos quintais e ruas.

Sabe-se que a presença de esgoto à céu aberto é a degradação ambiental mais frequente no Brasil e que os dejetos lançados em fossas abertas, rios, lagos ou mesmo na sarjeta tornam-se a causa de doenças que anualmente levam milhares de crianças à morte. Tal problema ainda é um entrave ao desenvolvimento econômico de muitos municípios, que, devido à falta de saneamento, perdem em parte seu potencial turístico e têm atividades como a pesca prejudicada (PNUD, 2012).

Tendo em vista que os córregos que recebem o esgoto de São Pedro deságuam no rio Jequitinhonha, fonte de água, de pesca e que possui alto potencial turístico na região, solucionar o problema do esgotamento no distrito da forma mais adequada e definitiva, ou seja, através da construção de um sistema canalizado, é de suma importância para o município.

A existência de lançamentos em fossa rudimentar, em valas a céu aberto e em corpos d'água, longe de representarem soluções alternativas, constituem, antes, a confirmação da precariedade da coleta de esgoto no País (IBGE, 2011). Nesse sentido, até mesmo a principal solução alternativa adotada para suprir a inexistência desse serviço, no caso a fossa séptica, está longe do desejável. Além disso, a destinação incorreta, os extravasamentos e o uso de fossas sépticas e sumidouros tende a poluir as águas de superfície e subterrâneas (SEISMG, 2012).

Ainda há muito o que se fazer no Brasil com relação às redes de saneamento, principalmente no que diz respeito ao esgotamento sanitário que apresenta a menor cobertura nos municípios. Verifica-se no país uma situação preocupante em que 2.495 municípios não possuem rede coletora de esgoto, sendo esta a realidade de grande parte dos municípios com menos de 50 mil habitantes IBGE (2011).

Conforme a política municipal de saneamento ambiental é responsabilidade do poder municipal ampliar e melhorar os serviços de saneamento prestados às comunidades e também garantir o atendimento à saúde das populações, zelar pela qualidade dos serviços prestados aos cidadãos e criar mecanismos de preservação e controle ambiental IBGE (2011). Assim sendo, a comunidade de SPJ solicita à prefeitura e parceiros que seja implementado um sistema de esgotamento canalizado no distrito.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

IBGE. (2011). Atlas de Saneamento. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Diretoria de Geociências. ISBN 978-85-240-4202-7.

Instituto Trata Brasil. (2013). Esgotamento sanitário inadequado e impactos na saúde da população Atualização do diagnóstico da situação nas 100 maiores cidades brasileiras. Acessado em maio de 2014 e disponível em: <http://www.tratabrasil.org.br/datafiles/uploads/drsai/Book-Trata-B.pdf>

Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). (2005). "O lançamento inadequado de dejetos é a degradação ambiental mais freqüente no Brasil; problema já prejudica pescadores em 445 cidades". Acessado em maio de 2014 e disponível em: <http://www.pnud.org.br/Noticia.aspx?id=201>

Sistema Estadual de Informações Sobre Saneamento (SEIS) (2012). Relatório de pesquisa. Fundação João Pinheiro, Centro de Estatística e Informações - Belo Horizonte. Minas Gerais.

**ANEXO 1.** Questionário elaborado e aplicado por moradores de São Pedro de Jequitinhonha a fim de coletar informações sobre a situação do saneamento na zona urbana do distrito.

Nome: \_\_\_\_\_

Endereço \_\_\_\_\_

1. Você tem fossa em sua casa? Sim  Não

2. Quais as condições dela?

3. Onde você joga o esgoto? Justifique:

4. Você gostaria de ter os serviços de esgotamento sanitário? Sim  Não