

EMPODERAMENTO E PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE NA EFETIVIDADE DA PROMOÇÃO DA SAÚDE



Nina Wallerstein, Dr. PH.
Doutora e Mestre em Saúde Pública pela Universidade da Califórnia, em Berkeley
Profa. do Departamento de Medicina da Família e da Comunidade, Diretora do Centro de Pesquisa Participativa, Instituto de Saúde Pública do Departamento de Medicina da Família e da Comunidade da Universidade do Novo México, U.S.A.
E-mail: nwallerstein@salud.unm.edu

*Nina Wallerstein foi, até 2007, diretora fundadora do Programa de Mestrado em Saúde Pública da Universidade do Novo México (UNM), EUA. Exerce, na referida universidade, a função de Diretora do Centro de Pesquisa Participativa, Instituto de Saúde Pública, além de outras destacadas funções relacionadas à saúde da comunidade e à política de saúde. Por mais de 25 anos, esteve envolvida com empoderamento/educação popular e pesquisa participativa com jovens, mulheres, tribos indígenas e comunidades saudáveis nos EUA e na América Latina. É coeditora da *Community Based Participatory Research for Health*, 2ª ed., 2008 (com Meredith Minkler); coautora do *Problem-Posing at Work: Popular Educator's Guide*; e autora de vários livros sobre saúde e educação de adultos, e mais de 100 artigos e capítulos de livros sobre pesquisa e intervenção participativa, promoção da saúde do adolescente e pesquisa sobre prevenção do alcoolismo e dependências químicas em geral, teoria de empoderamento e educação popular em saúde. Trabalha com a OPAS no desenvolvimento de guias de avaliação participativa para municípios e comunidades saudáveis, e na criação de programas de capacitação para o empoderamento em promoção da saúde (em espanhol e português). Seus interesses atuais focalizam a capacitação da comunidade e o desenvolvimento em saúde de comunidades indígenas; intervenção de processos de tradução culturalmente adequados, avaliação participativa e processos e resultados de pesquisa participante na comunidade. Nesta entrevista, a Profa. Nina aborda temas como o desenvolvimento comunitário, o empoderamento e a participação coletiva, visando à efetividade da promoção da saúde. Aponta a correção dos desequilíbrios entre os múltiplos poderes no desenvolvimento das comunidades como a principal questão ética relacionada ao empoderamento e à promoção da saúde. A entrevistada destaca que o empoderamento e a participação coletiva "autênticos" pressupõem a valorização do conhecimento da comunidade, em igualdade com outras formas de conhecimento; o acesso pelas organizações comunitárias e pelos movimentos sociais aos recursos disponíveis e ao orçamento, e a capacitação da comunidade em métodos de avaliação e pesquisa.*



*Coordenação**
Vera Lucia Góes Pereira Lima
Mestre e Doutora em Educação pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Graduada em Pedagogia pela Faculdade Nacional de Filosofia da Universidade do Brasil. Professora Titular aposentada da Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Coordenadora da Sub-Região Brasil na Oficina Regional Latino-Americana da União Internacional de Promoção da Saúde e Educação para a Saúde – UIPEES/ORLA-BR. Representante da América Latina junto ao Conselho Administrativo da UIPEES. E-mail: vllima.orla@openlink.com.br

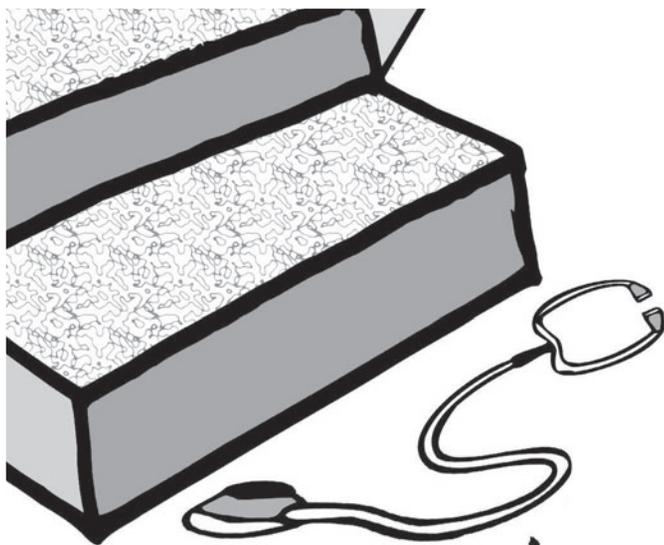
1) Nina, em seu trabalho você tem chamado a atenção para a questão da participação e do empoderamento. No campo da avaliação, tem havido alguma dificuldade, por parte de vários profissionais, no sentido de se avaliar esses dois elementos, que se apresentam como um verdadeiro nó.

Quais têm sido os caminhos mais promissores (positive/fostering factors) para se avaliar o empoderamento de indivíduos, de um grupo ou de uma comunidade? Quais as

principais barreiras a serem superadas pelos avaliadores?
(Nora Zamith Ribeiro Campos)

NW - Sempre me interessei pelo potencial de transformação dos efeitos da participação das pessoas num esforço coletivo, visando ao aumento do bem-estar público ou social. Minha pesquisa em Saúde Pública e Promoção da Saúde foi direcionada para programas de empoderamento de jovens, mulheres com HIV, alianças para a saúde, esforços da comunidade visando à saúde, e, atualmente, de prevenção com famílias/idosos/crianças de comunidades tribais. Neste trabalho, eu estive muito menos interessada na teoria de mudança individual de comportamento, iniciando-se em como

* A entrevista foi coordenada por Vera Lucia G. Pereira Lima, reunindo perguntas apresentadas por profissionais integrantes da Comissão Científica do II SBEPS: Nora Zamith Ribeiro Campos; Willer Baumgarten Marcondes; Ana Lucia Jezúino da Costa e Vera Lucia G. Pereira Lima.



atitudes ou intenções individuais possam influenciar comportamentos saudáveis ou não saudáveis; porém, meu constante e maior interesse tem sido de melhor compreender como o “ato” de participar com outras pessoas pode influenciar uma sequência completa de resultados multiníveis na estrutura socioecológica.

Estes podem incluir resultados no nível individual, tais como atitudes de esperança e otimismo, ou uma nova autoeficácia no tocante à capacidade de liderança; resultados de grupos dos programas de promoção da saúde interdisciplinares e equipes de pesquisa, i.e., favorecimento de uma nova confiança entre pessoas-chave (stakeholders); comunicação mais transparente; resultados organizacionais ou maior capacidade das equipes e, portanto, eficácia do programa de engajamento no esforço de promoção da saúde; resultados comunitários e culturais, ou maior senso de renovação na comunidade, no capital social ou cultural e, finalmente, no nível dos determinantes sociais mais distais; políticas públicas mais saudáveis; condições ambientais favorecidas, ou maior equidade política e econômica.

Muitas vezes, não tenho feito distinção entre as expressões “participação comunitária”, “participação social” ou “participação cívica”, considerando todas como “participação coletiva”, embora saiba que há construtos teóricos e históricos distintos sublinhando cada uma dessas ideias. Acima de tudo, a participação num esforço coletivo ou “participação coletiva”, quer ela seja um movimento social, um programa de promoção da saúde ou um projeto de pesquisa participante, pode utilizar processos de empoderamento e gerar aumento do empoderamento.

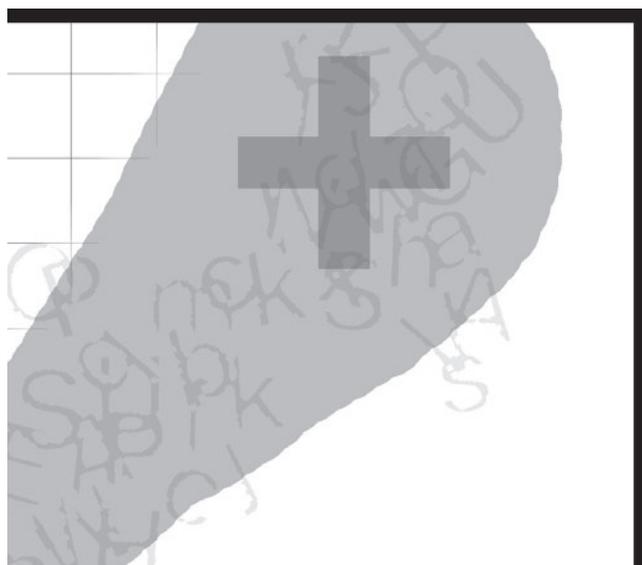
O empoderamento tem sido, também, um termo desafiador, especialmente nos idiomas português e espanhol, embora sua “centralidade” voltada para o poder, tanto nas ações de participação, por exemplo, quem está ou não participando e de quais ações (capacities) participa, como nas modificações das relações de poder, isto é, se foram ou não modificadas e se estamos, realmente, criando uma sociedade mais democrática, faz com que eu volte várias vezes a esse conceito.

Escrevo todo este prefácio porque a maior barreira para a avaliação permanece sendo a definição desses termos, especialmente quanto ao que é mais importante para determinado programa de promoção da saúde, ou esforço de desenvolvimento comunitário. No nível conceitual acadêmico tem havido um trabalho substancial na criação de modelos e na busca de evidências de que a participação coletiva e os processos de empoderamento podem levar a resultados no empoderamento, assim como, reciprocamente, o empoderamento pode influenciar os resultados da saúde (contribuição de minha autoria, para a Rede de Evidência em Saúde, da Organização Mundial da Saúde, em 2006; e de outros como Susan Rifkin, Glenn Laverack, Marc Zimmerman e profissionais do Banco Mundial – vide seu website sobre empoderamento). Recentemente, tem sido focalizada a documentação de mudanças políticas, como parte dos resultados de empoderamento, obtidas nas comunidades (tais como de Angela Blackwell, da Policylink de Oakland, Makani Themba, do Projeto Praxis, Meredith Minkler ou Nicholas Freudenberg).

Todos esses modelos conceituais e empíricos compartilham características comuns: são multinível, utilizando o referencial socioecológico (estendendo-se de características individuais, ou empoderamento psicológico, ao empoderamento da comunidade, ou a resultados tais, como novas capacidades da comunidade, mudanças nos sistemas e na política, e outros resultados dos determinantes sociais); são baseados nas fortalezas e bens da comunidade e no “valor essencial” ou convicção de que a população pode fazer a diferença na melhoria de suas próprias vidas; são orientados por ações no desenvolvimento de programas, criando ou construindo capacidades na comunidade; e são construtos dinâmicos e transformadores com contínua interação entre a mudança individual e social, definindo, por exemplo, as habilidades de liderança que as pessoas necessitam para serem bem-sucedidas em seu acesso aos recursos ou na remoção de barreiras para realizar mudanças institucionais e sociais, em benefício de suas famílias e comunidades.



*a participação num esforço coletivo
ou “participação coletiva”, quer
ela seja um movimento social,
um programa de promoção da
saúde ou um projeto de pesquisa
participante, pode utilizar processos
de empoderamento e gerar aumento
do empoderamento.*



A avaliação, portanto, precisa considerar medidas ou indicadores de mudança, tanto dos processos e seus resultados, como daqueles que se estendem dos resultados de mudança no nível individual ao nível comunitário e da sociedade. Muitas dessas medidas têm sido desenvolvidas, incluindo a escala de empoderamento psicológico de Zimmerman, medidas de capital social de Putnam e colegas, a teia (spiderweb) de participação de Rifkin para programas de desenvolvimento comunitário ou medidas de equidade de gênero do Banco Mundial. Outras, como o conhecimento de quais fatores de participação são mais úteis para a criação de mudança política, ainda precisam ser exploradas e mais bem identificadas.

Mais promissora, todavia, além da procura de medidas que possam existir em nível global, é a procura de resposta para a questão-chave de quais indicadores são mais importantes para qualquer programa de promoção da saúde, desenvolvimento comunitário ou esforço de organização. As barreiras para a resposta a esta questão têm dois lados, um, o de destinar um tempo com os organizadores/equipe de promoção da saúde e membros da comunidade para, coletivamente, definir os indicadores de sucesso desejados por esse esforço (o que pode tomar tempo destinado à implementação do próprio programa); e, dois, treinar e engajar os membros da comunidade nas etapas de avaliação/pesquisa, o que inclui coleta de dados, análise, interpretação e divulgação. Manuais de avaliação participativa têm sido desenvolvidos, inclusive pela OPAS e Fundação Kellogs. Por último, é sempre importante conhecer que indicadores de empoderamento e participação existem na literatura; porém, a avaliação participativa também demanda uma etapa adicional de criação de estratégia de avaliação coletiva, baseada nas necessidades locais e contextuais; e, frequentemente, exige que seja oferecida capacitação aos membros da comunidade para que possam participar de todas as etapas da avaliação.

2) Em sua opinião, qual o método (ou métodos) de avaliação de PS mais acessível aos profissionais de saúde para

ser materializado no cotidiano dos serviços de saúde? (Ana Lúcia Jezúino da Costa)

NW - A resposta a esta questão depende de decisões de quais são os indicadores escolhidos para a avaliação (e de quem está tomando esta decisão). Fontes secundárias provenientes da análise dos gráficos de paciente individuais ou dados estatísticos de saúde agregados requerem conhecimento sobre análise quantitativa de dados. Estas são informações-chave para determinar as tendências nos resultados (de saúde) do paciente, incluindo a qualidade e o acesso ao cuidado. Entrevistas com informantes-chave ou grupos focais com consumidores ou líderes comunitários podem levar a respostas para diferentes tipos de questões sobre práticas e políticas do sistema de atenção à saúde, que possam facilitar ou constituir barreiras ao cuidado em saúde ou à promoção da saúde.

Levantamentos na vizinhança e com pacientes oferecem outros dados, tais como informação sobre satisfação com a assistência à saúde; conhecimento sobre estratégias de promoção da saúde da comunidade e seu impacto; e renda média ou níveis de escolaridade. Pesquisas na vizinhança/comunidade ou registros ambientais, tais como levantamentos de mecanismos de proteção da vizinhança ou de locais de armazenamento de alimentos, podem levar à identificação de indicadores de nível mais elevado, como a disponibilidade de alimentos saudáveis, espaços seguros para caminhar, adequação das necessidades básicas, como eletricidade, água, e serviços públicos e privados. Todas essas estratégias são factíveis, entretanto a questão mais importante é saber que indicadores dentro da estrutura socioecológica (desde o indivíduo até o sistema organizacional, cultura, política e níveis de determinantes sociais) deveriam ser escolhidos para serem avaliados ao longo do tempo e, também, quem está participando dessa tomada de decisões.

Entrevistas com informantes-chave ou grupos focais com consumidores ou líderes comunitários podem levar a respostas para diferentes tipos de questões sobre práticas e políticas do sistema de atenção à saúde, que possam facilitar ou constituir barreiras ao cuidado em saúde ou à promoção da saúde.

3) O empoderamento entendido como processo de desenvolvimento de poder para que pessoas e comunidades atuem sobre os determinantes sociais da saúde, visando à melhoria da qualidade de vida, é essencialmente político, e deve se afirmar por meio de um processo educativo, que se fundamenta necessariamente em valores e princípios éticos. Entretanto, sabe-se que a “vontade de poder” muitas vezes se conflita com a “vontade de verdade” (Karl Jaspers), sendo este um valor do ponto de vista educacional, e que a ação política pressupõe articulações estratégicas nem sempre rigorosamente éticas.

Como você vê a questão dos desafios éticos do empoderamento? Em sua opinião, em que esses desafios interferem na efetividade das práticas em PS? (Vera Lucia G. Pereira Lima)

NW - Concordo que o empoderamento envolve um processo educativo essencial para assegurar que o envolvimento da comunidade seja autêntico. O que quero dizer por “autêntico” é uma questão ética de quem tem o “poder” de obter recursos e tomar as decisões de especificar as realidades a serem modificadas. Creio que há, potencialmente, múltiplas verdades em qualquer desenvolvimento comunitário, pesquisa participante ou avaliação, ou iniciativa de promoção da saúde, e a questão ética central é corrigir o desequilíbrio entre os múltiplos poderes, seja em relação a quem “detém” o conhecimento ou a quem “controla” o financiamento. Até que o conhecimento da comunidade possa ser igualmente considerado ao lado do conhecimento dos especialistas; até que as organizações da comunidade (ONGs) ou movimentos sociais tenham acesso aos recursos e orçamentos e até que a capacitação da comunidade em pesquisa ou nos métodos de avaliação se torne fundamental, só então pode haver um processo autêntico de participação ou empoderamento. A ética sem dúvida é muito mais complexa no processo político, e alguns indicadores de empoderamento existentes demonstram sua importância; condições e realidade do empoderamento da comunidade são consideradas mais expressivas quando há transparência nas instituições públicas e privadas; responsabilidade do governo para com a população; engajamento cívico de modo significativo e real, e maior “articulação” do capital social (ou confiança no governo).

4) Nos últimos anos, a busca de evidências da efetividade das ações de Promoção da Saúde tem colocado em questão a importância da correlação entre pesquisa, ação e educação.

A pesquisa participante, baseada na comunidade (Community based participatory research/CBPR), tema de muitos dos seus importantes trabalhos, por trazer esta mesma preocupação, poderia ser uma referência metodológica para a produção de evidências da efetividade? Quais seriam os principais desafios para este diálogo hoje em dia? (Willer Baumgarten Marcondes)

NW - Tem havido muita discussão nos últimos anos sobre a evidência ou a efetividade da promoção da saúde, e eu tenho escrito sobre os desafios para enfrentar estas questões em trabalho de minha autoria (WALLERSTEIN, Nina. Making

Creio que há, potencialmente, múltiplas verdades em qualquer desenvolvimento comunitário, pesquisa participante ou avaliação, ou iniciativa de promoção da saúde, e a questão ética central é corrigir o desequilíbrio entre os múltiplos poderes, seja em relação a quem “detém” o conhecimento ou a quem “controla” o financiamento.

traces evidence for practice and evaluation. In: GREENE, J.; LABONTE, R., (Eds.). **Critical public health: a reader**. London: Routledge, 2007.). Tenho discutido que a questão-chave não é o “valor” da evidência como um conceito abstrato, mas sim o fato de focalizar o “que” e o “como”, isto é, o que constitui uma robustez suficiente ou um “peso de evidência” capaz de atribuir causalidade, ou que contribua por meio de intervenção específica para mudanças na promoção da saúde, não importando qual seja o nível (ou níveis) da estrutura socioecológica a que se direcione; e, ainda, como podemos coletar melhor esta evidência, ou quais são os melhores desenhos de pesquisa e avaliação.

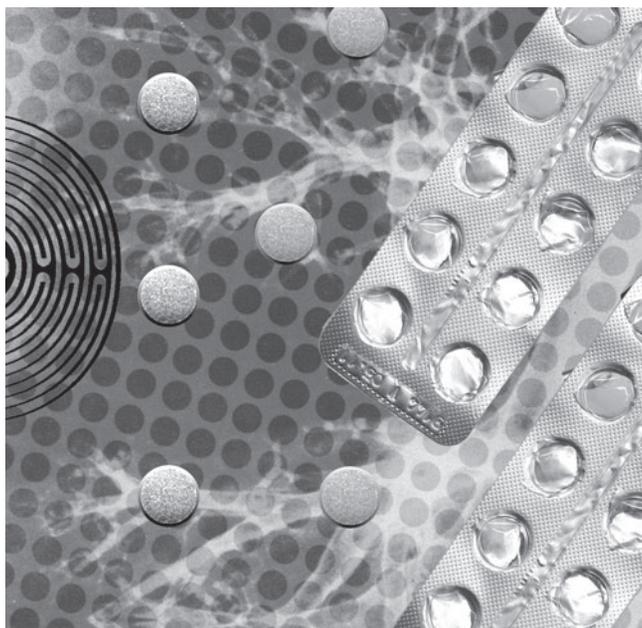
Ao discutir esta questão, tenho refutado a ideologia dominante que emergiu da literatura sobre “medicina baseada em evidências”, que privilegia o teste de controle randômico como sendo o melhor mecanismo para provar a validade interna em testes de eficácia, e depois testar a efetividade da intervenção em cenários da comunidade menos controlados. Eu e outros estudiosos temos discutido que, enquanto os testes de controle randômico (RCTs) podem ser, idealmente, melhores para controlar o viés nas informações médicas e clínicas, em casos da dinâmica complexa e em constante mudança da maioria das intervenções e políticas de promoção da saúde nas comunidades os RCTs estão praticamente impossibilitados de desenhar e enfrentar as restrições de custo proibitivo, além de não serem apropriados para avaliar a variedade de objetivos de mudança de múltiplos níveis, incluindo a participação comunitária e o empoderamento.

Além disso, eles não valorizam a questão da validade externa, ou o fato da intervenção de promoção da saúde poder, ou não, ser aplicada em outros diversos cenários raciais e étnicos, ou outros.

Assim, os avaliadores da promoção da saúde têm buscado

diversos enfoques para avaliar as complexas intervenções em comunidades: uma nova ênfase no processo de avaliação e na análise do que possa realmente estar acontecendo na comunidade; o desenvolvimento de modelos lógicos baseados nos insumos provenientes de membros da comunidade e dos processos de mudança identificados; o uso de comparações com comunidades escolhidas propositalmente num formato quase experimental; a triangulação de dados quantitativos e avaliação qualitativa da mudança; e, finalmente, a busca de resultados não intencionais ou que tenham emergido recentemente. Também tenho questionado a importância da validação externa e o valor da literatura sobre a implementação de programas recentes. Existe um aspecto crítico a este respeito: embora estejamos buscando as melhores e mais promissoras práticas de promoção da saúde para transpor de um cenário de promoção da saúde para outro, precisamos estar atentos aos contextos culturais e comunitários específicos, que requerem adaptações de nosso plano ou mesmo a adição de outras estratégias para que haja efetividade naquele cenário. Finalmente, tenho discutido sobre a pesquisa participativa (nos Estados Unidos, Community Based Participatory Research, ou CBPR (Minkler e Wallerstein, 2008) e a avaliação participativa (Springer e Wallerstein, 2008) como cruciais para o desenvolvimento de estratégias de avaliação efetivas de programas e iniciativas de promoção da saúde. Somente com a estratégia participativa é possível selecionar indicadores que sejam apropriados para determinado contexto e partilhar o poder que irá verdadeiramente facilitar o empoderamento e uma maior participação coletiva.

5) Diferenças entre tradições anglo-saxãs e latinoamericanas (*northern and southern traditions*) no paradigma participativo, que persistem e nem sempre são evidenciadas, como ocorre na pesquisa participante baseada na comunidade (CBPS), poderiam, em sua opinião, prejudicar o entendimento e as



• • •

o ponto de partida para a colaboração é, de fato, olhar para trás e discutir nossos valores e objetivos essenciais como líderes acadêmicos, profissionais, elaboradores de políticas, líderes e membros comunitários, e perceber onde, ao longo de um continuum, podemos nos inserir em termos de objetivos do projeto de promoção da saúde.

colaborações entre os países na Promoção da Saúde e, portanto, na compreensão das evidências da efetividade? Como você pensa esta questão? (*Willer Baumgarten Marcondes*)

NW - Muitos escreveram sobre a tradição anglo-saxã e latino-americana (*northern and southern traditions*) (incluindo o capítulo de minha autoria e de Duran no nosso novo livro sobre CBPR, editado por Minkler e Wallerstein, 2008). Penso que o ponto de partida para a colaboração é, de fato, olhar para trás e discutir nossos valores e objetivos essenciais como líderes acadêmicos, profissionais, elaboradores de políticas, líderes e membros comunitários, e perceber onde, ao longo de um *continuum*, podemos nos inserir em termos de objetivos do projeto de promoção da saúde. Se nossos objetivos forem os de mudança política e social e autêntico empoderamento, então precisaremos nos debruçar mais sobre a tradição latino-americana na busca de teorias de mudança e aprendizado empírico a respeito de como as mudanças ocorrem. Muitas pessoas dentro do contexto da América do Norte e da Europa estão inteiramente comprometidas com semelhantes orientações e valores essenciais.

Gostaria, aqui, de retomar os temas que levantei na questão 4 e reexaminar as ideias de “peso da evidência” (*weight of evidence*) e “como” podemos nos engajar num processo participativo para a identificação de indicadores essenciais e a medida de “evidência”. Existem benefícios metodológicos para os desenhos comparativos rigorosos (ênfatizados pela tradição anglo-saxã, em lugar de estudos de caso independentes, embora haja também aprendizagem em cada estudo de caso. Tanto na tradição meridional,

como na setentrional, penso que a promoção da saúde poderia se beneficiar, caso entendesse melhor a teoria dos movimentos sociais. O desafio está em criar as oportunidades para o debate e uma autorreflexão honesta com colegas e potenciais colegas de ambas as tradições, sobre quais os nossos valores essenciais, quais as perguntas e os objetivos iniciais do nosso trabalho e como podemos colaborar uns com os outros.

6) O I Seminário Brasileiro de Efetividade da Promoção da Saúde (I SBEPS) foi reconhecido como um esforço inicial de discussão sobre efetividade da promoção da saúde no Brasil. Embora bem-sucedido quanto à apresentação, discussão e difusão de teorias, metodologias e práticas de promoção da saúde (PS), evidenciou carências na institucionalização de políticas e na avaliação das práticas em PS, naquele momento histórico, indicando uma incipiente cultura de avaliação das mesmas.

Tendo você participado de ambos os seminários sobre o tema, que principais mudanças apontaria nos enfoques e nas práticas de avaliação em PS no Brasil, se consideradas as propostas e ações discutidas no II SBEPS (2008), comparadas às contribuições do I SBEPS (2005)? (Vera Lucia G. Pereira Lima)

NW - Esta é uma questão que eu gostaria de ser capaz de responder, mas a delego aos meus colegas brasileiros, que têm experiência neste crescimento da cultura de avaliação nas políticas brasileiras e na sociedade. Sinto-me profundamente honrada de ter tido a oportunidade de testemunhar este crescente despertar e sofisticação em torno da discussão sobre efetividade da promoção da saúde. Duas forças no Brasil, que eu pude identificar, são: 1) localização da discussão sobre efetividade da promoção da saúde num contexto histórico, político e teórico; e 2) com-

preensão da importância do desenvolvimento de políticas de promoção da saúde no nível nacional, e o incentivo desta cultura pelo Ministério da Saúde.

7) Olhando para o futuro, a seu ver, qual é o próximo passo a ser adotado nas agendas para as evidências de efetividade nas ações de promoção da saúde? (Willer Baumgarten Marcondes)

NW - Eu volto a minha estratégia de pensar sobre “evidência”: **o que** constitui evidência suficiente de mudança e **como** nós iremos medi-la. Proponho três recomendações:

- 1) Se o empoderamento e a participação são indicadores-chave de êxito, então, nós precisamos identificar quais indicadores de empoderamento encontrados na literatura importam. Numa segunda etapa, isso significaria usar um processo participativo para identificar quais indicadores de empoderamento poderiam ter importância em um contexto específico.
- 2) Sugiro maior atenção para a adoção de metodologias sistemáticas para criar cadeias causais ou de fatores favoráveis ao processo de mudança da promoção da saúde. Treinamento em modelos lógicos ou teorias da mudança; em triangulação de dados de múltiplos níveis de mudança e em medidas quantitativas e qualitativas; na implementação de validade científica e externa; e no uso de comparações (mesmo no caso de testes de controle não randômico) fortalecerão nossa habilidade de atuar no campo, de atribuir e identificar práticas melhores ou mais promissoras que esse campo tenha a oferecer.
- 3) Finalmente, precisamos fortalecer nossa habilidade de conduzir a pesquisa e a avaliação participativas para desafiar desequilíbrios de poder e facilitar nossos objetivos de empoderamento, capacitação da comunidade, participação coletiva e, por último, de aumentar a equidade e a justiça social.

Rio de Janeiro, julho de 2009.



precisamos fortalecer nossa habilidade de conduzir a pesquisa e a avaliação participativas para desafiar desequilíbrios de poder e facilitar nossos objetivos de empoderamento, capacitação da comunidade, participação coletiva e, por último, de aumentar a equidade e a justiça social.